



# COLEGIO Y COMUNIDAD

Revista para el Dialogo Interdisciplinarios  
en los Procesos de Salud

Año I - N° 2 - 2011

EL DERECHO A LA SALUD,  
UNA CONSTRUCCIÓN SOLIDARIA

# Colegio de Médicos de Santa Fe

## 1ª Circunscripción

### Comisión Directiva del Colegio de Médicos

#### Periodo 2009-2011

Dr. Miguel Ángel Apodaca

Presidente

Dr. Julio Cesar Bedini

Vicepresidente

Dr. Carlos Daniel Alico

Secretario

Dr. José María Albrecht

Tesorero

Dr. Daniel Raúl Rafel

Vocal

### Director Colegio y Comunidad

Guillermo Kerz

### Editores

Félix Jiménez

Arturo Baltazar Serrano

Hernán Pfeiffer

### Editores Asociados Institucional

Asociación de Ginecología  
y Obstetricia de Santa Fe  
(ASOGISFE)

### Comité Editor

Maria Sol Ducrano

Mariana Moreyra

Gustavo Staiger

Francisco Javier Andrés

Maria Laura Mercke

Federico Vigil

Aldana Degrave

Ivan Torterola

Carlos Pedrozo

Laura Demiryi

Viviana Lorena Molina

Paula Monasterolo

### Asesores

Fernando Redondo

Médico Neonatólogo

Carlos Arias

Médico Tocoginecólogo

Adriana Lusso

Médica Pediatra

Prof. Leonardo Waron

Médico Legista

Matías Gentina

Lic. en Psicología

Patricia Chialvo

Asistente Social

Paola Resnicof

Lic. en Nutrición

Anahi Vignau

Lic. en Enfermería

Carla Leguizamón

Asistente Social

Sandra Viano

Farmacéutica

Mabel Reinick

Tec. Estadísticas

### Secretaria

Mariana Montenegro.

Comisión de Educación Médica de Post-Grado

Tel.: 0342 - 4520176 int. 219

mail: marianam@cmsf.org.ar



# COLEGIO Y COMUNIDAD

Revista para el Dialogo Interdisciplinarios  
en los Procesos de Salud

Año I - N° 2 - 2011

EL DERECHO A LA SALUD,  
UNA CONSTRUCCION COLECTIVA

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

0342 - 4520176

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

## SUMARIO

- 05 Dr. Carlos Daniel Alico**  
Violencia Social
- 07 Prof. José Medei**  
El vínculo de la Solidaridad en la relación médico-paciente
- 11 Prof. Dr. Luis del Rio Diez**  
Colostomías para las lesiones por mielomeningocele
- 22 Dr Arturo B. Serrano**  
Enfermedades REQUETEemergentes
- 28 Patricia Chialvo**  
Los Trabajadores Sociales en los Equipos de Salud



**Dr. Carlos Daniel Alico**  
Secretario - Colegio de Médicos 1ª Circunscripción



## Violencia social

Hemos asistido en los últimos tiempos a ser testigos y en oportunidades partícipes directos de situaciones sociales asociadas a un grado de violencia, de rango creciente, que nos ponen a todos en un escenario nuevo.

Sin duda las familias no se componen como lo hacían tradicionalmente, las relaciones entre docentes, padres y alumnos son distintas, el tránsito urbano, vaya si ha cambiado, ni el policía que nos custodiaba a la salida de la escuela ya no genera la misma sensación.

Y en esta realidad, también está el médico, inserto en una nueva relación con sus pacientes y sus colegas.

Los más jóvenes, con la necesidad imperiosa de capacitarse, la que no está al alcance de todos y los menos jóvenes, intentando conservar sus espacios, su trabajo y su prestigio. Situación cada vez más difícil.

Seguro que para intentarlo le deben dedicar cada vez más horas de trabajo, de actualización y de estudio, no siempre siendo reconocidos por el sistema.

Ya son moneda corriente las noticias en los medios sobre la agresión física a médicos que cumplen sus

funciones en guardias, ambulancias, salas de internación, consultorios o quirófanos. Ya no sorprende que en los temarios de CONFEMECO (Consejo Federal Médico Colegiado), que se reúne en casi todo el país, incluya en su temario la creciente ola de agresión a los médicos.

Asistimos sin duda a una época de absoluta intolerancia, de confrontación y de búsqueda de responsables que asuman nuestra irresponsabilidad.

El incremento exponencial de las demandas por praxis médica, es un claro ejemplo de agresión, a veces muy violenta, contra los profesionales de la salud, situación que no se da en otros sectores sociales.

Esta realidad genera impactos emocionales muy fuertes en los imputados, en sus familias, en sus colegas y en los propios pacientes., provocando, como mínimo un deterioro en la calidad de atención.

Permanentes acciones defensivas, intentando cubrir posibles errores, someten al enfermo a estudios, a veces muy costosos, o acciones y procedimientos a veces innecesarios.

La pregunta es: Como se sale de esto?

Sin duda no hay una respuesta simple. No existe una salida fácil. Pero lo real es que algo debemos hacer.

Las experiencias nos demuestran que las únicas acciones que dan resultado cierto, son aquellas que se emprenden luego de un consenso, con genuino espíritu crítico de cada una de las partes, generando y sinergiando energías en un mismo sentido.

Las Instituciones son protagonistas fundamentales en la búsqueda de soluciones y el Colegio de Médicos se encuentra comprometido a participar para encontrar el camino que nos lleve a la erradicación de este problema.



**Profesor José Medei**  
Profesor en Filosofía  
para la Enseñanza Media  
y Superior

jamedei63@yahoo.com.ar



## El vínculo de la Solidaridad en la relación médico-paciente

### Resumen:

Frente al cambio de paradigma que se está produciendo en nuestra época, se realiza un llamado a reencontrar la virtud de la Solidaridad en la relación médico-paciente. Esto es posible a partir de una nueva conciencia sobre diversos aspectos de la realidad, desde la concepción del hombre como persona, su sociabilidad esencial, el reconocimiento de la salud como un derecho inalienable y como un bien necesario. Así asistiremos a la superación del paternalismo y la generación de una conciencia comunitaria de las acciones llevadas de a dos y entre todos.

### Introducción:

Tal vez el título no llegue a expresar con suficiencia las connotaciones derivadas de una mirada que, en la relación “médico-paciente”, ve un nexo y una simbiosis mucho más profunda que la establecida entre un superior y sus subordinados o un oferente de servicios y sus clientes consumidores. Algo similar a lo

que acontece en la relación educativa “maestro-alumno”, donde priman factores constitutivos de lo humano que prevalecen por sobre cualquier otro posible término de la relación. Así y todo nos orienta en lo que deseamos expresar en estas breves consideraciones.

---

El llamado “paradigma de la solidaridad” emerge en nuestra época como conciencia de superación del modelo moderno inspirado en el individualismo y la competencia, el cual a su vez viene marcado por una concepción vertical de las relaciones interpersonales, relaciones que son reducidas a “relaciones de poder”: están los que mandan y los que obedecen, los que saben y los que ignoran, etc.

En el caso de la Medicina aparece aquí el viejo, pero siempre redivivo fantasma del “paternalismo”, actitud mucho más peligrosa de lo que a primera vista parece sugerir la palabra.

Justamente, la caída del paradigma moderno, que insuflaba vida a este modo de concebir la relación médico-paciente, pone en evidencia hoy la necesidad imperiosa de un relevo que esté más en consonancia con la dignidad del hombre y de la mujer, dignidad estrechamente vinculada a su condición de seres personales, es decir, inteligentes, libres y autónomos con capacidad de decidir sobre su propio destino.

Entre los diversos factores que dan vida a este nuevo modelo de relación, quisiera hacer algunas acotaciones sobre el vínculo surgido a partir de la Solidaridad, uno de los más importantes ya que impacta más allá de la relación de dos personas en situación de dolencia prolongándose hacia quienes conforman sus entornos inmediatos, y en definitiva, hacia el sistema social mismo.

Por ello lo primero es precisar qué entendemos aquí

por “solidaridad” y cómo incide en la relación antedicha.

Si intentamos definirla hemos de decir que es “la determinación firme y perseverante por empeñarse en el bien común, (es decir, el bien de todos y cada uno) para que todos seamos verdaderamente responsables de todos”. Si bien es abstracta y general, como toda definición, dice mucho. Veamos sólo algunos aspectos.

El hombre es un ser eminentemente social, la trama de sus ser personal es política de un modo esencial, es decir, hasta el fondo más recóndito de su estructura constitutiva. La Naturaleza nos ha igualado solidariamente en dignidad y derechos, y esto hace que la mirada del médico hacia el paciente sea la de reconocer que frente a él tiene a alguien con quien comparte una condición humana marcada por los mismos avatares existenciales, las mismas exigencias fundamentales, los mismos deseos frente a la vida. Alguien a quien la circunstancia de la enfermedad convierte en acreedor del conocimiento científico requerido para la curación. Pero sobre todo requiere la mirada compasiva y solidaria de una compañía en el camino de recuperación de la dolencia.

La solidaridad en este punto genera un vínculo de interdependencia que es dialógico y recursivo, motivado por el interés común despertado por la presencia del otro, presencia que es reclamo pero también es misterio. Reclamo de escucha y atención, y misterio de libertad abierta a la toma de decisiones que ya no pueden ser unilaterales, lineales, como en el paternalismo, sino que implican una apelación a la Razón y a la libertad para que el camino sea común. Y este aspecto no está exento de riesgos. Por ejemplo, en este aspecto la automedicación tan desaconsejada es ejemplo de un camino “unilateral” que se transita sin ningún tipo de vínculo con el saber del profesional. Es riesgoso para la salud pero también destruye el



elemento principal de un camino humano y terapéutico.

Otro aspecto que merece destacarse es aquel que refiere al “crecimiento común compartido”, es decir, el espacio de la relación terapéutica aparece como un desafío a dos libertades en juego para hacer depender del otro la propia realización personal, realización que subsume en sí el éxito profesional de uno y la recuperación de la salud del otro. Pero que trasciende largamente a ambas circunstancias. Como dice el escritor mexicano Octavio Paz: “otro me deletrea”. Llegamos al ser y vamos siendo hechos permanentemente por la presencia de otros, otros que, en su humanidad de fondo, no son sino Yo mismo.

Un último aspecto que deseo destacar es la conciencia de deuda que surge a partir de la perspectiva de la solidaridad. Conciencia deudora y agradecida por la herencia de la que médico y paciente forman parte en el seno de la cultura humana, fruto del trabajo de muchas generaciones y que los alcanzan en el presente dotando a la relación terapéutica de una fisonomía que no tenía, por ejemplo, a fines del siglo XIX.

Y esto refiere tanto a las condiciones materiales que facilitan la vida humana, el patrimonio científico y tecnológico, los bienes de diversa índole, etc. Por ejemplo, la formación de generaciones de profesionales de la salud en Universidades estatales sostenidas por el erario público es un ejemplo de esto.

Pero esta conciencia de deuda se explicita más cuando se reconoce que a partir de la presencia y demanda del otro (en este caso del paciente) se produce un aprendizaje que conduce a un mejoramiento permanente tanto de la calidad del servicio sanitario prestado como de la actitud humana en su ejercicio.

Así como un maestro reconoce agradecido que sus alumnos lo han convertido en tal, también un médico

puede descubrir la profundidad de la deuda establecida con sus pacientes que lo han convertido en un verdadero profesional.

En el caso de la solidaridad se vuelve a verificar aquello de que la Historia inventa las palabras para que luego las palabras puedan dar forma a la Historia. Y esto se define en el hacerse cargo de la “carga” de los otros generando de este modo una socialidad viva, dinámica y rica en humanidad.

Habíamos dicho que el hombre es esencialmente político, no es una isla ni una mónada autorreferida indiadulsticamente, sino que se descubre entrelazado, vinculado con otros para dar forma a un Nosotros.

Por ello es indisociable de la relación terapéutica la categoría de “encuentro”, un aproximarse significativamente de dos voluntades libres, de dos mundos lastrados de una historia particular que pone condiciones a su modo de ser y de estar en la realidad. Por ello es que podemos decir que no existen enfermedades sino más bien “enfermos”, o que “la medicina” es sólo una abstracción, cuando en realidad estoy frente a alguien que ejerce un saber aplicado a la curación, un particular personalísimo y concreto.

### Para cerrar:

Es imperioso reconocer que “detrás de cada situación de enfermedad se encuentra una persona de carne y hueso, con una dignidad y un derecho inalienable al cuidado de su salud”- De lo contrario el ejercicio de la profesión se reduce a meros problemas de carrera o de dinero.

Esto sólo es posible desde la recuperación de la dimensión ética de la conciencia del sujeto en ejercicio de la profesión médica, una conciencia esclarecida sobre la naturaleza antropológica, social y política de

su tarea.

En este sentido, la solidaridad como “preocupación y ocupación” por el destino del otro, hace posible la vivencia de aquello que mueve las acciones humanas más auténticas y que, según los griegos antiguos, era necesario para toda obra buena: el eros. La pasión por sí mismo, por el hombre y por la propia tarea.



### Prof. Dr. Luis del Rio Diez

Medico - Cirujano General  
Especialista en Colono proctología  
Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR  
Cátedra de Clínica Quirúrgica

Docente de la Casa de la Educación Medica  
del Colegio de Médicos de la 2ª Cir.

Instructor de la Carrera de Especialización  
de Post Grado en Cirugía General,  
del Hospital de Emergencias de Rosario

Docente del curso de capacitación para Medicatos y P.F.  
Carrera de Medicina HECA

Medico cirujano del S.I.C.  
(Sanatorio Integrado de la Ciudad)

Miembro de la Fundación CIRRO  
(Centro Interdisciplinario de Resiliencia Rosario)

drdl@intramed.net



## Colostomías para las lesiones por mielomeningocele

### ETICA EN MEDICINA

(Adaptado del Dr. Francisco “Paco” Maglio)

*“Haz a tus pacientes, lo que quisieras que hicieran contigo o con tu ser mas querido”*

(Por la negativa)

*“No bagas a tus pacientes lo que no quisieras que te bagan a ti o a tu ser mas querido”*

(Por la positiva)

### Un poco de historia

Hola a todos: Mi nombre es Luis del Rio Diez, y como verán en mi perfil soy Medico, pero además de ello soy papa de Tomas de 13 años, que nació con un Mielomeningocele. Dada la altura del mismo, L1/L2 y L2/L3 (Izquierdo y Derecho respectivamente), Tomas sufrió no solo la parálisis de varios grupos musculares de sus MMII, sino que desarrollo una VEJIGA NEUROGENICA, y una

INCONTINENCIA ANAL. Lógicamente se asocio una HIDROCEFALIA, que debió ser valvulada y desarrollo una ESCOLIOSIS EVOLUTIVA, que necesito de una fijación de su columna vertebral desde las ultimas cervicales hasta el nivel sacro-pélvico, con implantes metálicos e injertos óseos. También debió ser operado para ampliar su fosa posterior, como consecuencia de un ARNOLD CHIARI, lo cual hizo necesaria otra cirugía más.

Con el tiempo Tomas fue creciendo y sorteando todas estas complicaciones y cirugías, aparecieron otras, como un foco epileptógeno que requirió el tratamiento específico, primeramente con Oxcarbacepina y actualmente con Topiramato. Pero lo que mas lo afecto fue el desarrollo y la evolución de su vejiga neurógena, que comenzó a mostrar presiones de alto riesgo y reflujo ureteral grado IV, lo cual hizo que el urólogo del equipo que lo asiste sugiriera la cirugía ampliatoria de la vejiga a fin de corregir estas complicaciones y proteger los riñones de una uronefrosis que llegaría mas temprano que tarde.

Así las cosas, se planifico una ampliación vesical, utilizando colon sigmoides y realizar una técnica que siguiera los principios de Mitrofanoff, completando la ampliación con una vesicostomía umbilical utilizando el apéndice cecal.

Llegado el momento y viendo la necesidad de esta cirugía, comente al especialista en urología y a los cirujanos que comparten la realización de este procedimiento, que había estado pensando en que la realización de una COLOSTOMIA a Tomas, aprovechando el mismo acto quirúrgico y el hecho de que se resecara un segmento del colon sigmoides para la ampliación vesical, lo cual beneficiaria la vida social de Tomas, la cual hasta ese momento se estaba tornando cada vez mas problemática pues el uso de pañales, su incontinencia, el aumento de peso propio de su crecimiento y su inserción escolar, hacían cada

vez mas difícil su acompañamiento, pues eran muy reiterados los llamados desde la escuela avisando que el pañal de Tomas se había desbordado con la materia fecal, y debía dejar mi trabajo (el consultorio, una cirugía el dictado de clases) para buscar a mi hijo quien no solo que estaba sucio con materia fecal, su ropa manchada, la silla de ruedas ensuciada, olor en el salón, el apartamento fuera de el, sino algo mas grave LA DISCRIMINACION que sus propios compañeros comenzaban a hacerle debido a este hecho totalmente INMANEJABLE.

La primera vez que plantea al equipo quirúrgico (urólogos y cirujanos), se sorprendieron de mi pedido y les pareció algo un tanto agresivo y me comentaron que era la primera vez que alguien les pedía una cosa así y que no lo habían hecho en forma programada o electiva y de esta manera NUNCA!!!. Me hablaron de cosas que yo ya conocía como especialista, como la técnica de MALONE (apendicostomía para lavado anterogrado), o la CECOSTOMIA (percutánea o no), con la misma finalidad, o el uso reiterado de ENEMAS EVACUANTES, para hacer que el colon fuera limpiado a voluntad, y hacer así que la posibilidad de escapes incómodos e inoportunos se produjeran.

Para aquellos que somos padres de niños con mielo (Y NO HACE FALTA QUE SEAMOS MEDICOS), sabemos que cambiar el pañal a un niño de 8 o 10 Kilogramos es una cosa, pero cuando estamos frente a un preadolescente de 50 o mas kilogramos, el levantarlo, cambiarle el pañal, asearlo, o mas grave aun, colocarle una sonda en el ciego, o hacerles enemas y esperar que evacue, con lo que implica si el niño es motoramente incapaz de movilizar sus miembros y ayudar para colocarlo en un inodoro, todo esto es prácticamente IMPOSIBLE E INHUMANO, y sino pregúntele a una madre (mujer) si puede o no hacer lo que estoy relatando.

Por ello es que pese a las técnicas que me mencionaban (Malone, Cecostomías, Enemas, etc.) los colegas, yo les hablaba desde el SENTIDO COMUN, desde el PAPA "USUARIO" DE UN NIÑO CON INCONTINENCIA FECAL Y PARAPLEJICO, desde ese lugar, desde esa mirada es que pedía lo que pedía y justificaba mi pedido, usando como argumento además, el hecho de siempre sería mucho mas manejable un ano contranatura con adecuadas bolsas de ostomía, que un ano perineal, totalmente inmanejable, por la dificultad física para hacerlo.

No solo me avalaban este pedido mi pedido el manejo diario de Tomas y el intimo conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad, además de ello, el hecho de trabajar desde hace mas de 20 años en un hospital de emergencia, me había permitido evaluar clínicamente lo que sucedía con pacientes jóvenes que llegaban a la guardia con lesiones medulares irreversibles (traumatismos directos por accidentes automovilísticos, arma de fuego y hasta de arma blanca). Estos pacientes entraban jóvenes y sanos previos, sin lesiones y luego de las eventuales cirugías a que fueran sometidos, se iban a sus casas con sondas vesicales permanentes, parapléjicos y con pañales por la incontinencia fecal. A los pocos meses esos pacientes reingresaban con escaras sacras infectadas por su materia fecal, las que luego de varias escarectomías concluían con osteomielitis sacras, o trocantéreas, para finalmente morir sépticos a punto partida de estos focos o de infecciones urinarias por enterobacterias.

Siempre abogué y peleé por las colostomías tempranas para estos pacientes, por el destransitamiento de la parte final del tubo digestivo, para evitar la contaminación urinaria (de las sondas) y de las escaras que indefectiblemente en muchos pacientes por su condición social, terminaban haciendo.

Todo esta experiencia de MEDICO Y DE PAPA,

hicieron que pidiera lo que estaba relatando anteriormente, para sorpresa del equipo medico.

Luego de varias charlas logre convencer al urólogo y a los cirujanos de que mi pedido era RAZONABLE, TENIA SUSTENTO MEDICO, PERO POR SOBRETODAS LAS COSAS, TENIA SENTIDO COMUN.

En ningún momento pensé en que con mi pedido estaba evitando el riesgo de filtración de una anastomosis colo-colónica, muy por el contrario.

Así las cosas Tomas fue sometido a la cirugía de MITROFANOFF y se practico en el mismo acto una COLOSTOMIA PLANA TERMINAL SIGMOIDEA y el cirujano actuante prefirió hacer pegada a la ostomía, una fistula mucosa del cabo distal del colon, pues a decir de su experiencia (que es muy amplia dado que es probablemente el mejor cirujano pediátrico de la ciudad), el no hacer esto, provocaba reingresos sanatoriales por cuadros de "RECTITIS", que motivaban tratamientos con anaerobicidas como Metronidazol o AMS.

En lo personal hubiera practicado una operación tipo Hartmann, pero como con Tomas, soy papa y no medico, acate lo que dispuso mi colega.

El prolapso de esa fistula mucosa, cosa llamativamente muy extraña, hizo que a los pocos meses, terminara Tomas con lo que yo había pedido en su momento, es decir, una operación a lo Hartmann, con el cierre del cabo distal del colon y su colostomía sigmoidea plana, madura y terminal.

Tomas, posee en su ombligo una VESICOSTOMIA (TRANSAPENDICULAR) como lo describe la técnica que sigue el principio de Mitrofanoff y a unos 10 centímetros hacia el flanco izquierdo, una COLOSTOMIA SIGMOIDEA.

Utiliza dos bolsitas de ostomía, una BOLSA DE UROSTOMIA PEDIATRIACA DE UNA PIEZA, RECORTABLE Y CON DRENAJE (Personalmente utilizo las Alterna de Coloplast, de una pieza, recortables de diámetro 10 a 35 mm, código 8009) y una BOLSA DE COLOSTOMIA (en el caso de Tomas opte por una de Ileostomía pediátrica, de una pieza, recortable de diámetro 101 a 35 mm, drenable, también de la línea Coloplast, código 8002).

Hoy Tomas puede asistir al colegio sabedores de que no rebalsará su pañal, que sus bolsas son vaciables eventualmente, que su urostomía puede ser conectada a una bolsa colectora de pierna y que si rebalsa (por rebosamiento de su vesicostomía), la bolsa colectora servirá como un reservorio de capacidad extra para hacer que Tomas pueda estar el tiempo que la actividad le insuma (un doble turno escolar, un cumpleaños, un cine, etc.). Ya no mas corridas por que el pañal se lleno y se mancho la ropa, hay olor, mancho la silla, mancho el auto, hay que irse de una reunión, de un cine, de un cumpleaños, del colegio, etc.

Creo que lo que realizado en el cuerpo de Tomas, aunque a priori, pueda aparecer como agresivo, debe ser tenido en cuenta. Es muy fácil cambiar una bolsita de Urostomía o de Colostomía, y hasta el propio paciente puede llegar a hacerlo.

La calidad de las bolsas con que contamos hoy (Coloplast en mi caso, pero podríamos nombrar a Braun-B, Hollister, etc...) hacen que las bolsas se adhieran bien, no se despeguen e incluso permitan a los niños realizar actividad acuáticas, como en el caso de Tomas que hace HIDROTERAPIA en pileta climatizada y la bolsa nunca se le despego y hubo que sacarlo por que mancho el agua. Lo mismo cuando entra a la pileta de sus abuelos o a la pileta de plástico que tiene en el patio de casa.

Respecto a lo comentado por el cirujano interviniente sobre las rectitis que se producen en el muñón residual del recto, son totalmente evitables con una buena higiene del muñón, cada vez que Tomas se higieniza. Cuando Tomas se baña, se aprovecha la oportunidad para practicarle una limpieza anal, muy sencilla, pues consiste en un tacto rectal, con el dedo, sin guantes, que permite que el moco, que la mucosa del cabo distal de recto produce, sea limpiada y no quede en el interior del recto y produzca la inflamación de la cual el colega prevenía.

Sinceramente LA COLOSTOMIA A TOMAS Y A NOSOTROS NOS CAMBIO LA VIDA y es por ello que esta técnica, que no se si será invento mío o no (y no importa), debería ser tenida mas en cuenta por los padres, los médicos, los urólogos, los cirujanos y todos los equipos que atienden a niños con espina bífida, meningoceles, mielo o como quieran llamarlos.

### Lo más importante para los papas

Lo que les contaré a continuación son algunas de las cosas que en el "imaginario" de la gente, de los pacientes y desde luego en los papas de un niño con alguna discapacidad (puntualmente problemas urinarios -vejiga neurógena- e incontinencia anal -fecal) aparecen a la hora de proponerles la confección de un ostomas.

### Lo más importante para los papas

1. Una colostomía o una urostomía es una MUTILACION PARA EL PACIENTE
2. El hacerle una COLOSTOMIA ES ALGO MUY CRUENTO Y EL PACIENTE NO LO VA A TOLERAR.
3. Un ANOCONTRANATURA, es para siempre y nunca mas podrá restablecer su transito normal.
4. El manejo de una colostomía o de una urostomía es MUY DIFICIL Y NO SERE CAPAZ DE HACERLO.
5. COMO CONSEGUIRE LAS BOLSITAS?

- 6- CAMBIAR LAS BOLSITAS ES MUY DIFÍCIL?  
 7 - Y SI LAS BOLSAS SE DESPEGAN SE VA MOJAR TODO, SE MANCHARA O DARA OLOR?  
 8 - Y LOS GASES? COMO SE JUNTAN EN LAS BOLSAS?  
 9 - SE PUEDE METER EN UNA PILETA CON GENTE SANA O SIN ESTA PATOLOGIA?  
 10 - El niño lo asume bien? No es un trauma mas para el desde el punto de vista psicológico?  
 11 - Las bolsitas, que tienen su costo (mas que un pañal), me las cubrirá la obra social? Como accedo a ellas en forma gratuita?  
 12 - Quien me puede asesorar no solo a conseguirlas, sino a utilizar las bolsitas adecuadamente, sin ser medico o especialista en esta materia?

## Respuestas

Bien, verán que he puesto ex profeso la palabra respuestas en color verde, pues todas las preguntas y muchas otras que seguramente aparecerán tienen respuesta claras, esperanzadoras, son totalmente salvables todas las dificultades y de allí mi deseo de que este blog ayude a resolverlas y a ayudarlos a todos los papas que tal vez no han tenido la oportunidad de que alguien les comente esta posibilidad, esta herramienta terapéutica, esta ayuda para mejorar la calidad de vida, sin AYUDARLOS A SACARSE EL MIEDO A LO DESCONOCIDO.

Por ello, aquí van las respuestas a tantas preguntas que ustedes se pueden llegar a hacer.

En primer lugar les cuento que un OSTOMA, una Colostomía, ileostomía o Urostomía, no son mas que conexiones de los distintos órganos directamente a la piel, por lo cual el pacientito dejara de usar su ano para evacuar sus emuntorios y su uretra para orinar.

La orina y/o la materia fecal serán ahora recolectadas en una bolsita que las distintas fábricas han diseñado para tal fin.

Actualmente, las empresas de primera línea (Hollister, Coloplast, Braun y otras tantas) han logrado la

confección de bolsas tan buenas que han logrado entro otras cosas hechos como:

- Que los adhesivos sean de tan buena calidad que no dañan la piel del paciente.
- Que los adhesivos (hidrocoloides habitualmente) sean de tan buena calidad que no se despeguen y aun permitan al paciente bañarse en una pileta, bañadera o similar, sin que se despeguen, incluso aun en aguas climatizadas como es el caso de la realización de hidroterapia.
- Que sean recortables, lo cual permite hacer coincidir exactamente el diámetro del orificio de la bolsita al ostoma de la piel, con lo cual se evitan derrames y erosiones de la piel (dermatitis), cosa que antes era muy común.
- Que pegar y despegar una bolsa sea una tarea sumamente fácil, aun para un papa, una mama e incluso el propio paciente.
- Que las bolsas sean drenables, con lo cual si el paciente lo desea, puede vaciar en un ambiente adecuado (baño por ejemplo) su bolsita de materia fecal u orina, sin despegarla de la piel y seguir su vida normalmente. También las bolsas de urostomía permiten ser vaciadas sin tener que despegar la bolsa
- Que tengan las bolsas de urostomía un sistema anti reflujo, lo cual hace que la orina no vuelva hacia el ostoma de salida, con lo cual el riesgo de irritación de la piel es nulo.
- Que las bolsitas de urostomía tengan un adaptador para ser conectadas a una bolsa colectora de orina (de pierna o no) con lo cual el paciente puede estar mas horas sin vaciarse su vejiga, sin el riesgo de que la bolsita se despegue por el peso o la presión del liquido, lo cual hace que el niño pueda tener una vida social perfectamente normal (ir al colegio durante 7 u 8 horas seguidas, ir al cine, ir a una fiestita, un cumpleaños, un recital, etc., sin el miedo de que pasara si la bolsita se llena????).
- Que todas las empresas lideres a nivel mundial brinda ayuda a sus pacientes tanto por la web como por vía telefónica en cada país, a través de un 0800, que es

gratuito, enviando a personal idóneo que los asistirá las primeras veces tanto personalmente como telefónicamente en el caso de que tengas dudas.

- Que las bolsitas de colostomía tengan un filtro para gases, lo cual hace que los gases puedan ser retirados de la bolsita simplemente con una maniobra de punzar un sitio ad hoc con una aguja y luego sellarla, o bien con un filtro con carbón, que permite la salida de los gases poco desodorizados, lo cual hace que la bolsita no estalle por la presión de los gases y además nunca generen malos olores en donde el paciente se encuentre.

La adquisición de las Bolsitas o mejor dicho la obtención de las Bolsas se debe gestionar a través de la cobertura médica que tengan (en el caso de tenerla) o bien vía del sistema de salud pública que cuente cada lugar. En el caso de la Argentina, los pacientes deberán tener su certificado nacional de discapacidad, lo cual los habilita a solicitar todo el material necesario a su obra social, medicina prepaga, u otras, las cuales tienen la OBLIGATORIEDAD, de PROVEER 100% GRATUITAMENTE TODO EL MATERIAL NECESARIO, vía de la solicitud del medico tratante. Por lo cual, la excusa de que las bolsitas son caras, no cuenta.

Además el paciente dejara de utilizar pañales, la bolsa se puede cambiar de sentado y hasta lo puede llegar a hacer el propio paciente.

Pero tal vez y lo dejo ex profeso para lo último, uno

debe tener presente, que estas colostomías “programadas”, “electivas”, NUNCA SE DEBEN CONSIDERAR DEFINITIVAS. Como médicos debemos saber que así como la medicina es “finita” en su conocimiento, también sabemos que tal vez lo que hoy no lo sabe, mañana quizá lo comprenda y lo pueda resolver. Y en este caso igual. Si el avance de la medicina, de la ciencia, de la tecnología, el día de mañana lograr restaurar la continencia a este tipo de pacientes, con estas lesiones, restaurar el tránsito intestinal con una sutura mecánica (auto sutura) es algo técnicamente relativamente sencillo y totalmente factible de realizar, por lo cual mi aseveración de NUNCA SON “PARA SIEMPRE”, nadie conoce hasta donde el conocimiento puede llegar.

Les quiero mostrar a Tomas en su última cirugía, la número 15, la que le practicaron el pasado 20 de Diciembre los traumatólogos, para corregirle la espasticidad de sus MMII, y en la cual le practicaron varias tenotomías y la corrección de sendos hallux y el enclavijado de los primeros dedos de los pies (dedos gordos) que estaban cabalgados con el segundo.

Les muestro todo esto para que vean que estéticamente, cosméticamente si quieren llamarlo, Tomas es una persona que mas allá de su discapacidad motora (silla de ruedas), no presenta estigmas por sus ostomías y se moviliza y se cubre lo mas bien y lleva una vida socialmente aceptable.



Tomas en la última cirugía, allí podrán ver sus bolsitas de ostomía (una de uro y otra de colostomía) 20/12/2010



Tomy minutos antes del alta médica (22/12/2010)



## Cómo vive un niño colostomizado por las lesiones de su mielo

Tal vez todas las fotos que les mostraré, les permitan darse de cuenta de que la vida que lleva Tomas, a no ser por su discapacidad motora y las secuelas de su mielo (espasticidad y posiciones viciosas), son prácticamente similares a las de otro niño. No con esto quiero decir que todo sea color de rosas, pues cuidarlo, llevarlo, traerlo, ir de acá para allá y rodearlo de gente que lo ayuda (kinesióloga, terapeuta ocupacional, maestra integradora, fonoaudióloga, etc.), lleva mucho tiempo y mucho esfuerzo, pero aquí están los resultados.

Yo he querido subir fotos de Tomas haciendo las cosas que hace todos los días, en un fin de semana en la pileta de unos amigos, de vacaciones en Córdoba y hasta su graduación de 7° grado hace apenas unos días atrás.

Por favor mírenlas bien, y al final les hare una pregunta. Por favor no dejen de llegar hasta el final.

Gracias



CON SU HERMANA LUZ EN UNA SESION DE HIP HOP



VACACIONES EN CORDOBA 2010



EN LA COCINA DE CASA



TOMANDO SOL EN LA REPOSERA



EN LA PUERTA DE CASA



VACACIONES EN CORDOBA



MÁS ACTUACION CON SU HERMANA LUZ



EN UN DIQUE DE LAS SIERRAS DE CORDOBA



FESTEJANDO SU CUMPLEAÑOS NUMERO 13



PILETA Y SOL JUNTOS CON TOMY



EN LA PLAZA CON TOMAS



LA TORTA DE SU CUMPLEAÑOS NUMERO 13



SOL Y REPOSERA



EN LA CASA DE LOS ABUELOS



GRADUACION DE 7º GRADO



**GRADUACION EN 7º GRADO AÑO 2010**



**HIDROTERAPIA CON SU KINESIOLOGA SABRINA**

Llegamos al final y aquí van mis preguntas:

*Alguien se anima a decirme si se dan cuenta que Tomas posee no solo una, sino dos ostomías (urostomía y colostomía)?*

*Hacen falta mas razones para pensar que esta es una opción valida?*

Yo creo que no, y la muestra es mi hijo.

De todo corazón espero que todo lo que les he contado y mostrado, les ayude aunque solo sea a pensarlo y a animarse a plantearle a sus médicos esta terapéutica, solo eso, no dejen de preguntarle a sus médicos y al equipo de profesionales que atiende a sus hijos, pues en definitiva son ellos los que deberán seguir estando a vuestro lado y al de sus hijos, pero no me perdonaría no compartir con ustedes esto que pocos se animan a decir o a practicar (y a mis colegas

me refiero), y que puede significar una mejora en la calidad de vida de nuestro hijos.

De todos modos si aún así, tuviesen dudas, no lo duden, estoy a vuestra entera disposición en todo momento.

Para el final, les dejo una frase de Martin Luther King, que siempre leí en los sachets de suero de una marca en particular, y que desde que la vi, marcaron gran parte del sentido de mi vida. Se las dejo, pues que distinto que seria todo si pensáramos como este gran hombre pensó:

*“Si ayudo a una sola persona a tener esperanza, no habré vivido en vano”*

Buena vida para todos!!!!!!

Tomas y Luis del Rio



Dr Arturo B. Serrano  
Medico Generalista y de Familia y Rural



## Enfermedades REQUETEemergentes \*

\* nn de fantasia para llamar la atención

### Abordaje y Resumen:

Los médicos de primer nivel estamos preparados para tratar las patologías cotidianas y conocidas, muchas de ellas con esquemas gráficos, flujogramas, protocolos, guías clínicas etc que son practicas, efectivas y probadas y no dudamos de la eficacia y efectividad de las mismas

Pero, hay un sinnúmero de problemas que se presentan cotidianamente de los cuales casi nadie y mucho menos en el sector salud –en forma oficial o institucional- ha dado respuesta integral y que, si intentamos abordarlos, hay poca información y es confusa o tendenciosa

Este articulo tratara de inquietarnos aun mas, porque si bien aborda algunos de estos problemas, solo aspira a motivar para comenzar a tomar el tema como prioridad para abarcarlo de manera interdisciplinaria e intersectorial y ponerlo en la agenda de estudio y

discusión de colegas y profesionales del equipo de salud, funcionarios e instituciones públicos y privados. También hare una descripción de las “no enfermedades o algunas difusas que suman a la confusión general, y que se hace imprescindible para poder entrar en el tema .

## Introito

Todos sabemos lo que es una enfermedad (al menos decimos saberlo) y que es infinitamente mucho mas fácil de definir que la salud

Salud según la definición vigente de OMS es el completo estado de bienestar.... . Si tomamos esa definición como valida, también deberíamos tomar como valido que no solo tiene valor lo orgánico (hepatitis, o litiasis vesicular) sino que, si una persona es acosada, o es afectada por celotipia de su pareja, eso también es una enfermedad en el espectro psicológico y que si vive sin agua potable o hacinado (medioambiental) o tiene un abandono de su compañer@ (social), también es un enfermo -aunque a estas últimas en la consulta, no les damos la jerarquía de enfermedad.

Convengamos de manera simplificada que la enfermedad es la perdida de la salud.

Todos sabemos que son las enfermedades emergentes definidas por CDC y que son aquellas...

Las reemergentes que tienen características de haber sido en alguna época emergente o no, y que en la fecha pasaron a ser resistentes a la terapéutica o que aparecieron recientemente en la faz de la tierra etc  
Antes de entrar en el tema de las REQUETEemergentes, veremos algunas que son un tanto ambiguas o están en una categoría inferior

## LAS NO ENFERMEDADES

Trataremos de hacer diagnostico diferencial entre las “enfermedades confusas” difíciles a la hora de intentar

diagnosticarlas y luego veremos las REQUETEemergentes

Para complicarnos mas aun, también nos encontramos con muchas **NO ENFERMEDADES (1, 1.1)** que a veces nos confunden y que en estos tiempos modernos de “altos valores estéticos” son tomadas como tales, valen ejemplos como Fealdad, Arrugas, Celulitis, Resaca, Infelicidad, Calvicie, Envejecimiento, Canas, Flacidez, no tener Oído musical, no poseer capacidad de razonamiento lógico, no tener estructurada la lateralización, etc, y que algunos pacientes nos demandan una solución a su problema , y que dista mucho de poder ayudarles o resolverlo

## PROBLEMAS PREVALENTES VIVIDOS COMO INSUFICIENCIAS

Las ENFERMEDADES DIFICILES nos resultan un problema para lograr diagnosticarlas, J. Last (2) , y ni decir de LAS ENFERMEDADES FISICAS OCULTAS. Algunas de ellas como la fibromialgia, fatiga crónica, prolapso leve de la válvula mitral, Hipotiroidismo subclinico (muchas de ellas discutidas académicamente si no son, solo patologías derivadas de síntomas conjurados por la industria farmacéutica.

También tenemos las **ENFERMEDADES IMAGINARIAS (2.1)**

El enfermo imaginario no nace, sino que se hace. La cuestión es grave, porque detrás de una enfermedad imaginaria hay una intervención real. Por ejemplo en el tratamiento preventivo de la hiperuricemia (que NO es un Factor de riesgo para ninguna enfermedad -ni gota ni enfermedad coronaria-) da como efecto secundario uno, que debemos tener en cuenta: hipersensibilidad y muerte

Estas enfermedades muchas veces, tienen que ver con la innecesaria solicitud de pruebas analíticas (tipo

chequeo), y que, con los resultados “alterados”, delante del paciente.... algo tenemos que hacer con ese valor que supera los límites normales (pero que paradójicamente ---- podría estar dentro del 10% por fuera de la curva de Gauss de la “normalidad”)

Ingresan en esta categoría también esas “patologías” en las que si bien, lo son por la personalidad del paciente (tipo C) se lo toma muy en serio y hace de ella un estilo de vida (ejemplo alguien con 125/82 de tensión arterial , y sin factores de riesgo pero que le dijeron que no es normal -lo cual es cierto- pero.....no es para tratar con medicación y psicologizar y establecer una dependencia con el medico

## El trastorno SOMATOMORFE o de SOMATIZACION

Es un proceso en el cual las personas experimentan y expresan malestar emocional o estrés psicosocial utilizando síntomas físicos.

Que es la comunicación consciente del paciente de síntomas falsos para obtener un beneficio secundario. Obviamente es un mecanismo inconsciente de defensa, al que hay que tratar y cuesta mucho diferenciar de la enfermedad real.

Los pacientes con **NEUROSIS DE DISCAPACIDAD o de RENTA** pueden tener síntomas ficticios, pero pueden sufrir una **SOMATIZACION VERDADERA**, en la cual el beneficio secundario sirve de mantenimiento y que, clínicamente es difícil de diagnosticar (sobre todo si es la primera vez que vemos al paciente que permanentemente cambia de medico) pero que lo establece –al principio- de manera deliberada.

Los pacientes que comunican persistentemente una enfermedad ficticia en sus hijos tienen el Síndrome de **MUNCHAUSEN** que es potencialmente mortal para el niño, y es un trastorno psiquiátrico grave en la

madre y que los pediatras conocen muy bien.

## Distinto SON LAS ENFERMEDADES IMAGINARIAS.

En oposición al de la hiperuricemia aunque el valor analítico es real; algunos colegas (en un rápido examen) clasifican a los enfermos imaginarios como enfermos reales y anotan en la lista de problemas diagnósticos como si fueran reales a: Dislipidemia, cólico del lactante, síndrome metabólico, osteoporosis, escoliosis benigna, el trastorno adaptativo, síndrome de colon irritable, Menopausia, andropausia, Canal lumbar estrecho, Adherencias prepuciales, disfunción eréctil, episodio depresivo leve etc Todo esto sigue, obviamente con la terapéutica en muchos galenos, promovida por la ansiedad del paciente que quiere respuestas. En realidad hay que incluir estos acápites en “preocupación excesiva por el colesterol” “le han convencido que la menopausia es una enfermedad” y considerar entorno, factores de riesgo y procesos fisiológicos mediante, determinar la conducta, que seguramente luego de una buena relación medico paciente, ha de mejorar substancialmente.

## ENFERMEDADES DE RECIENTE APARICION O DEL FUTURO

Tal vez no deberíamos clasificarlas como tales, porque son síndromes con alguna prevalencia, que solo agrupan síntomas o signos que grupos mediáticos o con afán de lucro las establecen como tales ejemplo son: síndrome de feminidad, síndrome de Sissi, síndrome del tigre enjaulado, la depresión del paraíso y la lista es interminable

Otras mas rebuscadas son el, Síndrome de piés de Casino, la Alopecia de Walkman, el

Síndrome de Dedos Cerveceros, la Depresión Navideña, el Codo de Paseador de Perro

En 2013 aparecerá el DSM V, y se las trae, algunas Adiciones (a internet), o al sexo (Tiger Woods, Michel



Douglas), Bulimia, Desregulación del carácter con disforia, Transgenerismo -esta vez, parece que quieren trataran de evitar clasificar la homosexualidad como trastorno psicológico (como lo hicieron en 1980). Cambiara el término retraso mental por incapacidad intelectual

## TRANSICION EPIDEMIOLOGICA

Desde hace unos años, esta vigente esta modernización de la epidemiología que no solo abarca los **cambios demográficos, de riesgo, y epidemiológicos** sino que también, considera la respuesta social organizada

Particularmente en nuestro país en estos tiempos coexisten los problemas actuales -entre ellas las enfermedades vinculadas a la pobreza **enfermedades de transición sexual, desnutrición, mortalidad infantil**, y también los problemas que rondan hacia otra sociedad rica o desarrollada con **violencia social, enfermedades cardiovasculares, crónicas degenerativas, adicciones, accidentes, etc.**

Los vinculados a la pobreza, es porque con uno o dos dólares diarios, sin agua potable, seguramente transitan a desnutrición, obesidad, violencia, marginación, etc.

Si sumamos lo cultural, -tomar el mate muy caliente-, o lo ambiental -cromo hexavalente o arsénico en el agua de poblados rurales, o invisibilización de normativas, por ejemplo no se cumple la norma que dicto el Ministerio de Salud de la Nación en 2009, que prohibió el uso de termómetros de mercurio en los hospitales y centros de Salud -por ser altamente contaminante, y seguimos usándolos

## IATROGENIA MEDICA

A veces de una manera “obsesivamente preventivista” o a veces deliberadamente consciente, los profesionales galénicos, si le convencemos al paciente

de que tiene hipertensión límite (potencialmente grave), o le preocupamos excesivamente por el colesterol, o cree tener problemas en las cervicales y un innumerable número de illness ; donde hay un delgado margen y diferencia entre lo imaginario y lo real (hay un tenue halo, que depende mucho del paciente, su personalidad, entorno familiar, cultura, estímulo a la demanda mediática, internet, etc). El paciente imaginario sufre y padece su enfermedad por mas falsa que sea- (3)

## PREVENCIÓN CUATERNARIA

Como no teníamos poco, antes la prevención 1°, 2°, la 3° ahora nos llega la prevención cuaternaria (4), que es el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. . Esto no solo tiene que ver con el encarnizamiento terapéutico, o la inercia clínica , sino que a veces el paciente sobre todo el anciano que consulta a numerosos especialidades lineales y a veces ingiere numerosos hipolipemiantes, o hipotensores o vasodilatadores de manera simultanea, porque los especialistas no tienen comunicación entre si o el paciente no tiene un medico de cabecera que lo siga. Ni hablar de los estudios reiterativos y repetidos requeridos innecesariamente. Y de eso se ocupa precisamente la prevención cuaternaria de cuidar al paciente de los médicos.

## CUANDO OCUPAMOS OTROS ESPACIOS

Cuando la medicina reemplaza a la religión, (por la razón que fuere -falta de contención, desencantamiento, falta de respuesta religiosa: la Biblia pregunta ante la enfermedad .....¿Quién peccó él o su padre? ; por esa y otras razones, los pecados se transforman en enfermedades imaginarias y aparecen los horrores de la inquisición, que inducen los procesos diagnósticos y terapéuticos consecuentes, con resultados horrendos

## LOS MITOS

La Universidad nos enseñó y marcado a fuego, que cuando algo no fue enseñado en sus aulas, o no es aplicable el método científico, o lo desconocemos, inexorablemente debemos negarlo. Así el empacho, el consumo, la pata de cabra, la insolación y cuantas más son (ni hablar de las terapias alternativas) –que algunas con mucha historia o cultura resuelven problemas (5) con los que la medicina alopática no puede resolver algo que no se conoce de manera dogmática.

Hoy las hierbas medicinales son de consumo popular y cotidiano pero aun resistidas por algunos colegas. Y qué decir de las terapias alternativas, en EEUU donde hay registros, del total de consultas son la tercera parte. Es que muchas veces, desde la medicina alopática no tenemos respuestas a los problemas que nos consultan.

Y algunos mitos, parecen divertidos aunque son tragicómicos, como que la ceguera y reblandecimiento medular ocurre posterior a la masiva masturbación

## TAMPOCO SON ENFERMEDADES

Y también nos consultan por ello... separaciones de pareja, a veces como realizar inversiones, por viajes, por tristeza por haber sido “dejado” por la compañera, por las efélides, por pedir “permiso” ante infidelidades, etc y a veces el mejor consejo es solo escuchar o sugerir reflexionarlo con la almohada, o –no pocas veces- aportar ayuda con mucho sentido común.

## SI SON ENFERMEDADES ..LOS JINETES DEL APOCALIPSIS

Y también ingresan en la categoría de REQUETE emergentes.

Recientemente la OMS (6) comunicó que aumentaron los Jinetes, (ya no son 4. Antes eran, la victoria, la

guerra, el hambre y la muerte), ahora a saber son: **tabaquismo, hipertensión arterial, inactividad física, niveles elevados de glucosa en sangre, sobrepeso y obesidad y colesterol alto.**

Cuando se juntan algunos de ellos en un mismo individuo elevan de una forma marcada el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer y patología pulmonar grave. Su acción causa **el 60% de las muertes mundiales**, y lo curioso es que el 80% de esas muertes ocurren en países con economías medias o en vías de desarrollo. Y con ellos tenemos que proceder aunque son muy difíciles de tratar; algunas tienen protocolos de tratamiento pero otras son muy difíciles de abordar.

## TERAPEUTICA

Sin ser una receta aplicable a la totalidad de estos problemas, debemos ser exquisitamente medidos y cautelosos. Mi consigna es cuestionarme todo en cada recita del paciente y No medicalizar innecesariamente Utilizar alternativas terapéuticas, a veces “un tecito e tilo” nos ayuda mucho mas que un ansiolítico y no tiene efectos secundarios ni modorra residual.

La “comunicación y la palabra medica” es fantástica, puede levantar a un enfermo o matar a un sano, tenemos que saber utilizarla.

La gestualidad ( y la corporalizacion) es terapéutica y continente.

Tener tiempo para abordar estos problemas es imprescindible.

Trabajar en equipo y saber que valores y que piensan, los integrantes del equipo. Me paso que una psicóloga a quien derive una vez, culpabilizo tanto una infidelidad “culposa” que el paciente estuvo en limites cercanos al suicidio

## 1er. ADDENDUM

Si bien está descripción parece, pero no esta descontextualizada del tema, es muy importante –porque son confusas y no están desarrolladas en el currículo medica convenientemente- y debemos tenerlas en cuenta a la hora de cada consulta, y son enfermedades “REQUETEemergentes” menores. Son confusas, actuales y la epidemiología nos hace ver los cambios contemporáneos, ya casi no asistimos crisis pitiaticas (-o históricas- tan comunes años atrás) ahora vemos crisis de pánico.

Entre las mas prevalentes algunas son novedosas como la epidemia silenciosa de obesidad y sedentarismo y no tenemos que olvidarnos de la TRANSICION EPIDEMIOLOGICA: que no solo abarca los cambios demográficos y de riesgo, sino que también la respuesta social organizada tanto a los problemas prioritarios existentes, como las enfermedades de la pobreza (ETS, desnutrición, mortalidad infantil etc), hacia otra rica o desarrollada con violencia social, enfermedades cardiovasculares, crónicas degenerativas, el incremento del número de cáncer, que están descriptas y estudiadas. Pero los problemas con menor jerarquía las REQUETEemergentes, son las que trataremos de describir.

Continuara...

Debido a la extensión del articulo, se fragmenta en dos partes. La segunda parte en el próximo numero de Salud y Comunidad.

1 - Defincion salud OMS es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades,

2 - Enfermedades emergentes: Son enfermedades infecciosas nuevas, reemergentes o infecciones multirresistentes cuya incidencia en el hombre ha aumentado en las últimas dos décadas o que amenazan con aparecer repentinamente . Normas de Vigilancia Manual de Normas y procedimientos del SI NA VE pagina 157 ed 2000

3 - En la pagina del ministerio de salud [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar) están las

emergentes y reemergentes en cap 1 Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria

4 - La OMS desde la Declaración de Alma Ata introduzco la categoría de “problemas de salud” que es genérico, y sindromico y es mas abarcativo que quedarnos solo con la patología pura sin incluir en el análisis y tratamiento al contexto

5 - El iceberg de LAST nos muestra que igual que el iceberg, vemos solo una parte minima de la enfermedad y que la mayoría de ella (periodo prepatogenico, consulta tardía etc) no la podemos visualizar

6 - Los americanos tienen las disease (enfermedades reales) y los illness (padeceres sentida por los pacientes y que no se traducen exactamente en enfermedades o síndromes clínicos ) que en nuestra rica lengua nosotros no tenemos alguna equivalente

7 - La prevención cuaternaria es el conjunto de medidas adoptadas para identificar al paciente en riesgo de sobre medicalización, para protegerlo de nuevas incursiones médicas, y sugerirle las intervenciones que son éticamente aceptables

8 - La inercia clínica fue descrita en 2001 por Phillips<sup>1</sup> como un fenómeno común del comportamiento médico en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas asintomáticas (HTA, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 -DM2-). Así como la adherencia al tratamiento atañe básicamente al paciente y la accesibilidad al conjunto del sistema sanitario, la IC es una causa de fracaso terapéutico debida primordialmente al médico, que reconoce el problema pero

falla a la hora de tomar la decisión clínica que corresponde (iniciar o intensificar el tratamiento cuando está indicado, cuando no se logran los objetivos), lo que motiva consultas ineficaces e ineficientes.



Patricia Chialvo

patricia\_chialvo@hotmail.com



## Los Trabajadores Sociales en los Equipos de Salud

Antes de tratar el tema propiamente dicho quisiera aclarar que el presente documento se sustenta en mi desempeño como Presidente y Vicepresidente del Colegio de Trabajadores Sociales de Santa Fe- Primera Circunscripción. Desde ese lugar y como parte del Directorio acompañamos la iniciativa de los trabajadores sociales de la Salud Pública para gestionar su pase al tramo profesional.

Desde anteriores gestiones del Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de Santa Fe se habían iniciado diversos trámites para las incorporaciones de los trabajadores sociales.

Desde el año 2004, los compañeros que trabajan en el ámbito de la salud pública, retomaron-entre otras cosas - el reclamo del pase al tramo profesional de los trabajadores sociales de la salud, a través de encuentros con los colegas de Rosario, entrevistas y asesoramiento con las abogadas de nuestro colegio, de la circunscripción de Rosario y abogados de ATE.



En el año 2006 un grupo de colegas inicia una movida con más fuerza para retomar este trámite. Para ello solicitan a los colegios de Asistentes Sociales de Santa Fe de la Primera y Segunda circunscripción que se acompañe el trámite.

Como estrategia se organizó la Primer Jornada de Trabajadores Sociales de Santa Fe para Mayo de 2006, donde se comprometió la participación de autoridades del Ministerio de Salud, como así también hubo una instancia gremial con la participación del asesor Legal de ATE.

En Agosto de ese año se iniciaron las presentaciones formales desde ambos colegios, dando lugar a la conformación del expediente que circuló por diferentes ámbitos del gobierno de la provincia para su resolución.

En junio del año 2010, en virtud de la Ley provincial 13091, los Licenciado/a en Servicio Social/Trabajo Social podemos haber sido incorporados al ámbito de aplicación de la Ley N° 9282 Estatuto Escalafón para los Profesionales Universitarios de la Sanidad, sin afectar derechos adquiridos como empleados del Estado Provincial.

**Por qué desde el Colegio se acompaña este reclamo:**

1° Reconocimiento del espacio profesional: quienes impulsamos esta inclusión lo hicimos con la convicción de que el Trabajo Social es una profesión con rigor académico y científico que emplea la investigación cuantitativa y cualitativa como complementarias y de articulación para trabajar con la singularidad del sujeto y su experiencia social. Somos Profesionales y queremos ser considerados como tales.

2° Los profesionales en general no encontraban acompañamiento a este reclamo en los gremios tradicionales, lo que se fue modificando en ATE como se puede apreciar en lo expuesto.

3° Fundamentalmente un grupo numeroso de Colegas de la Salud trabajó activa e incansablemente para el logro de este Objetivo, por lo que el Colegio sólo tuvo que escuchar y acompañar el proceso.

**Intervención Profesional de los Trabajadores Sociales en el ámbito de la Salud Pública :**

Entendemos que el abordaje integral de problemáticas sociales en el territorio, requiere de un conocimiento de carácter interdisciplinario, considerando la complejidad de las mismas. Sin embargo, para que la tarea interdisciplinaria resulte fructífera, es necesario enriquecer también la identidad disciplinar. La comprensión de las situaciones que se abordan requieren poner en juego “las especificidades de los saberes profesionales en *clave de totalidad*”, es decir, que el objeto de intervención se construya “en un diálogo fecundo y horizontal” (1)

“El Trabajo Social como profesión y disciplina del campo de las Ciencias Sociales construye un marco teórico- metodológico fundado en el conocimiento científico desde el cual interviene a la realidad social, a la cual se concibe como una construcción histórica, social, compleja, heterogénea, dinámica, contradictoria, en permanente transformación.” (2).

El Trabajo Social en el campo de la salud pública, interviene en la cuestión social a partir de abordajes singulares, grupales y comunitarios, tanto desde un enfoque asistencial como preventivo y promocional.

Desde esta concepción, se sitúa al sujeto como un ser particular, social, histórico, crítico y participativo, ubicado en un tiempo y espacio determinado, portador de necesidades que lo motivan para la acción. Necesidad pensada no sólo como la mera búsqueda de satisfacción para la subsistencia, sino como la suma de potencialidades que permiten construir un proyecto

de vida y sociedad.

Entendemos al Trabajo Social como una disciplina de las ciencias sociales, que construye su intervención a partir de una comprensión social compleja, es decir perfila su hacer desde un particular modo de ver. (MATUS, Teresa)

El Trabajo Social interviene en la cuestión social a partir de abordajes singulares, grupales y comunitarios, tanto desde un enfoque asistencial como preventivo y promocional.

### Trabajo Social y Salud

Entendemos a la salud como un derecho que, como manifiesta Rovere, no sólo se “defiende” sino que “se construye, se conquista con otros sujetos” (3). Por lo tanto, la consideramos un bien social, que promueve “la capacidad de luchar contra las condiciones que limitan la vida”.

La construcción de la intervención de los trabajadores sociales en el ámbito de la Salud supone la posibilidad de aportar al abordaje del proceso de salud/enfermedad/atención desde la especificidad profesional, teniendo como horizonte mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo la participación comunitaria como herramienta para que las personas para que puedan constituirse en sujetos activos de su propia salud.” (4)

Nuestra intervención se operativiza en acciones tendientes a:

- Generar, potenciar y/o fortalecer procesos de organización comunitaria y/o institucional construyendo espacios concretos y sensibles en la articulación de las necesidades e intereses de los distintos sectores que participan del mismo y los objetivos e intereses de la institución, tendiendo a la

legitimación y satisfacción de los derechos sociales.

- Realizar aportes sobre el estudio de factores socio-económico-político-culturales y ambientales con incidencia en la salud que se consideren necesarios para el análisis de situación.

- Desarrollar líneas de investigación que contribuyan a la producción de conocimiento teórico-metodológico para aportar a la intervención profesional en los diferentes campos de acción

- Desarrollar acciones que aporten al proceso de construcción del equipo de salud.

- Planificar programas y proyectos de atención primaria junto con el equipo del Centro, otras instituciones barriales y la población.

- Orientación y asesoramiento a la población en la gestión de recursos comunitarios e institucionales. Información actualizada sobre derechos y promoción de herramientas para la defensa de los mismos.

- Abordaje de situaciones singulares desde una perspectiva comunitaria, a través de: visitas domiciliarias e institucionales, articulación con el equipo de salud, con profesionales de otras instituciones (barriales, ONG, público)

1 - CAZZANIGA, Susana “Hilos y nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social”. Edit. Espacio-UNER- Buenos Aires. 2007

2 - FAAPSS (Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social) (2007) “Documento Orientativo Incumbencias y aranceles de Prestaciones”. Córdoba.

3 - ROVERE, M. (2006) “Redes en salud; los grupos, las instituciones, la comunidad”. Editado por El Ágora, Sec. De Salud Munic. Rosario, Instituto Juan Lazarte.

4 - VIDEGAIN MÁS, C; ITUARTE TELLAECHÉ, A.(1996) “El trabajador social en atención primaria” Volumen 3, Número 6,. FMC (Formación Médica Comunitaria en Atención Primaria). Pág. 51

5 - Extraído del Documento elaborado por las colegas Silvina Bolcatto, Ana Ingaramo, Yolanda Fun, Marisa Kovensky del Área Atención Primaria de la Ciudad de Santa Fe.

## Normas de Publicación

“Colegio y Comunidad” esta llamada a ser una construcción colectiva, por lo tanto debemos sostenerla con nuestros aportes e intercambios. Será necesario publicar, comentar y escribir entre todos los profesionales médicos y todas aquellas disciplinas que contribuyen al enriquecimiento de nuestra profesión y que deseen incluirse.

Para publicar en “Colegio y Comunidad” el comité editorial seguirá las siguientes pautas:

1- Cada número de la revista esta organizado en torno a un núcleo temático. También se publican artículos de temática independiente, comentarios, entrevistas y reseñas bibliográficas.

2- La extensión máxima admitida para los artículos será de 8000 palabras (inclusive notas y bibliografía): Los comentarios serán de 3000, las entrevistas de 5000 y para las reseñas se reservarán 1000 caracteres. El Comité editor se reserva el derecho de admitir, excepcionalmente, trabajos que superen la extensión mencionada.

3- Los manuscritos deben ser enviados al Comité Editor de la revista. Los mismos deben ser presentados en dos copias: por e mail y otra en papel (tamaño A4). Con amplio margen izquierdo y sin enmiendas. Las notas deben estar enumeradas en forma consecutiva y automática al final del texto. El sistema de nota es libre, siempre que responda a

normas internacionales. Se prefiere la forma de Cita-Autor con bibliografía por orden alfabético. La cita de libros seguirá el siguiente orden:

- a) Nombre y Apellido del Autor;
- b) Título de la Obra (en cursiva);
- c) lugar de Publicación;
- d) nombre de la editorial;
- e) fecha de publicación;
- f) Volumen, toma, etc. si lo hubiere, y numeración de la (s) pagina (s) citada(s).

En caso de artículos se citará como sigue:

- a) nombre y apellido del autor
- b) titulo entre comillas
- c) año (entre paréntesis)
- d) nombre de la revista (en cursiva)
- e) volumen de la revista y
- f) numeración de la pagina.

En ningún caso se utilizará, subrayados, negritas y letras mayúsculas, excepto en el titulo del trabajo.

4- Deberá adjuntarse el trabajo de resumen en español de no más de 150 palabras.

5- El autor deberá adjuntar un curriculum vitae de no más de 150 palabras donde se deberá incluir: nombre, apellido completo, dirección postal, dirección de correo electrónico, número de teléfono y fax y una cesión de derecho de autor.



