

# REVISTA DEL COLEGIO DE MÉDICOS

DE LA 1<sup>ra</sup> CIRCUNSCRIPCIÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

9 DE JULIO 2464 - SANTA FE



Año III - N<sup>o</sup> 5 - junio 2019  
ISSN (Impreso) 2618-4664  
ISSN (en línea) 2618-4672

# REVISTA DEL COLEGIO DE MÉDICOS

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

Año III - N° 5 - Junio 2019

Mesa Directiva del Colegio de Médicos de la  
Provincia de Santa Fe - 1ra. Circunscripción

Presidente:

**Dr. CARLOS DANIEL ALICO**

Vicepresidente:

**Dr. DANIEL RAFEL**

Secretario:

**Dr. JULIO CESAR BEDINI**

Tesorero:

**Dr. MIGUEL ANGEL APODACA**

Vocal:

**Dr. JOSE MARÍA ALBRECHT**

Editores:

**Dr. ARTURO SERRANO**

**Dr. GUILLERMO KERZ**

**Dr. ALEJANDRO MANSUR**

**Dr. FERNANDO TRAVERSO**

**Dr. ALDO SOLI**

**Dra. SILVIA MUÑOZ DE BARCELÓ**

Director:

**Dr. MIGUEL ÁNGEL NICASTRO**

*manicastrogol@gmail.com*

Secretaría de Publicaciones:

**Sra. Mariana Montenegro.**

Tel: 0342-4520176/77 Interno: 7

*revistas@cmsf.org.ar*

[www.colmedicosantafe1.org.ar](http://www.colmedicosantafe1.org.ar)

**Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe  
1ra. Circunscripción**

9 de Julio 2464 C.P. S3000FBN  
República Argentina

(0342) 4520176 - Fax (032) 4520177 Int. 7

**Instrucciones para Autores:**

<http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones>

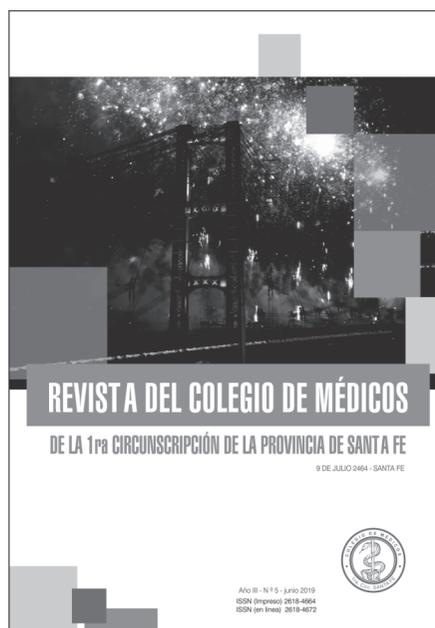
**Edición Semestral**

**ISSN - 2618 - 4664 (Impreso)**

**ISSN - 2618 - 4672 (On Line)**

## CONTENIDOS

Editorial.....	4
Abordajes para fracturas de ángulo mandibular....	5
¿Porqué deberíamos oponernos a los transgénicos?.....	10
Colegio y Comunidad.....	13
La Transferencia del conocimiento en el ámbito de la consulta médica.....	14
Colgajo frontal como reconstrucción de punta nasal por mordedura canina.....	18
Conización cervical versus Iletz (escisión amplia de la zona de transformación) en pacientes con h-sil (lesión intraepitelial escamosa de alto grado) endocervical.....	23
Variable anatómica de la vía biliar y lesión quirúrgica.....	26
Adaptación consenso RCIU.....	30
Cuando la dialéctica es lo aparente, ¿Lo esencial es puro cuento?.....	34
Casos de la política y de la salud.....	34
Resumen de las Instrucciones para los autores....	37



Título: HP Archivo y Registro Fotográfico del Puente Colgante  
Autor: Fotógrafo Hugo Pascucci  
Corresponde a la Inauguración LED del Puente Colgante de la  
Ciudad de Santa Fe - Jueves 25 de Mayo de 2017

## Editorial

---

La Revista del Colegio de Médicos de la Primera Circunscripción de la Provincia de Santa Fe ha crecido y ahora cuenta con ISSN lo que nos pone en el Index más consultado por los autores de artículos médicos.

En este número vamos a poder leer y, por supuesto criticar un artículo muy interesante sobre la relación médico - paciente tan expuesta hoy al inmediatismo, a la primera impresión con un marcado riesgo de error por sesgo cognitivo.

La "medicina del afecto" es llamada a resistir frente a la robotización del ejercicio con lo que se propone fragmentar lo humano ante la magnitud alcanzada por el conocimiento del médico pero que no debe comprometer al todo del paciente como persona. Este y otros temas de gran interés son abordados en este número de la Revista.

Creemos, con el autor, que la transmisión de conocimientos para intentar un consentimiento informado es una ardua tarea del médico como ser humano que sabe y es sensible al padecimiento de su paciente.

También un artículo especial sobre por qué oponerse al uso de transgénicos aporta más argumentos sobre el tema tan debatido en nuestra región.

Con nuevas técnicas quirúrgicas sobre la recomposición del rostro en graves heridas por mordedura, nos demuestra este artículo la práctica constante de nuestros cirujanos y la posibilidad de transmitirla a los colegas por medio de nuestra publicación.

Igualmente ocurre con la experiencia del equipo de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Cullen de Santa Fe quienes cuentan el abordaje de las fracturas del ángulo mandibular en mas de 500 casos.

El Consenso de RCIU sobre Restricción de crecimiento intrauterino es adaptado a las necesidades locales por ASOGIFE- FASGO dando como resultado un muy interesante trabajo que abre las puertas de nuestra revista al creciente campo de Consensos y Guías muy útiles para la práctica médica.

EL Servicio de Ginecología del Hospital Iturraspe de Santa Fe nos envía un artículo de observación y "screening" de casos de lesiones pre neoplásicas de cuello uterino y su tratamiento.

Una monografía sobre Ideologías nos conecta con la realidad socioeconómica en que vivimos y la necesidad de transformarla.

Incluimos además un artículo sobre la dialéctica y la salud rural, que abre un panorama amplio para criticas posteriores, aspecto que dejamos abierto para la comunicación con nuestros lectores.

Aquí están las muestras del trabajo de nuestros colegas y sus equipos. Para poder comunicarlas y compartirlas nuestra Revista está humildemente, a disposición de todos los colegas de la 1ª circunscripción de la Provincia de Santa Fe.

*Comité editorial*

## ABORDAJES PARA FRACTURAS DE ÁNGULO MANDIBULAR.

approaches for mandibular angle fractures.

**Flavia P Falchi:** Cirujana General. MAAC. Concurrente de Cirugía de Cabeza y Cuello.

**Antonella C Gignone:** Médica. Jefa de Residentes de Cirugía General.

**Martín F González:** Cirujano General. MAAC. Cirujano de Cabeza y Cuello. MAACCyC. Instructor de residentes.

**Alejandro M Marozzi:** Cirujano General. MAAC. Cirujano de Cabeza y Cuello. MAACCyC. Jefe de Sección de Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital José María Cullen. Servicio de Cirugía General y Mixta. Sección Cirugía de Cabeza y Cuello.

Contacto: lafalchi@hotmail.com

**Conflicto de intereses:** los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### RESUMEN

**Introducción:** Fracturas mandibulares son frecuentes en traumatismos craneofaciales afectando diferentes regiones. Los ángulos abundan, aunque difieren las estadísticas en cuanto a frecuencia y resolución.

**Material y Métodos:** Relevamiento retrospectivo y entrecruzamiento de datos utilizando ficha de la Sección Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital José María Cullen, de internados con fracturas de ángulo durante 8 años (2009 - 2016) analizando sexo, edad, etiología, día y hora de ingreso, traumas y tercio facial asociados y Glasgow, síntomas y resolución.

**Resultados:** 503 pacientes fracturados, 90 de ángulo (92 trazos); 84 hombres, 6 mujeres, 28 años en promedio (rango: 15 - 68). La etiología corriente fue la agresión (40; 44%) y colisiones en moto (31; 34%). Hubo más ingresos el domingo (29; 32%) de 16:00 a 24:00 (32; 36%). Con trauma de cráneo 17 (19%) y Glasgow leve (63; 70%). Tuvieron otra/s fractura/s del tercio inferior 44 pacientes (49%). El regular fue el parasinfisiario (33; 77%), contralateral (30; 91%). Síntoma predominante el trismus (61), seguido por disoclusión (60). De 92 trazos se operaron 70 (76%), 54 (77%) intraoral percutáneo, 6 (9%) externo, 8 (11%) bloqueo intermaxilar (BIM) y 2 (3%) toilette. 17 (18%) no fueron operados y 5 (5%) se derivaron. Se complicaron 10 (19%) percutáneos y ninguno externos, pero quedaron secuelas estéticas.

**Discusión:** Encontramos más parasinfisiarias, no concordando con la bibliografía. Realizamos osteosíntesis para evitar los pormenores del BIM. Preferimos abordaje intraoral al externo evitando secuelas estéticas. Registramos complicaciones, ligadas al tamaño de la placa, que disminuyeron al usar más pequeñas.

**Palabras claves:** trauma, trauma facial, fracturas, ángulo mandibular.

### INTRODUCCIÓN

Las lesiones por trauma craneofacial rara vez causan la muerte directamente, las reales emergencias son: obstrucción respiratoria, hemorragia y shock. Deben ser encaradas bajo dos aspectos: inmediato y diferido. (Fig. 1)



**Figura 1.**  
*Lesión Facial Grave*

**Inmediato:** control de la vía aérea. La cavidad bucal debe quedar limpia de dientes, cuerpos extraños, etc. Otro factor de obstrucción respiratoria es el que ocurre por el desplazamiento de la lengua en el cavum, en fracturas del sector anterior de la mandíbula. [1]. Las opciones se ajustarán a la necesidad: posición a 45°, intubación, traqueostomía, etc.

Se pueden originar grandes hemorragias, los métodos para controlarlas van desde los taponamientos de las cavidades oral o nasal hasta la ligadura de la carótida externa, pasando por el clampeo de vasos pequeños y la sutura de la herida. [1]

**Diferido:** diagnóstico de lesiones, tratamiento de las heridas de partes blandas y de las fracturas.

Encontramos dos formas de dividir al macizo facial: en tres tercios (como lo hacemos nosotros) o en regiones según un concepto anatomocirúrgico (Mason). (Fig. 2). Tercio inferior o unidad mandibular se corresponden. Según Mason la unidad mandibular incluye todo el cuerpo óseo mandibular, diferenciado en áreas sinfisiaria, parasinfisiaria, cuerpo, ángulo, rama ascendente, apófisis coronoides y región condílea. [2].

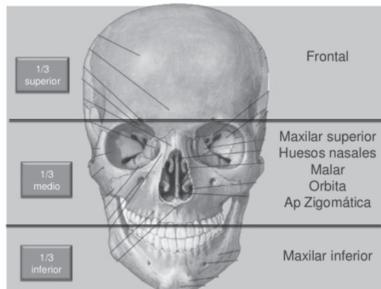


Figura 2. Tercios Faciales

El hecho de que la mandíbula sea propensa a fracturas se debe a que es un arco de hueso que se articula con el cráneo en sus extremos proximales por los cóndilos y las articulaciones, más fuerte en su centro y más débil en sus extremos, y además el mentón es un rasgo prominente de la cara, por lo que se ve fácilmente afectado por un trauma. [3]

El desplazamiento de los fragmentos depende de varios factores: ubicación del trazo, dirección, tracción por los músculos masticadores y la presencia de dientes o no. El principio fundamental en el tratamiento es restaurar la función, mediante una oclusión dentaria funcional, estable y armónica. Esto se obtiene con la reducción y fijación de los fragmentos en una posición correcta desde el punto de vista anatómico y funcional. [1]

La fijación rígida interna con miniplacas y tornillos de titanio es utilizada en todos los centros especializados. Ha reemplazado a la clásica fijación interdentalaria con arcos peine de Erick y alambre maleable, aunque según los casos y condición del paciente, aún es usado con éxito, o combinando ambos métodos. [4]

Las fracturas del ángulo son las que se localizan por detrás del segundo molar hasta la proyección distal del plano oclusal hacia la rama mandibular. [5]. (Fig. 3)



Figura 3. Fractura de Ángulo

En general se ven frecuentemente asociadas a la cinemática golpe/contragolpe, por lo que suelen estar en concomitancia con otra fractura mayormente contralateral.

El objetivo del presente trabajo, además de acercarle un análisis estadístico detallado del trauma facial mandibular y, sobre todo, del ángulo en nuestro centro, es evaluar las diferentes posibilidades de resolución de una fractura de ángulo mandibular, en principio, y puntualmente en cuanto a la fijación rígida, los abordajes utilizados y las complicaciones que hemos registrados al utilizarlos destacando los factores que creemos las produjeron.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Realizamos un relevamiento retrospectivo de los pacientes internados con fracturas de ángulo mandibular por la Sección de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital José María Cullen, durante 8 años (2009 - 2016).

Utilizamos una ficha diseñada por la sección para fines estadísticos y analizamos: sexo, edad, etiología, día y hora de ingreso, traumas y tercio facial asociados, Glasgow al ingreso, signos y síntomas y resolución incluyendo el gesto quirúrgico y las complicaciones. (Fig. 4)



Figura 4. Ficha diseñada por la sección

Nuestro nosocomio es un Hospital General de Agudos, centro de referencia de trauma del centro norte de la provincia; se considera Hospital Mixto.

El ingreso anual de pacientes en la guardia es de 32000 consultas, 4200 accidentes casuales, 150 laborales, 2200 hechos policiales y 6350 accidentes de tránsito. Sumando 358800 pacientes. De los cuales 6400 fueron derivados desde el interior y 38000 fueron internados. 103600 casos fueron traumas. Y 503 fueron fracturas faciales. Para esto contamos con 350 camas, 30 de ellas críticas.

**RESULTADOS**

Fueron ingresados durante los 8 años (2009-2016) 503 pacientes con fracturas faciales, 444 hombres (88%) y 59 mujeres (12%) en un rango de entre 12 y 80 años (el paciente de 12 años fue derivado del Hospital de niños).

Se identificaron 46 (9%) pacientes con fracturas en el tercio superior, 305 (60%) en el medio, 227(45%) en el inferior y 7(1%) panfaciales.

Con respecto a los trazos fracturarios en el maxilar inferior tuvimos: 4 fracturas alveolares, 41 de la sínfisis, 99 parasinfisarias, 34 del cuerpo, 92 del ángulo, 14 de la rama ascendente, 6 de la coronoides y 62 del cóndilo, sumando 352 trazos en 234 pacientes (227 tercio inferior y 7 panfaciales). Los 92 del ángulo se registraron en 90 pacientes. 84 hombres y 6 mujeres, con una edad promedio de 28 (rango de 15 a 68).

Etiología: total: agresión 40 (44%), colisión en moto 31 (34%), HAF 6 (7%), caída 5 (6%), deportivo 3 (3%), auto 2 (2%), atropello, bicicleta y hogareño 1 (1%). (Fig. 5) Ahora, dividiéndolas en base al sexo, las de las 6 mujeres fueron por: agresión 3, caída 1, moto 1 y hogareño 1 y en relación a la edad la caída fue de la paciente de 68 años, las otras 5, traumáticas, entre los 22 y 37. Entre los hombres la agresión se registró en 37 pacientes, seguida por la colisión en moto con 30 pacientes, HAF 6 y caídas 4, como las más relevantes.

Día y hora de ingreso: de los 90 pacientes, 75 ingresaron en agudo y 15 programados para cirugía. Haremos referencia a los agudos. El día con más ingresos fue el domingo, 29 (32%), luego el sábado con 12 (13%), lunes y miércoles con 10 (11%), martes y jueves con 5 (6%) y viernes con 4 (4%). Y en horario primó el rango de las 16 - 24 con 32 (36%), seguido por el de 0 - 8 con 30 (33%) y de 8 - 16 con 13 (14%). (Fig. 6)

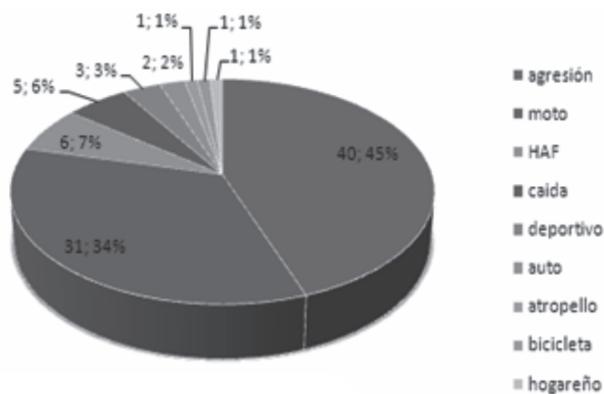


Figura 5. Etiología

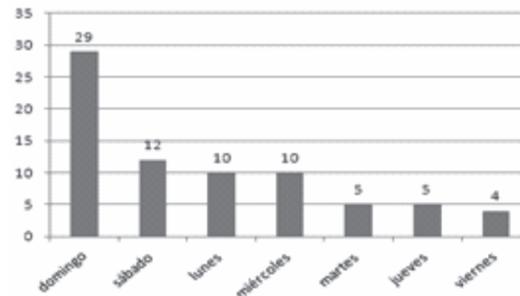


Figura 6. Día y hora de Ingreso

Traumatismos asociados: solo 34: cráneo 17(19%), miembro superior y tórax 5 (6%), miembro inferior 4 (4%), cuello 2 (2%) y abdomen 1 (1%). (Fig. 7)

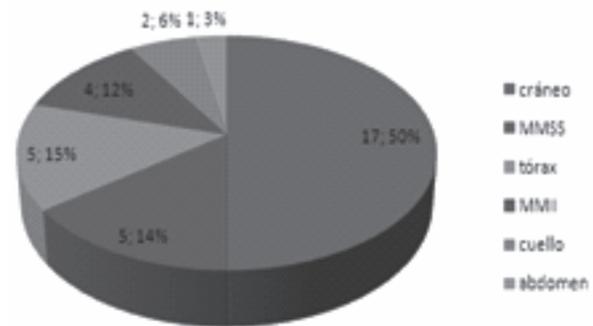


Figura 7. Traumatismos Asociados

Glasgow: como el trauma facial se asocia al de cráneo nos pareció pertinente evaluar el Glasgow al ingreso. Separamos los programados (14, 16%, leves y 1 internado en UTI, 1%, grave). De los 75 ingresos en agudo registramos 63 (70%) como leves, 10 (11%) moderados y 2 (2%) graves.

Signos y síntomas: el más encontrado fue el trismus en 61 pacientes, a él le siguieron en frecuencia: disociación 60, herida facial 19, laterodesviación y lesión mucosa 18, hemorragia 5, rowe, telecanto en infección en 3, pérdida de sustancia 2 y fractura conminuta 1. (Fig. 8)

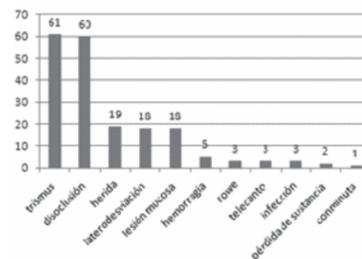
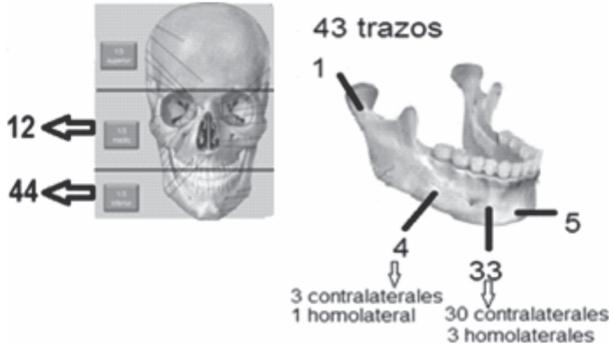


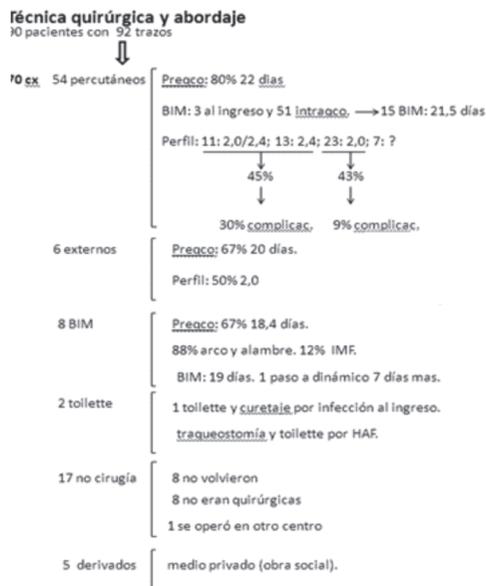
Figura 8. Signos y Síntomas

Tercio y fracturas asociados: 56 pacientes presentaron asociación con otra fractura: 12 (12%) en el tercio medio y 44 (49%) en el tercio inferior. Los trazos en el medio fueron 18: 17 orbitocigomáticos (5 A1, 2 A2, 5 A3 y 5 B) y 1 Lefort I. En el inferior hubo 43 trazos: 33 parasinfisarios (30 contralaterales y 3 homolaterales), 5 en la sínfisis, 4 en el cuerpo (3 contralaterales y 1 homolateral) y 1 en el cóndilo. (Fig. 9)

Figura 9. Tercio y Fracturas Asociadas



Técnica quirúrgica y abordaje (Fig. 10):



recordemos: son 90 pacientes con 92 trazos. 70 (76%) se resolvieron quirúrgicamente; 54 (77%) con abordajes percutáneos (27 por agresión, 21 colisión en moto, 2 caídas, 2 colisiones en auto y 2 accidentes deportivos) en 11 se desconoce en tiempo entre el trauma y la cirugía pero con el resto se manejó un promedio de 22 días (6 - 71) tres de ellos fueron bloqueados en agudo por la disoclusión, trismus, dolor y tipo de fractura, en el resto se inició con un bloqueo intermaxilar para lograr la normooclusión y abordar así la fractura, 15 quedaron bloqueados 21,5 días (3 - 53) luego de eso a 7 se le retira el bloqueo y 8 pasan a bloqueo dinámico con gomas por 9,5 días (5 - 20), en 7 no se detalla en la foja el perfil de la placa, 11 son 2,0/2,4, 13 son 2,4 y 23 son 2,0. Hubo 6 (9%) abordajes por externo (3 por agresión y 3 por HAF) el tiempo trauma/cirugía se desconoce en 2 y en el resto fue de 20 días (9 - 46), no se especificó el perfil de la placa en 3 y las otras 3 fueron 2,0. 8 (11%) se resolvieron con bloqueo intermaxilar (3 por agresión, 3 por colisión en moto, 1 por atropello y 1 por HAF), el tiempo trauma/cirugía se desconoce en 1 y en los otros fue de 18,4 (12 - 27), se usó tornillos

IMF en un solo paciente y arco y alambre en 7, estuvieron bloqueados 19 días en promedio y uno pasa a bloqueo dinámico con gomas por 7 días más. 2 trazos en los que solo se realizó toilette (1 toilette y curetaje por infección del trazo fracturario al ingreso, por caída de altura y otro traqueostomía y toilette por ser HAF). En 17 (18%) no se realizó cirugía (8 no volvieron al consultorio para programar la cirugía, 8 no eran quirúrgicas por ser incompletas o no desplazadas y 1 se operó en otro centro) y 5 (5%) fueron derivados al medio privado por tener obra social.

**Complicaciones:** de las 6 fracturas abordadas en forma externa no se registraron complicaciones asociadas al material de osteosíntesis, lo que se observó en todas fue la secuela estética de la herida (3 con placas 2,0 y en 3 no se detalla). Analizando los abordajes percutáneos, 10 pacientes sufrieron complicaciones (7 dehiscencias de herida, 7 extrusiones de placa, 4 infecciones, 1 absceso, 1 osteomielitis y 1 pseudoartrosis), algunos, con más de una. 8 pacientes con placas 2,4 y solo 2 con 2,0. A 3 hubo que realizarles la extracción de la placa.

**DISCUSIÓN**

Las lesiones faciales casi nunca son fatales y su tratamiento es diferido y a cargo del Cirujano de Cabeza y Cuello.

La reparación definitiva ósea puede diferirse, pero la evaluación y atención inicial debe hacerse rápida, exhaustiva y correctamente, de lo contrario pueden poner en riesgo la vida del paciente o dejar graves secuelas funcionales y estéticas. [3]

La bibliografía es coincidente con que el sexo mayormente afecto es el masculino como en nuestra serie y la edad promedio también guarda similitudes con todas las series leídas.

Casi todos los trabajos refieren que la agresión interpersonal es la etiología más frecuente, demostrado en nuestro trabajo, aún, al dividirlo por género. Aunque las colisiones en moto no presentan un porcentaje despreciable, y, algunos grupos la nombran como causa más frecuente.

No encontramos trabajos que hagan referencia al día y hora de ingreso. Creemos que hay más sábados y domingos en relación a que son días no laborables y se prestan, por ejemplo, para actividades sociales y consumo de alcohol lo cual podía relacionarse con las etiologías. Lo mismo sucede con los horarios de ingresos, más frecuentes por la noche.

No todos los pacientes presentaron traumas asociados, pero el más frecuente fue el de cráneo como se refiere en la mayoría de las series.

El Glasgow no toma relevancia en otros trabajos, en nuestra serie un 70% de las fracturas de ángulo se asocian con un Glasgow de ingreso leve.

El trismus, síntoma más frecuente, guarda relación con las fracturas de ángulo por la inserción de los músculos masticadores, el dolor produce contractura y la dificultad en la apertura bucal.

Lo mismo sucede con la disoclusión y laterodesviación, se adoptan posturas antiálgicas. Un signo importante es la lesión de la mucosa, de ser en la encía, convierte a la fractura en expuesta y no menos importante son las heridas faciales, que, dependiendo de la profundidad y gravedad puede ser factor de complicación en el paciente.

Según la bibliografía es frecuente encontrar la fractura de maxilar asociada a otra, más en el tercio inferior y en forma contralateral. En nuestra serie se demostró el tercio inferior como el más frecuente y que al ángulo se le asocian 77% de fracturas parasinfisarias, en un 91% contralaterales.

En cuanto a la resolución quirúrgica de los ángulos ésta Sección tomó como conducta el abordaje percutáneo de las mismas por lo cual se observa el mayor porcentaje. Casi un 80% de los pacientes fueron operados en promedio a los 43 días del trauma (licitación y adjudicación del material, turno de quirófano, etc). Se realiza el BIM de inicio a todos para lograr la normoclusión antes de la osteosíntesis (en 3 casos éste BIM se realizó al ingreso por las condiciones clínicas de las fracturas). Solo 15 pacientes quedaron con BIM en el postoperatorio por presentar fracturas asociadas (cóndilo por ejemplo) en promedio por 21,5 días luego de los cuales a la mitad se les retiró y a los otros se los pasó a dinámico. Un análisis importante es el del perfil de la placa. En el 45% de los pacientes fue utilizada una placa 2,4 sola o en combinación con 2,0 y en un 30% de éstos se registró alguna complicación asociada a ésta. A diferencia de la placa 2,0 que fue usada en el 43% de los pacientes y sólo se registraron complicaciones en el 9%.

No obstante, en determinadas oportunidades, hubo que realizar un abordaje externo del ángulo (conminución por ejemplo). En el 67% la cirugía se realizó a los 20 días y en un 50% se usaron placas 2,0 (en el otro 50% se desconoce).

En los pacientes que fueron solo bloqueados en un promedio de 18,4 días después del traumatismo se utilizó en el 88% arco y alambre y en 12% IMF durante 19 días en promedio.

Las toilettes al ingreso fueron porque, un paciente presentaba la fractura evolucionada e infectada y el otro una HAF que requirió traqueostomía para protección de la VA y la eliminación de la cavidad oral de restos óseos y dientes. Ninguno regresó al consultorio para programar la osteosíntesis.

Podría llamar la atención el número de pacientes no operados, éste hecho se explica por dos motivos: el bajo nivel socioeconómico de nuestros pacientes hace que no regresen al consultorio, tanto por falta de recursos económicos como por no entender la importancia de realizar la cirugía. Y, por otro lado, al ser un hospital formador hay fracturas que se internan sin criterio quirúrgico.

Se derivaron pacientes al medio privado, con obra social, por poca disponibilidad de camas, no por no contar con los recursos para resolver su patología. Las complicaciones estéticas tienen que ver con el abordaje externo, elegido por el tipo de fractura y trauma. Con respecto a las otras complicaciones encontramos una relación directa con el perfil de la placa utilizada, siendo éstas más frecuentes con las 2.4 y en menor cantidad asociadas a 2.0.

Nuestro grupo realiza osteosíntesis para evitar los pormenores del BIM. Preferimos abordajes intraorales para no producir secuelas estéticas. Registramos complicaciones, ligadas al tamaño de la placa, no del abordaje, que disminuyeron al usar más pequeñas. Creemos que el intraoral es un buen abordaje pero en determinadas ocasiones aún siguen teniendo indicación las otras técnicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Garriz, Roberto - González, Jorge. Temas de terapéutica quirúrgica. Editorial Akadia. Buenos Aires. 1984
2. Pereira - García. Cirugía de Urgencia. 2ª edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires. Noviembre de 2005.
3. Raposo, Araceli y col. Epidemiología de las fracturas maxilofaciales tratadas quirúrgicamente en Valdivia, Chile: 5 años de revisión. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2013; 35 (1): 18-22
4. Dr. Marozzi, Alejandro. Traumatismos Maxi-lofaciales. Trauma prehospitalario e intrahospitalario. Curso anual para médicos de guardia. Colegio de médicos de la provincia de Santa Fe - 1ª Circunscripción. Santa Fe. 2013.
5. Dr. Mardones, Marcelo y col. Traumatología Maxilofacial: diagnóstico y tratamiento. Rev. Med. Clin. Condes - 2011; 22 (5) 607 - 616.

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:  
[www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones](http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones)

## ¿POR QUÉ DEBERÍAMOS Oponernos a los Transgénicos?

Why should we oppose GMOs?

**Gerardo Fabre**, Especialista Universitario en Medicina General y Familiar  
14 de febrero 319 (2919) Villa Constitución Pcia de Santa Fe  
Contacto: gerardofabre55@gmail.com

"The best way to envisage the situation is as follows: the environment presents challenges to living species, to which the later may respond by adaptive genetic changes" (La mejor manera de contemplar la situación es la siguiente: el medio ambiente presenta desafíos a las especies vivas, a las que posteriormente se puede responder mediante cambios genéticos adaptativos). T. Dobzhansky.

### **PALABRAS CLAVE:**

transgénicos- ambiente-manipulación genética de ADN ARN -adaptabilidad-riesgo salud

Conflicto de interés: no tiene alguno, ni fuente de financiación.

**RESUMEN:** reflexiones acerca de la complejidad de la genética, los riesgos de su manipulación, el escaso conocimiento que aún tenemos, la incertidumbre ante la posibilidad de intercambio genético interespecies, y la falta de evaluación integral de los riesgos para la salud, ambientales, biológicos y humanos.

**DESARROLLO:** Conocido el avance de las nuevas tecnologías de manipulación genética sobre la agricultura, enfrentamos el desafío de ser prudentes y precavidos, aunque más no sea por temor, y prevención de mayores daños sobre el ambiente y el bioma; y aun de los seres humanos.

Ya hace muchas décadas se producen en el mundo más alimentos de los necesarios, lo que existe es una cuestión política económica en cuanto a la distribución de los mismos y a la distribución de los beneficios económicos de dicha producción. *De manera que el justificativo de paliar el hambre en el mundo con transgénicos, es un slogan.*

Los científicos estaban sorprendidos por la noticia de que la mayor parte de nuestro ADN no hace nada (el llamado basura), cuando en Suiza y Alemania comenzaron experimentos decididamente raros, y obtuvieron resultados normales. En uno de ellos tomaron el gen que codificaba el ojo de un ratón y lo implantaron en una larva de la mosca de la fruta.

La idea era producir una quimera o un grotesco interesante para ver y analizar. ¡Sorpresa!, el gen no solo codificó un ojo viable, sino un ojo de mosca. Se trata de dos seres vivos con una distancia evolutiva de 500 millones de años, sin compartir un antepasado en común, sin embargo, pudieron intercambiar material genético como si fueran hermanos.

También probaron insertar ADN humano en la mosca que lo aceptaba con total naturalidad como propio. Resulta ser que cerca del 60% del ADN de los genes humanos se encuentra en la mosca de la fruta. El 90 % de correspondencia con los ratones. Poseemos inactivos genes para tener una cola, solo deberíamos activarlos. Parece que la filogenia se reproduce en la ontogenia a partir de un juego de planos básico único al que se le van agregando nuevos sectores.

Luego vino el descubrimiento de genes encargados del control del desarrollo de cada sector del cuerpo, llamados homeóticos (similares) o "hox". Ellos nos permiten que desde un solo huevo fertilizado se reproduzcan y diferencien millones de células que llevan el mismo código, y se convierten en diferentes células de múltiples y complejos órganos e individuos. La cuantía del material genético no siempre refleja la organización y complejidad del organismo correspondiente. Los humanos tenemos 46 pares de cromosomas pero los helechos poseen 600. Un pez pulmonado, muy primitivo tiene 40 veces más material genético que nosotros, de modo que no es tan importante la cantidad de genes si no lo que se hace con ellos.

El proyecto Genoma Humano habla de 35000 a 40000 genes, más o menos lo mismo que se encuentra en la hierba común. Esta cantidad de genes no son suficientes para determinar órganos y procesos tan complejos de los individuos tan variados si no interactúan entre ellos de maneras que apenas estamos descubriendo. Si bien existen caracteres y enfermedades genéticamente monodeterminadas, como querría el biodeterminismo, para la mayoría de las condiciones es necesario que estos genes interactúen y se influyeran de muchas complejas maneras.

Los genes tienden a cooperar entre sí. Y esto sin hablar de las influencias epigenéticas y ambientales. Nuestro destino, nuestro bienestar y salud y el color de nuestros ojos y piel está determinado por conjuntos de genes que actúan coligados.

Cuanto más sabemos más compleja se pone la cosa. En los 90 se quitaron genes vitales de ratones embrionarios concurrían otros a cubrir el hueco y nacían sanos. Sin hablar del proteoma que es mucho más complejo y el bioma ni mencionarlo.

Puede parecer todo de una complejidad insuperable, pero existe una simplicidad subyacente en las ciencias de la vida igual de básico y elemental en su acción. Todo el proceso de creación de nucleótidos, ADN, ARN, evolucionó una sola vez y se ha mantenido razonablemente constante para toda la naturaleza.

Jaques Monod dijo una vez que lo que es cierto para Escherichia Coli, lo es para un elefante pero en mayor medida. Sabemos desde hace muchos años, de la capacidad de los fagos virales de inyectar material genético viable en una bacteria y capacitarla para enfermar, sabemos del intercambio de material genético entre células próximas y distantes en la escala zoológica, conocemos que muchas malformaciones y mutaciones cromosómicas y genéticas no son viables en la construcción de individuos autónomos pero otras sí.

Muchas sustancias vegetales nos influyen. Sabemos de los virus que afectan las plantas, conocemos menos de las unidades llamadas priones que parecen activar sectores de los genes y provocar autorreplicación y enfermarnos.

Modificar genéticamente alimentos y semillas además de quitar el control sobre los procesos económicos y de producción puede ser de una enorme irresponsabilidad, dado que aún sabemos poco o nada de sus consecuencias sobre otros seres vivos.

Estamos muy íntimamente emparentados con las frutas y las verduras, la mitad más o menos de las funciones bioquímicas presentes en una banana están en nosotros mismos.

El aumento de las alergias cruzadas por la translocación de genes de la soja, la nuez y el maní. La posibilidad de daños y alteraciones en el proceso digestivo, como las úlceras y gastritis en animales y humanos por tomate transgénicos, el aumento de la intolerancia y disminución de la digestibilidad con variaciones en los contenidos de proteínas y glútenes en determinados granos.

A la Humanidad le llevó miles de años procesar y seleccionar semillas y plantas por ensayo y error, y saltarse etapas puede resultar peligroso. Algunos pesticidas y herbicidas actúan sobre los aminoácidos resultando en variaciones en las cantidades y características de las proteínas, como la lignina, por ejemplo.

En la primera revolución verde de la posguerra se reemplazó el arroz nativo por semillas que eran más productivas en el sudeste asiático, lo que posibilitó alimentar a millones de personas más, pero la semilla tenía menor resistencia a la sequía y a las variaciones de temperatura, cosa que ocurrió al variar los monzones y millones de personas perecieron por hambre.

La presencia de sustancias tóxicas en alimentos por sobre desarrollo de ciertas bacterias en los alimentos modificados genéticamente que antes no ocurría. La concentración de tóxicos en plantas y animales, debido a la presencia de ciertos compuestos herbicidas especialmente desarrollados para esa semilla modificada.

La selección de resistencia a los antibióticos y la hibridación de bacterias y virus como potenciadores de enfermedades humanas, animales, y vegetales.

Además de afectar los procesos productivos y económicos, facilitando cambios de difícil y costosa implementación y reversibilidad dudosa. Comenzar con precios baratos de una determinada semilla, aparentemente ventajosa económicamente y una vez desaparecida la autóctona; manipular los precios hasta hacerlos inaccesibles y todo ello revestido del pomposo título de ayuda humanitaria.

Los daños sobre el ambiente, la diversidad genética, la adaptabilidad y la salud del planeta, no están previstos en la manipulación de las semillas y los animales, y deberíamos considerarlo buscando métodos alternativos seguros, con el valor supremo de conservar la vida y la salud de la tierra.

No debemos cansarnos de repetir que la vida es una, y solo una.

#### BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

Agencia de Seguridad Alimentaria Española. (2004) "La EFSA apuesta por una evaluación rigurosa de la resistencia a antibióticos en los OGM". **Comunicado de la Agencia de Seguridad alimentaria de 23.04.2004**

A. Rang, B. Linke, B. Jansen. (2004). Detection of RNA variants transcribed from the transgene in Roundup Ready Soybean. *Eur. Food Res. Technol.* 220: 438-443.

A. Wilson, J. Latham, R. Steinbrecher. (2004). Genome Scrambling - Myth or Reality? Transformation-Induced Mutations in Transgenic Crop Plants. *Econexus Technical Report*.

Ver también: ISIS, Unstable Transgenic Lines Illegal, Nota informativa. 03.12.03. Government of Norway. Op. cit. pp. 18-20.

Bereano Phil y Peacock E. (2004). To eat or not to eat? An obscure UN agency tries to provide an answer. *Seedling. GRAIN* Abril 2004.

Bernstein I L, Bernstein J A, Miller S et al. (1999). Immune responses in farm workers after exposure to Bacillus thuringiensis pesticides. *Environmental Health Perspectives.* 107: 575-82.

Bernstein et al. (2004). Clinical and Laboratory Investigation of Allergy to Genetically Modified Foods. *Genetically Modified Foods, Mini-Monograph, Volumen 111, No. 8, June 2003.* Citado en Government of Norway, pg. 23.

Bindslev-Jensen C y Poulsen LK. (1997). Hazards of unintentional/intentional introduction of allergens into foods. *Allergy*, 52, 1184-6.

British Food Safety Standards (FSA). (2002). Evaluating the risk associated with using GMOs in human foods. *FSA report.* Pg. 22-27.

British Medical Association Board of Science and Education. (1999). *The Impact of Genetic Modification on Agriculture, Food and Health - An Interim Statement.* Royal Society Canada. Op. cit.

Coghlan, A. (1999) Splitting headache. Monsanto's modified soya beans are cracking up in the heat. *New Scientist*, 20 Nov.

Ewen S. y Pusztai A. (1999). Effect of diets containing genetically modified potatoes expressing Galanthus nivalis lectin on rat small intestine. *The Lancet*, 354, 1353-4.

Courvalin P. (1998). Plantes Transgeniques et antibiotiques. Les OGMs risquent-ils d'aggraver le problème crucial de la résistance bacterienne? *La Recherche* 309. Mai.

Einspanier et al. (2001). The fate of forage plant DNA in farm animals; a collaborative case-study investigating cattle and chicken fed recombinant plant material. *Eur Food Res Technol.* 212:129-134

FAO/WHO. (2000). Safety Aspects of Genetically Modified Foods of Plant Origin. Report of Joint

FAO/WHO Expert Consultation on foods derived from biotechnology. (2001) May 19-June 2. Geneva. World Health Organization. Citado en: Royal Society of Canada. pp. 61

Fares NH, El-Sayed AK. (1998). Fine structural changes in the ileum of mice fed on delta-endotoxin-treated potatoes and transgenic potatoes. *Natural Toxins* 6, 219-233.

Finnegan J. y McElroy D. (1994). Transgene inactivation: plants fight back!. *Bio/Technology* 12:883-88.

Government of Norway. (2004). European Communities - Measures Affecting the Approval and Marketing of Biotech Products. Third Party Submission by Norway. PP. 8-9.

Grupo de Ciencia Independiente. (2003). Defensa de un Mundo Sustentable sin Transgénicos. *Red del Tercer Mundo.* Capítulo 8.

Heritage, J. (2004) - The fate of transgenes in the human gut - *Nature Biotechnology* 22 (2): 170-172

Hines, F.A. (1993). Flavr Savr Tomato (Pathology Review PR-152; FDA Number FMF-000526); Pathology Branch's Evaluation of Rats with Stomach Lesions from Three Four-Weeks Oral (Gavage) Toxicity Studies (IRDC Study Nos. 677-002, 677-004 and 677-005) and an Expert Panel's Report. Memo to Linda Kahl, Biotechnology Policy Branch, June 16,

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:  
[www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones](http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones)



Oferta Académica 2019

## COLEGIO y COMUNIDAD

### IDEOLOGÍA

#### Miguel Bravo

(Del griego *idea*, apariencia, imagen ideal de un objeto + *logos*, palabra.)

(Conjunto de ideas fundamentales que caracteriza el pensamiento de una persona, colectividad o época, sobre temas económicos, sociales, científicos, tecnológicos, políticos, culturales, morales y religiosos entre los más destacados)

#### LA IDEOLOGÍA. SU HISTORIA

El conjunto de ideas del pensamiento humano sobre diversos temas, tiene orígenes muy remotos que lo ubicarían en el período prehistórico denominado calcolítico, (posterior al Neolítico y anterior a la Edad del Bronce) caracterizado por la utilización del Cobre en utensilios y armas.

En esa fase del desarrollo de la historia, se produjo un proceso de transformación social denominado "Sedentarización", llevado a cabo paralelamente o articulándose con prácticas de nomadismo.

El descubrimiento de la "agricultura" generó este proceso mediante el cual una sociedad se establece en un lugar determinado. Según estudios arqueológicos, las primeras culturas agrícolas se ubicaron en el Medio Oriente. Pero el calentamiento global del planeta hace 10 mil años generó un proceso similar en todos los continentes que tuvo como consecuencia que muchas tribus se establecieran en determinados lugares y dieran inicio a las llamadas civilizaciones de la antigüedad.

Pero es con la civilización egipcia, de la cual se obtienen los legados más consistentes y concretos en lo que respecta a la utilización de la ideología por reyes y sacerdotes.

El término ideología fue creado en 1797 por Destutt de Tracy en el marco de la revolución francesa, que se caracterizaba en ese momento por tener un optimismo desmedido en la razón. Por otro lado, los anglosajones influenciaron en el pensamiento de Destutt de Tracy mediante perspectivas fuertemente impregnadas de empirismo, lo que desembocó en la posición según la cual la verdad sería aquella que corresponde con la realidad, lo que podría verificarse a través de la observación y la razón.

En ese entonces, se desarrolla en Francia la noción de ideología en el marco de una disputa en torno al papel de la religión en la justificación de la política y de su entorpecimiento en el desarrollo de la ciencia. Es decir que la ideología es un componente central en la conceptualización de una nueva forma de hacer política y de desarrollar la ciencia.

El término ideología aparece en un artículo de de Tracy en el *Moniteur Universel* titulado "Sur un Système méthodique de bibliographie". En el citado artículo, de Tracy precisa que, para él, la ideología es la "**ciencia de las ideas**". Para que ésta se realice como tal, habría que dejar de lado todos los prejuicios metafísicos y religiosos.

#### Fin de las Ideologías

La incertidumbre se apoderó del mundo después de la caída del Muro de Berlín (1989) y el derrumbe del llamado socialismo real en Europa del Este, desintegración de la URSS (1991), impactando tanto a los que tenían como paradigma la gran utopía histórica, como para sus más furibundos adversarios. De inmediato surgieron las expresiones que reflejaban el clima en que se vivía: 'fin de la Historia', 'fin de las Ideologías', 'triunfo de las leyes del mercado', 'dominio neoliberal', 'fin de las utopías y de los paradigmas libertarios', 'entierro del marxismo, derrota histórica del socialismo', en fin, 'triunfo definitivo del capitalismo.'

El **neoliberalismo**, también llamado **nuevo liberalismo** es la corriente económica y política capitalista, inspiradas en la presencia de Ronald Reagan en Estados Unidos (1980) y Margaret Thatcher en Inglaterra.(1979)

El programa neoliberal ha generado en todo el planeta;

- Incremento inusitado de la pobreza.
- Desigual distribución de las riquezas: El 1% de la población mundial posee el 50% de la riqueza
- Aumento de Mortalidad Infantil.

-Destrucción ecológica sistemática ocasionada por las grandes potencias occidentales.

- Desarrollo desmedido de la Industria Armamentista.

-Desocupación en franco aumento.

-Refugiados: (60 millones de personas).

Las consecuencias de la implementación de los sistemas socio-económicos Capitalistas- Privatistas (Neoliberales) y Estatistas (Socialistas) a lo largo de las últimas décadas han fracasado notoriamente en lo que concierne a darle un cariz humanista al mundo, muy por el contrario, la inequidad social y la falta de libertad son el corolario de nuestra Era.

## LA TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL ÁMBITO DE LA CONSULTA MÉDICA.

The transfer of the knowledge in the field of consultation Medical.

**Guillermo Kerz.** Universidad Católica de Santa Fe.  
Echagüe 7151. (3000). Santa Fe. República Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-7652-4228>  
Contacto: [gkerz@ucsf.edu.ar](mailto:gkerz@ucsf.edu.ar)

Considero el problema de la consulta como simbólico espacio abierto en la relación médico y paciente, convirtiéndose en una de las cuestiones más relevantes a ser tenida en cuenta para la comprensión de la dicotomía establecida entre medicina "de la evidencia" y "de la afectividad" mediada por la significación que la consulta del paciente adquiere.

El conocimiento se arma entre los seres humanos en interacción; propongo abordar la transmisión del conocimiento en la relación del médico y el paciente en el ámbito del consultorio, como interacción, bidireccional y no meramente unidireccional.

A mi entender, en la década de los 90, el racionalismo se ha introducido de tal forma a través de la medicina basada en las evidencias (MBE), que ha dejado muchas veces de lado la medicina basada en la afectividad. El método clínico se impregna de un positivismo tal, que hace que no pocas veces se deshumanice ese acto tan importante que es la relación "médico- paciente", llevando a un modelo hegemónico de la jarra llena (el médico) y los vasos **vacíos** (el paciente), donde al paciente se le transfiere solamente los conocimientos de su dolencia y se limita la autonomía moral individual en la toma de decisiones sobre su propia salud.

"En el libro del *Dr. Miguel A. Moreno* aparece una escalofriante cita de *Castillo del Pino*: 'Médico es aquel que sabe aplicar las tecnologías. Paciente es al que se le aplican las tecnologías'." (Rodríguez Silva, Héctor. 2006:32 (4).

En la transmisión del conocimiento en la consulta, podríamos citar las premisas que expresa Temporetti recordando a Linaza: "está íntimamente ligado a cómo concebimos el conocimiento, a cómo concebimos a quien aprende y al proceso mediante el que se puede transmitir dicho conocimiento a otro ser humano" (citando a linaza 2003:109) (Temporetti, Félix. 2006:90).

Si pensamos a la relación "médico- paciente" como una investigación biomédica, entonces hay que tener en cuenta lo enunciado por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS), promulgado en 1993, como Normas Internacionales para las Investigaciones Biomédicas en Sujetos Humanos, al expresar:

"Entre los puntos salientes reafirma el requisito del consentimiento informado del presunto sujeto de la investigación (paciente) y detalla todos los elementos informativos que el investigador (médico) debe darle a una persona (paciente) para participar en una investigación, incluyendo los objetivos y métodos de la investigación, duración, beneficios, riesgos, procedimientos o tratamientos alternativos, confidencialidad, proporción de servicios médicos, tratamiento gratuito de complicaciones de la investigación, indemnización en caso de discapacidad o muerte, y la libertad de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanciones ni pérdida de beneficios." (*Penchaszadeh 2002*).

En la relación "médico-paciente" se aplica un método de investigación: el método clínico: **Anamnesis, Examen físico**, métodos **diagnósticos** de baja, mediana y alta complejidad (Mano de Harvey).

Las siguientes preguntas se realizan para esbozar una respuesta a la transferencia del conocimiento en el ámbito del consultorio.

- 1- **¿Como está** formado el médico desde la universidad para la transferencia del conocimiento al paciente?
- 2- **¿Cuál** es la visión del concepto de salud, desde su sustrato filosófico, psicológico y antropológico que aplica en la consulta?
- 3- **¿Cómo** transmite el conocimiento al paciente para que él mismo lo pueda procesar y lo ayude a tomar decisiones autónomas?

**1. ¿Como está formado el profesional de la salud desde la universidad para la transferencia del conocimiento al paciente?**

En primer lugar, la actividad del médico puede "convertirse en un acto rutinario e impulsivo, quizás por la falta de formación en los valores propios del pensamiento reflexivo"; que "en primer lugar nos libera de la actividad meramente impulsiva y puramente rutinaria" (Dewey;1989:33).

La formación universitaria ha puesto hegemónicamente la formación de las mentes en la investigación a través del método hipotético deductivo como método predominante, dejando de lado, a mi entender, una cosmovisión del proceso de investigación en la relación médico paciente que trasciende el método hipotético deductivo.

Reafirmó lo expresado anteriormente, cuando esa relación se centra en una ética de costos beneficios, de una visión positivista menospreciando la visión filosófica, epistemológica, gnoseológica, etc. que a menudo los profesionales desconocen o conocen superficialmente. La mirada holística, integral e integradora de la Persona, queda oscurecida.

Reflexionando sobre las carreras tanto de grado como de postgrado, "los estándares internacionales de medicina basada en las evidencias y la tecnología van reemplazando el arte de la medicina, la experiencia y las habilidades clínicas del médico." (Bascañán Ra. 2005)

La racionalidad desplazaría lenta pero solapadamente a la intuición y a la empiria en la formación del pensamiento en las ciencias médicas, en lugar de producir una conjugación entre los tres, como íntimamente relacionados. La afectividad y el vínculo con el paciente va languideciendo.

"Los que estamos persuadidos de esta estrecha relación entre enseñar y aprender sabemos que dicha tarea es una mezcla de arte y ciencia, de intuición y de lógica, de previsión y de sorpresa" (Temporetti, Félix. 2006:90)

Brunner cuestiona críticamente cómo los claustros universitarios, cuando forman los futuros profesionales, se inclinaron por un fuerte objetivismo, descuidando en consecuencia, toda formación destinada a recuperar las mentes humanas en las ciencias humanas, al afirmar: "recuperar la mente en las ciencias humanas, luego de un prolongado y frío invierno del objetivismo" (Brunner. 1991:19). La construcción del significado del escuchatorio se dialoga con un sujeto, cuidándose de lo que nos advierte el Goya en su cuadro: "los sueños de la razón producen monstruos".

Como interpreto, como analizo, cómo investigo, cómo aplico y cómo adquiero el conocimiento para poder transferirlo al paciente, es el desafío de la investigación en el consultorio, donde juegan la subjetividad de uno: "el médico" y del otro: "el paciente".

Investigar es buscar y hacer conjeturas acerca de la información que nos brinda el paciente a través del escuchatorio y de la anamnesis. Es partir de los hechos y de los hechos narrativos comenzar a ver los problemas. Como juega en lo humano su historia, la complejidad biológica, social cultural, histórica tanto del profesional de la salud como del paciente.

El riesgo de la medicina basada en la evidencia, como fin en sí mismo, se convierte en transformar el consultorio en un proceso de retroalimentación entre *inputs* (información automática procesada por el médico) y *outputs* (salida de información que emite el médico descartando toda consideración por no ser propia del específico campo médico profesional). Al producirse esto, el médico convierte al consultorio, en un ámbito deshumanizado, en un espacio robotizado.

## **2- ¿Cuál es la visión del concepto de salud, desde su sustrato filosófico, psicológico y antropológico que aplica en la consulta?**

Existe un determinado consenso académico en considerar que la salud no es un concepto de orden restringido que indica solamente ausencia de enfermedad, sino que, por el contrario, se amplía hasta abarcar el completo bienestar bio psico social y espiritual, en una unidad conceptual, de significado.

En la cotidianidad, se observa un reduccionismo, al mencionar conceptos como salud sexual, salud mental, salud comunitaria; desmembrando el concepto de Salud, para parcializar.

El desafío de dividir es volver a unir, porque el significado queda fraccionado; en otras palabras, la salud interpretada en forma integral e integrada, significando que lo biológico, lo mental, lo social, lo espiritual conforman el concepto de salud.

La persona es una unidad, individual y con una característica que lo convierte en Ser Vivo. En el concepto de autopoiesis de Maturana (Pörksen & Maturana Romesín, 2007), un ser vivo es capaz de producirse a sí mismo. Si a ese Ser Vivo se lo divide, se lo fragmenta, pasa de ser un Ser Vivo a convertirse en un Ser Muerto.

Naturalmente que, desde el estudio y la investigación, muchas veces hay que dividir o fraccionar para estudiar, para lograr especificidad del conocimiento, pero el proceso más importante es volver a unir y no dejarlo fraccionado, porque pierde significado.

En mi visión de la relación médico-paciente en el ámbito de la consulta, esta unión en una Persona dotada de dignidad humana es esencial. Volvemos a reflexionar en la transferencia del conocimiento en la formación de las mentes.

Es en la relación médico-paciente, en ese ámbito de investigación tan particular, es donde "La existencia humana se realiza en la cotidianidad (Maturana-Pörksen, 2007:21); el observador y lo observado no se pueden separar, en "donde el lenguaje no es una cárcel, sino una forma de existir, un modo de convivir" (Maturana-Pörksen, 2007:38.).

### **3- ¿Cómo se transmite el conocimiento al paciente para que él mismo lo pueda procesar y lo ayude a tomar decisiones autónomas?**

Al decir de Altoni, E. (2000) comprendiendo que el hombre todo es el que está presente en el consultorio durante la consulta, podríamos parafrasear que la relación "médico-paciente", mediante el conocimiento académico del profesional legitimado en la universidad, puede tener infinidad de variaciones, es una red de sentidos y significados. No existe el médico y el paciente en forma absoluta, esto significa que el paciente no asume una única forma, sino que está subvertido por lo contingente que lo particulariza a través de la cotidianidad."

Para la transmisión del conocimiento y la ayuda para decisiones autónomas por parte del paciente, Freire propone la idea de "comunicación" que "implica: diálogo, intercambio de saberes, articulación cultural, trabajo "con" y no "para" los otros (lo que rápidamente significa "sobre" y, luego, "contra" los otros" (Huergo, 2005). (citado en: Mengancini, Adriana y col. :1.)

En igual dirección, la idea de Temporetti, tomando como sujeto al paciente "concebirlo como mero procesador de información puede resultar tanto un error metodológico como una vileza" (Temporetti, 2006:98).

En la investigación biomédica que se da en la relación "médico- paciente" es con el paciente y no solo para el paciente.

En Mengancini, esta relación se ejemplifica claramente al considerar al médico como un representante de la cultura académica y al paciente un representante de la cultura popular (Völkerkultur)

Este vínculo, esta medicina basada en la afectividad lo trasladamos al consultorio, haciendo propio lo de Huergo (2005):

"El criterio central, a nuestro juicio, es el reconocimiento del mundo cultural (...) reconocer que el otro, desde su cultura, puede jugar el mismo juego que nosotros, por así decirlo, sin necesidad de adoptar nuestra cultura para jugarlo; es decir, asumir como postulado la reciprocidad. Se trata de reconocerle su dignidad en este proceso de encuentro. Pero ¿por qué? Primeramente, porque - desde el punto de vista comunicacional- necesitamos saber y reconocer quién es el otro con el que vamos a comunicarnos, cuáles son sus sueños y expectativas, cuáles sus labores cotidianas, sus lenguajes, sus dudas, sus limitaciones, sus creencias, etc.

Ese reconocimiento no se produce en el vacío, como algo abstracto, como prolongación de nuestras ideas iluminadas o como actitud filantrópica. Necesitamos acompañarlo con un proceso de trabajo metodológicamente construido, que se concreta en diversos caminos de reconocimiento de prácticas socioculturales (...) En ellas, los sujetos sociales se encuentran inmersos en una cultura, pero además invierten permanentemente esfuerzo, creatividad, trabajo, en su producción (...) no hay sujetos pasivos; por eso confiamos en que son esos sujetos los artífices de la transformación del mundo (...) Esto, sin dejar de considerar ni menospreciar el carácter 'duro', por así decirlo, resistente, de los habitus desarrollados en una determinada cultural".

El reconocimiento que el otro existe, que la transferencia es reciprocidad, donde el paciente tiene la capacidad de la transformación de su propia salud. Solo si este proceso se da, la propia persona será capaz de ser protagonista de su propio destino.

Dentro del Consultorio, como nos comunicamos, cómo transmitimos, cómo recibimos al otro, admite una pedagogía activa, no descontextualizada permitiendo la promoción de la Persona desde el cuidado de su propia salud

**CONCLUSIÓN:**

La transferencia del conocimiento es centrada en el paciente, transferencia a través del lenguaje de dicho conocimiento, clara, explicativa, abierto a segundas opiniones, reflexivo, dando tiempo al paciente para que procese la transferencia del conocimiento y repregunte en visitas sucesivas.

La relación médico-paciente dentro del espacio simbólico de la consulta médica, se propone como una investigación, la cual persigue desarrollar conocimiento para la acción; esta acción en este marco de investigación particular; es la acción que tomará el propio paciente sobre su salud, por lo tanto, debe ser lo más clara y precisa posible para que sea tomada con autonomía.

"En la educación terapéutica del paciente exige mucho más que una simple transmisión de la información. Se trata de una verdadera transferencia de competencias, de una información en la toma de decisiones, pero también de la puesta en marcha de una relación que haga posible, por primera vez una verdadera negociación entre el médico y el paciente". (Ortiz-Pommier, A (2004)

En este ámbito, se manifiesta por la elección, la capacidad de elegir. La libertad se basa en la posibilidad de elegir, pero involucra algo más, el poder de actuar de acuerdo con la elección. (Dewey, 1989)

La educación en valores (por ejemplo, el respeto de la dignidad humana, la solidaridad, el bien común) permite entablar un nuevo tipo de relación terapéutica- paciente, más igualitaria en la que los pacientes son consciente de sus derechos a la información, a la autonomía y no aceptan de quienes lo atienden actitudes paternalistas o autoritarias. La utilización del consentimiento informado de los pacientes, como prueba del que se les ha informado, y no como salvaguarda del profesional, debe convertirse en una práctica profesional.

Nuestro punto de partida es el deseo de mostrar que la transferencia del conocimiento si bien se interpreta muchas veces en la relación de la universidad con la sociedad, la propuesta apunta a descontextualizar el concepto de transferencia del conocimiento solamente desde este ámbito para llevarlo a relación médico paciente en el ámbito de la consulta.

**BIBLIOGRAFÍA**

Antoni, E. J., Pagura, J. A., & Quaglino, M. B. (2000). Análisis de la constitución del sujeto pedagógico a través de las técnicas factoriales y múltiples. Quintas Jornadas "investigación en la facultad" de Ciencias Económicas y Estadísticas, Universidad nacional de Rosario. Obtenido de:

[https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/7961/Antoni%2CPagura%2CQuaglino\\_analisis%20de%20la%20construccion%20del%20sujeto.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/7961/Antoni%2CPagura%2CQuaglino_analisis%20de%20la%20construccion%20del%20sujeto.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Bascuñan Ra, M Luz. (2005) Cambios en la relación Médicos Pacientes y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Méd Chile*; 133: 11-6

Bruner, Jerome. Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva. (1991) Ed. Cast. Alianza Editorial, SA. Madrid.

Dewey, John. (1989) *Cómo Pensamos*. Nueva exposición de la relación entre el pensamiento y el proceso educativo. 1ª ed. Ed Paidós (33).

Maturana, HR; Pörksen, B. (2007) *Del Ser al Hacer*. J.C. Saez. editor. (1-237.)

Mengancini, Adriana; Cordero Silvina; Dumrauf Ana. (2007) *¿Transferencia o transmisión conjunta de conocimientos? Una experiencia de trabajo colaborativo entre Universidad y Escuela*. V Encuentro Nacional y II latinoamericano La universidad Como objeto de Investigación. Universidad del Centro de la provincia de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Humanas (ISBN 978-950-658-187-9)

Ortiz-Pommier A (2004). Conflicto de intereses en la relación clínica. *Rev chil. Neuro-Psiquiatr [Internet]* [29-36]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272004000100004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272004000100004&lng=es&nrm=iso)

Penchaszadeh, Víctor (2002) B. *Ética de las Investigaciones Biomédicas en Poblaciones Humanas*. *Rev. Cubana Salud Pública* v.28 n.2 Ciudad de La Habana

Pörksen, B., & Maturana Romesín, H. (2007). *Del Ser al Hacer*. Chile: J.C.SAEZ editor.

Temporetti, Félix. (2006) *Prácticas Educativas: entre lo individual y lo sociocultural*. Breve ensayo sobre los conocimientos psicológicos de la enseñanza. Itinerarios educativos de la revista del Indi. Año 1, nro 1, ediciones UNL, Santa Fe.

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:  
[www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones](http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones)

## "COLGAJO FRONTAL COMO RECONSTRUCCIÓN DE PUNTA NASAL POR MORDEDURA CANINA."

### "Frontal forehead flap in nasal reconstruction from dog bite"

**Fissolo, Gustavo.** Concurrente 5 to año. Servicio C P y Q. Hospital J. M. Cullen. Email: gustavofissolo@gmail.com

#### Colaboradores:

- Lopez Rosa, Marcelo. Jefe Servicio de Cirugía Plástica, reconstructiva y quemados (C P y Q), Hospital J. M. Cullen
- Gimenez Melo, Ramiro. Medico de planta, servicio de C P y Q, Hospital J. M. Cullen
- Gabrovich, Roberto. Medico de planta, servicio de C P y Q, Hospital J. M. Cullen
- David, Francisco. Medico de planta, servicio de C P y Q, Hospital J. M. Cullen
- Zanetta, Ignacio. Concurrente 4 to año, Servicio C P y Q, Hospital J. M. Cullen
- Andrés, Francisco Javier. Concurrente 3 er año Servicio C P y Q, Hospital J. M. Cullen.
- Del Favero, Veronica, Concurrente 2 do año. Servicio C P y Q. Hospital J. M. Cullen.

#### RESUMEN:

La utilización de colgajos frontales en la reparación nasal debe ser una herramienta disponible en el arsenal de técnicas para el cirujano, sobre todo cuando otras soluciones mas simples no son viables.

El objetivo del presente trabajo es presentar y discutir una modificación de dicho colgajo: la realización de un colgajo frontal "ALEATORIO" para la reconstrucción de la punta nasal, en lugar del conocido colgajo frontal "AXIAL".

Palabras claves: Frontal, colgajo, reconstrucción nasal

#### INTRODUCCIÓN:

La reconstrucción nasal parece haber nacido en la India, alrededor del 3000 a.C. En la cultura india la nariz era considerada como un órgano relacionado con el respeto y la reputación de su portador, de manera que la mutilación o amputación nasal se utilizaba ,con frecuencia, para humillar a los delincuentes (1).

Luego de un extenso período de silencio en la historia de la técnica de reconstrucción nasal, en 1794 apareció una carta en el "Gentlemen's Magazine" de Londres, en la que se describía la reconstrucción de una nariz mutilada con un colgajo proveniente de la zona central de la frente.(2)

Y no es hasta sino 1925 donde Blair revisó las técnicas disponibles para la restauración de la nariz y llego a la conclusión de que el colgajo frontal era el método mas efectivo para tratar los grandes defectos nasales; a este autor se le acredita el haber establecido en los Estados Unidos el predominio de estos colgajos para la reconstrucción nasal.

La responsabilidad de reconstruir una nariz recae es que se encuentra en la zona visual por excelencia, lo cual conlleva la necesidad de un resultado que se adecue lo mas posible a los estandartes de "normalidad" posible desde el punto de vista estético o funcional.

Para ello históricamente se han ideado técnicas de diversa complejidad, desde el cierre directo en aquellas oportunidades donde es posible hasta la realización de colgajos cutáneos de zonas vecinas o de zonas donde la característica tisular sea similar a la del defecto a cubrir, es aquí donde los colgajos frontales cumplen su rol mas importante. Gracias a la experiencia se han podido identificar el mejor uso para cada uno de ellas y las modificaciones posibles para optimizar sus resultados.

#### REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 38 años de edad, sin hábitos tóxicos, con el único antecedente de colisión vial (moto-auto) en el 2015, con lesión cortante en zona frontal, que ingresa a la guardia central del Hospital J.M Cullen por sufrir mordedura canina en rostro.

Al examen físico se evidencia lesión en zona nasal, con perdida de sustancia y exposición de resto cartilaginoso nasal (cartílago alar) a predominio del lado izquierdo, resto del examen físico sin particularidades. Rx sin evidencia de lesión ósea.

Es referenciado al servicio de Cirugía Plástica y Quemados, donde se le indica curaciones planas, analgesia, antibióticoterapia e internación para toma de conducta.

Se presenta el caso en Ateneo, donde se discuten estrategias y finalmente integra el plan quirúrgico del servicio de Cirugía Plástica y Quemados para realizar el primer tiempo de un colgajo frontal no convencional.

#### DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Por poseer línea pilosa baja y una cicatriz cercana a la misma, se decidió diseñar el colgajo siguiendo las líneas de expresión frontales, y no perpendiculares a esta, como se describe tradicionalmente un colgajo frontal.

Con el paciente bajo anestesia general y en decúbito ventral se realizaron medidas de sepsia y antisepsia según protocolo, se marcó línea media en zona frontal, se dibujó colgajo con base comen-

zando del lado izquierdo y extendiéndose hacia la derecha con una longitud de un 20% más que la distancia desde la base a la zona nasal a cubrir (punta nasal) y un ancho aproximado del defecto a cubrir.

Con bisturí n15 se talló siguiendo marcación sobre la piel, celular subcutáneo, músculo frontal, y al llegar a la lámina glabellar se levantó el colgajo con un gancho doble. Se realizó exhaustivo control de hemostasia y coagulación, se presentó en zona receptora y se suturó con mononylon 4.0. Se cerró zona dadora en dos planos, con vycril 4.0 y mononylon 4.0

60 días posteriores al primer gesto se reintervino para seccionar la base del colgajo y cerrar el defecto secundario con mononylon 4.0

### DISCUSIÓN

Ante la imposibilidad de realizar un colgajo frontal de tipo "indiano", nos vimos obligados a buscar una solución similar, se decidió entonces aprovechar la gran irrigación de esta zona del rostro para tallar un colgajo que a fines de clasificación pura sería "aleatorio" pero que debido a su longitud y resultado final indudablemente a tenido un aporte sanguíneo importante por parte de alguna arteria frontal, convirtiéndolo así en un colgajo de tipo "axial"

En los pacientes con línea pilosa alta la longitud corresponde a la necesaria para alcanzar la punta de la nariz: sin embargo, en los pacientes con líneas pilosas bajas se pueden obtener colgajos de mayor longitud sin incluir las zonas provistas de pelo, utilizando algunas variantes: ubicando el eje del colgajo en una posición oblicua, bajando el punto de rotación mediante la sección del pedículo en la glabella o como fue en nuestro caso que se decidió tallar en la zona dadora un colgajo perpendicular al tallado clásico, lo que permite, al tener un ángulo de rotación de sólo 90 grados, consumir menos longitud en su acción de rotación, y así llegar a cubrir la zona expuesta por la mordedura canina.

La riqueza vascular del área frontal se basa en la arteria supratroclear y en la arteria angular, así como también en la arteria supraorbitaria, de forma que los vasos supratroclears son constantes y casi nunca se desvían más de 5 mm lateral o medialmente de su plano vertical en el tercio proximal de la frente, pasando profundamente sobre el periostio 2 cm por encima del borde supraorbitario; mientras que de forma distal viajan verticalmente por encima del músculo para después descansar en posición subdérmica ya más distalmente y a nivel de la piel del cuero cabelludo.

Respetando y conociendo la riqueza vascular que nutre esta zona frontal, y aprovechando la constancia posicional de los vasos supratroclears, presentamos y discutimos, el diseño de un colgajo frontal tallado con un pedículo transversal al descrito tradicionalmente, logrando dar mayor flexibilidad al colgajo y facilitando el cierre directo del defecto secundario frontal sin afectar al mismo.



**Ilustración 1.**  
Primer momento post  
mordedura (frente)

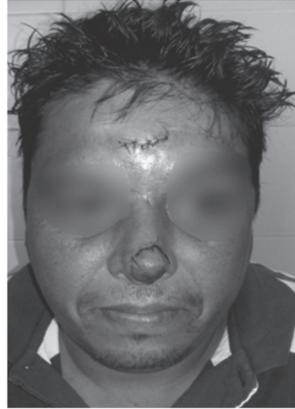


**Ilustración 2.**  
Marcación pre-quirúrgica  
(frente)

**sigue en la Página 22**



**Ilustración 3.**  
Postquirurgico 15 días  
(frente)



**Ilustración 4.**  
Postoperatorio inmediato  
de segundo tiempo (frente)



**Ilustración 5.**  
Postoperatorio inmediato  
segundo tiempo (lado derecho)

## BIBLIOGRAFÍA

1. **McCarthy Joseph G.** Deformaciones adquiridas de la nariz. Cirugía Plástica "la cara" 1990 cap11 Edit panamericana
2. **Baker Shan R.** Local Flaps in Facial Reconstruction 3er Edition 2014 Edit Elsevier
3. **Burguet G.C, Menick F.J** The Subunit principle in nasal reconstruction. Plastic recontruccion surgery 1985.
4. **Belmar P, De Eusebio E, Sánchez C, Vergara A, Martín A, Juanes A, Jiménez E.** Colgajo fronto-nasal paramedial en la reconstrucción de defectos nasales extensos. Actas Dermosi liogr. 2011
5. **Papel Ira D.** Facial Plastic and Reconstructive Surgery Paramedian 3er edition. Ed Thieme 2009 "Forehead Flaps cap 59"

Todas las publicaciones, referencias, gráficos  
y bibliografías completas en:  
[www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones](http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones)

## CONIZACIÓN CERVICAL VERSUS LLETZ (ESCISIÓN AMPLIA DE LA ZONA DE TRANSFORMACIÓN) EN PACIENTES CON H-SIL (LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO GRADO) ENDOCERVICAL

Cervical conization versus lletz (large loop excision of the transformation zone) in patients with h-sil (high grade squamous intraepithelial lesion) endocervical

**Autores:** Dr. Seiref, Samuel\*; Dr. Talin, Alejandro; Dra. Walpen, Celina; Dra. Dentis, Lucia; Dra. Wagner Camila

\*Hospital J. B. Iturraspe

Sección TGI, Servicio de Ginecología, Hospital J. B. Iturraspe de Santa Fe.

seirefsamuel@gmail.com, aletalin@hotmail.es, celiwalpen@hotmail.com, luciadentis0@gmail.com,

camiw\_04@hotmail.com

Contacto: celiwalpen@hotmail.com

### RESUMEN

**Objetivos:** valorar la extensión en profundidad del H-SIL (lesión intraepitelial de alto grado) en el canal endocervical en las piezas de conización cervical.

**Materiales y métodos:** Se estudiaron 103 pacientes a las cuales se les realizó conización de cuello uterino en el Servicio de Ginecología del Hospital J B Iturraspe de Santa Fe en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2017.

Se recabaron los datos de la ficha de la Sección de Patología del Tracto Genital Inferior, los resultados citológicos y anatomopatológicos de los respectivos extendidos exo y endocervicales, informes anatomopatológicos de biopsias y piezas de conización cervical.

**Resultados:** La edad promedio fue de 37 años. El 60,2% (62 pacientes) tenía menos de 40 años. En las piezas de conización cervical, 75 pacientes (72,82%) presentaron una extensión del H-SIL en el canal endocervical menor o igual a 1 cm. En 49 pacientes (47,57%) su extensión fue menor o igual a 0,5 cm. El legrado endocervical fue positivo para H-SIL en 11 biopsias (10,68%). De estas, 10 pacientes tenían más de 40 años (la edad promedio fue de 48,8 años), la restante 30 años.

**Conclusión:** De las pacientes a las que se le realizó conización cervical por H-SIL endo y exocervical el 60,2% tenían menos de 40 años. El 72,82% presentó una extensión en profundidad en el canal endocervical menor o igual a 1 cm. En las que presentaron legrado endocervical (LEC) positivo para H-SIL, luego de la conización cervical, el 90,9% eran peri o posmenopáusicas.

**Palabras claves:** H-SIL endocervical, cepillado endocervical, Conización cervical, legrado endocervical.

### INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvicouterino (CCU) es la 2ª causa de muerte por cáncer en mujeres, entre los 35 y 64

años, a nivel mundial. En Argentina, cada año se diagnostican alrededor de 4.000 casos nuevos y mueren aproximadamente 1.800 mujeres a causa de la enfermedad. El 82% de las muertes ocurre en mayores de 40 años. (MSAL, 2014) (MSAL, 2015) (Geping Yin, 2016)

El objetivo del screening es encontrar lesiones cervicales precancerosas conocidas como Neoplasia Intraepitelial Cervical (CIN) y cánceres en etapa temprana para realizar un tratamiento oportuno, con menor morbimortalidad. (George F. Sawaya, 2016)

Las anomalías celulares preneoplásicas pueden ser detectadas por medio del extendido citológico de Papanicolaou y se denominan lesiones intraepiteliales de bajo (L-SIL) y alto grado (H-SIL) según la clasificación de Bethesda, teniendo en cuenta el potencial relativo de las mismas para desarrollar una lesión infiltrante. El CIN según su profundidad puede ser leve, moderado o severo (CIN 1, 2 o 3 respectivamente según la clasificación de Richardt). El término L-SIL se relaciona histopatológicamente al CIN 1 y las alteraciones celulares producidas por el virus del papiloma humano (HPV), y el término H-SIL incluye CIN 2 y CIN 3. (George F. Sawaya, 2016) (Pierre PL Martin-Hirsch, 2010) (Pelea, 2003)

Las lesiones de alto grado son las menos frecuentes y pueden surgir tanto por una progresión de las de bajo grado, o directamente de la infección persistente por HPV. Algunas de estas progresan a carcinoma invasor, y otras pueden regresar, especialmente si se trata de mujeres jóvenes. (MSAL, 2014) (Bobadilla ML, 2016)

Actualmente, no existe tratamiento para eliminar la infección por el HPV, pero sí para las lesiones producidas por este virus. El tratamiento recomendado para las lesiones H-SIL que involucra la zona de transformación es la conización cervical del cuello uterino en todas sus formas (fría o quirúrgica, láser, radiofrecuencia o LEEP). (MSAL, 2014) (Geping Yin, 2016) (George F. Sawaya, 2016) (Pierre PL Martin-Hirsch, 2010) (Bobadilla ML, 2016)

(Taylan Senol\*, 2016). El objetivo del tratamiento debe ser eliminar toda la zona de transformación y la unión escamocolumnar. (George F. Sawaya, 2016) (Taylan Senol\*, 2016) (William García Vargas, 2010) El éxito de los tratamientos actuales suele darse en más del 95% de los casos. Sin embargo, el seguimiento post-tratamiento es necesario, pues existe posibilidad de recidiva o de desarrollar CCU. La razón acumulada de invasión en 8 años post-tratamiento es cinco veces mayor que lo observado en población general. (MSAL, 2014) (Bobadilla ML, 2016) (Taylan Senol\*, 2016) (J Verguts, 2006)

La positividad del margen quirúrgico después del procedimiento es un factor de riesgo importante de recurrencia, siendo de 53.8% en pacientes con márgenes quirúrgicos positivos contra un 12.9% en pacientes con márgenes negativos. Varios estudios muestran que la mayor parte de los casos con margen quirúrgico positivo tenían más de 40 años y la mayoría eran posmenopáusicas. (MSAL, 2014) (Taylan Senol\*, 2016) (J Verguts, 2006)

#### OBJETIVO

Valorar la extensión en profundidad del H-SIL en el canal endocervical en las piezas de conización cervical.

#### PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se estudiaron 103 pacientes a las cuales se les realizó conización de cuello uterino en el Servicio de Ginecología del Hospital J B Iturraspe de Santa Fe en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2017.

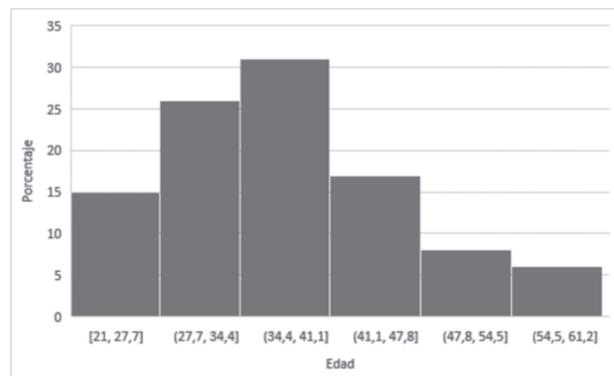
Se excluyeron aquellas pacientes a las que se les efectuó conización cervical luego de un LLETZ y aquellas que habían recibido tratamiento inicial del H-SIL en otra institución.

De cada paciente se recabaron los datos de la ficha de la Sección de Patología del Tracto Genital Inferior (TGI), los resultados citológicos y anatomopatológicos de los respectivos extendidos exo y endocervicales, informes anatomopatológicos de biopsias y piezas de conización.

Las conizaciones fueron realizadas en quirófano, con anestesia raquídea, mediante asa electroquirúrgica (Asa de Elizalde), con una profundidad del mismo de acuerdo a la traquelometría de cada paciente. Posterior a la extracción de la pieza se realizó legrado endocervical (LEC).

#### RESULTADOS

Fueron analizadas 103 pacientes con una edad promedio de 37 años, con un rango de 21 a 60 años. El 60,2% (62 pacientes) tenían menos de 40 años. Gráfico N°1



De las 103 biopsias de las piezas de conización cervical, 75 (72,82%) presentaron una extensión en profundidad del H-SIL en el canal endocervical menor o igual a 1 cm. La extensión fue menor o igual a 0,5 cm en 49 biopsias (47,57%).

En 11 biopsias (10,68%), el legrado endocervical posconización fue positivo para H-SIL. De estas, 10 fueron mayores a 40 años (edad promedio 48,8 años), la restante tenía 30 años.

De esas 11 pacientes el informe histológico de la pieza de conización cervical correspondió a CIN III en 5 pacientes (4,85%), CIN II en 2 pacientes (1,94%), microinvasión en 2 pacientes (1,94%) y carcinoma infiltrante en 2 pacientes (1,94%).

#### DISCUSIÓN

El mayor porcentaje de lesiones cervicales de alto grado ocurre en pacientes en edad reproductiva. La escisión de la zona de transformación (LLETZ) mantiene la función reproductiva cervical y es adecuada para pacientes que desean conservar su fertilidad. Los procedimientos de LLETZ se consideran seguros y de baja morbilidad, además de ser un procedimiento ambulatorio. (Lindeque, 2005)

Algunos autores consideran que el tratamiento del H-SIL endocervical es la conización cervical la cual presentaría consecuencias para la fertilidad futura, como riesgo de aborto, parto prematuro y rotura prematura de membranas. (Camargo MJ, 2015)

Analizando los datos obtenidos durante dos años, en aquellas pacientes que presentaron H-SIL endocervical, en la biopsia de Conización, la penetración del H-SIL en el canal fue menor a 1 cm

en el 72,82% de los casos. De las pacientes con LEC positivo para H-SIL, solo 1 paciente estaba en edad reproductiva (30 años), las 10 pacientes restantes eran premenopáusicas o menopáusicas con una edad promedio de 48,8 años.

Esto argumenta que la conización cervical sea más efectiva en los casos con zona de transformación no visible debido a la edad avanzada y estado de la menopausia. (MSAL, 2014) (Taylan Senol\*, 2016) (J Verguts, 2006)

Las pacientes jóvenes con deseo de maternidad, se beneficiarían con una escisión menor (LLETZ), y posterior reevaluación del canal con LEC, lo cual alteraría menos la arquitectura y funcionalidad del cérvix.

Las guías de la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP) recomiendan un seguimiento estricto y frecuente, con Papanicolaou y cepillado endocervical, cada 4-6 meses, en presencia de márgenes positivos o un LEC positivo en el momento de la conización para una lesión CIN2-3. Otra opción en estos casos es repetir el procedimiento escisional. En el caso de compromiso de los márgenes laterales y LEC negativo, el seguimiento cito-colposcópico y el test de VPH es suficiente. La opción de histerectomía en caso de paridad cumplida puede ser considerada por razones técnicas, luego de haber sido descartado un carcinoma invasor. Se recomienda continuar con el tamizaje por 20 años y hasta los 65 años. (MSAL, 2015) (Taylan Senol\*, 2016)

El riesgo de recurrencia aumenta en los casos con unión escamocolumnar residual localizada en el canal endocervical. Para disminuir las tasas de recurrencia se podría aplicar un procedimiento de escisión adicional de rutina en el borde endocervical luego del LEEP convencional que aumenta la posibilidad de hacer que los márgenes quirúrgicos estén libres de lesiones. (Taylan Senol\*, 2016)

### CONCLUSIÓN

De las pacientes a las que se le realizó conización cervical por H-SIL endo y exocervical el 60,2% tenían menos de 40 años. El 72,82% presentó una extensión en profundidad en el canal endocervical menor o igual a 1 cm. Aquellas con LEC positivo para H-SIL luego de la conización cervical, el 90,9% eran peri o posmenopáusicas.

### CONSIDERACIÓN FINAL

Se realizará un estudio prospectivo para valorar el beneficio de realizar un LLETZ con posterior LEC en

casos de H-SIL endocervical en pacientes con deseo de fertilidad.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Guía programática abreviada para el tamizaje de cáncer cervicouterino, Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. Enero 2014. Ministerio de Salud de la Nación.  
[http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000433cnt-Guia\\_Programatica\\_Abreviada\\_BAJA.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000433cnt-Guia_Programatica_Abreviada_BAJA.pdf). Última entrada 30 de agosto de 2018.
2. Prevención del cáncer cervicouterino. Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPV. Actualización 2015. Ministerio de Salud de la Nación.  
[http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/00000017cnt-manual\\_recomendaciones\\_tamizaje\\_2015\\_baja.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/00000017cnt-manual_recomendaciones_tamizaje_2015_baja.pdf). Última entrada 30 de agosto de 2018.
3. Geping Yin, Juan Li, Aifang Wu, Jing Liang y Zheng Yuan. Four categories of LEEP for CIN of various areas: a retrospective cohort study. *Journal Minimally Invasive Therapy and Allied Technologies*. 2016; 26(2):104-10
4. George F. Sawaya, MD, y Karen Smith-Mc Cune MD, PhD. Detección de Cáncer de Cuello Uterino. *Obstetrics and Gynecology*. 2016; 127: 459-67
5. Martin-Hirsch PPL, Paraskevaidis E, Bryant A, Dickinson HO. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 12. Art. No.: Cd001318
6. Lacruz Pelea C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolaou a Bethesda 2001). *Rev Esp patol*. 2003; 36(1): 5-10.
7. Bobadilla M L, Villagra V, Zorrilla M E, Pratt P, Olmedo G, Roscher G, Franco F, Riveros M C. Detección molecular del Papilomavirus Humano de Alto Riesgo en el seguimiento de mujeres tratadas por lesión escamosa intraepitelial. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2016; 14(1): 64-69
8. Taylan Senol, Mesut Polat, Enis Ozkaya y Ates Karateke. Comparison of Two Step LEEP and Cold Conisation For Cervical Intraepithelial Lesions to Decrease Positive Surgical Margins. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention (APJCP)*. 2016; 17: 3317-20

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:  
[www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones](http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones)

## VARIABLE ANATOMICA DE LA VIA BILIAR Y LESION QUIRURGICA

### Anatomical variable of the bile duct and surgical injury

**Dr. Pierini Ángel L.** Jefe de Servicios M.A.A.C.

**Dr. Pierini Leandro** M.A.A.C.

**Dr. Ruiz Guillermo** M.A.A.C.

**Dra. Cardona Valentina**

**Dr. García Hevia Alejandro** Jefe de Residentes.

Servicio de Cirugía Mixta Hospital Iturraspe | Santa Fe. Argentina

Contacto: Dra. Cardona Valentina: cardonarv@gmail.com

#### RESUMEN:

Se presenta el caso de una paciente con lesión quirúrgica de la vía biliar inadvertida en el intraoperatorio, que desarrolla coleperitoneo, seguido de episodios recurrentes de colangitis.

Fue estudiada con diversos métodos imagenológicos. Se concluye que la entidad predisponente de esta lesión radica en una variable anatómica de la vía biliar en la cual el Conducto Hepático Derecho Posterior desemboca en el Conducto Cístico.

Las lesiones quirúrgicas de la vía biliar son situaciones clínicas complejas producidas en pacientes aparentemente sanos que se asocian a una morbilidad importante y una mortalidad baja pero no despreciable. Sus graves consecuencias pueden ir desde una prolongada cirugía abierta con la permanente posibilidad de cuadros de colangitis a repetición, re-estenosis y por ende re-operaciones, hasta la cirrosis biliar y la muerte.

Este artículo tiene como objetivo mostrar cómo en determinadas ocasiones, pese a los esfuerzos y precauciones utilizados en el acto quirúrgico, la lesión se torna inevitable al ser producto de una variación anatómica, habitualmente desconocida hasta el momento de su lesión. También, es de nuestro interés dar a conocer las consecuencias que esta entidad acarrea.

**Palabras clave:** Lesión quirúrgica, Vía biliar, Colangitis, Colectomía, Anomalías biliares.

#### Introducción:

La lesión quirúrgica de la vía biliar (LQVB) se define como lesión involuntaria en cualquier porción del árbol biliar, que se manifiesta durante o después de la operación por una fuga o una obstrucción biliar (no debido a litiasis o tumor) [1]. Puede ocurrir tanto en procedimientos quirúrgicos como no quirúrgicos. Sin embargo, la mayoría ocurren en el transcurso de las colecistectomías, y su incidencia ha ido en aumento desde el advenimiento de la laparoscopia, a pesar de las ventajas que la misma presenta, siendo un problema frecuente en la actualidad. La incidencia reportada es de 0.1 a 0.2% para la colecistectomía abierta, y de 0.4 a 0.6% para la colecistectomía laparoscópica [2].

Estudios previos han estimado que el 19-39% de la población tiene variaciones anatómicas del árbol biliar. La anomalía más común, que ocurre en 4-8% de los pacientes, es una inserción aberrante del conducto posterior derecho en el árbol biliar, usualmente se inserta cerca del conducto cístico, pero puede hacerlo también, en el conducto hepático común, el colédoco, la vesícula biliar o, raramente, en el conducto hepático izquierdo (Figura 1). Estos conductos aberrantes pueden confundirse con el conducto cístico y cortarse o cauterizarse inadvertidamente [3].



**Figura 1.** Conductos hepatocísticos A) Desembocadura vesicular del hepático derecho. B) Desembocadura vesicular separada de conductos derechos anterior y posterior. C) Desembocadura del conducto sectorial posterior derecho en el conducto cístico, o en el cuello vesicular. D) Desembocadura del conducto segmentario en el cuello vesicular. E) Desembocadura del conducto accesorio en la vesícula (Lushka).

El diagnóstico de éstas LQVB puede realizarse durante la cirugía, en el postoperatorio inmediato, o hasta meses o años después, y pueden utilizarse diversos procedimientos imagenológicos invasivos y no invasivos.

El manejo de esta entidad es muy importante, depende de la experiencia del cirujano y de la derivación oportuna a un centro de mayor complejidad cuando sea necesario, para disminuir el retraso en el comienzo del tratamiento y el desarrollo de complicaciones a corto y largo plazo.

#### Presentación de caso:

Paciente de 37 años, hipotiroidea, que es sometida, en otra institución, a Colecistectomía Videolaparoscópica programada por litiasis vesicular. Presenta regular evolución con persistencia del dolor, tipo cólico, intermitente, localizado en epigastrio, hipocondrio y flanco derechos, asociado a náuseas, hipoexia y falta de eliminación de heces y gases.

Se le realiza una Tomografía Axial Computada (TAC) la cual informa presencia de escaso líquido libre en fondo de saco de Douglas.

La paciente es reintervenida por coleperitoneo, se realiza lavado y drenaje de cavidad, y se constata integridad de la vía biliar extrahepática y de la ligadura cística. Se colocan drenajes, y es dada de alta con los mismos y tratamiento ATB al 4to día POP. A 10 días de su última intervención, por persistencia sintomática se programa la realización de CPRE. La misma informa vía biliar de 8mm con extravasación de medio de contraste en leve cantidad a lecho subhepático, se procede a la colocación de Stent de 10 Fr.

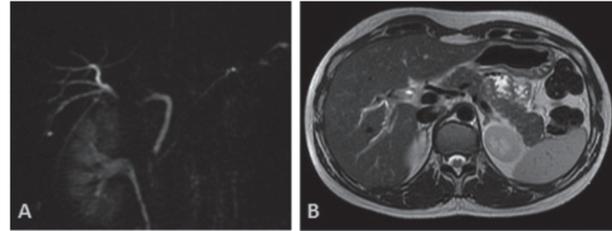
Consulta en nuestro servicio cursando 21 día POP, por persistencia del dolor, localizado en hemiabdomen superior, que irradia a dorso, asociado a vómitos y alto débito por el drenaje. Fosfatasa Alcalina: 815 UI/Lt. Se realiza Ecografía: en región de lodge quirúrgica, pequeña colección observándose catéter de drenaje. Colédoco 5.8mm con Stent en su interior. No se observa líquido libre. Por evolución favorable la paciente es dada de alta.

Reingresa por nuevo episodio de dolor abdominal localizado en epigastrio que irradia a dorso, de 48 h. de evolución, asociado a equivalentes febriles, T° 37.5. Bilirrubina Total 1.60 mg/dl, Bilirrubina Directa 1.20 mg/dl, Fosfatasa Alcalina con aumento respecto a la previa: 1087 UI/Lt. Se realiza nueva Ecografía que informa hígado con leve aerocolia, vía biliar intra y extrahepática no dilatada.

Hepatocolédoco de 8mm con Stent normoinsero en su interior. Se observa en proyección subhepática en lodge vesicular, colección líquida de 26x19mm con área edematosa y bloqueo de tejido circundante.

Se decide realizar Colangiografía con contraste hepatoespecífico, en la cual se visualiza dilatación de la vía biliar intrahepática de los segmentos posteriores del lóbulo derecho.

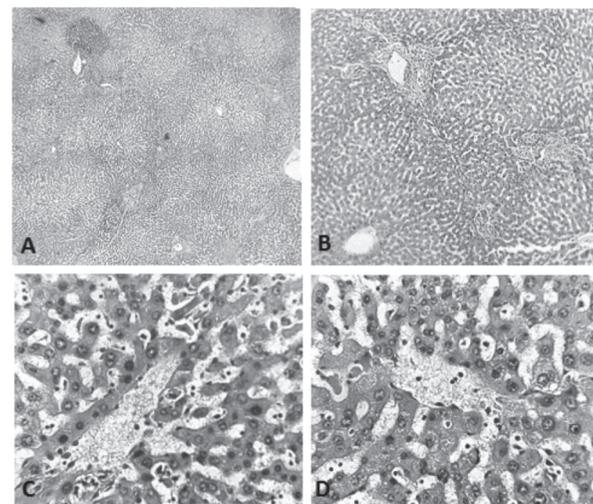
El canal del segmento VII mide aprox. 6mm y el canal del segmento VI aprox. 4mm. Se reconoce desconexión con la vía biliar principal, interponiéndose entre ambas estructuras imagen lineal, hipointensa compatible con clip PQ. Mínimos signos de Colangitis. No se reconocen microabscesos ni colecciones perihepáticas (Fotografía 1).



**Fotografía 1.** Colangiografía RMN: A) Imagen de stop a nivel de la unión del Conducto Hepático Derecho Posterior con el resto del árbol biliar (Flecha blanca). B) Dilatación vía biliar correspondiente a segmentos hepáticos posteriores.

Ante estos hallazgos se interpreta el caso como una lesión inadvertida del conducto hepático derecho posterior con inserción poco frecuente.

La paciente evoluciona con episodios repetidos de alteración del hepatograma y fiebre (Colangitis) por lo cual se decide de manera conjunta la realización de Hepatectomía segmentaria. Segmentos VI y VII. La anatomía patológica informó parénquima hepático que conserva su histoarquitectura. Leve portitis. Colestasis intracitoplasmática perivenular como signos de obstrucción extrahepática (Foto 2)



**Fotografía 2.** Anatomía patológica (100x, Tinción con Hematoxilina-Hioscina): A) Parénquima hepático B) Leve Portitis C) y D) Colestasis perivenular.

#### Discusión:

Las lesiones del conducto biliar siguen siendo una de las complicaciones más comunes de la colecistectomía abierta y laparoscópica.

Una de las principales causas de lesión son las variantes anatómicas biliares, de las cuales las anomalías de los segmentos hepáticos derechos representan un 20%. Se considera que un conducto biliar es aberrante cuando el drenaje de un sector o segmento hepático no presenta comunicación con el resto del árbol biliar intrahepático [4].

Las lesiones biliares iatrogénicas que Bismuth considera del tipo V y Strasberg tipo E5, son la desembocadura anómala del árbol biliar derecho, generalmente del conducto derecho común, y en ocasiones del sectorial posterior VI-VII (4,8-9% de la población) [4]. Esta última variante es la que presentó la paciente expuesta en nuestro caso.

Es importante mantener un alto nivel de sospecha para diagnosticar las LQVB, el cual puede llevarse a cabo en tres momentos diferentes:

1) Intraoperatorio (<50%): cuando se sospecha en este momento es imperativo definir la anatomía biliar mediante una colangiografía para definir con precisión las lesiones. El PTHC puede ser tanto diagnóstico como terapéutico, y es más útil en pacientes que requieren la descompresión del tracto biliar con la colocación de un drenaje biliar transhepático percutáneo [2]. El tratamiento va a depender del tipo de lesión, su extensión y su localización. Si se secciona un conducto biliar mayor a 4mm, que probablemente drene múltiples segmentos hepáticos o la totalidad de un lóbulo, éste debe ser reparado o reimplantado. En cambio, cuando son menores a 3mm pueden ligarse con seguridad si la colangiografía muestra su origen en solo un segmento hepático [5].

En nuestro caso, en la colecistectomía realizada en otra institución, no hubo sospecha, por lo que la colangiografía no fue llevada a cabo a pesar de que está ampliamente descrito su uso de forma rutinaria con el fin de disminuir la incidencia de LQVB.

2) Postoperatorio inmediato: pacientes que no evolucionan favorablemente en las primeras 48 h. o con débito bilioso por drenaje. En ocasiones puede acompañarse de colestasis [6]. Podemos dividir a estos pacientes en dos grupos: por un lado, aquellos que presentan bilirragia sin ictericia ni colangitis, y por el otro, los que presentan ictericia, colangitis y bilirragia o coleperitoneo. La tomografía computarizada (TC) y el ultrasonido son métodos no invasivos y efectivos para detectar conductos biliares dilatados. La TC es particularmente útil para identificar colecciones de líquido y lesiones vasculares. La CPRE es invasiva y solo puede delinear la anatomía distal al sitio de la lesión biliar. Su principal ventaja es su capacidad terapéutica para colocar stents y catéteres de drenaje [2].

En nuestra paciente, se decide la realización de una TAC y la nueva reintervención ante la presencia de líquido libre en cavidad. No obteniendo rédito alguno ante la falta de identificación de la lesión durante la laparotomía exploradora.

3) Pacientes diagnosticados de un modo tardío con síntomas de colangitis e ictericia obstructiva.

Cuando no es posible arribar a un diagnóstico certero a través de los otros estudios complementarios, tal como sucedió en nuestra paciente, y persisten los síntomas, se hace necesario la realización de ColangioRM. Ésta permite definir la anatomía del tracto biliar proximal y distal a una lesión, demuestra colecciones de fluidos y con administración intravenosa de contraste puede identificar una lesión arterial. Los agentes de contraste hepatoespecíficos permiten la detección de fugas de bilis en casi todos los pacientes y pueden localizar con precisión la lesión en más del 80% de los casos [2].

Otro aspecto de las LQVB a tener en cuenta son las complicaciones que pueden desarrollarse a largo plazo, donde podemos encontrar diferentes entidades.

Las Estenosis biliares, son la complicación más común. Cuando son tardías por lo general se deben a fenómenos inflamatorios y fibrosis por las fugas biliares, o bien, a isquemia por lesión vascular asociada. Habitualmente requieren tratamiento percutáneo [1-6].

La atrofia/hipertrofia hepática combinada, cuya prevalencia después de LQVB es aproximadamente del 10%. La obstrucción biliar prolongada de un conducto biliar excluido o el conducto biliar proximal a la estenosis parece ser la causa principal [1].

La Hipertensión Portal, que puede deberse a obstrucción biliar prolongada, daño portal, trombosis portal inflamatoria o coexistencia de patología hepática previa. Su incidencia oscila entre 15-20% [1].

Cirrosis biliar secundaria (CBS). La incidencia de Hipertensión Portal y CBS es de aproximadamente 8%. Se necesitan aproximadamente, 7,1 años para desarrollarla [6]. La obstrucción biliar prolongada asociada con episodios repetidos de colangitis es el factor de mayor riesgo para la CBS [1].

Otra complicación posible, y que es la que visualizamos en nuestro caso, es el desarrollo de episodios de Colangitis a repetición. Las infecciones repetidas en asociación con la rigidez de los conductos biliares favorecen la formación de litiasis intrahepática, lo que puede conducir a episodios posteriores de colangitis, formándose así un círculo vicioso.

La existencia de una colangitis esclerosante secundaria que afecte a la totalidad o parte del hígado puede ser una indicación para la resección hepática o la consideración de un trasplante hepático. Nosotros optamos por la resección de los segmentos hepáticos afectados, que está típicamente indicada para pacientes sintomáticos, después de un fracaso del tratamiento endoscópico o percutáneo o ante la imposibilidad de llevar a cabo una anastomosis biliodigestiva [1].

#### **Conclusión:**

A modo de conclusión podemos decir que desde 1882, cuando Carl Langebuch realiza la primera colecistectomía abierta hasta la actualidad, las LQVB han sido una complicación inherente a esta cirugía debido al error perceptivo del cirujano.

Es de gran importancia durante la cirugía biliar conocer la anatomía ductal y reconocer, a su tiempo, las estructuras inusualmente localizadas.

En cuanto a la variante anatómica de la vía biliar expuesta en el caso descrito, una lesión aislada del conducto biliar posterior derecho presenta un desafío único por dos razones clave. En primer lugar, el diagnóstico a menudo es esquivo, ya que la CPRE se puede leer como normal en el contexto de una fuga biliar o biloma continuados. En segundo lugar, en esta lesión no clásica el tratamiento de elección no está bien definido y puede resultar anatómicamente dificultoso, requiriendo finalmente, como en nuestra paciente, una hepatectomía parcial de los segmentos drenados por dicho conducto.

Para finalizar consideramos importante destacar que es fundamental que el cirujano interviniente sea capaz de reconocer su falta de experiencia en reconstrucciones biliares complejas para derivar oportunamente al paciente a una unidad de cirugía hepatobiliar especializada, ofreciéndole la oportunidad de un adecuado tratamiento que le permita evitar complicaciones crónicas.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.Barbier L, Souche R, Slim K, Ah-Soune P. "Long-term consequences of bile duct injury after cholecystectomy". Elsevier Journal of Visceral Surgery 2014.
- 2.Vachhani P. G, Copelan A, Remer E. M, Kapoor B. "Iatrogenic Hepatopancreaticobiliary Injuries: A Review. Semin Intervent Radiol 2015; 32:182-194.

3.Mazer L. M, Tapper E. B, Sarmiento J. M. "Non-Operative Management of Right Posterior Sectoral Duct Injury Following Laparoscopic Cholecystectomy". J Gastrointest Surg (2011) 15:1237-1242.

4.Portilla G. A, Romero E, Martín E, Martínez de Lecea C, Cendoya I. "Lesión iatrogénica del conducto sectorial anterior derecho hepático (segmentos V-VIII) aberrante e independiente. Dificultades en su diagnóstico y tratamiento". Cir Esp. 2008;84(2):101-11

5.Gonzalez Rodríguez F. J, Bustamante Montalvo M, Conde Freire R, Martínez J, Rodríguez Segade F, Varo E. "Tratamiento de pacientes con lesiones graves de la vía biliar". Cir Esp. 2008;84(1):20-7

6.Ruiz Gómez F, Ramia Angel J. M, García-Parreño Jofré J, Figueras J. "Lesiones iatrogénicas de la vía biliar". C I R E S P. 2010 ;88(4) :211-221

Todas las publicaciones, referencias, gráficos  
y bibliografías completas en:  
[www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones](http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones)

## Adaptación Consenso RCIU (RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO) ASOGISFE - FASGO 2019

### ASOGISFE

Asociación de Obstetricia y Ginecología de Santa Fe

### FASGO

Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia

### Presentación

Dr. Lunghi, Juan José

### Secretaría:

Dra. Walpen, Celina

### Discutidores:

Dr. Arias, Carlos

Dr. Barroso, Rodrigo

Dra. Monasterolo, Patricia

### Participantes:

Dra. Adrover, Jesica

Dra. Antoniazzi, Samanta

Dr. Bruno, Ricardo

Dr. Bustos, Mariano

Dra. Cabrera, María Eugenia

Dra. Carrasco, Julieta

Dra. Castagnola, María Cecilia

Dr. Cibils, Justo

Dra. Curá, Estela

Dr. De Greef, Hernán

Dra. Demiryi, Laura

Dr. Epelbaum, Julio

Dra. Espinoza, Marisa

Dra. Fabrica, María Cecilia

Dra. Gioffre, Cecilia

Dra. Gregorio, Glaria

Dra. Grosso, Jorgelina

Dra. Homilka María Carolina

Dr. Dr. Kerz, Guillermo

Dr. Kurganoff, Mario

Dra. Lanaro Siandra, Diana

Dra. López, María Alejandra

Dra. Martins, Lucila

Dr. Mascotti, Cleber

Dra. Masino, María Agustina

Dra. Morcillo, María Virginia

Dra. Otamendi, Lourdes

Dra. Pedraza, Virginia

Dra. Rivero, María Ludmila

Dra. Sanchez, Agostina

Dra. Schneider, Valeria

Dr. Dr. Seiref, Samuel

Dra. Talamé, Magdalena

Dr. Talin, Alejandro

Dr. Tuchin, Hugo

Dra. Tuchin, Natalia

Dra. Valenti Arribillaga, Mara

Dra. Vanzetti, Ayelén

Dra. Vargas, Eliana

Dra. Wagner, Camila

### Introducción

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento fetal. También llamado crecimiento intrauterino restringido (CIR).

Los fetos con bajo peso tienen 3 tipos de patrones que responden a diferentes etiologías:

**a.** Fetos constitucionalmente pequeños: son el 60% y son los denominados PEG. No tienen ninguna patología. Estos fetos dibujan una curva de crecimiento normal pero en percentiles bajos.

**b.** Fetos pequeños por una insuficiencia placentaria: un 25% de los fetos con bajo peso. Son los verdaderos fetos con un crecimiento intrauterino restringido, el 50% de ellos se asocian con preeclampsia ya que comparten la fisiopatología placentaria.

**c.** Fetos pequeños por una condición extrínseca a la placenta: un 15% de los fetos con bajo peso. Este grupo incluye las infecciones fetales, síndromes genéticos, cromosomopatías, malformaciones congénitas y secuelas de exposiciones tóxicas.

Se diferencian dos grupos de fetos con bajo peso, los denominados Pequeños para la edad gestacional (PEG), son fetos cuyo peso es menor al percentil 10 pero con un crecimiento normal y sin patología. Por su parte, los denominados RCIU, son fetos con alguna etiología patológica que los hace crecer de manera insuficiente.

Diferenciar estos grupos es muy importante ya que los primeros tienen un pronóstico muy bueno, mientras que los segundos requieren un manejo clínico diferente.

**¿Cómo identificar un verdadero RCIU?**

- Peso Fetal Estimado (PFE) < P 3 o
- PFE entre P3 y P10 con
  - o Doppler Umb alterado (>P95) o
  - o Doppler ACM alterado (<P5) o
  - o ICP (Índice Cerebro Placentario) alterado (<P5) o
  - o Doppler Uterinas IP aumentado (>P95) .

**Relevancia**

Su detección reduce 5 veces la mortalidad y morbilidad perinatal.

**Clasificación**

De acuerdo al tiempo de aparición del cuadro, se divide la RCIU en precoz y tardío, usando como límite las 34 semanas. Esta clasificación actual va a permitir un seguimiento y toma de decisiones.

<b>CIR PRECOZ &lt; 34 SEMANAS</b>	<b>CIR TARDÍO &gt; 34 SEMANAS</b>
Incidencia baja (<0,5%)	Incidencia elevada (>5%)
Grado insuficiencia placentaria alto	Grado insuficiencia placentaria bajo
Hipoxia franca: genera adaptación cardiovascular	Hipoxia sutil: no hay adaptación cardiovascular
Tolerancia fetal a la hipoxia alta, con deterioro progresivo antes de la muerte	Tolerancia fetal a la hipoxia baja, ausencia de secuencia clara habitualmente
Resultados perinatales malos o muy malos. Alta mortalidad y morbilidad neurológica franca	Resultados perinatales malos en menor proporción. Menor mortalidad y morbilidad neurológica más sutil
Detección fácil: signos y secuencia Doppler relativamente constantes	Detección difícil (<50%) signos más sutiles y secuencia inconstante
Manejo fácil: secuencia constante de deterioro cardiovascular que permite predecir la muerte	Manejo difícil: sin signos de deterioro cardiovascular, debe utilizarse el doppler para cambios cerebrales

**Diagnóstico**

1- Datar la gestación: estrechar relación entre FUM y 1º ecografía. El cálculo de la edad gestacional con aplicaciones electrónicas se asocia a un menor margen de error que usando los gestogramas clásicos.

2- Cálculo de peso fetal con fórmula Hadlock (PA, DBP, LF, PC).

3- Cálculo del percentil de crecimiento: después de estimar el peso fetal y conociendo la edad gestacional se calcula el percentil de crecimiento.

Al comparar los valores obtenidos del peso fetal por ultrasonido con las curvas de Hadlock, se asignan los percentiles correspondientes a cada medición.

Para el diagnóstico se utiliza como punto de corte un PFE por debajo del P10, aunque resulta prudente un seguimiento en aquellos fetos cuyo PFE no llega a ser menor al P10 pero si su PA.

**Protocolo de estudio**

- Control ambulatorio de TA
- Estudio TORCH (sífilis y CMV). Rubéola si no presenta vacunación
- Evaluar anatomía fetal
- Doppler materno-fetal
- Estudio genético en caso de RCIU severo y precoz antes de semana 24 o si asocia defecto estructural.

**Tratamiento**

Ninguno actualmente. El objetivo es determinar el momento oportuno de nacimiento. En menores de 30 semanas por cada día ganado en útero aumenta el 1% la supervivencia.

**Conducta**

Como primer paso se debe diferenciar RCIU de PEG.

- PEG: Pequeño sin patología:
  - o PFE entre P3 y P10
  - o Doppler normal.
- RCIU: pequeño con patología placentaria
  - o <P3 o
  - o Entre P3-P10 con Doppler anormal (Ut o ACM o Umb o ICP)

**PEG**

- Biometría y Doppler cada 2 semanas
- Finalización al término (38-40 semanas)
- Vía: Según condición obstétrica

**RCIU**

Su conducta va a depender según el estadio, dependiendo del deterioro Doppler: según clasificación de Figueras (Estadios I-IV)

**RCIU Estadio I**

- Doppler Fetal Normal o
- Umbilical con IP aumentado o
- ICP < P5 o ACM vasodilatada

Si presenta:

Doppler fetal normal/Umbilical con IP aumentado/ICP <P5

- Doppler semanal
- Finalización: 37 semanas
- Tipo de parto: según condición obstétrica

ACM vasodilatada

- Doppler cada 3-4 días
- Considerar finalización: 34 - 37 semanas
- Tipo de parto: Cesárea (50% Sufrimiento Fetal Agudo)

**RCIU Estadio II**

AU fin de diástole ausente o IAo reverso

- Ingreso hospitalario
- Maduración Pulmonar
- Doppler cada 72 hs
- Finalización 34 semanas
- Vía: Cesárea

**RCIU Estadio III**

Flujo Diastólico Reverso en AU Ductus venoso IP &gt; P95

- Ingreso hospitalario
- Maduración Pulmonar
- Neuroprotección con Sulfato de Mg
- Doppler cada 24-48 hs
- Finalización a las 30 semanas
- Vía: Cesárea

**RCIU Estadio IV**

Ductus venoso onda a reversa

- Finalización 26-28 semanas.
- En menores de 26-27 semanas, evaluar fecha de finalización, maduración pulmonar y neuroprotección según cada caso en particular junto a paciente y familia.

Cuando la embarazada además tiene preeclampsia, debe seguirse como un estadio más avanzado dada las posibilidades de deterioro más rápido.

**Conclusiones**

- Identificar al feto con RCIU es clave: reduce 5 veces la mortalidad.
- Nueva clasificación: Precoz y tardío.
- Existen protocolos de manejo para reducir la responsabilidad médica y mejorar el manejo.
- Doppler alterado no es sinónimo de nacimiento inmediato.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Figueras F, Gratacos E. Update on the Diagnosis and Classification of Fetal Growth Restriction and Proposal of a Stage-Based Management Protocol. *Fetal Diagn Ther* 2014;36:86-98.
- Gratacós E., Figueras F., Hernandez E., Puerto B. Doppler en medicina fetal. Editorial médica panamericana. 2010.
- Cabero L., Sladívar D., Cabrillo E. Obstetricia y medicina materno-fetal. Editorial médica panamericana. 2007.
- Gratacós E., Gómez R., Nicolaidis K., Romero R., Cabero L. Medicina Fetal. Editorial médica panamericana. 2009.
- The GRIT study group. Infant wellbeing at 2 years of age in the Growth Restriction Intervention Trial (GRIT): multicentre randomized controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 513-20.
- Figueras F., Gratacós E., Puerto B. Cursos CLÍNICA de Formación Continuada en Obstetricia y Ginecología. Curso intensivo en medicina materno-fetal. Barcelona, 2012 Ergon.
- Marcondes L., Nardoza M., Araujo E., Barbosa M., Rabachini Caetano A., Lee J., Fernandes Moron A. Fetal growth restriction: current knowledge to the general Obs/Gyn. *Arch Gynecol Obstet* (2012) 286:1-13.
- Alberry M., Soothill P., Management of fetal growth restriction. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2007; 92:F62-F67.
- Bricker L., Mahsud-Dornan S., Dornan J. Detection of fetal growth restriction using third trimester ultrasound. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 23 (2009) 833-844.
- Royal college of obstetricians and gynaecologist. The investigation and management of the small for gestational age fetus. Guideline 31 November 2002

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:  
[www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones](http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones)

## CUANDO LA DIALÉCTICA ES LO APARENTE, ¿lo esencial es puro cuento? Casos de la política y de la salud

Mario Borini, 2014  
LMBORINI@INTRAMED.NET

### LA DIALÉCTICA COMO APARIENCIA

En ambientes científicos, sobre todo de cierta ideología marxista (0), se plantea la dialéctica como "la" lógica superior. Más allá de la potencialidad que su reconocimiento ampliamente merece, aquí planteamos una apertura cuando la lógica dialéctica nos parece insuficiente.

Se la compara con las lógicas formal, nihilista, agnóstica e informal. Será que en esa comparación se desconoce, además, la lógica paradójica? Aquí proponemos que la idea de tal superioridad esté sujeta a un amplio "depende" de cada cuestión, en cada historia y geografía.

### DOS EJEMPLOS DE LA POLÍTICA

**1er. Ejemplo:** según una versión no increíble ni mucho menos, a Aldo Moro, dos veces Primer Ministro italiano[1], lo mataron en 1978 con anuencia de sus autoridades gubernamentales[2] para fortalecer la "democracia" de una gestión que se caía. O sea, distraer la atención de la crisis mediante una sobre actuación contra las Brigadas Rojas: les endosaron el crimen en el que las Brigadas participaron como ejecutoras, pero sin ser entonces las únicas responsables sino, además, infiltradas por un miembro del Depto. de Estado de EEUU para sacrificar a Aldo Moro con la excusa de salvar la democracia[3]. Ahí la dialéctica era democracia o violencia (opción planteada por el Gobierno) pero esta era la apariencia de un fenómeno único: la democracia formal creadora de violencia[4].

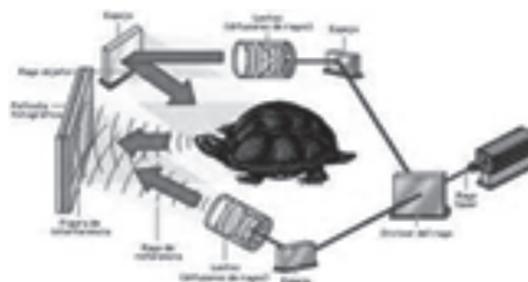
La democracia formal puede ser violenta. Incluso es violenta cuando en plena vigencia constitucional se conculcan derechos ciudadanos inalienables: en Argentina, "el pueblo no delibera ni gobierna sino por medio de sus representantes y autoridades creadas por esta Constitución"[5]

**2º Ejemplo:** Gandhi ejemplifica el uso de una lógica oriental, esta vez aplicada a la política cuando los ingleses pretendían aprobar la discriminación.

Oponerse a la discriminación mediante lo contrario, que sería desarrollar la antítesis frente a la tesis como requiere la dialéctica, es decir, exigir la no-

discriminación, parecía inútil frente al león imperial; pero el Mahatma (alma grande) encontró otro camino lógico: no pidió que se anulara la discriminación, pidió que no se aprobara. Algo mucho más moderado frente al exacerbamiento racial inglés, pero efectivo.

"Es o no es" afirma la separación formal. "No es", propone el nihilismo. "Aunque sea, no podemos conocer la esencia", dice el agnosticismo. "Es y no es" privilegia la contradicción dialéctica. "No es ni deja de ser" privilegia la unidad, que es lo que en este ensayo deseamos destacar, propia de la lógica paradójica que postula la filosofía oriental (Brahmas[6] en India, Heráclito[7] en Grecia, Chuang Tzú[8] en China). Pero también unidad que aparece luego a partir de la holografía descubierta en Occidente con la técnica fotográfica, expuesta en la imagen.



Nos parece que lo interesante de una solución no es solo ella en sí sino también los problemas nuevos que permite ver y por tanto generar, resolver, empeorar o dejar pasar. Nuestro crecimiento en el conocimiento, en este caso, puede ser dialéctico, lo que no implica que la realidad misma sea dialéctica. Podría todavía afirmarse que avanzamos de este modo, dialécticamente, por ignorancia[9], a condición de aceptar que esta ignorancia nunca desaparece.

Un modo práctico que propongo para encarar una dificultad apelando a la lógica paradójica es encontrar la realidad del mismo orden con la que se diferencia, "inexplicablemente", de la primera realidad. Luego se trata de identificar el elemento que excede a ambas, y que las reúne en una nueva realidad donde ambas armonizan (simbiótica o parasitariamente, etc.).

### UN EJEMPLO DEL SISTEMA DE SALUD

El Programa de Salud Rural de la Provincia de Jujuy iniciado en 1968 se cae mientras se empieza a hablar de Atención Primaria de la Salud (APS), pese a la eficacia y eficiencia demostradas por Jujuy en la aplicación de postulados básicos de la APS antes de que esta existiera. La realidad que excede a ambas, y que aparentemente les es ajena, puede ser "energía": el proyecto nacional que privilegia a grupos dominantes de la pampa húmeda requirió la energía más barata de la Provincia del Neuquén (gas, petróleo, electricidad) en relación a otras provincias menos cuantiosas y más distantes, a cambio de recursos nacionales (y por lo tanto sostenidos también por una Provincia tanto más pobre como Jujuy).

A modo de resarcimiento, esos recursos nacionales dejaron al federalismo en un enunciado declarativo y promovieron unitariamente a Neuquén como único polo de desarrollo en la década del 70. El buen uso que hizo esta Provincia de los recursos del país hacia la salud provincial fue contingente, algo que pudo ser o no ser. Pero lo necesario, no contingente, lo que se decidió que tenía que ser sí o sí, fue la exacción de sus recursos. Así vista, la APS neuquina es un beneficio particular secundario de la concentración de poder en el modelo general apropiatorio del país en esa década.

Si no hay una confesión de parte, suficientemente válida, que nos regale el conocimiento de decisiones trastienda, nos queda la posibilidad de investigarlas a tientas, como supuestos que nos permitan ordenar los hechos. Pero los supuestos tienen que ser lógicos, o sea, ordenar los hechos cumpliendo reglas de validez formal. Nuestra tesis es que si la dialéctica ve contradicciones, hay situaciones donde no ve la armonía que de momento las supera.

No reconoce la complementación (sostenimiento de una situación por partes equivalentes entre sí) y la funcionalidad en esos casos (sostenimiento de una situación por subordinación de una parte a otra). Si están ocultos ciertos hechos políticos relevantes, la Ciencia Política, que como toda ciencia reúne argumentos y pruebas, pierde potencia explicativa y predictiva frente a la Filosofía Política. Si en Física se plantea que cuando la teoría y las pruebas no alcanzan puede ser útil la simulación (10), cuánto más en conocimientos de hechos regidos por intenciones, como sucede en política? Esta sería una de las razones que habilitarían el retorno de la metafísica.

La complementariedad y funcionalidad, en el ejemplo de Neuquén, es ahora algo que no habíamos previsto y que aparece cuando la oposi-

ción previa (actores entre sí, programas de salud entre sí, provincias entre sí, partes y todo entre sí) se vuelve aparente una vez interpretada, ampliando nuestra capacidad de explicar y predecir.

¿Cuál será la realidad incongruente con esta unidad que mañana propondrá un nuevo salto en el conocimiento del todo? Este es el camino de entender la realidad por lo infinitamente grande. Pero el otro camino pasa por lo infinitamente pequeño. Siguiendo el modo de razonar utilizado en este ejemplo para dos realidades provinciales, lo infinitamente grande y lo infinitamente pequeño no serían solo caminos aparentemente opuestos, sino esencialmente complementarios. La administración eficiente y ética de los recursos del Neuquén hasta en el detalle, fue el complemento atenuador (y por qué no funcionalmente disimulador?) del desvío de recursos de provincias más pobres a la crecientemente rica Neuquén.

Con esta lógica, la unidad permanece, mientras las diferencias, oposiciones y contradicciones varían según la percepción del observador o analista. Contradicción dice esto: hay oposición en la dicción, lo que no quiere decir que haya oposición en la realidad. Hay una lógica dialéctica, pero la realidad no es dialéctica. Confundimos nuestra mirada de la realidad con la realidad porque no vemos el lado objetivo de la realidad. Motivo: el supuesto lado puramente objetivo de algo no puede existir para el sujeto que lo observa.

### CUÁL ILUSIÓN?

La realidad se presenta como un conjunto de fragmentos, pero esta separación sería ilusoria: lo real, desde otro punto de vista, es "un" mosaico holográfico, es la unidad. La visión de una realidad como totalidad con una lógica sintetizadora, en vez de fragmentaria como se observa con lógicas analíticas, no significa ignorar contradicciones entre partes de una estructura o con otras estructuras (11). Si estas contradicciones no son operantes, la percepción de una totalidad armónica reconoce el funcionalismo (12) de esas contradicciones.

Nuestra forma de oponernos y hasta el fundamento de nuestra oposición por la contraria pueden volverse partes necesarias de un todo hacia el abismo. Caída en el abismo que no existe sin ese nosotros. Oponerse no es solo reclamar, reprochar, imputar al otro. Es fundamentalmente ser nosotros, y que el otro sea él, o sea, lo que quiera sin las ataduras, libertades y derechos que le decidimos nosotros. Habilitamos diferencias que permitirán acuerdos verosímiles hacia una emancipación en común.

Nuestra soledad en el propio destino será también su soledad. Pero esta independencia es una búsqueda real, aunque limitada: en nosotros vive el otro y nosotros vivimos en él. Respetarnos y respetarlo requiere preservar la posibilidad de rupturas filosóficas no limitadas por eventuales acuerdos prácticos mínimos que requiera la convivencia. Admitir que siendo los mismos seamos también diferentes. Holográficamente, cuando "a" es "b" no deja de ser "a".

Al mismo tiempo, "a" no es "b", ni deja de serlo. Si la realidad no es dialéctica, nuestra lógica no debiera forzar su entendimiento a través de la lógica dialéctica, ni siempre ni solamente, porque entonces lo esencial podrá ser invisible a los ojos (13)

#### Referencias:

[0] "Tout ce que je sais, c'est que je ne suis pas marxiste" (lo único que sé es que yo no soy marxista), dijo Marx cuando algunos seguidores que no compartían su apertura dijeron serlo (Biaurdieau, Javier, Por qué Marx dijo "no soy marxista", Revista digital aporrea: <http://www.aporrea.org/ideologia/a93626.html>, vista el 14-3-2014)

[1] En varias oportunidades, el pacifista Aldo Moro, actualmente en proceso de beatificación, fue uno de los partidarios más convencidos de una alianza entre la Democracia Cristiana y el **Partido Socialista Italiano**, con el fin de ampliar la mayoría integrando a los socialistas en el sistema de gobierno. En 1978 propuso un gobierno de "solidaridad nacional" con el apoyo del Partido Comunista Italiano, la gota que rebalsó el vaso.

[2] En su libro *Doveva morire* (Tenía que morir), Ferdinando Imposimato, uno de los magistrados encargados del caso, denunció "las mentiras, omisiones, zonas oscuras y maniobras" cometidas por autoridades para desviar a policías y magistrados.

[3] Emmanuel Amara, *Les derniers jours d'Aldo Moro* (Los últimos días de Aldo Moro) **Entrevista de Steve Pieczenik puso on-line** por Rue 89.

[4] **Fernando Savater** comenta el libro *Remedio a todo*, donde Gianfranco Sanguinetti expone su tesis acerca del asesinato de Aldo Moro. Sanguinetti propone que hay dos terrorismos, el ofensivo como el observado en Irlanda, y el defensivo. Afirma que históricamente el Estado ejerce este último terrorismo en el sostenimiento del régimen. Su pesimismo se vuelve radical frente a toda la manipulación de la información por parte de los gerentes del statu quo: "No hay asuntos secretos de la revolución: todo lo que es hoy secreto pertenece al poder, es decir, a la contra-revolución".

[5] Constitución de la Nación Argentina, art. 22.

[6] En el brahmanismo, la multiplicidad de fenómenos está unida en Brahma; la oposición es una categoría de la mente, el más sutil de los recursos engañosos de maya (ilusión).

[7] Para Heráclito, "todo es uno", algo imposible de advertir si no se supera la separación de las partes entre sí, "no habría armonía si no hubiese agudo y grave", como si para emitir estos pensamientos Heráclito hubiera atravesado las lógicas formal, nihilista y dialéctica, curiosamente posteriores a él.

[8] Chuang Tzu o Zhuangzi (Maestro Chuang o Maestro Zhuang, seguidor de Lao Tse) es quien soñó que era una mariposa. Al despertar ignoraba si era Tzu que había soñado que era una mariposa o si era una mariposa y estaba soñando. Así, se adelantó milenios a Calderón de la Barca (*La vida es sueño*) y a quienes discutían si era posible distinguir entre el sueño y la vigilia.

[9] Hasta el punto del párrafo donde está la cita, no hay diferencia con el perspicaz pensamiento de Platón: todo lo que sabemos se lo debemos a nuestra ignorancia.

(10) Wagensberg, Jorge, *Ideas sobre la complejidad del mundo*, Tusquets, 1994, Barcelona, p. 103.

(11) Aceptamos para estructura (de struere, construir, surgido en la arquitectura a partir de la edificación) la definición usual de un todo compuesto de partes que en su interrelación construyen un todo superior a la simple suma de esas partes. Del estructuralismo surge una propuesta universal para las ciencias que consiste en descomponer el objeto para recomponerlo, descubriendo en este proceso su funcionamiento (Cf. Lévi- Strauss, *Antropología estructural*). En este ensayo discutimos el valor de tal descomposición, aunque se presenten resultados de momento exitosos de tal descomposición. El estructuralismo gestáltico marcó una apertura de la Psicología en otra dirección al proponer un método totalizador, no-fragmentador, para estudiar la conducta.

(12) El funcionalismo surge a mediados del s. XX en la Escuela Funcionalista de la Antropología Social Inglesa, que valoriza el aporte de cada parte a la finalidad del todo. Merton participa de la Escuela Funcional en Sociología, pero niega su valor absoluto al observar que "todo conflicto social procede de alguna tirantez entre las partes, alguna disfuncionalidad" (Teoría social y estructura social). Pero las críticas radicales al funcionalismo surgen sobre todo del marxismo cuando considera que cierta integración social es justificatoria del statu quo

(13) Parfraseando a Antoine de Saint Exupery en *El Principito*.

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:  
[www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones](http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones)

## ASPECTOS GENERALES EN LA PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

### Resumen de las Instrucciones para los autores

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

### Primera Página o Portada

- Titulo: castellano e inglés - 22 palabras sin abreviaturas o siglas.
- Autores: nombre(s) y apellido(s) orden correlativo con su grado académico (Dr., Lic., etc.).
- Referencia (nº, asterisco) para identificar la Institución correspondiente al primer autor.
- Dirección y correo electrónico de cada uno de los autores.
- Debe señalarse al autor que se contactará con el CE para las notificaciones.

### Gramática y Estilo

Según reglas generales

### Abreviaturas o Siglas

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

### Agradecimientos

Al final del texto

### Bibliografía o Referencias

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

### Tablas y Figuras

En hojas aparte

### Fotografías

Enviar aparte

### ARTÍCULOS ORIGINALES

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

- Título
- Autores
- Registro de ensayos clínicos (si se necesita)
- Financiación
- Conflicto de intereses
- Patrocinador (si lo hubiere)

### Característica de los Resúmenes

- Extensión : 250-350 palabras.
- Palabras clave al pie de cada resumen hasta cinco Términos MeSH de Pub Med y/o Descriptores en Ciencias de la Salud (deCS)
- Estructura:
  - Introducción
  - Población y métodos
  - Resultados
  - Conclusiones

### Redacción del Manuscrito

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

### Formato:

#### Introducción

- Población y métodos
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones
- Bibliografía No mayor a 30 citas ( Normas APA- Vancouver)
- Tablas y figuras Máximo 5-6
- Fotografías no mayor de 2 Estudios clínicos aleatorizados, de cohortes, caso-control, transversal, evaluaciones epidemiológicas, encuestas y revisiones sistemáticas.
- Título
- Autores

### Comunicaciones Breves

- Descripción de observaciones.
- Presentación de situaciones clínicas.
- Resultados preliminares.
- Tecnología médica.
- Procedimientos.
- Otros aspectos de interés.

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

### Presentación de Casos Clínicos

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

### Criterios:

- Efectos secundarios inusuales de medicamentos.
- Presentación inusual de una enfermedad.
- Nuevas asociaciones o variaciones en el proceso de una enfermedad.

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

#### **Estructura**

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

#### **Bibliografía**

- No más de 15 citas

#### **Artículos de Actualización**

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

#### **Artículos Especiales**

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

#### **Comentarios**

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

#### **Medicina Práctica**

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

#### **Consensos y Guías**

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

#### **Primera parte**

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

#### **Segunda parte**

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

#### **Cartas al Editor**

400-1000 palabras - 5 Citas bibliográficas