

ACTAS MEDICAS

SANTAFESINAS

Año: VII | Nº: 7 | Diciembre de 2016



*REVISTA PARA HACER CIENCIA,
ESCRIBIENDO CIENCIA.*

Desde el CEMP estamos tratando de innovar permanentemente.

Preocupados por elevar el nivel de excelencia de los profesionales de la medicina de nuestra Jurisdicción, y con el aval de la Mesa Directiva. Este año hicimos cuatro propuestas que están desarrollándose y en vías de tener un crecimiento exponencial

a. Tratamos de ofrecer una apertura hacia ciencias filosóficas y epistemológicas vinculadas al acto médico. Así nació LOS CAFES FILOSOFICOS, ciclo que una vez al mes nos encontramos en nuestra casa _ Colegio_ y se dan conferencias y debate ulterior sobre temas trascendentes que enriquecen la Relación Médico Paciente y fortalecen la mirada holística de la misma; este ciclo se afinara en el 2017.

b. Al ser el hombre un ser cultural, vinculado en muchos espacios creativos, desarrollamos en ciclo de JUVES CULTURALES , allí un jueves por mes nos visitaron Cineastas, Historiadores, Plásticos del arte, Médicos del Mundo, Grupos musicales, nutriéndonos de temas y actividades vivenciales que enriquecen la formación cultural del médico y asistentes. Temeos previsto seguir el mismo en 2017.

c. Al detectar pocas horas de lectura semanales de los profesionales es que estamos desarrollando EMC un modelo que para ponderar la lectura de artículos científicos luego a través de unas preguntas de aprovechamiento del mismo, se otorga un puntaje (crédito) equivalente a un ateneo o tiempo de lectura; proposición que aun tenemos que desarrollar mas y esperamos el aporte de las entidades científicas que seguramente enriquecerán esta propuesta.

d. EMC pro teleconferencias con GoToMeeting las que si luego de las mismas se contestan preguntas se otorga puntos para recertificar.

e. Todas estas actividades son gratuitas y eso muestra el interés de esta Entidad por mejorar el nivel.

f. Estamos receptivos a otras propuestas que podamos canalizar a través de nuestra casa, el COLEGIO DE MEDICOS DE LA 1° CIRCUNSCRIPCION.

g. Seguimos trabajando en el afianzamiento de las propuestas de capacitación presenciales, que están en la oferta educativa y que el año próximo intentaremos mejorar.

Dr. Miguel A Nicastro



PRÓLOGO

El Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe, 1ra circ., ha decidido con total consenso, marchar con toda energía en dirección a los intereses de sus colegiados, en consonancia con los tiempos y los requerimientos mayoritarios.

Es así que ha cambiado su dinamismo, sus ofertas académicas, sus relaciones institucionales y sus múltiples actividades, modernizándose en forma permanente, mejorando estrategias en forma constante.

Para poder realizarlo se deben asumir desafíos continuos, poniendo la mirada y esfuerzo en la realización de nuevas propuestas. Y para encararlo, solo se puede ejecutar con la energía y la disposición de todos los que formamos esta hermosa familia. Desde los integrantes de la Mesa Directiva, Comisiones, colaboradores, delegados hasta el personal, que pone siempre la mejor disposición.

Es realmente un orgullo presidir una institución tan sana, seria y siempre presente, persiguiendo la justicia, la verdad, intentando ejecutarlas con el mejor equilibrio.

Gracias a todos los que forman parte de este gran proyecto y esta realidad llamada Colegio de Médicos.

Dr. Carlos Alico

ACTAS MEDICAS

SANTAFESINAS

REVISTA PARA HACER CIENCIA,
ESCRIBIENDO CIENCIA.

Año: VII | Nº: 7 | Diciembre de 2016

MESA DIRECTIVA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE 1^{ER} CIRCUNSCRIPCIÓN

PERIODO 2015 - 2017

Presidente

Dr. Carlos Daniel Alico

Vicepresidente

Dr. Daniel Raúl Rafel

Secretario

Dr. Julio Cesar Bedini

Tesorero

Dr. Miguel Ángel Apodaca

Vocal

Dr. José María Albrecht

EDITORES

Dr. Arturo Serrano

Dr. Guillermo Kerz

Dr. Fernando Traverso

Dr. Alejandro Mansur

Director

Dr. Miguel Ángel Nicastro

Secretaria comisión de educación médica de post- grado.

Mariana Montenegro

0342 - 4520176/77 int. 219

marianam@cmsf.org.ar

www.colmedicosantafe1.org.ar

LO NUEVO PARA EL 2017

La acumulación de información médica es, en la actualidad, un océano apabullante. Es por eso que los médicos sentimos que todo es poco y nos refugiamos en un más apacible lago de síntesis, secciones, fragmentos y resúmenes que nos tranquilizan y que tal vez poco benefician a nuestros pacientes que también deambulan por la web en búsqueda de explicaciones a sus dolencias, recibiendo información de toda índole a veces verdaderas otras falsas, pero siempre interesadas.

Por ello, la Mesa Directiva del Colegio de Médicos de Santa Fe y este comité editor han de decidido complementar nuestra publicación impresa "Actas médicas santafesinas" con la revista electrónica "Colegio y comunidad" reunidas en la publicación impresa a partir del año próximo que volverá a llamarse "Revista del Colegio de Médicos".

La intención de este relanzamiento tiene objetivos concretos que a continuación detallamos:

- *Vincular los temas cuantificables como trabajos de investigación clínica, casos, revisiones, traducciones, etc. con textos sobre diversos asuntos de actualidad, salud pública literatura, artes, etc.*
- *Recuperar la indexación en el ISSN para darle jerarquía a nuestra publicación.*
- *Manifestar la evidencia médica local y al mismo tiempo estimular la curiosidad intelectual de nuestros colegas*
- *Transformarla en un medio válido de comunicación entre pares.*

Pero sobretodo la Comisión de educación médica de posgrado encuentra un ámbito para acercarse a los médicos y propagar su quehacer en relación a la actualización y experiencias en el ejercicio de la medicina en el espacio del Colegio Médico.

Somos optimistas y creemos en el desarrollo de la Revista del Colegio Médico y seguiremos insistiendo en metas tales como lograr que los financiadores reconozcan la recertificación, continuar con los cursos sobre diversas materias en varias plataformas en forma presencial y a distancia, prácticas concretas, simulacros de accidentes, programas culturales sobre libros, música, filosofía, historia, literatura, etc.

Queremos que el Colegio sea el escenario, el foro para los profesionales recientemente recibidos y para aquellos que ejercen desde siempre esta noble profesión.

Les auguramos un muy buen 2017.

Dr. Nicastro

SUMARIO

1. Experiencia en el manejo del torax inestable. (Pag. 4 a 7)
2. Como afecta el alcohol el embarazo. (Pag. 8)
3. Cancer gastrico. (Pag. 9 a 13)
4. De sociedades opulentas, cuerpos gordos y una delgada capa de ozono. (Pag. 14 a 15)
5. Porcentaje de cesareas. (Pag. 20 a 28)
6. Varón adulto joven con enfermedad de Wilson. (Pag. 29)
7. Casos de la politica y de la salud (Pag. 30 a 32)

IMAGEN DE TAPA



Autor: Newton Alonzo Wells (1852-1923).
Pintura: Castor Oil (1891)

FRANCIA HÉCTOR
MÉDICO CIRUJANO. MAAC.
JEFE SERVICIO CIRUGÍA
GENERAL Y MIXTA HTAL J,
M. CULLEN.

MOULIN LUIS
MÉDICO CIRUJANO. INS-
TRUCTOR SERVICIO CIRUGÍA
GENERAL Y MIXTA HTAL J,
M. CULLEN.

GIUDICE DIEGO
MÉDICO CONCURRENTE.
3 AÑO. SERVICIO CIRUGÍA
GENERAL Y MIXTA HTAL J,
M. CULLEN.

RODRIGUEZ JONATAN
MÉDICO RESIDENTE. 4 AÑO.
SERVICIO CIRUGÍA GENERAL
Y MIXTA HTAL J, M. CU-
LLEN.

YAPUR MAXIMILIANO
JEFE RESIDENTE. SERVICIO
CIRUGÍA GENERAL Y MIXTA
HTAL J, M. CULLEN.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL TORAX INESTABLE.

RESUMEN

INTRODUCCION:

El tórax inestable, producto del trauma cerrado, se encuentra dentro de las seis lesiones rápidamente letales del politraumatizado. Incidencia estimada en un 8% del trauma torácico grave. Indisociable de la contusión pulmonar subyacente, su evolución puede desarrollar síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), atelectasia, neumonía y Falla multiorgánica con la consiguiente morbilidad y mortalidad.

OBJETIVO:

Analizar nuestra experiencia en el manejo del tórax inestable, injurias asociadas y tratamiento.

DISEÑO:

Descriptivo retrospectivo.

MATERIALES Y METODOS:

Análisis de historias clínicas. Periodo: enero 2010 a diciembre 2015. Se incluyeron pacientes con trauma de tórax cerrados graves, específicamente, los que cumplían criterios de tórax inestable. Se analizó cinemática del trauma, gravedad de la contusión pulmonar, complicaciones, tratamiento y mortalidad.

RESULTADOS:

Se asistieron 450 traumatismos de tórax que requirieron internación, de los cuales 12 (2,6%) presentaron tórax inestable. 10 por colisión vehicular, 1 post RCP y 1 por caída de altura. El compromiso del espacio pleural fue frecuente. Contusión pulmonar asociada grave en 10 casos. La fijación neumática interna fue de elección. No se realizó fijación externa. Las neumonías asociadas a ventilación mecánica, distrés respiratorio y falla multiorgánica fueron las principales complicaciones. La estadía en UTI fue en promedio de 26.9 días.

CONCLUSION:

La causa más común de tórax inestable fue la colisión vehicular.

Contusión pulmonar grave se presentó en el 83% de los pacientes, principal determinante de morbi-mortalidad. La mayoría de los casos requirieron asistencia ventilatoria. El manejo no operatorio sigue siendo una alternativa adecuada en el tratamiento del volet costal con o sin fijación costal.

SUMMARY

BACKGROUND:

The flail chest, the result of blunt trauma, is within six rapidly fatal injury, incidence estimated at 8% of severe chest trauma. Disassociated from the underlying pulmonary contusion, its evolution may develop acute respiratory distress syndrome (ARDS), atelectasis, pneumonia and multiple organ failure with consequent morbidity and mortality.

OBJECTIVE:

Analyze our experience in the management of flail chest, associated injuries and treatment.

DESIGN:

Retrospective descriptive.

MATERIALS AND METHODS:

Analysis of medical records. Period: January 2010 to December 2015. Patients with severe closed chest trauma, specifically, those who met the criteria for flail chest. kinematics of trauma, severity of pulmonary contusion, complications, treatment and mortality was analyzed.

RESULTS:

450 chest injuries requiring hospitalization, of which 12 (2.6%) had attended unstable thorax. 10 vehicular collision 1 post CPR and 1 drop height. The commitment of the pleural space was frequent. associated severe pulmonary contusion in 10 cases.

The internal pneumatic fixation was choice. No external fixation was performed. Pneumonias associated with mechanical ventilation, respiratory distress and organ failure were the main complications. ICU stay was on average 26.9 days.

Pneumonias associated with mechanical ventilation, respiratory distress and organ failure were the main complications. ICU stay was on average 26.9 days.

CONCLUSION:

The most common cause of unstable chest was the vehicular collision. severe pulmonary contusion was presented in 83% of patients, the main determinant of morbidity and mortality. Most cases required ventilatory support.

Nonoperative management remains an appropriate alternative in the treatment of flail chest with or without rib fixation.

INTRODUCCION:

El tórax inestable (TI) está presente en el 10% y el 20% de los pacientes admitidos en los centros de trauma, siendo la colisión vial la principal causa, seguido por otras menos frecuentes (caídas domésticas, accidentes de trabajo, masaje cardiaco, etc.). (1, 2, 3)

La presentación clínica y el pronóstico dependen de la lesión de la pared torácica, la severidad de la contusión pulmonar subyacente y la magnitud de las lesiones asociadas.

El diagnóstico es clínico e imagenológico, mediante observación y palpación del movimiento paradójico de la pared tórax, asociado a fractura de tres arcos costales consecutivos o más, fracturados en dos trazos, constatados por imágenes. La radiografía de tórax sigue siendo de utilidad, pero la tomografía axial computada (TAC), se ha convertido en Gold Standard, permitiendo la reconstrucción costal y la evaluación del resto de la economía. (1, 2, 3, 4)

El tratamiento consistirá en la Valoración y manejo de tres pilares: la insuficiencia respiratoria (determinada por la contusión pulmonar), el defecto mecánico de pared costal y las lesiones asociadas (de alta frecuencia en el politraumatizado). (5, 6, 7,8)

OBJETIVO:

Analizar nuestra experiencia en el manejo del tórax inestable, injurias asociadas y tratamiento.

DISEÑO:

Descriptivo retrospectivo.

MATERIALES Y METODOS:

Se registraron datos obtenidos de historias clínicas de pacientes ingresados por trauma de tórax, puro o combinado, desde enero del 2010 a diciembre 2015 en el Hospital José María Cullen de la ciudad de Santa Fe (Hospital de agudos de Tercer nivel).

Criterios de Inclusión:

- Traumatismos de tórax cerrados graves.
- Tórax inestable clínico y/o imagenológico.
- Rango etéreo entre 18 y 75 años. Criterios de exclusión:
- Óbito en Shock Room
- Óbito en post operatorio inmediato (dentro de las 12 hs de admitido).

No se discriminó por ingreso inicial en sala general o unidad de terapia intensiva (UTI).

Se analizaron diferentes variables: sexo, edad, cinemática, diagnóstico clínico y/o imagenológico de Tórax inestable, injurias asociadas, tratamiento, complicaciones y mortalidad. Dentro de las lesiones asociadas se discriminaron, la presencia de contusión (severidad, progresión y tratamiento), compromiso del espacio pleural, lesiones intraabdominales, presencia de traumatismo craneoencefálico (TEC) y raquimedular.

RESULTADOS:

Se asistieron 450 pacientes con traumatismo de tórax cerrado, en el periodo comprendido entre enero de 2010 hasta diciembre de 2015.

Dentro de estos pacientes, solo 12 (3%) reunían los criterios de inclusión mencionados previamente. Quedaron excluidos 438 (97%) del total. Predominó el sexo masculino, 75%, edad media de 33.4 años, con un rango de 18-66 años.

Con respecto a la cinemática del trauma, 10 (83,3%) fueron por colisión vial, 1 (8,3%) por caída de altura y 1 (8,35) post reanimación cardiopulmonar. En el 100% de estos pacientes, el diagnóstico fue tanto clínico como imagenológico. El método de elección fue la TAC.

La totalidad presentó contusión pulmonar subyacente al ingreso, siendo 10 (83,3%) severos, (8 bilaterales), uno leve y otro moderado. Resaltando la progresión del paciente que presento contusión leve inicial a moderado.

Se registró injuria pleural en el 83,3% de los pacientes, requiriendo para la resolución de las mismas, tubo de avenamiento pleural en el 90%, sin necesidad de toracotomías.

Las lesiones extra torácicas asociadas incluyeron:

- Injurias neuroraquídeas: 1 (una) lesión raquímedular y 6 (seis) TEC.
- Injurias abdominales: 4 (cuatro) lesiones esplénicas, 3 (tres) hepáticas y 1 (una) renal.
- No hubo lesiones de víscera hueca ni vasculares.

Se realizaron 3 laparotomías exploradoras: 1 (una) de ellas fue cirugía de control de daño por lesión hepática G IV y 2 (dos) esplenectomías por lesiones esplénicas G V.

El tratamiento del tórax inestable se abordó desde dos aspectos:

- Inestabilidad mecánica: la misma fue tratada mediante estabilización neumática interna con asistencia mecánica respiratoria (ARM) en 10 pacientes, 1 (uno) requirió ventilación no invasiva (VNI) y el restante oxígeno suplementario. No se realizó fijación costal externa.
- Contusión pulmonar: presente en el 100% de la serie, 10 (83,3%) requirieron ARM con PEEP elevada mayor a 5, uno VNI y otro mascarilla con FiO₂ 50%, asociado al manejo adecuado de secreciones.

Dentro de los 10 pacientes en ARM, 4 recibieron óxido nítrico (ON) por distrés respiratorio progresivo, de los cuales solo 2 respondieron favorablemente, por lo que los restantes requirieron pronación para reclutamiento alveolar. Ante la falta de respuesta a la terapéutica previa, solo un paciente recibió tratamiento con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO).

Se registraron 6 (seis) Neumonías asociadas a la ventilación mecánica, 3 (tres) pacientes con falla múltiple de órgano y 1 (un) paciente con sepsis asociada a catéter.

La mortalidad fue 16,6% (2 óbitos).

La estadía hospitalaria media concluyó en 26.9 días.

DISCUSION:

El trauma torácico es una importante causa de ingreso. Según diferentes series el tórax inestable se calcula en 10-20% (Perna 2010), con los accidentes viales como causa principal (Besson 1982; LoCicero 1989; Perna 2010), similar a la reportada en nuestra serie. Por lo general asocia injurias intra y extratorácicas (5, 6, 7, 10), 60%-80 contusión pulmonar, 70% neumotórax y/o hemotórax, lesiones neuroraquídeas 66% e

injurias abdominales en el 34%(10), describiendo una mortalidad del 13-20%. en porcentajes similares a nuestros registros.

En el manejo de la pared torácica no se discute la utilidad de la fijación interna neumática, mientras que la indicación de fijación externa va ganando más adeptos en los últimos años (10, 11, 12, 13) , ya que hay trabajos que demuestran disminución en estadía en UTI, NAVM (neumonía asociada a la ventilación mecánica), traqueostomias y deformidad costal (10,11, 12, 13) . En nuestro caso, se optó por fijación neumática interna con ARM ya que no se cuenta con los materiales necesarios ni la experiencia adecuada en la fijación costal externa. (7, 10,14, 15).

CONCLUSION:

El tratamiento del volet costal sigue siendo un desafío en la actualidad, no solo por si mismo, sino por las lesiones asociadas, producto de traumas de alta energía cinética.

El tratamiento sustentado en ARM o VNI-oxígeno suplementario (pacientes seleccionados con menor repercusión respiratoria y oximetría) más el adecuado manejo de secreciones, analgesia y. tratamiento de las complicaciones infectológicas resolvería la mayoría de los pacientes.

El Óxido Nítrico, la pronación y la actual incorporación del ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea) proporcionan herramientas valiosas en el tratamiento del Distrés severo.

Por lo que la mejora en la atención inicial del politrauma, el manejo multidisciplinario de las complicaciones (torácicas y extra torácicas), en trabajo conjunto con UTI mejoraría el pronóstico de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. ALLEN GS, COATES NE. PULMONARY CONTUSION: A COLLECTIVE REVIEW. AM SURG. 1996 NOV; 62(11):895-900.
2. ÁLVAREZ L, ARRIBALZAGA E. TRAUMATISMOS DE TÓRAX. PAUTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA. 2008.
3. BEMELMAN M, POEZE M, BLOKHUIS TJ, LEENEN LP. HISTORIC OVERVIEW OF TREATMENT TECHNIQUES FOR RIB FRACTURES AND FLAIL CHEST. EUR J TRAUMA EMERG SURG. 2010 OCT; 36(5):407-415.
4. BRACCO AN: TÓRAX AGUDO QUIRÚRGICO. REV. ARGENT. CIRUGÍA 1: 33-40. 1960.
5. CLARK GC, SCHECTER WP, TRUNKEY DD. VARIABLES AFFECTING OUTCOME IN BLUNT CHEST TRAUMA: FLAIL CHEST VS. PULMONARY CONTUSION. J TRAUMA. 1988 MAR;28(3):298-304.
6. COHN SM. PULMONARY CONTUSION: REVIEW OF THE CLINICAL ENTITY. J TRAUMA. 1997 MAY; 42(5):973-9.
7. TANAKA H, YUKIOKA T. SURGICAL STABILIZATION OF INTERNAL PNEUMATIC STABILIZATION? A PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY OF MANAGEMENT OF SEVERE FLAIL CHEST PATIENTS. THE JOURNAL OF TRAUMA, 2002 VOL: 52 (4) PP: 727-32; DISCUSSION 732.
8. PETTIFORD BL1, LUKETICH JD, LANDRENEAU RJ. THE MANAGEMENT OF FLAIL CHEST. THORAC SURG CLIN. 2007 FEB;17(1):25-33.
9. SIMON, BRUCE MD; EBERT, JAMES MD. PULMONARY CONTUSION AND FLAIL CHEST, MANAGEMENT OF – PRACTICE. J TRAUMA. 73(5):S351-S361, NOVEMBER 2012.
10. CATANEO A, CATANEO D, OLIVEIRA F. SURGICAL VERSUS NONSURGICAL INTERVENTIONS FOR FLAIL CHEST. COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS. CITY: CHICHESTER, UK. PUBLISHER: JOHN WILEY & SONS 2015.
11. H SCOTT BJERKE, MD, FACS; CHIEF EDITOR: JOHN GEIBEL. FLAIL CHEST TREATMENT & MANAGEMENT.
12. LAFFERTY PM, ANAVIAN J, WILL RE, COLE PA. OPERATIVE TREATMENT OF CHEST WALL INJURIES: INDICATIONS, TECHNIQUE, AND OUTCOMES. J BONE JOINT SURG AM. 2011 JAN 5. 93(1):97-110.
13. SLOBOGEAN GP, MACPHERSON CA, SUN T, PELLETIER ME, HAMEED SM. SURGICAL FIXATION VS NONOPERATIVE MANAGEMENT OF FLAIL CHEST: A META-ANALYSIS. J AM COLL SURG. 2013 FEB. 216(2):302-11.E1.
14. FARQUHAR J, ALMAHRABI Y, SLOBOGEAN G, SLOBOGEAN B, GARRAWAY N, SIMONS RK, ET AL. NO BENEFIT TO SURGICAL FIXATION OF FLAIL CHEST INJURIES COMPARED WITH MODERN COMPREHENSIVE MANAGEMENT: RESULTS OF A RETROSPECTIVE COHORT STUDY. CAN J SURG. 2016 AUG 1. 59 (4):515.
15. TENG JP, CHENG YG, NI D, ET AL. OUTCOMES OF TRAUMATIC FLAIL CHEST TREATED BY OPERATIVE FIXATION VERSUS CONSERVATIVE APPROACH. J SHANGHAI JIAOTONG UNIVERSITY (MEDICAL SCIENCE). 2009; 29:1495-8.

ESPINDOLA, ROCIO;
LEYENDECKER, SOFIA;
ROSILLO, DANIELA;
GRECCA, EUGENIA.

ESTUDIANTES DE 1ER AÑO DE
LA LICENCIATURA DE OBSTETRICIA - RAFAELA - UCSF.

COMO AFECTA EL ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO.

A pesar de que la ingestión de esta sustancia durante los 9 meses de gestación puede causar efectos de por vida; algunas personas lo desconocen. De una base de 149 encuestados, el 80,5% de los consultados cree que sí; el 12,8% dijo que no; y el 6,7% manifestó que no sabe. Al respecto, las estudiantes a cargo de esta investigación, puntualizaron que ingerir alcohol durante el embarazo “puede causar trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF), provocando discapacidades físicas, intelectuales y del comportamiento que se mantienen a lo largo de la vida”. A la vez, “generaría aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro y síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)” Algunas de las personas con TEAF “padecen problemas de aprendizaje, hiperactividad, dificultad para prestar atención, retrasos en el habla y el lenguaje, mala memoria, coeficiente intelectual bajo y capacidad de razonamiento y juicio deficientes. También pueden tener problemas auditivos y de vista; y complicaciones con órganos como el corazón o los riñones”, agregaron las hacedoras de esta investigación.

LLAMADO DE ATENCIÓN

Al preguntar si hay algún tipo de alcohol, como la cerveza, que sea seguro para beber ocasionalmente durante el embarazo, el 10,1% contestó que sí; el 67,1% respondió que no; y el 22,8% manifestó que no sabe. En este sentido, las autoras remarcaron que “todas las clases de alcohol afectarían el desarrollo del bebé y podrían causar TEAF” en la etapa de gestación. Ante la consulta de si una mujer que está planeando un embarazo debe dejar de consumir alcohol, solamente el 10,1% respondió que sí; el 7,1% que no; y el 22,8% manifestó no saber. Por lo tanto, se recomienda que la persona que tiene planificado ser madre “deje de consumir alcohol” ni bien comience con este proyecto.

FUERTE IMPACTO

Según revela esta investigación, la ingestión de alcohol afecta el desarrollo del bebé durante los 9 meses. A pesar de esto, el 9,4% de los encuestados respondió que el consumo de esta sustancia impacta negativamente en el primer trimestre del embarazo; el 5,4% dijo que genera perjuicios en el segundo trimestre; el 3,4% manifestó que provoca complicaciones cuando se transita el tercer trimestre; y el 81,9% expresó que produce daños durante todo el embarazo. Por esta razón, “las mujeres que están embarazadas o que podrían estarlo deberían saber que cualquier nivel de consumo de alcohol –vinos, cervezas, entre otros- causaría daños al bebé que se está desarrollando”, puntualizaron las autoras que llevaron adelante este trabajo.

SOCIALIZAR EL CONOCIMIENTO

Esta investigación, intenta sociabilizar el conocimiento científico. De esta manera, pretende responder a la pregunta que revela que el 81,2% de los encuestados opina que la población no tiene conocimiento del efecto del alcohol sobre el embarazo; mientras que el 8,7% dice que sí y el 10,1% manifiesta no saber.

BIBLIOGRAFIA:

CDC. (10 DE AGOSTO DE 2016). ALCOHOL Y EMBARAZO: ¿POR QUÉ CORRER EL RIESGO? OBTENIDO DE [HTTP://WWW.CDC.GOV/SPANISH/ /CONCIENTIZACIONEMBARAZOALCOHOL/](http://www.cdc.gov/spanish/concientizacionembarazoalcohol/)

ARTICULO DISPONIBLE EN VERSION DIGITAL.
WWW.COLMEDICOSSANTAFE1.ORG.AR

CÁNCER GÁSTRICO

NUESTRA EXPERIENCIA.

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico ocupa el sexto lugar en el mundo detrás del cáncer de pulmón, mama colorrectal, próstata y vejiga, con aproximadamente 989600 nuevos casos (casi 8% de los casos nuevos de cáncer) y 738000 muertes por año. Es el segundo cáncer digestivo, detrás del cáncer colorrectal. Hay una marcada variación geográfica en su incidencia, siendo muy frecuente en países asiáticos como Japón y China.

El carcinoma gástrico está entre las cinco principales causas de muerte por cáncer en países sudamericanos como Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. En la Argentina el promedio de mortalidad general es en hombres 11,9 muertes y en mujeres 4,9 por 100.000 habitantes. La distribución de la mortalidad en nuestro país es irregular, llamando la atención que en provincias patagónicas se tienen las cifras más elevadas: Santa Cruz con 32 en hombres y 8,3 en mujeres; Neuquén 27,8 en hombres y 8,3 en mujeres. Cifras que se aproximan a las chilenas. En la ciudad capital de Buenos Aires las cifras son relativamente bajas 7,9 en hombres y 3,3 en mujeres por 100.000 habitantes.

En América las cifras más elevadas de incidencia se encuentran en Chile y Costa Rica. Hay un mayor conocimiento y búsqueda de las formas tempranas pero en occidente no se logra pasar una media del 10% de los casos, permaneciendo el amplio predominio del cáncer gástrico avanzado 1-7- 8.

Este trabajo realiza un análisis retrospectivo descriptivo de casos de pacientes con cáncer gástrico en un servicio de cirugía (público y privado) y de oncología. Esta revisión comprende un periodo de más de 5 años, con una casuística de 118 pacientes.

MATERIALES Y MÉTODO

El estudio se llevó a cabo con las historias clínicas obtenidas del servicio de Estadística del Hospital JB Iturraspe y de una clínica privada de referencia denominada "Clínica de Nefrología y Urología S.A." de la ciudad capital de Santa Fe. Los datos fueron analizados de forma retrospectiva y analítica. La muestra en estudio estuvo constituida por 118 pacientes y compren-

dió el intervalo de tiempo comprendido desde enero del 2010 hasta diciembre de 2015.

Se excluyeron de este trabajo las lesiones benignas del estomago, así como los linfomas gástricos, y tumores de la unión gastroesofágica.

Todos los datos recabados fueron procesados con el programa SPSS (Statistics Editor de datos) edición 19. Se realizó estadística descriptiva de las variables.

RESULTADOS

En el 100% de los casos se trató de adenocarcinomas, de los cuales el 61,23 % eran de tipo difuso y el 28,76 % de tipo intestinal, el otro 9 % de los casos se trató de un tipo inclasificable o mixto 1 . Del total de pacientes 46 eran mujeres (39 %) y 72 hombres (61%).

El promedio de edad fue de 57,25 años con una edad máxima de 86 y una mínima de 27 años. El síntoma más frecuente que motivo la consulta fue la pérdida de peso, seguido por el dolor abdominal.

Solo el 10,33% de los pacientes presentaban antecedentes familiares de primer grado de carcinoma gástrico. El 78% de los pacientes refirieron tomar algún inhibidor de la bomba de protones previo al diagnóstico, pero a más del 60% no se les había realizado una endoscopia alta previa al tratamiento.

El 77 % de los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico presentan antecedentes de endoscopia alta que informaba presencia de Helicobacter pylori.

El método diagnóstico que se utilizó en el 100 % de los pacientes fue la endoscopia alta, la estadificación preoperatoria se completó con Tomografía axial computada de tórax y abdomen con doble contraste y ecografía abdominal.

Al momento del diagnóstico el 86,67% presentaba un estadio III-IV de la enfermedad.

En el análisis de las piezas de gastrectomía en el 99,15 % de los casos se trataron de cáncer gástrico tardío, solo se encontró 1 caso de cáncer gástrico temprano.

Respecto del tratamiento en el gráfico número 5 se resume la conducta terapéutica empleada. De las cirugías con

DR. GARCÍA HEVIA
ALEJANDRO
RESIDENTE

DR. PIERINI ÁNGEL L
JEFE DE SERVICIOS M.A.A.C.

DR. RUIZ GUILLERMO
INSTRUCTORES DE RESIDENTE
M.A.A.C.

DR. BONSEMBIANTE
NICOLÁS
JEFE DE RESIDENTES M.A.A.C

ARTICULO DISPONIBLE EN VERSION DIGITAL.
WWW.COLMEDICOSSANTAFE1.ORG.AR

intención curativas 10 se realizaron por vía videolaparoscópica.

Por último el gráfico número 6 resume la morbi-mortalidad de las cirugías con intenciones curativas.

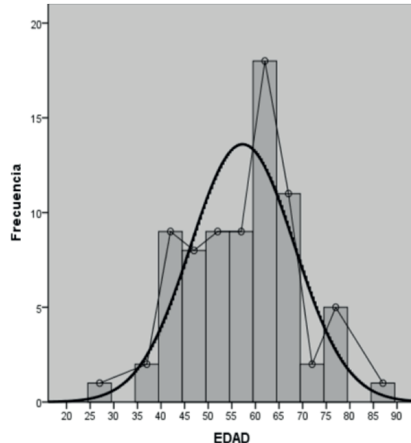
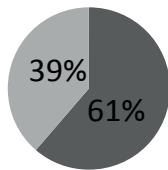
DISCUSIÓN

Con respecto al análisis estadístico realizado sobre los casos de cáncer gástrico en el presente trabajo se obtuvo un claro predominio de casos en el sexo masculino 1-12, el promedio de edad fue similar al publicado en otras series 1-12 (gráficos número 1 y 2).

Sexo

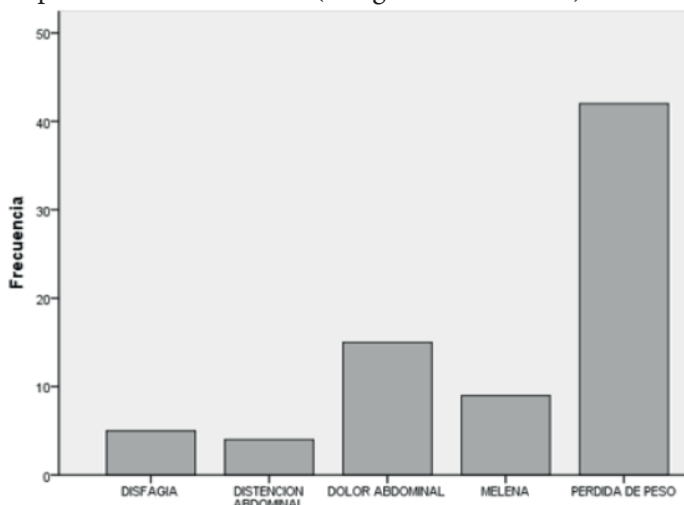
■ Masculino

■ Femenino



Clásicamente en el cáncer gástrico se describen en su etiología diferentes factores tales como la dieta, la infección por *Helicobacter pylori*, el tabaquismo, el alcoholismo, ciertos síndromes hereditarios predisponentes, la anemia perniciosa, las gastrectomías previas, la gastritis con sus diferentes grados de displasia, las úlceras y los pólipos gástricos. En nuestro trabajo el 10,33% de los pacientes presentaban antecedentes familiares de primer grado de carcinoma gástrico, aunque en estos casos no se trató de formas hereditarias; por otro lado el 77% de los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico tenía antecedentes de endoscopia alta que informaba presencia de *Helicobacter pylori* 4-5.

El síntoma más frecuente que motivo la consulta en nuestra serie fue la pérdida de peso, seguido por el dolor abdominal (Ver gráfico número 3).

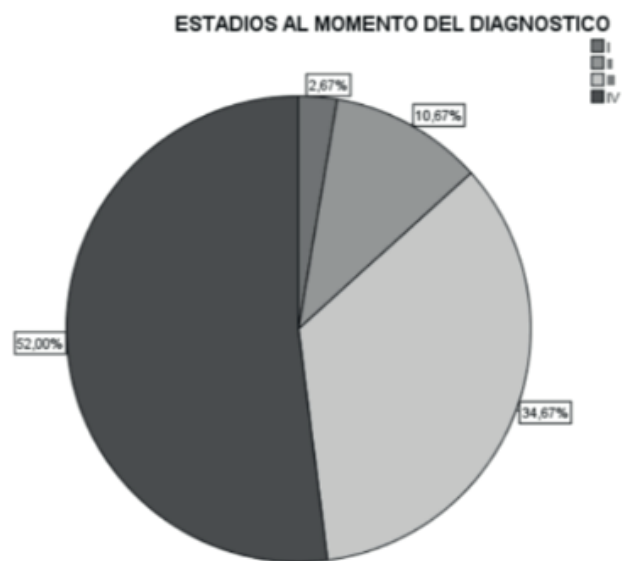


El diagnóstico en el 100% de los pacientes se realizó con videoendoscopia alta, más toma de biopsia para histología. Si bien la literatura describe otros métodos diagnósticos estos resultan de una muy baja sensibilidad y especificidad por lo que no se utilizan.

En cáncer gástrico la estadificación está basada en el sistema TNM y se distinguen dos fases de clasificación, la clínica (preoperatoria) y la patológica (estadificación quirúrgica), siendo esta última más exacta. La estadificación clínica ha mejorado en los últimos años con los avances de la tecnología. En nuestra casuística los estudios por imágenes utilizados para el staging preoperatorio son la Tomografía axial computada de tórax y abdomen con doble contraste y ecografía abdominal. No se utilizaron en nuestro servicio como métodos estadificadores la ecoendoscopia ni el PET-CT. En lo referente a la ecoendoscopia los trabajos actuales establecen que es un muy buen método para determinar la invasión tumoral (T) lo cual es muy importante en el pronóstico e incluso pacientes seleccionados podrían ser candidatos a neoadyuvancia (ver más adelante).

Pero este método resulta costoso, más aún para un efector público de salud 1-2.

Resulta interesante que el 86,67% presentaba un estadio III-IV de la enfermedad al momento del diagnóstico (ver gráfico número 4) y en el análisis



de las piezas de gastrectomía en el 99,15% de los casos se diagnosticó cáncer gástrico tardío, solo se encontró 1 caso de cáncer gástrico temprano. Esto está relacionado con la falta de sintomatología que presentan los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico temprano sumado a la ausencia de programas de screening para esta patología en nuestro país; cabe destacar que dichas prácticas son empleadas en países con alta prevalencia de cáncer gástrico como Japón, Corea y Chile.

La importancia del reconocimiento temprano del cáncer debe ser bien enfatizado.

Llevarlo a cabo depende del alto índice de sospecha en la población en general y también del médico.

El cáncer de estómago comienza como una pequeña lesión curable y es responsabilidad médica no dejar ninguna pista inexplorada a fin de detectarlo precozmente. La prescripción rutinaria de tratamiento sintomático, sin un intento diagnóstico, se debe desterrar. En nuestro trabajo el 78% de los pacientes refirieron tomar algún inhibidor de la bomba de protones previo al diagnóstico, pero a más del 60% no se les había realizado, previo a la prescripción, una endoscopia alta.

Esto es una de las conductas a corregir de cara a intentar diagnosticar formas más tempranas del cáncer gástrico. 1-9- 10

La cirugía del cáncer gástrico sigue siendo el único método curativo en un número importante de pacientes que han sido sometidos a una resección R0.

Respecto de las resecciones gástricas estas se clasifican según sea la magnitud de la resección tumoral y el tipo de cirugía a realizar.

A. Según la magnitud de la resección tumoral. Puede ser curativa o R0 y no curativas R1 y R2. Resección 0 (R0). Es cuando no queda lesión tumoral, tiene una alta probabilidad de curación y debe reunir las siguientes condiciones:

a. Resección total del tumor

b. Linfadenectomía en un nivel superior a los ganglios positivos. Ej.: T1 ó T2 N0 ha sido tratado por lo menos con una D1; cuando hay ganglios N1 + haber hecho una disección D2.

c. Márgenes negativos tanto en la parte proximal como distal. Es conveniente considerar 5 cm en caso de lesiones infiltrantes y 3 cm en lesiones localizadas. No obstante, la Escuela Japonesa considera como límite mínimo un margen sano de 1 cm.

d. Debe ser M0. A esto se agrega que la citología del lavado peritoneal debe ser negativo.

B. Tipo de cirugía. Las operaciones más frecuentes son la gastrectomía subtotal distal y la gastrectomía total. La mayor parte de los cirujanos evitan la gastrectomía proximal por su mayor morbilidad y mortalidad, dando preferencia a la gastrectomía total.

Respecto de la linfadenectomía, los grandes vaciamientos ganglionares fueron liderados por los japoneses quienes sorprendieron por los resultados obtenidos en supervivencia. La linfadenectomía es una operación que requiere ser hecha por cirujanos entrenados para obtener cifras aceptables de morbilidad y mortalidad.

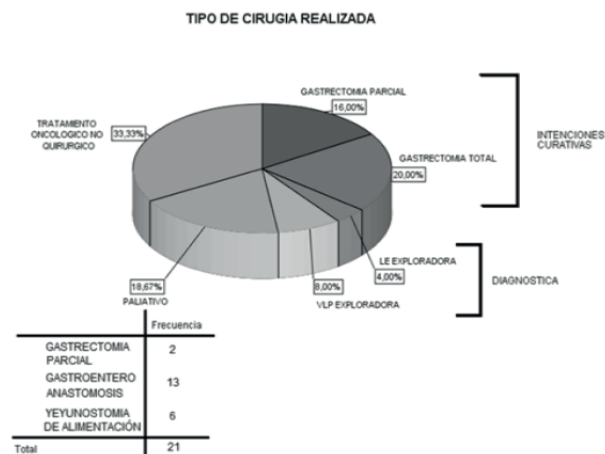
El procedimiento quirúrgico que corresponde ofrecer con intenciones curativas es la resección gástrica total o subtotal asociado a una linfadenectomía D2. Hoy la realización sistemática de una linfadenectomía con una esplenopancreatectomía izquierda no es aconsejable. Su realización queda reservada para cuando hay compromiso directo del tumor en la cola o cuerpo pancreático (T4), o ganglios en el hilio o la arteria esplénica. 16

En nuestro trabajo más del 75 % de los pacientes fue sometido a una intervención quirúrgica ya sea con intenciones curativas, diagnóstica o paliativa.

La cirugía más empleada con fines curativos fue la gastrectomía total + linfadenectomía D2 (en 8 casos se realizó esplenopancreatectomía distal debido al compromiso del páncreas o ganglios de la estación 10 y 11 sospechosos de malignidad). 16

Son contraindicaciones de una cirugía curativa: Invasión retroperitoneal, metástasis alejadas, carcinomatosis peritoneal, linitis plástica, citología positiva en el líquido de lavado peritoneal.

En estos casos la supervivencia postoperatoria es igual a los no operados, por lo que se recomienda realizar una cirugía paliativa, lo menos agresiva posible, en nuestro caso, la cirugía paliativa más empleada es la gastro-enteroanastomosis (62%) (Ver gráfico número 5).



Además existen contraindicaciones de orden general: mal estado general, contraindicaciones cardíacas, renales, etc. La cirugía resectiva paliativa (R1, R2) tiende a mejorar los síntomas como la obstrucción o hemorragia. En estos casos solo se requieren las condiciones mínimas de operabilidad. 1-2- 15.

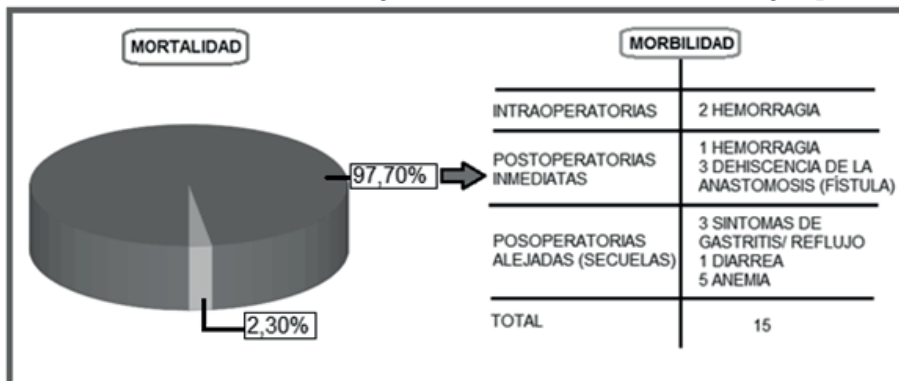
La gastrectomía laparoscópica en el tratamiento del cáncer gástrico es técnicamente factible teniendo como principales ventajas la reducción de la morbilidad (sangrado intraoperatorio, estadía hospitalaria, ingesta oral precoz, etc.). Como contrapartida, insume mayor tiempo operatorio, es técnicamente demandante y requiere tecnología de punta.

Desde el punto de vista oncológico, se ha demostrado una linfadenectomía y sobrevida son comparables con la cirugía a cielo abierto.

La complejidad de estos procedimientos, así como los requisitos tecnológicos, convierten a este tipo de resecciones sólo factibles en selectas instituciones. En nuestro trabajo la cirugía videolaparoscópica se realizó en 7 casos en la clínica privada mientras que en el hospital público no se realizó ninguna (a excepción de la videolaparoscopia exploradora diagnóstica), esto, creemos, se debe a que si bien contamos con cirujanos capaces de realizar cirugías oncológicas por videolaparoscopia, por tratarse de un hospital público existen complicaciones a la hora de conseguir los materiales adecuados para dicha cirugía; es un tema a perfeccionar en nuestro servicio la realización de gastrectomías oncológicas por esta vía. 3

La videolaparoscopia diagnóstica es una alternativa muy útil para el diagnóstico de carcinomatosis peritoneal, la cual invalidaría cualquier cirugía curativa posterior; en nuestro servicio este instrumento fue incrementando su utilización 1-2- 11 .

La morbimortalidad en las resecciones gástricas, aun por patología benigna, no es despreciable, con un 7% de complicaciones mayores y una mortalidad operatoria del 1,5% al 2,7%; la mortalidad para la gastrectomía total por cáncer puede superar el 5%, aun en grupos con experiencia 13 . Respecto de la mortalidad y morbilidad quirúrgica de nuestro servicio, esta se resume en el gráfico 6.



El tratamiento médico del cáncer gástrico sigue siendo tema de actualizaciones. La concepción de que el tratamiento quirúrgico parece haber alcanzado un techo terapéutico en esta patología ha estimulado los ensayos con quimioterapia, radioterapia o una asociación entre ambos en los periodos preoperatorio y posoperatorio.

Las posibilidades terapéuticas van desde la neoadyuvancia (quimioterapia con o sin radioterapia), pasando por la adyuvancia (quimioterapia más radioterapia) hasta la quimioterapia paliativa.

Respecto al tratamiento adyuvante el mismo consiste en radioterapia (45Gy) y/o quimioterapia

siendo el 5-Fluoruracilo (5-FU) y leucovorina, o el tratamiento conocido como FAM (5-FU, doxorrubicina y mitomicina) los más utilizados. En los últimos años se han empleado otras drogas como cisplatino, irinotecán, metotrexato, etc. Se logran obtener mejorías parciales en cáncer avanzado ampliando el tiempo de supervivencia.

Hay mayor tendencia a emplear tratamientos combinados de radio y quimioterapia.

La neoadyuvancia está en etapa de investigación clínica. Estaría indicada realizar solo quimioterapia en pacientes con estadio T3-4, N0-2, M0. En estos casos suele realizarse 3 ciclos previos a la cirugía y completar posteriormente con ciclos postoperatorios con EOX (epirrubicina, oxaliplatino y capecitabina)

Los pacientes con contraindicaciones severas de operabilidad y o enfermedad localmente avanzada, considerada irresecable, deben ir a tratamiento médico. Los pacientes resecaos con enfermedad residual R1 o R2 seguirán tratamiento adyuvante.

Los resecaos con criterio curativo T1 T2 con N0 serán observados, aunque se consideran que hay que evaluar detalles, principalmente en T2, como si el tumor es pobremente diferenciado, si hay invasión linfovascular o nerviosa y pacientes de menos de 50 años. Cuando el tumor es T3 o T4 o existe metástasis ganglionares también se indica tratamiento adyuvante.

Nuestro hospital cuenta con un servicio de oncología que es un centro de referencia, donde se tratan paciente de toda la provincia.

En nuestro trabajo se registra que el 33% de los pacientes recibieron únicamente tratamiento oncológico (quimioterapia paliativa), ya sea porque la cirugía no estaba indicada (irresecabilidad, enfermedad a distancia) o por estar contraindicada por el estado general del paciente.

En nuestro servicio se realiza en estos casos dosaje de HER 2 neu, en caso de ser positivo se indican anticuerpos monoclonales (el más utilizado en nuestro hospital es el trastuzumab); cabe aclarar que solo un 15 % aproximadamente resulta positivo para dicho factor.

La neoadyuvancia es muy poco indicada en nuestro servicio, lo más frecuente es que los pacientes realicen adyuvancia luego de 4 a 6 semanas de la cirugía, siendo el esquema más empleado la radioterapia + quimioterapia con 5 fluoruracilo y leucovorina. 1-2- 6.

Si bien la bibliografía recomienda que los pacientes deberían ser controlados de forma sistemá-

tica cada 4 a 6 meses los primeros 3 años, ya que el 80 % de las muertes se producen en ese periodo, no existe una guía con suficientes adeptos como para ser considerada como el modelo a seguir.

Todos coinciden en que con el examen regular puede ponerse de manifiesto recidivas tempranas, no hay datos que indiquen que este enfoque pueda afectar la supervivencia global.

Sin embargo se recomienda realizar endoscopias seriadas tres veces al año por los primeros años. Desde el punto de vista imagenológico se recomienda realizar el control con ecografía y tomografía axial computada trianual en primer año y luego semestral. En nuestro caso el control posterior a la cirugía

se realiza por consultorio externo con endoscopia cada 6 meses, junto con tomografía axial computada durante los primeros tres años. Dicho control se intensifica en función de síntomas que refieran los pacientes. 1-2- 8 Por último la terapia anti-Helicobacter es importante, ya que la infección crónica está asociada con la aparición de cáncer metacrónico. La bibliografía recomienda la erradicación de Helicobacter pylori después de la resección mucosa endoscópica o gastrectomía parcial. En nuestro caso es una de las conductas a corregir debido a que en una encuesta realizada menos del 50% de los pacientes al alta recibieron el tratamiento correspondiente para la erradicación de la bacteria. 1-7

BIBLIOGRAFIA

1. DRA. IRENE M. R. ALTUNA, DRA. EMILCE D. INVERNON, LIC RUT GRINBAUM. CÁNCER GÁSTRIC. PROACI 2014
2. T. WADDELL, M. VERHEIJ, W. ALLUM, D. CUNNINGHAM, A. CERVANTES & D. ARNOLD. GASTRIC CANCER: ESMO-ESSO-ESTRO CLINICAL PRACTICE. GUIDELINES FOR DIAGNOSIS, TREATMENT AND FOLLOW-UP. ANNALS OF ONCOLOGY 24 (SUPPLEMENT 6): VI57-VI63, 2013.
3. WEIZHI WANG, XIAOYU ZHANG, CHEN SHEN, XIAOFEIZHI, BAOLIN WANG, AND ZEKUAN XU. LAPAROSCOPIC VERSUS OPEN TOTAL GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER: AN UPDATED META-ANALYSIS. PLOS ONE. 2014. PUBLISHED ONLINE 2014 FEB 18.
4. COMPARE D, ROCCO A, NARDONE G. RISK FACTORS IN GASTRIC CANCER. EUR REV MED PHARMACOL SCI. 2010 APR;14(4):3028.
5. KARIMI P, ISLAMI F, ANANDASABAPATHY S, FREEDMAN ND, KAMANGAR F. GASTRIC CANCER: DESCRIPTIVE EPIDEMIOLOGY, RISK FACTORS, SCREENING, AND PREVENTION. CANCER EPIDEMIOLOGY AND PREVENTION. 2014 MAY. Epub 2014 MAR 11.
6. ELENA ELIMOVA, HIRONORI SHIOZAKI, ROOPMA WADHWA, KAZUKI SUDO, QIONGRONG CHEN, JEANNELYN S ESTRELLA, MARIELA A BLUM, BRIAN BADGWELL, PRAJNAN DAS, SHUMEI SONG, AND JAFFER A AJANI. MEDICAL MANAGEMENT OF GASTRIC CANCER: A 2014 UPDATE. WORLD J GASTROENTEROL. 2014 OCT 14.
7. YANG-SHENG LIN, MING-JEN CHEN, SHOU-CHUAN SHIH, MING-JOUG BAIR, CHING-JU FANG, AND HORNG-YUAN WANG. MANAGEMENT OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION AFTER GASTRIC SURGERY. WORLD J GASTROENTEROL. 2014 MAY 14.
8. GIAN LUCA BAIOCCHI, YASUHIRO KODERA, DANIELE MARRELLI, FABIO PACELLI, PAOLO MORGAGNI, FRANCO ROVIELLO, AND GIOVANNI DE MANZONI. FOLLOW-UP AFTER GASTRECTOMY FOR CANCER: RESULTS OF AN INTERNATIONAL WEB ROUND TABLE. WORLD J GASTROENTEROL. 2014 SEP 14; 20(34): 11966-11971.
9. SUH YS; YANG HK. SCREENING AND EARLY DETECTION OF GASTRIC CANCER: EAST VERSUS WEST. SURG CLIN NORTH AM; 95(5): 1053-66, 2015 OCT.
10. KHANDERIA E; MARKAR SR; ACHARYA A; KIM Y; KIM YW; HANNA GB. THE INFLUENCE OF GASTRIC CANCER SCREENING ON THE STAGE AT DIAGNOSIS AND SURVIVAL: A META-ANALYSIS OF COMPARATIVE STUDIES IN THE FAR EAST. J CLIN GASTROENTEROL; 50(3): 190-7, 2016 MAR. WORLD J GASTROENTEROL. 2016 FEB 7;22(5):1859-68. DOI: 10.3748/wjg.v22.i5.1859.
11. HU YF, DENG ZW, LIU H, MOU TY, CHEN T, LU X, WANG D, YU J, LI GX. STAGING LAPAROSCOPY IMPROVES TREATMENT DECISION-MAKING FOR ADVANCED GASTRIC CANCER. WORLD J GASTROENTEROL. 2016 FEB 7;22(5)
12. IARC, 150 COURS ALBERT THOMAS, 69372 LYON CEDEX 08, FRANCE. 2016. GLOBOCAN 2012: ESTIMATED CANCER INCIDENCE, MORTALITY AND PREVALENCE WORLDWIDE IN 2012. DISPONIBLE EN: [HTTP://GLOBOCAN.IARC.FR/DEFAULT.ASPX](http://globocan.iarc.fr/default.aspx).
13. CLAUDIO BARREDO, JORGE COVARO. COMPLICACIONES DE LAS GASTRECTOMÍAS. ENCICLOPEDIA DE CIRUGÍA DIGESTIVA. DR FERNANDO GALINDO. 2009
14. COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN CIRUGÍA GÁSTRICA. AXEL BESKOW. COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA ABDOMINAL: COMO MANEJARLAS. JUAN PEKOLJ, VICTORIA ARDILES, SUNG HO HYON. BUENOS AIRES: DEL HOSPITAL EDICIONES, 2015.
15. CHEN-YU KUO, YEE CHAO, CHUNG-PIN LI. UPDATE ON TREATMENT OF GASTRIC CANCER. JOURNAL OF THE CHINESE MEDICAL ASSOCIATION. JULY 2014 VOLUME 77, ISSUE 7, PAGES 345-353.
16. HIRONORI SHIOZAKI, YUSUKE SHIMODAIRA, ELENA ELIMOVA, ROOPMA WADHWA, KAZUKI SUDO, KAZUTO HARADA, JEANNELYN S. ESTRELLA, PRAJNAN DAS, BRIAN BADGWELL AND JAFFER A. AJANI. EVOLUTION OF GASTRIC SURGERY TECHNIQUES AND OUTCOMES. SHIOZAKI ET AL. CHIN J CANCER (2016) 35:69.

BRACALENTI CLAUDIO B.,
ZALAZAR GUILLERMO,
REINHARDT LUCIANA,
MARTINEZ CARLOS.
SERVICIO DE NEUROLOGÍA, HOS-
PITAL JOSÉ MARÍA CULLEN, SANTA
FE, ARGENTINA

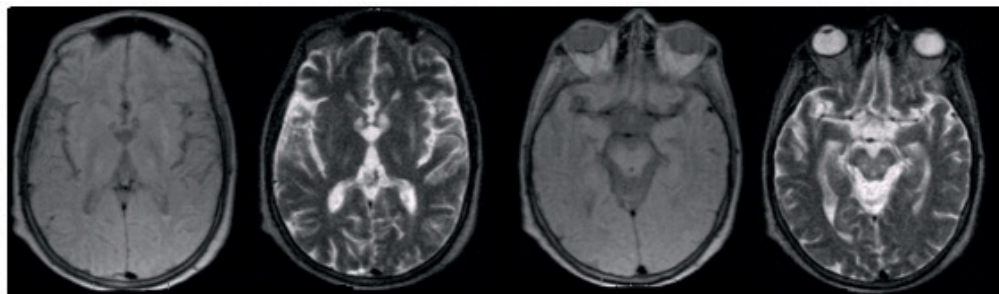
VARÓN ADULTO JOVEN CON ENFERMEDAD DE WILSON

Paciente de 36 años, contador público nacional, sin antecedentes patológicos familiares ni personales conocidos, que inicia 8 meses previos a la consulta con episodios de retención urinaria, cambios conductuales (desinhibición, depresión, dificultad en el trabajo), que motivan la consulta con médico psiquiatra. En los meses siguientes agrega marcha atáxica y trastornos fono – deglutorios.

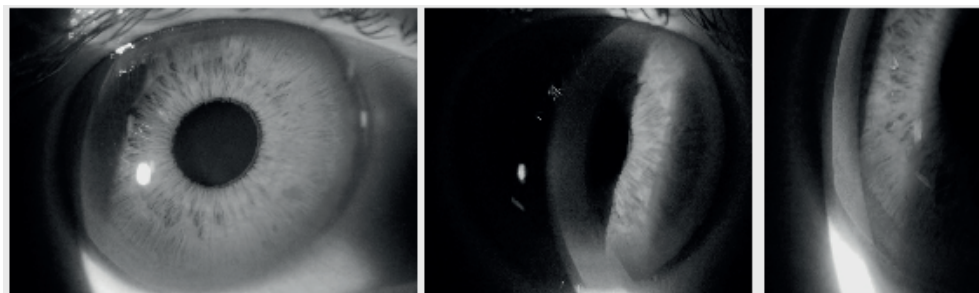
Al examen físico presenta facie distónica (contracción de músculos risorios), dificultad para la convergencia ocular, ausencia de reflejo nauseoso, disartria leve a moderada, ataxia de miembros y de tronco, marcha con aumento de base de sustentación, titubeante, lentificada, postura distónica de miembros superiores; hiperreflexia en miembros inferiores, clonus bilateral, Babinski bilateral, pie estriatal bilateral.

En el laboratorio general presentó leucopenia y plaquetopenia. Cobre en orina: 206,5 ug/g creatinina (VN: 0 – 30); ceruloplasmina sérica 3,0 mg/dl (VN: 15 – 30); cobre en sangre 25,2 ug/dl (VN: 65 – 165). En la ecografía abdominal se informa hígado heterogéneo y esplenomegalia.

Se realiza resonancia magnética nuclear (ver Fig. 1).



Se evidencian anillos de Kayser-Fleischer por lámpara hendidura (ver Fig. 2).



La enfermedad de Wilson, o degeneración hepatolenticular, es un desorden hereditario que presenta mutación en el gen ATP7B, que codifica una ATPasa tipo P transportadora de cobre que reside en la red trans-Golgi del hepatocito, cuyo mal funcionamiento causa la imposibilidad de excretar cobre por vía biliar y la acumulación de dicho metal principalmente en hígado y SNC. Se presenta mayormente entre los 5 y 35 años de edad. Produce una gran variedad de síndromes clínicos en el hígado, desde hepatitis aguda fulminante hasta hepatitis crónica y cirrosis; como en el SNC donde causa trastornos psiquiátricos tales como alteraciones conductuales, depresión, desinhibición y neurológicos como ataxia, movimientos anormales (distonias focales y segmentarias), trastornos esfinterianos, disartria, disfonía. Además, puede causar afectación hematológica, siendo típica la anemia hemolítica coombs negativa. El diagnóstico se sospecha con la clínica compatible y se verifica con la presencia de anillos de Kayser-Fleischer, patognomónicos de esta enfermedad junto con la determinación de cobre sérico libre, ceruloplasmina sérica, cobre en orina de 24 horas y cobre hepático. Sin tratamiento es considerada una enfermedad fatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER, JOURNAL OF HEPATOLOGY (2012); EASL CLINICAL PRACTICE GUIDELINES: WILSON'S DISEASE.
2. ÁNGEL S., BEGOÑA A., ALFONSO C. (2007); ENFERMEDAD DE WILSON: ACTUALIZACIÓN EN GENÉTICA, FISIOPATOLOGÍA Y TRATAMIENTO (VOL. 1, NÚMERO 7); ESPAÑA: REVISTA ESPAÑOLA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO.
3. BREWER G. J., ASKARI F. K. (2005); WILSON'S DISEASE: CLINICAL MANAGEMENT AND THERAPY (Nº 42); JOURNAL OF HEPATOLOGY.
4. KALLOLLIMATH P., NAGAPPA M., SINHA S., SAINI J., BINDU P. S., TALY A. B. (2013); PANDA WITH "BRIGHT EYES" IN WILSON'S DISEASE; INDIA: NEUROL INDIA.

DE SOCIEDADES OPULENTAS, CUERPOS GORDOS Y UNA DELGADA CAPA DE OZONO

MARÍA CELESTE NESSIER
COORDINADORA DE LA LICEN-
CIATURA EN NUTRICIÓN DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA FE

Es evidente que están pasando cosas en la distribución de alimentos. No todos tienen comida, muchos de los que la tienen no la tienen en calidad y por el camino, el sistema productivo va dejando desperdicios (hay “muchos algunos” que no cierran bien el chorro). El trayecto comprendido entre el campo y la mesa asemeja a la figura de un reloj de arena, en el medio, unos pocos, concentran la distribución de los productos que llevamos a la mesa. Es decir, una minoría define las condiciones del juego, y las consecuencias las padecemos todos. Por múltiples razones, la cocina que tenemos no es soberana.

Ya hace tiempo que el debate sobre nuestro sistema alimentario está instalado. El que tenemos no está funcionando. Las góndolas están atiborradas de calorías baratas, el paisaje rural es uniforme, en el campo intentan coexistir campesinos de subsistencia rehenes de especuladores empresarios, los changuitos reflejan una deslocalización de los productos alimenticios y nosotros respondemos obedientemente camino a la meca del consumo que lejos está de los ritmos y frutos naturales. La letra chica de lo que comemos habla de un sistema de explotación, de agricultores empobrecidos, de cultivos para combustibles y de una aniquilación insonora de comunidades.

Exceso de dióxido de carbono. Las consecuencias de una sociedad hambrienta por la productividad la tenemos arriba de nuestra cabeza y debajo de nuestros pies. La capa de ozono está rajada y la tierra corroída. El sistema de producción intensivista dejó en terapia intensiva los recursos finitos del planeta. La agricultura industrializada utiliza un 70% del agua dulce bombeada en todo el mundo, compitiendo con el uso doméstico del agua como bebida, alimentación e higiene. Los desastres naturales frecuentes, la polarización del clima, repercute en los cultivos, en la disponibilidad de alimentos y hasta con la vida de miles de personas.

No es sólo un problema económico y social, sino que es también un problema ético, tenemos un apetito de consumo insaciable y cuanto más consumimos más tiramos. En el campo, en la industria, en el supermercado y en casa se desperdician diariamente alimentos, EN CANTIDADES PREOCUPANTES. Los alimentos se desperdician a lo largo de toda la cadena agroalimentaria. Cifras oficiales de FAO alertan que en el mundo CADA AÑO una tercera parte de los alimentos (1.300 millones de toneladas) producidos en el mundo se tiran o se pierden.

ARTICULO DISPONIBLE EN VERSION
DIGITAL.
WWW.COLMEDICOSSANTAFE1.ORG.AR

Hay un problema de excesos en el plato. Nunca antes en el mundo habitaron más gordos que flacos. El exceso de peso en el mundo en los últimos 40 años se incrementó 500 veces y en Argentina entre 2005 y 2013 se incrementó 42,5%.

Cada 16 de octubre la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) celebra el día mundial de la alimentación, como un llamado a la reflexión que garantice la seguridad alimentaria. En cada oportunidad fija un lema y el de este año nos convoca a pensar que la forma en que se producen nuestros alimentos tienen consecuencias que trasciende el cuerpo y repercute en el ecosistema “El clima está cambiando, la alimentación y la agricultura también”.

Producir, alimentarnos y tener un estilo de vida sustentable son los remedios a estos empachos. Las iniciativas de consumo de proximidad están aflorando en el viejo mundo como bastiones de prácticas de consumo ambientalmente responsables.

Son propuestas de contracara de las ridículas reglas de un sistema alimentario que hace que la materia producida regrese al mismo sitio empaquetada y a un costo 200 veces mayor del que recibió el productor (y con un recorrido kilométrico en su haber).

“Compra barato-vende caro” es el lema de un modelo, cuyo derrame resultó no-veliezco.

Reconozcamos que no todos tenemos huerta ni tiempo para producir nuestros alimentos de manera autónoma, pero al menos deberíamos hacer el intento de reflexionar sobre los espacios y modos donde los adquirimos. Priorizar las compras provenientes de la agricultura familiar, de iniciativas locales, de redes de economía solidaria, podrán entonces reconfigurar el sistema alimentario y nuestros modos de relacionarnos que el “hecho de comer” conlleva. Lo que se produce localmente no se agota en el paradójico tomate que sabe distinto, sino que gesta un vínculo con el productor, una sensación más gustativa. Precisamos consumos transparentes, sustentables y socialmente dignos.

Podemos encontrar en los principios de la economía solidaria las pistas para llevar este debate a un punto de partida que movilice nuevas prácticas de consumo: equidad, sostenibilidad ambiental, cooperación, compromiso con el entorno, comercio justo y sin fines de lucro.

Podemos y debemos involucrarnos, porque necesitamos reconfigurarlo. La culpa es del que le da de comer, así que nuestras preferencias y consumos alimentarios tienen un poder, la “demanda del consumidor” que debe ser re-aprendida.

Todos tenemos que aprender a comer. Necesitamos respuestas colectivas a problemas que se nos imponen como individuales y que llevan a un angustiante aislamiento social de dietas y gimnasios. Aprender a comer con las estaciones, a diversificar el estándar del paladar (la soberanía de nuestros gustos), a lidiar con la arquitectura que nos ha llevado a delegar la olla en la industria o el delibery, a cultivar agroecológicamente.

Saquemos los ojos del ombligo, y la próxima vez que nos prendamos el botón del pantalón recordemos que alimentarnos no es un tema personal, debe ser un problema de los pueblos.

PORCENTAJE DE CESAREAS REALIZADAS EN UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD

CATEGORÍA TEMÁTICA: Clínica ampliada

TIPO DE TRABAJO: Investigación con abordaje cuantitativo

OBJETIVO: Relacionar el índice de cesáreas, causas frecuentes, distribución de acuerdo edad, número de gestas, domicilio y controles perinatales del Servicio de Obstetricia del SAMCo Esperanza durante el período junio de 2012 a mayo de 2013 con los datos obtenidos a nivel provincial en el año 2010.

Materiales Y Metodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se realizó análisis de carnets perinatales e historias clínicas.

RESULTADOS: se registraron 277 nacimientos, de los cuales el 50% fue por parto vaginal, 49% por cesárea, en el 1% restante no se obtuvieron datos. **CONCLUSIONES** El índice de cesáreas que presenta el Servicio es de 49%, superior a los datos publicados para la provincia de Santa Fe (30.6%). Elevado porcentaje de cesáreas cuya indicación no es absoluta, entre ellas casos de cirugía electiva. Esto condicionaría la conducta obstétrica futura. Datos como edad, antecedentes patológicos y lugar de residencia fueron influyentes en cuanto a la vía de finalización, no así la diferenciación entre controles pregestacionales adecuados e inadecuados.

INTRODUCCION

En los últimos tiempos se ha observado un incremento en las tasas de cesáreas a nivel global, a pesar de las recomendaciones de la OMS del año 1997 donde se sugiere como límite superior el 15%. Porcentajes mayores son considerados indicadores de mala calidad de atención obstétrica (Salinas et al., 2004).

En América Latina y el Caribe el promedio de cesáreas se calcula en 29.2%, la más alta de cualquier región del mundo. En Argentina los números rondan el 25.4% (valores que corresponden solamente al ámbito público) (Lancet, 1985; Millan Vega & Mendoza Arroyo, 2010; Belizan, Althabe & Cafferata, 2007).

En la provincia de Santa Fe el total de nacimientos registrados durante el año 2010 fue 52.935, de los cuales 21.930 correspondieron a efectores públicos, siendo el total de partos por cesáreas 5.138, lo que representa un 30,6%. Según la edad de la madre, el porcentaje más alto del total de nacimientos se estableció en el grupo de mujeres de 20 a 29 años (Sala de situación, Ministerio de Salud, Santa Fe, 2011)

De acuerdo a lo anterior, el segui-

ente estudio pretende conocer el porcentaje de cesáreas y sus indicaciones más frecuentes, y si los mismos se corresponden con los datos obtenidos a nivel provincial.

OBJETIVO GENERAL

Relacionar el índice de cesáreas, las causas más frecuentes y la distribución de acuerdo a variables tales como edad, número de gestas, domicilio y controles perinatales del Servicio de Obstetricia del Hospital Dr. Alonso Criado de la ciudad de Esperanza, durante el período junio de 2012 a mayo de 2013 con los datos obtenidos a nivel provincial en el año 2010 y las recomendaciones de la OMS.

Objetivos Específicos

- Describir el número de cesáreas y determinar sus causas más frecuentes.
- Relacionar el índice de cesáreas de nuestro servicio con los datos obtenidos a nivel provincial en el año 2010.
- Reconocer patologías previas o adquiridas durante el embarazo.

- Describir factores sociales y demográficos de las mujeres estudiadas, tales como grupo etario más frecuente, número de gestas, la zona de residencia y el lugar de control de las pacientes que finalizaron su gestación por cesárea.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de carácter observacional, y retrospectivo. Se incluyeron 277 pacientes que finalizaron su gestación en el Servicio de Obstetricia del Hospital Dr. Alonso Criado, Esperanza, Santa Fe, durante el período de junio de 2012 a mayo de 2013, provenientes del área programática y otras localidades, cuyos controles de embarazo hayan sido realizados en el ámbito público.

Criterios de inclusión: pacientes que hayan finalizado su embarazo en el Hospital Dr. Alonso Criado durante el período estudiado; pacientes que hayan realizado sus controles perinatales en el ámbito público.

Variables analizadas: edad, lugar de residencia, paridad, número y lugar de realización de los controles perinatales, forma de finalización de la gestación, motivo de la cesárea, antecedentes patológicos personales previos, patologías desarrolladas durante el embarazo.

Los datos fueron recopilados a partir del análisis de carnets perinatales e historias clínicas y relacionados con datos publicados oficialmente por la Provincia de Santa Fe (“Análisis de Situación de Salud de la mujer, Provincia de Santa Fe, Segundo Informe” en el año 2010). Los mismos fueron volcados a una planilla Excel 2010 a partir de la cual se formularon las tablas y los gráficos que permitieron el ordenamiento de las variables seleccionadas.

MARCO TEÓRICO

La cesárea es una intervención quirúrgica cuya finalidad es la extracción de un feto, la placenta y los anexos por vía abdominal. En la antigüedad solo se recurría a este procedimiento después del fallecimiento materno con el objetivo de salvar la vida del niño/a. A partir del siglo XIX comienzan a ampliarse sus indicaciones a raíz del progreso científico tecnológico (Guerra Vendecia, Vazquez Marcos, Virelles Pacheco 1998).

El índice de cesáreas se define como: No de cesáreas/No de nacimientos del período x 100, y es considerado como un indicador de calidad de asistencia obstétrica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de asistencia como el “proceso en que cada enfermo recibe un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos, en que teniendo en cuenta todos los factores del paciente y del servicio médico,

se logra obtener el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente”. Es entonces la combinación de dos elementos: uno intrínseco, resultado de la suma de conocimientos, destrezas y tecnología, y otro extrínseco, que es el componente humano de la asistencia, en el que influyen, desde el trato al enfermo y sus familiares, la accesibilidad al sistema, hasta los aspectos relacionados con la hotelería (Salinas et al., 2006).

Actualmente el índice de cesáreas se ha incrementado independientemente de la ubicación geográfica y las causas. Los motivos de este proceso son multifactoriales, entre ellos se pueden mencionar la evolución de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, los cambios demográficos y socioculturales, la demanda de las pacientes y sus familias (Quispe, Santivañez Pimentel, Leyton Valencia, Pomasunco, 2010).

Las indicaciones para realizar una cesárea pueden ser maternas, fetales, mixtas u ovulares. A su vez éstas se dividen en absolutas o relativas. En el primer caso la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del embarazo, en el segundo, la intervención se elige como mejor alternativa en circunstancias en que se plantea también alguna otra opción. En algunas oportunidades es necesario realizar una cesárea por causas asociadas, ninguna de las cuales justificaría la intervención si se considerara aisladamente por lo cual se conocen como indicaciones parciales (Schwarcz, 2005).

En 1985 la OMS publica un informe con las “Recomendaciones para la Tecnología Apropriada del Nacimiento, Declaración de Fortaleza” donde se afirma que no existe justificación para tasas de cesáreas mayores al 10-15% (Lancet, 1985). En diferentes regiones de África se calcula que solo el 1.8% de los nacimientos se producen por cesáreas, en comparación con el 40% de China, el 24.43% de América del Norte y el 31% de América Central (Millan Vega & Mendoza Arroyo, 2010; Belizan et al., 2007). En Sudamérica, un estudio demostró que en 12 países, los cuales representan el 81% de los partos de la región, el porcentaje de cesáreas fue superior a 15%; Chile es el país con el índice más alto de cesárea (40%), seguido por Brasil (32%). En el mismo estudio, el porcentaje de cesárea reportado para Argentina fue de 25.4% (Palieri, Gibbons, Cacón, Ramil & Belizan, 2012). Cabe destacar que estos datos provienen de centros de atención pública, desconociéndose muchas veces las estadísticas correspondientes a instituciones privadas.

En 2011 el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe presentó el “Análisis de Situación de la Salud de la Mujer, Segundo Informe” donde se explica que durante el año 2010 se registraron 52.935 nacidos vivos en toda la provincia, de los cuales 31.039 (52,15%) fueron atendidos en el subsector privado. Según la modalidad de finalización del embarazo en el subsector público, hubo 16.792 (76,57%) egresos por partos vaginales y 5.138 por cesáreas (30,6%). En el interior de la provincia los resultados son heterogéneos, siendo los extremos los departamentos Garay con 0% de cesáreas y Belgrano con el 65,61%. Con respecto al departamento Las Colonias el porcentaje está por encima de lo aconsejado por la OMS (40,72%). Teniendo en cuenta la edad materna, el porcentaje más alto de nacimientos correspondió al grupo comprendido entre los 20 y 29 años (46%), independientemente de la forma de terminación de la gestación (Sala de Situación, Ministerio de Salud, Santa Fe, 2011).

Diferentes estudios intentaron dilucidar la relación entre los índices de morbilidad y mortalidad perinatal y el aumento de esta intervención quirúrgica sin obtener datos concluyentes aún (Salinas et al., 2004). Entre las complicaciones quirúrgicas maternas se enumeran infecciones puerperales, hemorragias y lesiones viscerales. Algunos autores mencionan la mayor asociación con los trastornos depresivos posparto, aunque no se demostró diferencias significativas a los 3 meses de la finalización del embarazo. Respecto al riesgo fetal hay evidencia sobre la mayor morbilidad y mortalidad perinatal, relacionado fundamentalmente a las complicaciones respiratorias (Salinas et al., 2004). Cabe aclarar que la tasa de complicaciones es mayor en cesáreas de urgencias que en aquellas intervenciones programadas.

En un estudio multicéntrico que formó parte de la Encuesta General sobre Salud Materna y Perinatal de la OMS se comprobó que, en el caso de la presentación cefálica, la cesárea estaba asociada a mayor morbilidad y mortalidad materna, fetal y del recién nacido, independientemente del contexto médico y sociocultural.

Por otro lado, la cirugía aumenta los costos de salud. Un artículo publicado en 2012 por el Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) señala que América Latina gasta 425 millones de dólares cada año como causa de un exceso de 60.000 cesáreas innecesarias, si se lo compara con lo que ocurre en los países desarrollados

(Nápoles Mendez & Piloto Padrón, 2012).

Con respecto al marco legal en Argentina se sanciona en 2004 la “Ley Nacional No 25.929 de Parto y Nacimiento Humanizado” que en su artículo 2, incisos “d” y “e”, menciona que la mujer en relación al embarazo, trabajo de parto, parto y posparto tiene derecho al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer y ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales (Ley Nacional N° 25.929 de Parto y Nacimiento Humanizados).

Con el objetivo de contribuir en la optimización de la organización y el funcionamiento de los servicios destinados a la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, la Dirección de Calidad de Servicios del Ministerio de Salud de la Nación viene impulsando desde el año 2003 las Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Maternidad a través la Resolución 348/2003 (Normas de organización y funcionamiento de los servicios de maternidad, Dirección Calidad de Servicios de la Salud, Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, Ministerio de Salud de la Nación). La provincia de Santa Fe, a través de su Ministerio de Salud, adhiere a las mismas. De ésta manera se promueven las instituciones “Centradas en la Familia”. En cuanto a los efectores en los que se atienden partos, éstos deben cumplir ciertas condiciones de estructura y atención para ser considerados “Maternidades Seguras”. Las mismas se clasifican en tres niveles de complejidad:

1. Nivel I: establecimientos, públicos o privados, en los cuales se realicen la atención del parto y puerperio, y que cuenten con sala de partos y servicio de quirófano.

2. Nivel II: además de los requerimientos del nivel anterior, deben contar con servicio de hemoterapia. Aquellas instituciones que tengan unidad de Cuidados Intensivos para Adultos o para Neonatos, pero no ambos, también se incluyen en esta categoría.

3. Nivel III: además de los servicios requeridos en el punto anterior, deben contar con Unidad de Cuidados Intensivos para adultos y Servicio de Neonatología (Sala de Situación de Salud, Ministerio de Salud, Santa Fe, 2011).

El presente trabajo de investigación se centra en un hospital que se halla ubicado en la ciudad de Esperanza, en la región centro de la provincia de Santa Fe, denominado "S.A.M.Co. Esperanza" (Servicio de Atención Médica para la Comunidad), considerado como hospital base referencial del Departamento Las Colonias debido a que de él dependen 19 localidades vecinas (conformados por 5 hospitales y 15 Centros del primer nivel de atención) y 4 centros del primer nivel de atención de la ciudad. La estructura hospitalaria del mismo, corresponde a un nivel de complejidad IV.

En relación con los servicios que brinda, dispone de Guardia Central con internación-

RESULTADOS

En el período comprendido entre el 1 de junio de 2012 al 31 de mayo de 2013 en el Servicio de Maternidad del S.A.M.Co Esperanza se registraron 277 nacimientos. Se observa que el 50% de los mismos correspondieron a partos vaginales y el 49% a cesáreas; en el 1% restante no se obtuvieron datos sobre la finalización del embarazo. Los datos del relevamiento realizado se indican en el Gráfico 1.

Porcentaje de pacientes según finalización del embarazo. N: 277

■ Parto ■ Cesarea ■ Sin datos

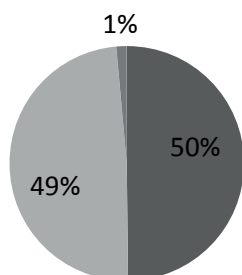


GRAFICO 1

MOTIVO DE LA CESAREA	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE DE PACIENTES
Anterior	52	38.23%
Efectiva	24	17.64%
Falta de progresion por trabajo de parto	21	15.44%
Otros	16	11.76%
Desproporcion feto pelvica	12	8.82%
Hipertensión/preeclampsia/eclampsia	5	3.67%
Diabetes gestacional	4	2.94%
Bishop desfavorable	1	0.73%

Tabla 1.

transitoria, Consultorios Externos, Servicio de Rehabilitación e Internación (con 40 camas, discriminadas en los servicios de Clínica de mujeres, Clínica de hombres, Maternidad, Pediatría, Clínica Quirúrgica y Cirugía Obstétrica).

El Servicio de Maternidad, está conformado por cuatros Gineco-Obstetras y dos Licenciadas en Obstetricia. Es considerada Nivel II según la Resolución 348/2003, por lo cual se asisten partos de bajo y mediano riesgo. Las pacientes ingresan al servicio de internación referidas desde los consultorios externos del S.A.M.Co., centros de atención y hospitales correspondientes a su área programática y otras localidades del Departamento Las Colonias.

Con respecto a la indicación de la finalización por vía quirúrgica, la causa más frecuente fue el antecedente de cesárea anterior (38.23%), seguido de cesárea electiva (17.64%), falta de progresión del trabajo de parto (15.44%), desproporción feto pélvica (8.82%), entre otras (ver Tabla 1).

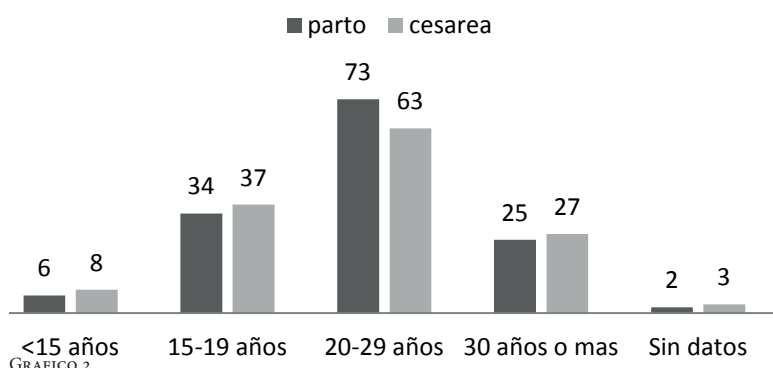
Discriminando las indicaciones de la cirugía se obtuvo que en un 68.38% éstas fueron absolutas (cesárea anterior, falta de progresión del trabajo de parto, desproporción fetopélvica, desprendimiento de placenta normoinsera, presentación podálica), en un 30.88% fueron relativas y/o parciales, en el 0.73% no se obtuvieron datos.

En relación a la edad de las mujeres estudiadas, el rango etario más frecuente fue el de 20 a 29 años (49%), seguido por 15 a 19 años (27%), mayores de 30 años (19%), menor de 15 años (3%). No se obtuvieron datos en el 2% de los casos.

A partir de la relación entre la edad de las pacientes estudiadas y la vía de finalización del embarazo, se observa que en el grupo etario de pacientes menores de 15 años, se constató un 33.34 % de partos vaginales y un 66.66% de cesáreas; en el grupo de 15 a 19 años, un 47.88% de partos y 52.11% de cesáreas; en el de 20 a 29 años, 53.67% de partos y 46.32% de cesáreas; y, en el grupo etario de 30 o más

esta relación fue de 48.07% y 51.92% respectivamente. (Ver Gráfico 2).

N° de pacientes según edad y vía de finalización del embarazo.

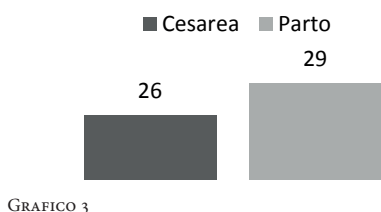


Partiendo de un análisis detallado de la cesárea electiva se desprende que ésta fue más frecuente en primigestas (67%) y en el rango etario de 20 a 29 años (44%) (Ver Tablas 2 y 3)

En lo concerniente al lugar de residencia, el 35% de las pacientes pertenecían al área programática, el 10% se encontraba fuera de ella y 55% era de Esperanza. Del total, el 69% residía en zona urbana y el 20% en zona rural, del 11% restante no se registraron datos.

Del análisis de la zona de residencia surge que el 47.27% de las pacientes que viven en zona rural finalizó su gestación por cesárea, y el 52.72% lo hizo por parto vaginal (Ver Gráfico 3).

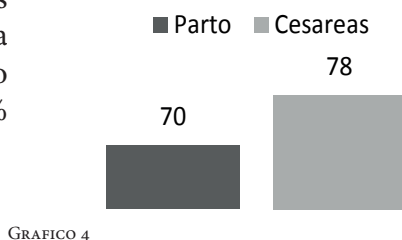
Pacientes que residen en zona rural según vía de finalización del embarazo



De las pacientes que residen en la ciudad de Esperanza, el 47.29% finalizó su gestación por parto vaginal, y el 52.70% por cesárea (Ver Gráfico 4).

Los controles prenatales se realizaron en centros de salud correspondientes al área de residencia (fuera de la ciudad de cabecera) en un 37.63% de los casos, el 58.30% realizó sus controles en la ciudad de Esperanza (ya sea con médicos generalistas, toco ginecólogos o con licenciadas en obstetricia) y en el 4.05% restante no se registraron datos.

Pacientes que residen en Esperanza según vía de finalización del embarazo



N° DE GESTACIONES	N° DE CESA-REA ELECTIVA	PORCENTAJE
Primigestas	16	67%
Secundigestas	2	8%
Tercigesta o mas	6	25%

Tabla 2: N° de pacientes con indicación de cesarea electiva segun gestas previas.

EDAD	CESAREA ELECTIVA	PORCENTAJE DE CESAREAS ELECTIVAS
<15 años	3	13%
15-19 años	6	26%
20-29 años	10	44%
>30 años	4	17%

Tabla 3: No de pacientes con indicación de cesárea electiva según edad.

¹LA CESÁREA PREVIA ES INDICACIÓN ABSOLUTA DE CESÁREA POR EL RIESGO DE ROTURA UTERINA DURANTE EL PARTO, SEGÚN ALGUNOS AUTORES. ACTUALMENTE SE CONSIDERA QUE, SI NO SE REPITEN LOS MOTIVOS DE LA PRIMERA INTERVENCIÓN O NO EXISTE OTRA INDICACIÓN, SI SE REÚNEN LOS CRITERIOS, DEBERÍA PERMITIRSE EL PARTO NORMAL BAJO SUPERVISIÓN CUIDADOSA. EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL S.A.M.CO. ESPERANZA SE CONSIDERA ESTA INDICACIÓN COMO ABSOLUTA DEBIDO A QUE NO SE PUEDEN GARANTIZAR LAS CONDICIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN CASO DE EVENTUALES COMPLICACIONES.

²SE CONSIDERÓ CONTROL ADECUADO AQUEL QUE SE INICIÓ ANTES DE LA SEMANA 20 DE GESTACIÓN, EN EL CUAL SE REALIZARON CINCO O MÁS ENCUESTOS PRENATALES.

De la evaluación de los carnets perinatales surge que el 73% de los controles se consideraron adecuados², el 25% inadecuado y no se obtuvieron datos en el 2% de los casos.

En los casos en que se considera adecuado el control pregestacional, el 51.26% de las pacientes finalizó su gestación por parto vaginal, y 48.73% por cesárea. En el grupo de pacientes en las cuales éste se consideró inadecuado se recaba que, el 47.76% lo hizo a través de parto vaginal y el 52.23% por vía quirúrgica (Ver Gráfico 5).

Vía de finalización de embarazo según controles perinatales

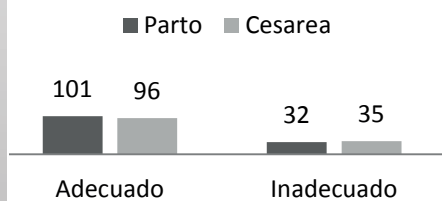


GRAFICO 5

ANTECEDENTES PERSONALES	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJES DE PACIENTES
HTA	12	4.36%
Tabaquismo	11	4%
Asma	4	1.45%
DBT	2	0.72%
Sin datos	2	0.72%
Hipotiroidismo	1	0.36%
Epilepsia	1	0.36%
Depresion	1	0.36%
Hiperprolactinemia	1	0.36%
Hiperinsulinemia	1	0.36%
Abortos espontaneos	1	0.36%

Tabla 4.

tación fueron, en orden de frecuencia, infecciones del tracto urinario 50% seguido de hipertensión inducida por el embarazo 28% amenaza de parto prematuro 14%, diabetes gestacional 2.7%, entre otras (Ver Tabla 5).

Con respecto al análisis de estas variables, surge que el 38.88% de las pacientes que presentaron antecedentes patológicos durante la gestación, finalizaron su embarazo a través de parto vaginal, y el 61.1% por cesárea. En lo concerniente a las pacientes que no presentaron antecedentes gestacionales patológicos se desprende que el 51.41% finalizó su gestación a través de parto vaginal, mientras que el 46.88% lo hizo a través de cesárea.

En cuanto a los antecedentes obstétricos, el 36% cursaba su primera gestación, 28% la segunda y el 36% tercera o más. En el primer caso, el 46.46% finalizó su embarazo por parto vaginal y el 53.60% por cesárea; en el segundo caso, esta relación fue de 36% y 64% respectivamente, y en el último caso la misma se invirtió, arrojando datos correspondientes a un 64% de partos vaginales y 34% de cesáreas (Ver Gráfico 6).

En relación a los antecedentes patológicos pregestacionales, se rescata que del total de pacientes estudiadas, el 86.6% no

presentaba antecedentes mientras que el 13.3% presentaba alguna comorbilidad.

Las patologías más frecuentes fueron hipertensión arterial (4.36%), tabaquismo (4%), diabetes mellitus (1.45%), entre otras, las cuales se presentaron en un total de 35 pacientes (Ver Tabla 4). Cabe aclarar que ninguno de estos antecedentes representa indicaciones de cesárea.

Del análisis de los datos obtenidos en cuanto a los antecedentes patológicos que se manifiestan durante la gestación, se obtuvo que, del total de las pacientes estudiadas, el 87% no presentaba patologías, en tanto que el 12.99% exhibieron alguna comorbilidad.

Las afecciones que se presentaban durante la ges-

Número de pacientes según paridad y vía de finalización del embarazo

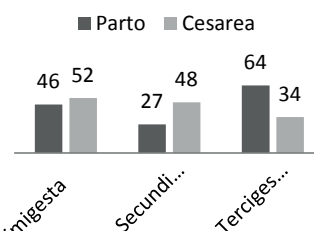


GRAFICO 6

ANTECEDENTES PATOLOGICOS DURANTE LA GESTACION	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE DE PACIENTES
Infeccion del tracto urinario	18	50%
hipertension, preeclampsia, eclampsia	10	27.7%
Amenaza de parto prematuro	5	13.8%
Hemorragia de la 2º mitad del embarazo	1	2.7%
Diabetes gestacional	1	2.7%
Serologia positiva (Toxoplasmosis)	1	2.7%

Tabla 5.

Profundizando el estudio, en relación a los antecedentes patológicos gestacionales se observó que en la mayoría de las afecciones predominó la vía quirúrgica de finalización. Esto fue así en la hemorragia de la segunda mitad del embarazo, las infecciones del tracto urinario, la amenaza de parto prematuro, hipertensión inducida por el embarazo y diabetes gestacional.

A excepción de lo que sucedió en la infección aguda por toxoplasmosis, la cual afecta a una paciente que finaliza su embarazo por vía vaginal (Ver Gráfico 7).

Vía de finalización según complicaciones durante el embarazo

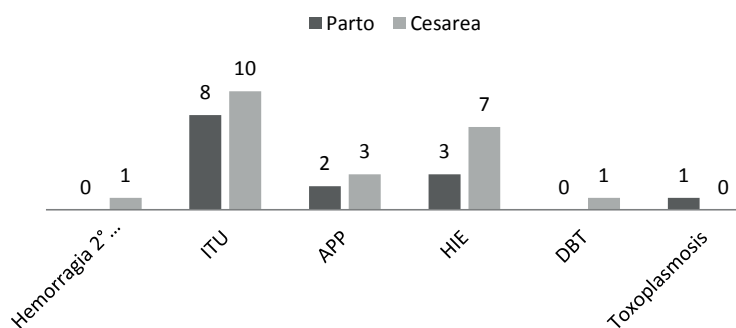


GRAFICO 7

DISCUSIÓN

El análisis de los datos recopilados muestra un porcentaje de cesáreas que se encuentra por encima de los valores obtenidos a nivel provincial en el año 2010. En comparación con años anteriores en el mismo servicio, la tendencia se mantiene estable.

A partir de la relación entre la edad de las pacientes estudiadas y la vía de finalización del embarazo, se observa que en el único grupo etario en el que predominan los nacimientos por partos vaginal por sobre las cesáreas es en el rango de 20 a 29 años, en el cual también, dentro de los motivos de cesáreas, prevalece la electiva.

Al evaluar la vía de finalización del embarazo en relación al número de gestas previas se destaca que las intervenciones quirúrgicas se realizan con mayor frecuencia en primigestas y secundigestas. En relación a las primeras, los motivos que predominan son cesárea electiva y falta de progresión del trabajo de parto. En lo concerniente a las secundigestas, la indicación más frecuente es la cesárea anterior, seguida por cesárea electiva.

En los casos en que se considera adecuado el control pregestacional, se constatan porcentajes de cesáreas del 48.73%. Con la misma tendencia, en el caso de los considerados inadecuados, este porcentaje fue de 47.76%.

En relación a los antecedentes patológicos pregestacionales, se rescata que el 13.3% (37 pacientes) de las pacientes presenta alguna comorbilidad.

En relación a los antecedentes gestacionales, se obtiene que, el 12.99% presenta alguna patología y/o complicación. De estas, el 61.1% finaliza su embarazo a través intervención quirúrgica. A su vez se destaca que en la discriminación en cuanto al tipo de patología, en la mayoría de las afecciones, predomina la vía quirúrgica de finalización. Los datos ayudan a concluir que, si bien la mayoría de éstas no son indicaciones absolutas de cesárea, influyen a la hora de decidir la vía de finalización del embarazo.

En cuanto a la evaluación de los motivos de cesáreas según sean absolutos, relativos o parciales surge que hay un alto porcentaje de éstos dos últimos.

A partir de lo expuesto se desprenden interrogantes con respecto a los motivos reales de la elección de la cirugía. Se podrían plantear diversas hipótesis tales como la influencia del contexto familiar, la preparación física y psíquica para el trabajo de parto y parto durante el embarazo, las experiencias personales de la paciente, el poder que ejerce el profesional sobre la decisión final de la mujer gestante, los cuales muchas veces se ven limitados en su ejercicio por el temor a demandas legales.

Haciendo hincapié en la perspectiva de la mujer embarazada se podría pensar que juegan un rol importante las emociones, entre ellas la percepción del dolor, el miedo al sufrimiento, la incertidumbre frente a eventuales complicaciones tanto maternas como del recién nacido y la ansiedad que genera lo desconocido.

En base a lo expuesto anteriormente, cabe plantearse si la información que recibe la mujer y su entorno durante esta etapa de la vida es adecuada, completa y basada en la evidencia y si la intervención sobre la misma podría influir en el modo de finalización del embarazo.

En un estudio realizado en dos Centros de Salud Municipales de Concepción, Chile, desde el año 2001 a 2004 se llegó a la conclusión de que la educación en el embarazo más la protocolización de la atención en el trabajo de parto y el parto mismo lograron reducir las intervenciones rutinarias e innecesarias durante esta etapa (cesáreas, partos instrumentalizados, episiotomía, uso de anestesia y occitocina) (Soto, 2006).

En otra investigación realizada en el Hospital de Especialidades Gineco-Obstetricia No 23, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León, publicado en el año 2010, se obtuvieron

resultados similares posteriores a la aplicación de psico-profilaxis durante la gestación (Oyuela García & Hernandez Herrera, 2010).

Por otro lado es importante destacar que la terminación de la gestación por vía quirúrgica condicionará, en muchos casos, la conducta obstétrica futura; por lo cual se podría suponer que esta tendencia se mantendrá estable en el tiempo, o incluso irá en aumento, si no se modifican los factores determinantes.

CONCLUSIONES

- El índice de cesáreas que presenta el Servicio de Maternidad del S.A.M.Co. Esperanza es 49%, superior a los datos publicados a nivel del Departamento Las Colonias (40.72%), la provincia de Santa Fe (30.6%) y la República Argentina (25.4%). Cabe aclarar que esta información corresponde a efectores de salud del subsector público.
- Dentro de los motivos de intervención quirúrgica se destaca que hay un elevado porcentaje de cesáreas cuya indicación no es absoluta. Entre ellas se distingue fundamentalmente la cirugía electiva. Esto condicionaría la conducta obstétrica futura.
- En relación a la edad de las mujeres estudiadas, el rango etario más frecuente es el de 20 a 29 años (49%)
- La cesárea electiva se presenta con mayor frecuencia en el grupo de pacientes primigestas (67%) y en el rango etario de 20 a 29 años (44%).
- La presencia de patologías o complicaciones durante la gestación condiciona la vía de finalización del embarazo a pesar de que, en su mayoría, no son indicaciones absolutas de cesárea.
- La diferenciación entre controles adecuados e inadecuados no presenta influencia a la hora de decidir la conducta obstétrica.
- De la relación entre el lugar de residencia y la vía de finalización del embarazo se destaca que las pacientes que viven en zona rural presentan mayor porcentaje de partos vaginales que cesáreas, a diferencia de lo que ocurre en la ciudad de Esperanza, donde este porcentaje se invierte, predominando las cesáreas.

RECOMENDACIONES

Proponemos la realización de un trabajo de investigación con diseño cualitativo centrándonos en las pacientes que finalizaron su gestación por vía quirúrgica en forma electiva, para profundizar sobre los motivos reales de esta decisión.

Como profesionales de Atención Primaria

de la Salud planteamos la implementación de un programa de educación, apoyo y contención a la mujer gestante durante su embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, con una perspectiva centrada en la familia. Dicha intervención tendría como objetivos la preparación física y psíquica de la madre para que pueda participar, con conocimiento y libertad, en las decisiones inherentes a su parto y generar responsabilidad y conciencia colectiva en la familia y la sociedad.

El programa está integrado con propuestas como:

- Fomentar y favorecer el acompañamiento familiar en todo momento a nivel
- institucional, ya sea desde controles de embarazo, cursos y gimnasia de pre parto, trabajo de parto, parto y puerperio.
- Curso de preparto en los cuales se realizan actividades como juegos, roll playing, debates, se entrega evidencia científica sobre temáticas relacionadas con el embarazo y la crianza de los hijos, favoreciendo toma de decisiones informadas. Involucramiento de las familias en actividades como promoción de lactancia materna, alimentación saludable durante el embarazo, planificación familiar, salud sexual y reproductiva, trabajo de parto y parto respetado, entre otras incluyendo en las actividades personas que puedan exponer experiencias propias. En estas actividades puede ser importante integrar a una agrupación local de madres que luchan por estas premisas como la autodenominada “Esperanza amamanta”.
- Recorrida de la institución donde se llevará a cabo el nacimiento, para familiarizarse con el espacio y conocimiento de los diferentes profesionales intervinientes, con el objetivo de estar al tanto de la modalidad y el estilo de trabajo de cada uno/a. (licenciadas en obstetricia, obstetras, pediatras, médicos residentes de medicina general)
- Creación de sala de preparación para el parto (puesta en marcha en la actualidad) favoreciendo el trabajo de parto respetado, en un espacio cálido, familiar con la ambientación adecuada, permitiendo que el proceso se desarrolle en intimidad, tranquilidad y con la posibilidad de acompañamiento familiar en todo momento.

BIBLIOGRAFÍA

1. BELIZAN JM; ALTHABE F; CAFFERATA ML. HEALTH CONSEQUENCES OF THEIR CREATING CAESAREAN SECTION RATES. EPIDEMIOLOGY 2007; 18:485-486
2. GUERRA VERDECIA, CARLOS; VAZQUEZ MARCOS, ANGELA; VIRELLES PACHECO, ALEJANDRO. ¿SE PUEDE DISMINUIR LA FRECUENCIA DE CESÁREAS PRIMITIVAS? REV. CUBANA OBSTET GINECOL 1998;24(1):45-9
3. LEY NACIONAL N° 25.929 DE PARTO Y NACIMIENTO HUMANIZADOS. [HTTP://WWW.UNICEF.ORG/ARGENTINA/SPANISH/LEY_DE_PARTO_HUMANIZADO.PDF](http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf)
4. MILLAN VEGA, MARIA MARGARITA; MENDOZA ARROYO, ALINA. FACTORES RELACIONADOS CON LA CESÁREA PRIMITIVA. REV. CUBANA OBSTET GINECOL [ON LINE]. 2010, VOL 36.N.3 [CITADO 2014-03-28] PP 360-367
5. NAPOLES MENDEZ, DANILO; PILOTO PADRÓN, MERCEDES. CONSIDERACIONES ACTUALES SOBRE LA OPERACIÓN CESÁREA. MEDISAN 2012; 16(10)1579
6. NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD. DIRECCIÓN CALIDAD DE SERVICIOS DE LA SALUD. PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. [HTTP://WWW.MSAL.GOV.AR/PNGCAM/RESOLUCIONES/MSRES348_2003.PDF](http://www.ms.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres348_2003.pdf)
7. OYUELA GARCÍA, JUANA; HERNANDEZ HERRERA, RICARDO J. PSICOPROFILAXIS E ÍNDICE DE CESÁREA. REV MED INST MEX SEGURO SOC 2010; 48(4): 439-442
8. PALEARI, L.; GIBBONS, L.; CHACÓN, S.; RAMIL, V.; BELIZAN, JM. TASAS DE CESÁREAS EN DOS HOSPITALES CON NORMATIVAS DIFERENTES: ABIERTO Y CERRADO. GINECOL OBSTET MEX 2012; 80(4):263-266
9. PICOVSKY KAPTUR, ROBERTO. CONTROL DE GESTIÓN DEL ÍNDICE DE CESÁREAS.
10. QUISPE, ANTONIO M., SANTIVÁÑEZ PIMENTEL, ÁLVARO; LEYTON VALENCIA, IMELDA; POMASUNCO, DENIS. CESÁREAS EN SIETE HOSPITALES PÚBLICOS DE LIMA: ANÁLISIS DE TENDENCIA EN EL PERÍODO 2001-2008. REV. PERUMED. EXP. SALUD PÚBLICA. V. 27. N. 1. MARZO 2010.
11. SALA DE SITUACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA MUJER, PROVINCIA DE SANTA FE, SEGUNDO INFORME. NOVIEMBRE 2011.
12. SALINAS P, HUGO; CARMONA G, SERGIO; ALBORNOZ V., JAIME; VELOZ R., PATRICIO; TERRA V., RODRIGO; MARCHANT G., RUBEN; LARREA E., VERONICA; GUZMAN R., RODRIGO; MARTINEZ M., LUIS. ¿SE PUEDE REDUCIR EL NÚMERO DE CESÁREAS? EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE. REV. CHIL. OBSTET. GINECOL. 2004; 69(1):8-13
13. SALINAS P. HUGO; ET AL. INDICADORES DE CALIDAD DE ASISTENCIA OBSTÉTRICA. REV. CHIL. OBSTET. GINECOL. [ON LINE]. 2006, VOL 71, [CITADO 2014-03-28] PP 114-120
14. SALINAS P, HUGO; ALBORNOZ V., JAIME; REYES P., ALVARO; CARMONA G., SERGIO. FACTORES PREDICTORES DE CESÁREAS. REV. CHIL. OBSTET. GINECOL. 2004; 69(5): 3567-3573
15. SALINAS P, HUGO; NARANJO D., BENJAMIN; PASTEN M., JORGE; RETAMALES M., BEATRIZ. ESTADO DE LA CESÁREA EN CHILE. RIESGOS Y BENEFICIOS ASOCIADOS A ESTA INTERVENCIÓN.
16. SCHWARCZ. SALA. DUVERGES. OBSTETRICIA. 60 EDICIÓN. BUENOS AIRES, EL ATENEO, 2005.
17. SOTO L., CARMEN; ET AL. EDUCACIÓN PRENATAL Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE PARTO: UNA VÍA HACIA EL PARTO NATURAL. REV. CHIL. OBSTET. GINECOL. V 71. N 2. 2006.
18. TECNOLOGÍA APROPIADA PARA EL PARTO. LANCET 1985; 2:436-437

CUANDO LA DIALECTICA ES LO APARENTE, ¿LO ESENCIAL ES PURO CUENTO?

CASOS DE LA POLITICA Y DE LA SALUD

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 sobreactuación 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 parasitaria-mente, etc.).

¹EN 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

²EN 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

³EMMANUEL AMARA, LES DERNIERS JOURS D’ALDO MORO (LOS ÚLTIMOS DÍAS DE ALDO MORO), ENTREVISTA DE STEVE PIECZENIK PUSO ON-LINE POR RUE 89

⁴FERNANDO 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 CONTRARREVOLUCIÓN»

⁵CONSTITUCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA, ART. 22

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 oposición 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.

⁶EN 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)

⁷PARA 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

⁸CHUANG TZU O ZHUANGZI (MAESTRO CHUANG O MAESTRO ZHUANG, SEGUIDOR DE LAO TSE) ES QUIEN SONÓ QUE ERA UNA MARIPOSA. AL DESPERTAR IGNORABA SI ERA TZU QUE HABÍA SONADO QUE ERA UNA MARIPOSA O SI ERA UNA MARIPOSA Y ESTABA SONANDO. 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

⁹HASTA 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

¿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).

¹⁰WAGENSBERG, JORGE, IDEAS SOBRE LA COMPLEJIDAD DEL MUNDO, TUSQUETS, 1994, BARCELONA, P. 103

¹¹ACEPTAMOS 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.

¹²EL 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

¹³PARAFRASEANDO A ANTOINE DE SAINT EXUPERY EN EL PRINCIPIO

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

FACUNDO TRAVERSO

CONTACTO: TRAVERSOFA@GMAIL.COM