SEPTIEMBRE 2021
VOLUMEN 41 NUMERO 3
REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Por Emanuel Alfie
Paris, 10:30 AM
Paris, Francia

REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Septiembre 2021 Volumen 41 Número 3

Editorial
Alfie J.

Muerte médicamente asistida
Sebastiani M.

Aprender de la práctica: Voluntariado universitario para el abordaje epidemiológico de casos y contactos estrechos de COVID-19. Una sistematización de experiencias
Díaz M., et al.

Resección transoral de la apófisis estiloides por síndrome de Eagle. Caso clínico
Bedini I., et al.

Cauterización transoral de la arteria maxilar interna en la fosa infratemporal. Informe de un caso
Lorea A., et al.

¿Cuál es la utilidad de la prueba cardiopulmonar del ejercicio en pacientes con síndrome pos-COVID-19?
Barbagelata L. E.

Importancia de la hipertensión pulmonar relativa en la lesión renal aguda posterior al trasplante cardíaco
Bianco J. C.

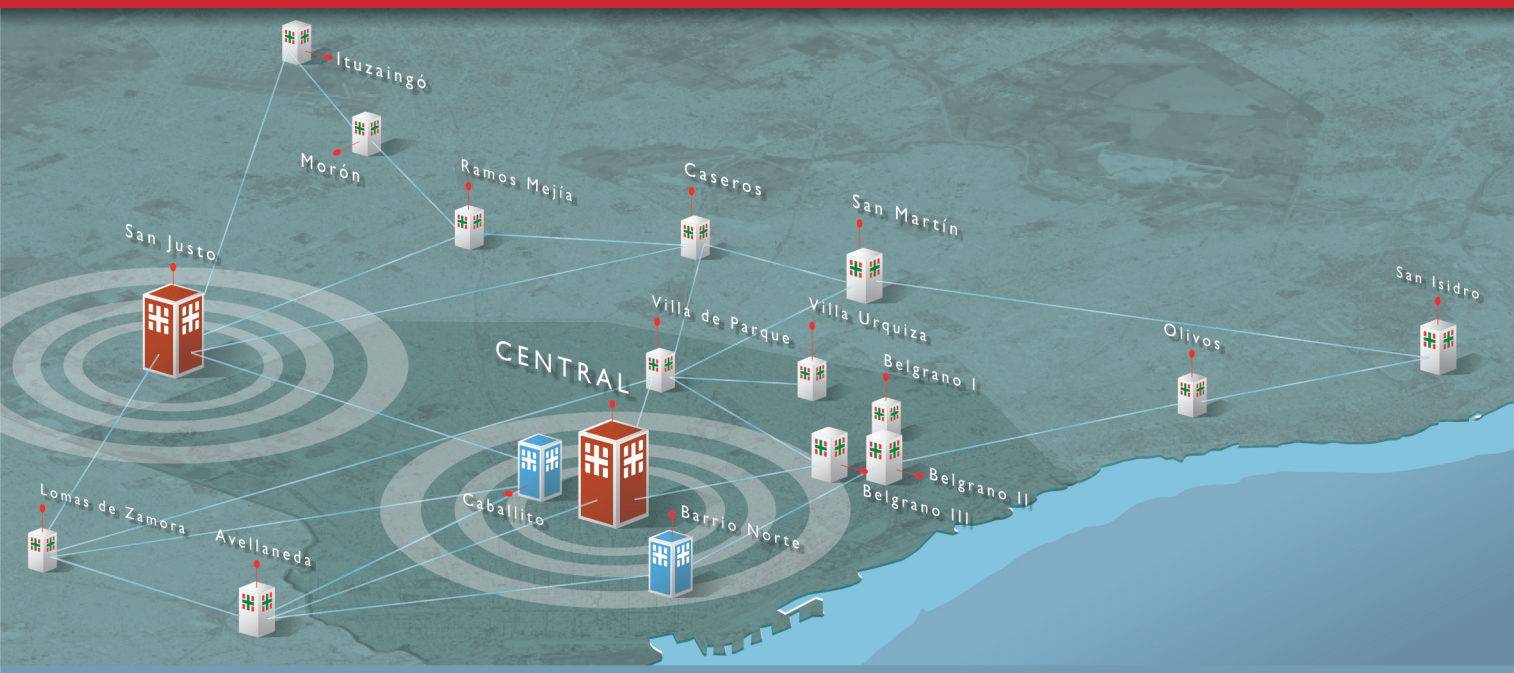
La ventilación mecánica invasiva en los adultos mayores
Ruiz V. R., et al.

Efecto de la inhibición de la proteína símil angiopoyetina tipo 3 (ANGPTL3) Utilidad para el tratamiento de las dislipemias graves
Elikir G. D.

Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría a través de su editor y sus editoriales: los años de formación y el exilio
Matusevich D., et al

ISSN (impresa) 1669-2578 / ISSN (en línea) 2314-3312
www.hospitalitaliano.org.ar/educacion/revista

ÉSTE ES UN BUEN MOMENTO PARA ASOCIARTE AL HOSPITAL #1 DEL PAÍS



NUESTRA RED CUENTA CON 2 HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD
Y 16 CENTROS MÉDICOS PARA ESTAR DONDE USTED NOS NECESITA, CERCA.

JOVEN

16-35

Individual y familias con o sin hijos

PERSONAL

36-59

Ingreso indivual

FAMILIAR

36-59

Familias con o sin hijos

MAYOR

+60

A partir de los 60 años

PLANES CON Y SIN COPAGO

PLAN DE SALUD | HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires

TODO EL ITALIANO DETRÁS DE TU PLAN

REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Director
Dr. José Alfie
Comité Editorial
Dr. Federico Angriman (Dalla Lana School of Public Health. University of Toronto, Canadá), Dr. Luis A. Boccalatte (Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina), Dr. Alberto Bonetto (Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina), Dr. Eduardo Durante (Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina), Dra. Paula Enz (Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina), Dr. Alfredo Eymann (Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina), Dr. Diego Faingold (Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina), Lic. Virginia Garrote (Instituto Universitario Hospital Italiano, Argentina), Argentina), Dr. Pablo Knoblovits (Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina), Dr. León Daniel Matusevich (Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina), Dra. Rosa Pace (Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina), Dr. Gastón Perman (Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina), Dra. María Lourdes Posadas Martínez (Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina), Dr. Joaquín Alvarez Gregori (Universidad de Salamanca, España), Dr. Alberto Alves de Lima (Instituto Cardiovascular de Bueno Aires, Argentina), Dr. Miguel de Asúa (CONICET, Argentina), Dr. Félix Cantarovich (Hospital Necker, Francia), Dr. Arístides Andrés Capizzano (University of Iowa, EE.UU.), Dra. María Cristina Fernández (Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Argentina), Dr. Marcelo García Dieguez (Asociación Médica de Bahía Blanca,"Dr. Felipe Glasman", Argentina), Dr. Prof. Robert Knobler (Vienna General Hospital, Austria), Dr. Roberto Lambertini (Sanatorio Sagrado Corazón, Argentina), Dr. Juan Florencio Macías Nuñez (Universidad de Salamanca, España), Prof. Dr. Jorge Manrique (Consejo Académico de Ética en Medicina, Argentina), Dr. Roberto Manson (Duke University, EE.UU.), Dr. Santiago Méndez Alonso (Hospital Universitario Puerta de Hierro, España), Dr. Gabriel Musante (Hospital Universitario Austral, Argentina), Dr. Juan Pose (Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Uruguay), Dra. Carla Venturi (Hospital Clinic, España), Dra. María del Carmen Vidal y Benito (CEMIC, Argentina), Dr. José de Vinatea (Clínica San Pablo, Perú).
Consejo honorario
Luis J. Catoggio, José M. Ceriani Cernadas, Juan A. De Paula, Marcelo Figari, Roberto Kaplan, Marcelo Mayorga, Titania Pasqualini, Mario Perman, Enrique R. Soriano, Jorge Sívori. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.
Coordinación Editorial
Mariana Rapoport. Instituto Universitario Hospital Italiano, Buenos Aires. Argentina
Corrección de textos
Prof. María Isabel Siracusa, Buenos Aires. Argentina.
Editor responsable
Publicación trimestral del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires.
Tte. Juan D. Perón 4190 | 1° piso | Escalera J | C1199ABB | C.A.B.A. | Argentina
URL: http://www.hospitalitaliano.org.ar/revista/ | E-mail: revista@hospitalitaliano.org.ar | Facebook:/RevistadelHIBA | Tel. 54-11-4959-0200 int. 9293 | Fax. 54-11-4959-0383

Sociedad Italiana de Beneficiencia en Buenos Aires

Consejo Directivo Ejercicio 2021/2022
Presidente: Ing. Franco Livini
Vicepresidente 1°: Arq. Aldo Brunetta
Vicepresidente 2°: Sr. Eduardo Tarditi
Consejeros: Lic. Daniel Artana, Roberto Baccanelli, Roberto Bonatti, Guillermo Jaim Etcheverry, Atilio Migues, Renato Montefiore, Elio Squillari
Hospital Italiano de Buenos Aires
Director Médico: Dr. Marcelo Marchetti
Director de Gestión: Ing. Horacio Guevara
Vice-Director Médico de Gestión Operativa: Dr. Juan Carlos Tejerizo
Vice-Director Médico de Planeamiento Estratégico:
Dr. Fernán González Bernaldo de Quirós
Vice-Director Médico de Plan de Salud:
Dr. Leonardo Garfi
Vice-Director Médico Hospital Italiano de San Justo Agustín Rocca: Dr. Esteban Langlois
Directores Honorarios: Dres. Jorge Sívori, Héctor Marchitelli, Atilio Migues
Consejo de Administración Fundación Instituto Universitario
Presidente: Ing. Franco Livini
Vicepresidente: Arq. Aldo Brunetta
Vocales: Sr. Roberto Baccanelli,
Prof. Dr. Guillermo Jaim Etcheverry,
Ing. Jorge Firpo, Dr. Eduardo Tarditi.
Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires - Consejo Superior:
Rector: Marcelo Figari
Vicerrector: Diego Faingold
Secretaria Académica: María Laura Eder
Secretario Administrativo y de Gestión Financiera: Alberto Llebara
Directores de Departamento/Carreras: Enrique Soriano, Karin Kopitowski, Virginia Garrote, Matteo Baccanelli, Fabiana Reboiras,, Susana Llesuy, Marcelo Risk, Ana María Mosca, Patricia Chavarría, Eduardo Durante, María Rezzónico, Adriana Carlucci, Javier Pollán, Pedro Daels.

Perfil de la Revista
Publicación científica trimestral del Instituto Universitario del Hospital Italiano que publica trabajos originales relevantes para la medicina y las áreas relacionadas. Se aceptan contribuciones en idioma español o inglés de autores tanto pertenecientes a la Institución como externos a ella.
Su propósito es brindar a los profesionales de la salud artículos útiles para actualizarse en todas las especialidades médicas, incluyendo aspectos tales como la investigación básica y las humanidades, en su expresión bioética, educativa y artística en relación con la medicina.

Scope
Quarterly scientific publication of the Instituto Universitario del Hospital Italiano that publishes original works relevant to medicine and related areas. Contributions in Spanish or English are accepted from authors both belonging to the Institution and external to it.
Its purpose is to provide health professionals with articles useful for update readings in all medical specialties, including other aspects such as basic research and the humanities, as bioethics, medical education and arts.

Instrucciones para autores, ver: https://instituto.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/revista/seccion/6997

Indexada en LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) y Latindex

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, sin el permiso del editor y de los autores.

Tirada: 2000 ejemplares
ISSN 1669-2578
ISSN 2314-3312 (en línea)

SEPTIEMBRE 2021
VOL. 41 N° 3

SUMARIO | SUMMARY

EDITORIAL / EDITORIAL
107 Alfie J.

CARTA AL EDITOR | LETTER TO THE EDITOR
108 **Muerte médicamente asistida**
Medically assisted death
Sebastiani M.

EDUCACIÓN MÉDICA | MEDICAL EDUCATION
110 **Aprender de la práctica: Voluntariado universitario para el abordaje epidemiológico de casos y contactos estrechos de COVID-19. Una sistematización de experiencias**
Learning from practice: University Volunteering for the COVID-19 cases and close contact tracing. A systematization of experiences
Díaz M., et al.

CASO CLÍNICO | CLINICAL CASE
119 **Resección transoral de la apófisis estiloides por síndrome de Eagle. Caso clínico**
Transoral resection of the stiloyd process for Eagle Syndrome. Case report
Bedini I., et al.

123 **Cauterización transoral de la arteria maxilar interna en la fosa infratemporal. Informe de un caso**
Transoral cauterization of the internal maxillary artery in the infratemporal fossa. Case report
Lorea A., et al.

PREGUNTAS AL EXPERTO | ASK THE EXPERT
127 **¿Cuál es la utilidad de la prueba cardiopulmonar del ejercicio en pacientes con síndrome pos-COVID-19?**
What is the utility of the cardiopulmonary exercise test in patients with post-COVID syndrome?
Barbagelata L. E.

EL HOSPITAL ITALIANO EN MEDLINE | HOSPITAL ITALIANO IN MEDLINE
131 **Importancia de la hipertensión pulmonar relativa en la lesión renal aguda posterior al trasplante cardíaco**
Importance of relative pulmonary hypertension in the acute kidney injury after heart transplantation
Bianco J. C.

133 **La ventilación mecánica invasiva en los adultos mayores**
Invasive mechanical ventilation in older adults
Ruiz V. R., et al.

ACTUALIZACIÓN Y AVANCES EN INVESTIGACIÓN | UPDATE AND ADVANCES IN RESEARCH
135 **Efecto de la inhibición de la proteína símil angiopoyetina tipo 3 (ANGPTL3) Utilidad para el tratamiento de las dislipemias graves**
Angiopoietin-like type 3 (ANGPTL) inhibition. Its role in the treatment of severe dyslipidemia
Elikir G. D.

HUMANIDADES | HUMANITIES
140 ***Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* a través de su editor y sus editoriales: los años de formación y el exilio**
Vertex Journal through its editor and its editorials: the formative years and the exile
Matusevich D., et al.

147 Reglamento general de presentación de artículos

Editorial

Elegir la muerte es un acto de autodeterminación que debe ser respetado y acompañado. Mario Sebastiani, integrante del Comité de Ética del Hospital Italiano de Buenos Aires, reflexiona sobre los dilemas éticos de la muerte médicamente asistida.

Durante el período julio-octubre 2020, 51 estudiantes del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires participaron del "Voluntariado para el Abordaje Epidemiológico de casos COVID-19 y detección de contactos estrechos" como estrategia para cortar la cadena de transmisión del virus. Morena Díaz evaluó la experiencia personal, la capacitación y la coordinación del voluntariado.

La elongación o una curvatura medial excesiva de la apófisis estiloides y la calcificación del ligamento estilohioideo pueden provocar dolor cervicofacial o síntomas neurológicos por la compresión de los vasos o nervios del cuello (síndrome de Eagle). La resección de la apófisis estiloides puede ser realizada por vía externa o mediante un abordaje transoral. Ivo Bedini describe el caso clínico de un paciente con síndrome de Eagle que fue tratado con éxito mediante un abordaje transoral.

El tratamiento quirúrgico de la epistaxis posterior habitualmente se realiza por vía endonasal. Agustina Lorea describe un caso de epistaxis recidivante por enfermedad de Rendu-Osler-Weber en el que, por oclusión de la fosa nasal (operación de Young), se realizó un abordaje transoral paramaxilar con endoscopios para cauterizar la arteria maxilar interna.

El "síndrome pos-COVID" incluye fatiga y disnea que persisten 45 días posteriores a la infección. La medición del consumo de oxígeno durante un esfuerzo máximo permite objetivar, cuantificar e interpretar el origen de la disnea (cardiovascular, pulmonar y/o muscular). Leandro Ezequiel Barbagelata relata la experiencia, desarrollada en forma conjunta por el Servicio de Cardiología y el Servicio de Neumonología. Aproximadamente un tercio de los pacientes con síndrome pos-COVID-19 presentaron disminución de la capacidad funcional en la prueba de ejercicio cardiopulmonar.

La lesión (injuria) renal aguda (IRA) en el período perioperatorio del trasplante cardíaco es una complicación frecuente. La hipertensión pulmonar desempeña un papel en ella. El aumento de la resistencia vascular pulmonar del receptor puede provocar que el ventrículo derecho del donante no se adapte al aumento súbito de la poscarga desencadenando falla aguda del ventrículo derecho. Juan C. Bianco comenta el análisis retrospectivo de la relación entre las mediciones hemodinámicas y el desarrollo IRA en 184 pacientes adultos sometidos a trasplante cardíaco entre 2009 y 2017 (*J Cardiothorac Vasc Anesth*). De ellos, 29 (el 15,8%) requirió terapia de reemplazo renal en el posoperatorio, siendo los indicadores de disfunción ventricular derecha predictores independientes de IRA grave postrasplante cardíaco.

Cada vez con más frecuencia, los ancianos, particularmente los frágiles y vulnerables, pueden requerir intubación orotraqueal (IOT) de urgencia. Si bien la ventilación mecánica invasiva (VMI) puede permitir la supervivencia en el período agudo, a corto-mediano plazo la mortalidad intrahospitalaria y extrahospitalaria es alta. Incluso en los sobrevivientes, la VMI puede resultar prolongada, al igual que la estadía hospitalaria, con baja calidad de vida al alta. Ante la falta de una herramienta clínica que en estos casos permita predecir el mal pronóstico, Vanesa Romina Ruiz, María Florencia Grande Ratti y colaboradores analizaron retrospectivamente la asociación entre la valoración geriátrica integral al ingreso y la mortalidad intrahospitalaria posintubación orotraqueal (IOT) en la Central de Emergencias entre 2016 y 2018 (*Enferm Intensiva*). Más de la mitad de estos pacientes ancianos fallecieron durante la hospitalización.

La hipercolesterolemia familiar es una enfermedad autosómica dominante que causa enfermedad coronaria prematura. En estos pacientes, los tratamientos convencionales utilizados para reducir el colesterol resultan insuficientes ya que actúan aumentando los receptores a LDL, los cuales en los pacientes con hipercolesterolemia familiar no son funcionales. Gerardo Elikir (Instituto Universitario René Favaloro y Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral) analiza un nuevo tratamiento para la hipercolesterolemia familiar homocigota, basado en la inhibición de la *angiopoietin-like 3* (ANGPTL3), el evinacumab. La inhibición de la ANGPTL3 incrementa la actividad de las lipasas extracelulares, aumentando el catabolismo de los precursores de las LDL (VLDL e IDL).

Daniel Matusevich, Dalia Szulik y Aldo Calzolari analizan aspectos biográficos de Juan Carlos Stagnaro, fundador de *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, una de las pocas publicaciones de la especialidad editadas en español incluida en PubMed. Mediante el análisis de las palabras clave de sus editoriales y entrevistas, los autores indagan aspectos biográficos del joven Stagnaro para comprender la génesis de la revista en 1990, su impronta científico-política y las líneas editoriales que abordó.

Dr. José Alfie
Director de la Revista

Muerte médicamente asistida

Al Editor

Desde el año 1995, de manera sostenida, el Comité de Bioética de nuestro hospital se obliga a la reflexión sobre los dilemas éticos del principio y fin de la vida. Vale recordar el honor que significó para nuestro hospital la presencia del Dr. Diego Gracia Guillén[1], el eticista más importante de lengua hispana.

El suicidio asistido y la eutanasia son las formas por las cuales la medicina puede intervenir en la muerte de una persona o de un paciente, según sus circunstancias. ¿Son las únicas? La respuesta es no, dado que en algunas oportunidades la medicina deja morir a los pacientes por falta de atención, por la omisión de un tratamiento o por una imposibilidad legal, religiosa o moral para poder participar en un proceso de muerte. Para todos nosotros son relativamente frecuentes los relatos de pacientes, amigos o familiares que han solicitado una muerte y que esta les ha sido negada. Mucho se ha hablado y escrito sobre las diferencias o similitudes que tienen la actitud de dejar morir evitando un encarnizamiento terapéutico, ayudar a morir aplicando una sedación con crecientes dosis de un opiáceo o provocar la muerte a través de la administración de una inyección letal. Al fin y al cabo, todas las acciones terminan con la vida de un paciente.

Los fines de la medicina

Suele resultarnos cómodo recitar que –como personal de salud– nos dedicamos a la prevención de las enfermedades, el alivio del dolor y el sufrimiento, a la atención y el cuidado de los enfermos y a evitar una muerte prematura. Estos conceptos, llamémoslos deontológicos o propios de la teoría de los deberes, son los que suelen priorizarse a la hora de definir los objetivos de la medicina. Ya no resulta siempre cómodo, en cambio, incluir otro precepto que es el de buscar la muerte tranquila. Este último forma parte de la reflexión bioética y médica de las últimas décadas, con idas y vueltas, convirtiéndose en una zona de disputas y divergencias. Lo concreto es que ayudar a morir encuentra resistencias por doquier y se suelen esgrimir distintos argumentos que son lejanos a la libertad de las personas. Pero, por otro lado, muchas veces –con la intención de lograr un final de vida apacible– es necesaria la ayuda de la medicina para evitar sufrimientos que no se mitigan de otra manera.

¿Puede un paciente solicitar la muerte?

La respuesta, definitivamente, es sí. Y esto fundamentalmente se debe a que la vida no es un deber sino un derecho. Disponer de su propia vida es un derecho inalienable de las personas sobre todo frente a un sufrimiento intolerable. Elegir la muerte es un acto de libertad que no puede ser sometido a categorías morales, a mayorías parlamentarias o a prohibiciones religiosas. Es un acto de autodeterminación que debe ser respetado y acompañado. El suicidio de las personas muestra una decisión absolutamente autónoma así como el suicidio asistido y la eutanasia no solo muestran autonomía sino también consentimiento informado. Es por ello que algunos consideran en la reflexión que la muerte médicamente asistida es un acto médico que no requiere una ley específica que lo permita, sino que debe ser considerado una terapéutica propia de la medicina y administrada a los pacientes incurables. De la misma manera, para algunos expertos y estudiosos del derecho penal[2], la indicación médica en conjunto con la decisión autónoma del paciente, fundamentada en el ejercicio del derecho constitucional a morir con dignidad, determina la ausencia de antijuridicidad de la conducta de eutanasia y suicidio asistido. Independientemente de que se carezca de una ley que avale la muerte médicamente asistida, la medicina no se encuentra huérfana de poseer un marco legal que permita una intervención sobre la muerte de algunos pacientes. Es por ello que la mal llamada Ley de muerte digna (26742) del año 2012[3], la aceptación que tenemos del rechazo al tratamiento, así como el artículo 19, único espacio de privacidad que observa en la Constitución Nacional, nos invitan a revisar posturas dogmáticas, la autonomía de los pacientes y la relación médico-paciente que se establece con los familiares de un enfermo.

Dignidad

Nadie puede juzgar si una vida es digna de ser vivida. Solo nos corresponde a cada uno de nosotros la evaluación de nuestra propia dignidad, por lo que la prolongación de la vida queda librada a cada una de las personas y no a la sociedad. Lamentablemente y una vez más, las libertades individuales son juzgadas por los demás o sometidas a imperativos tecnológicos que muchas veces tienen escasa evaluación sobre la conveniencia o futilidad de las estrategias terapéuticas. Tanto es así que, en el imaginario popular, se suele oír que los pacientes no se mueren solos sino que son llevados a la muerte por la decisión de los demás. El manejo del dolor también se encuentra en el banquillo de los acusados dado que, muchas veces, es la medicina la que evalúa el grado del dolor y no el propio paciente, olvidando que no hay principio ético más fundamental que el alivio del dolor innecesario. La subjetividad del dolor hace que, si bien tenemos maneras de intentar objetivarlo a través de distintas escalas, haya un gran espacio para la discrecionalidad del evaluador. Probablemente no sea lo mismo que intervenga en un moribundo un personal de la salud ligado a la religión que uno ateo. O peor aún, alguien que haga una medicina defensiva y no se sienta capaz de actuar objetivamente en ese momento.

Recibido: 2/9/21 Aceptado: 16/9/21

Lamentablemente hemos escuchado varias veces la incorporación de una visión religiosa sobre el dolor invitándonos a creer o compartir la idea de que el dolor nos redime o nos acerca a Dios. Sobre este aspecto tan arraigado en la sociedad es bueno recordar que no hay un Dios único, que en todo caso hay un Dios para cada una de las personas y que no hay un Dios para los ateos. Esto que resulta sencillo de comprender, sin embargo modula nuestras sociedades, que muchas veces no viven en democracia sino que conviven con lo que gustan y presionan para vivir en una teocracia. Los ejemplos de estas teocracias pululan por doquier y no hay que ir a remotos destinos, sino fijarse en nuestra misma región.

Ayudar o dejar morir

Esta diferencia es uno de los aspectos que más conflictúan no solo al personal de salud, sino también a la opinión pública. Muchas veces, las fronteras de esta dicotomía no son precisas y muchas veces las explicaciones se vuelven aún más complejas y confusas. Dejar morir sería algo así como interrumpir todo tipo de tratamiento y asumir la postura de los cuidados de confort para una mejor muerte. Es por ello que frecuentemente nos encontramos discutiendo qué significa la suspensión de un sostén vital que puede ir desde la falta de hidratación hasta la suspensión de la alimentación o directamente apagar un respirador. Cada una de estas estrategias impacta de manera diversa en nuestro imaginario. Lo proporcionado o desproporcionado de un tratamiento no siempre es fácil de llevar al terreno de las guías de atención médica. Tenemos poca aceptación del principio de duda y quien paga el precio de estas divergencias es siempre el paciente en momentos en los cuales ha perdido la autonomía o se lo considera *a priori* no autónomo. Ni que hablar de las leyes en las que algunos países han definido que algunas de estas actitudes no son punibles y en otros se consideran como homicidios. A pesar de los esfuerzos de la bioética aún se suelen escuchar las definiciones de eutanasia activa y eutanasia pasiva, conceptos más que perimidos al día de hoy. La sedación misma es considerada una terapia para algunos y un homicidio farmacológico para otros.

Conclusión

No hay conclusiones sino un llamado de atención para revisar términos, actitudes, estrategias y la aceptación de que la medicina debe intervenir en la ayuda a morir. De la misma manera, es fundamental que el personal de salud estimule las directivas anticipadas como expresión de la autonomía cuando un paciente no puede expresarse.Para ello se requiere que, en el centro de la escena, se ubique al paciente, sus deseos, su autonomía, propia o delegada, entendiendo que la muerte médicamente asistida es una estrategia médica, un acto de amor y la aceptación de la voluntad de un paciente.

Dr. Mario Sebastiani
Comité de Ética, Hospital Italiano de Buenos Aires.
Departamento de Clínica Tocoginecológica, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires.
Buenos Aires, Argentina.

REFERENCIAS

1. Nexo Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires [Internet]. Buenos Aires: Hospital Italiano de Buenos Aires. Departamento de Docencia e Investigación. 1995; 15(Supl. 1) [citado 2021 09 02]. Disponible en: http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?c=publicac&a=d&d=D309

2. Eutanasia: el derecho a morir dignamente [Internet]. El Grito del Sur. 2020 nov. 4 [citado 2021 sept 9]. Disponible en: https://elgritodelsur.com.ar/2020/11/eutanasia-derecho-a-morir-dignamente-nueva-zelanda.html.

3. Argentina. Congreso de la Nación. Ley 26.742. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2012 mayo 24 [citado 2021 sept 9]. Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm

Aprender de la práctica: Voluntariado universitario para el abordaje epidemiológico de casos y contactos estrechos de COVID-19. Una sistematización de experiencias

Morena Díaz, Bibiana L. Paesano, Ayelén R. Quiroga, Nicolás Huerta, Daniela V. Antinucci, Facundo J. Aguilera Castro, Liliana G. López, Constanza M. Piola, Nicolás Cacchiarelli San Román, María I. Staneloni, Valeria I. Aliperti, Ignacio Domenech y Nahuel Braguinsky Golde

RESUMEN

Introducción: desde el inicio de la pandemia de COVID-19 en la Argentina se estableció la identificación y seguimiento de casos y contactos estrechos como una estrategia clave para cortar la cadena de transmisión del virus. Desde el Hospital Italiano de Buenos Aires se desarrolló un circuito de llamados telefónicos a casos y contactos estrechos para brindar pautas de alarma, medidas de aislamiento domiciliario y detectar situaciones que requieran acciones de gestión.

Materiales y métodos: ante el aumento de casos en el mes de junio de 2020, el "Voluntariado para el Abordaje Epidemiológico de casos COVID-19 y detección de contactos estrechos" surge como propuesta para incorporar estudiantes de grado al circuito de llamados. Durante el período julio-octubre se desarrollaron tres cohortes consecutivas y participaron 51 estudiantes de distintas carreras de salud del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Este trabajo se enmarca en una sistematización de experiencias como propuesta metodológica para la cual se conformó un equipo integrado por coordinadores/as y estudiantes.

Objetivos: analizar el voluntariado implementado desde el marco de la sistematización de experiencias. Además, este trabajo se propone describir el desarrollo y las estrategias de capacitación, organización y comunicación e indagar en los sentidos que tuvo el voluntariado para los/as estudiantes.

Resultados: se contactó al 20% (n = 1226) del total de los 6068 casos positivos del Hospital Italiano de Buenos Aires en dicho período y se derivaron 195 acciones de gestión. Desde la perspectiva de los/as voluntarios/as se destacó la posibilidad de tener contacto con pacientes, desarrollar habilidades comunicacionales y sentir que aportaron un "granito de arena" en el contexto de pandemia.

Conclusiones: el voluntariado excedió los objetivos iniciales del circuito de llamados, para transformarse en un espacio de aprendizaje, intercambio y formación. Este trabajo invita a reflexionar sobre los perfiles profesionales del campo de la salud y a dialogar con propuestas formativas basadas en el aprendizaje complejo y el encuentro con escenarios reales.

Palabras clave: voluntariado, COVID-19, epidemiología, sistematización de experiencias.

LEARNING FROM PRACTICE: UNIVERSITY VOLUNTEERING FOR THE COVID-19 CASES AND CLOSE CONTACT TRACING. A SYSTEMATIZATION OF EXPERIENCES

ABSTRACT

Introduction: since the beginning of the COVID-19 pandemic in our country, the identification of COVID-19 cases and close contact tracing has been established as a key strategy to cut the chain of contagion. The Hospital Italiano de Buenos Aires created a phone call circuit to provide preventive measures and detect situations that require additional actions.

Because of the increase in COVID-19 cases in June 2020, the "Volunteering for the COVID-19 cases and close contact tracing" emerged as a proposal to incorporate undergraduate students to the phone call circuit. During the period July to October, three consecutive volunteer cohorts took place and 51 students from different health careers from the Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires participated.

Methodology: this work is based on a systematization of experiences as a research method for which a team made up of coordinators and students was formed.

Objectives: analyze the volunteering implemented from the framework of the systematization of experiences. Also, this work proposes to describe the development of the volunteering and the formation, organization and communication strategies and helped to know the meanings assigned by the students to the volunteering.

Recibido: 8/04/21 Aceptado:11/08/21

Área de Investigación en Salud Poblacional (M.D.), Departamento de Investigación; Epidemiología (A.RQ., D.V.A., V.I.A., N.B.G.), Departamento de Calidad; Comité de Control de Infecciones (M.I.S.), Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciclo de Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica (B.L.P.), Carrera de Medicina (N.H., F.J.A.C., I.D.), Carrera de Licenciatura en Enfermería (L.G.L.), Departamento de Alumnos (C.M.P., N.C.S.R.), Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
Correspondencia: diazmorena.aa@gmail.com

Results: the 20% (n = 1226) of the total 6068 Hospital Italiano de Buenos Aires cases were contacted by volunteers and 195 additional actions were executed. From the perspective of the volunteers, they highlighted the possibility of having contact with patients, involving communication skills and feeling that they made a contribution in the context of a pandemic
Conclusion: the volunteering exceeded the initial objectives of the proposal, to become a place for learning, exchange and personal growth. This work invites us to reflect on the professional roles in the health field and to dialogue with educational programmes based on complex learning and encounters with real scenarios.

Key words: volunteering, COVID-19, epidemiology, systematization of experiences.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2021; 41(3): 110-118.

INTRODUCCIÓN

Ante la emergencia sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19, los sistemas de salud de todo el mundo recurrieron a diversas estrategias para poder dar respuesta a cada escenario epidemiológico. Las instituciones universitarias han desarrollado programas de extensión y/o voluntariados con estudiantes de carreras de ciencias de la salud para incentivar su participación en actividades que den soporte al sistema. Por ejemplo: tareas asistenciales, actividades preventivas y de seguimiento de casos, relevamiento bibliográfico, producción de materiales de comunicación, asistencia y acompañamiento a grupos de riesgo o a personas en aislamiento domiciliario de forma telefónica[1-6].

En Hispanoamérica se han desarrollado diversas experiencias impulsadas por universidades públicas y privadas[7-9]. En la Argentina, algunas universidades han establecido convenios con el Ministerio de Salud de la Nación y de las provincias para que los/as estudiantes brinden apoyo a los equipos de salud en campañas de vacunación, rastreo, triage y acompañamiento a casos y contactos estrechos de COVID-19, así como en la producción y entrega de elementos de protección personal[8-12].

Desde el inicio de la pandemia, el Ministerio de Salud de la Nación estableció la identificación y seguimiento de contactos estrechos de COVID-19 como una estrategia clave para cortar la cadena de transmisión del virus[13]. Desde la Sección de Epidemiología del Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) se estableció un circuito de llamados telefónicos a casos COVID-19 y contactos estrechos (CE). El "Abordaje Epidemiológico de casos COVID-19 y CE" (AE) tuvo como fin constatar datos epidemiológicos, informar sobre medidas de aislamiento domiciliario, pautas de alarma y detectar CE de riesgo. Además, se articuló con las áreas de epidemiología de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires para el seguimiento de CE.

Ante el aumento de casos de COVID-19 en el Área Metropolitana de Buenos Aires durante el mes de junio de 2020, desde el HIBA y el Instituto Universitario del HIBA (IUHIBA), se diseñó una propuesta de Voluntariado Universitario para convocar a estudiantes de grado a participar del AE.

El "Voluntariado para el Abordaje Epidemiológico de casos COVID-19 y detección de contactos estrechos" (VOLCOV) contó con la participación de 51 estudiantes de cuatro carreras del IUHIBA. Se desarrollaron tres cohortes consecutivas entre julio-octubre de 2020.

Con relación a esta experiencia, algunos estudios destacan que los voluntariados desarrollados en contexto de pandemia, además de colaborar y dar soporte al sistema de salud, aportan beneficios a la trayectoria educativa de los/as estudiantes. Varias investigaciones realizadas en diferentes países demostraron que, mediante la participación en estas experiencias, los/as estudiantes pudieron adquirir competencias comunicacionales, habilidades profesionales y de liderazgo, aproximarse al funcionamiento del sistema de salud y sentirse útiles en el contexto de pandemia[1,3,4,6]. Además, afirman la importancia de brindar capacitación y apoyo a los grupos de estudiantes y generar incentivos para que participen de estas propuestas[1,5,6,14]. Las publicaciones sobre tales iniciativas en la Argentina son escasas y, si bien describen las actividades realizadas en el marco de voluntariados universitarios, no incluyen la perspectiva de los/as estudiantes sobre su participación en dichas propuestas[8,11,12,15].

El objetivo de este trabajo es analizar el voluntariado implementado en nuestra institución desde el marco de la sistematización de experiencias. Esta propuesta epistemológica y metodológica posibilita producir y comunicar conocimientos a partir de prácticas que intervienen en un contexto específico[16,17].

Nuestro eje está orientado a describir el desarrollo y las estrategias de capacitación, organización y comunicación del voluntariado, así como reflexionar sobre los sentidos que emergen en torno a la participación de estudiantes en el AE. Para ello, se conformó un Equipo de Sistematización (EqS) que incorporó a estudiantes que participaron del voluntariado. Consideramos que sistematizar el trabajo realizado nos permitirá reflexionar, comunicar y hacer dialogar nuestra experiencia con otras propuestas de voluntariado universitario, no solo desde la mirada de la coordinación sino también desde los/as estudiantes involucrados/as.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una sistematización de experiencias[16,17]. Se llevó a cabo una convocatoria a estudiantes que participaron

del VOLCOV y se los/as seleccionó en función de su motivación para integrar el equipo.

Se conformó el EqS con 5 estudiantes de ciencias de la salud (3 de Medicina, 1 de Enfermería y 1 de Instrumentación Quirúrgica) y el equipo de coordinación del voluntariado (1 socióloga, 3 médicos/as, 2 antropólogas/os, 1 nutricionista y 1 comunicadora). Este último grupo se encargó de la planificación de las reuniones y del seguimiento de los/as estudiantes.

Durante diciembre de 2020 y marzo de 2021 se realizaron encuentros semanales virtuales. Además se desarrolló trabajo asincrónico para la planificación de las actividades, lectura bibliográfica, escritura individual y grupal y análisis de las fuentes de información. Así se discutieron los objetivos de esta sistematización, los ejes, dimensiones iniciales y emergentes y se desarrolló la escritura colectiva de este trabajo. En la figura 1 se presentan las dimensiones y fuentes de información utilizadas.

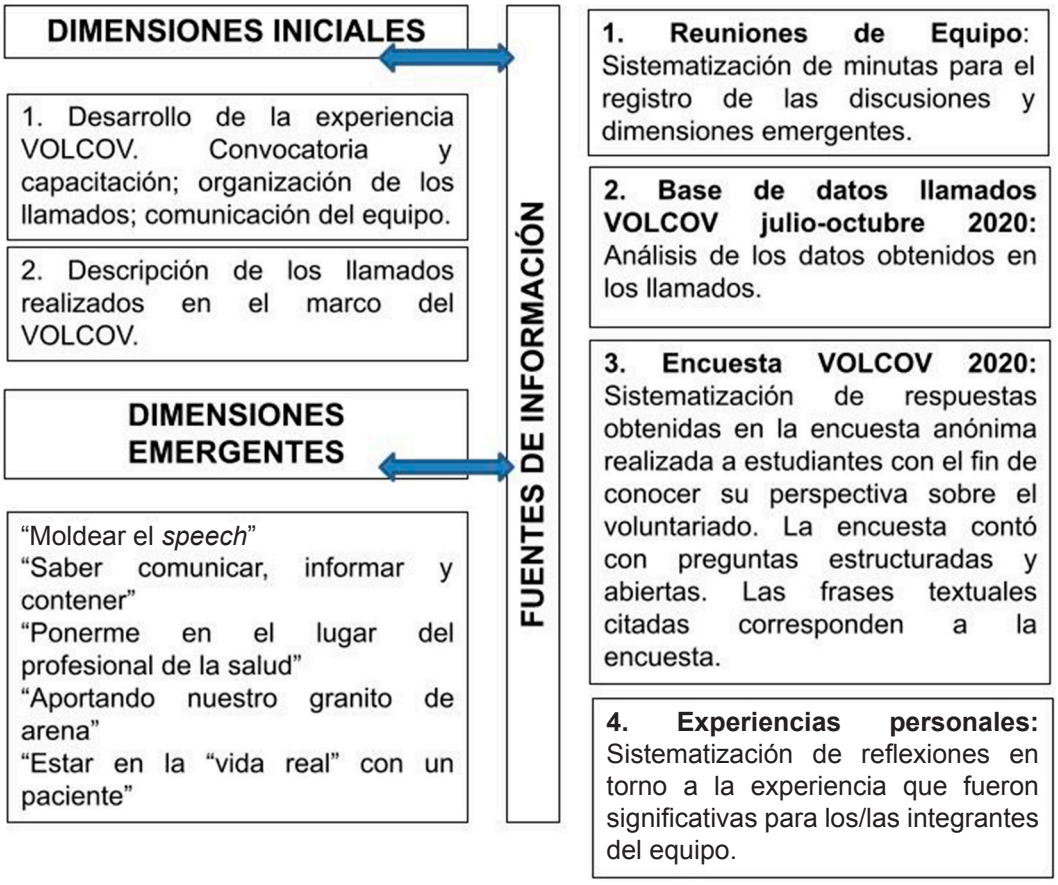
Las fuentes de datos se trabajaron de forma anónima. Este proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Protocolos de Investigación del IUHIBA, PROYECTO 0041-20.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA DEL VOLCOV

Se realizaron tres convocatorias sucesivas durante el período julio-octubre de 2020. Se inscribieron 85 estudiantes, de los que finalmente participaron 51 de las siguientes carreras: Enfermería (13), Instrumentación Quirúrgica (3), Medicina (31) y Farmacia y Bioquímica (4). De los 51, 8 participaron en más de una cohorte.

Cada cohorte se desarrolló durante cuatro semanas (Fig. 2). Se realizaron llamados entre las 11 y las 15 horas. La carga horaria semanal por estudiante fue de 3 horas divididas en dos días.

A continuación se describen las estrategias para la organización del VOLCOV.



VOLCOV: Voluntariado para el Abordaje Epidemiológico de casos COVID-19 y detección de contactos estrechos.

Figura 1. Dimensiones y fuentes de información de la Sistematización de Experiencias. Fuente: elaboración propia.

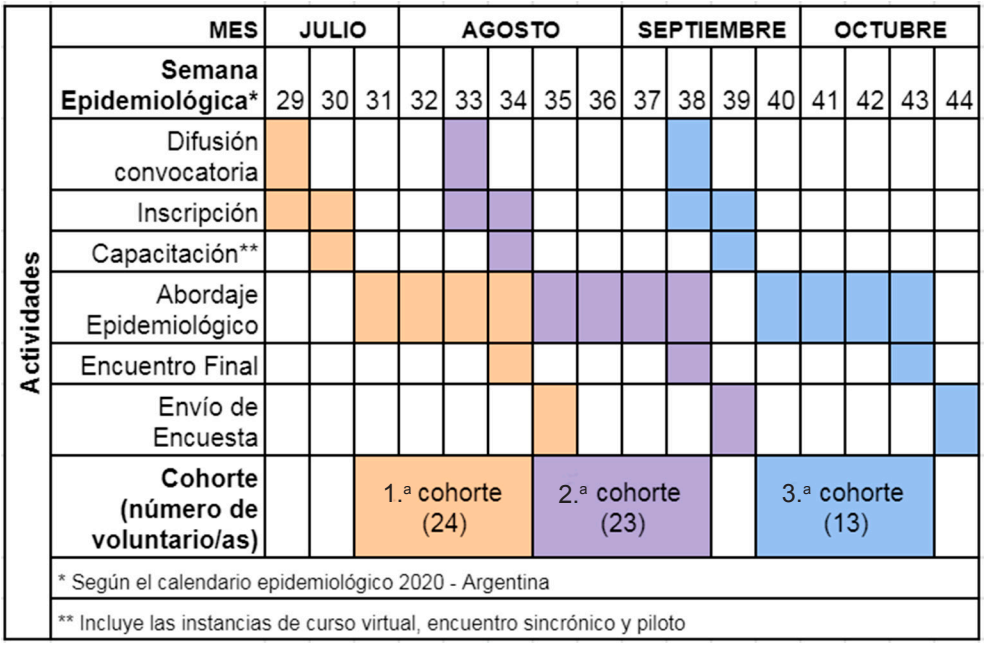


Figura 2. Desarrollo de actividades de las 3 cohortes del VOLCOV por semana epidemiológica. Fuente: elaboración propia.

a) Convocatoria y capacitación

Se diseñó un *flyer* con las bases del voluntariado y se llevaron a cabo estrategias de difusión vía *e-mail* y en redes sociales; además, el "boca en boca" entre los/as estudiantes facilitó la divulgación de la propuesta.

Finalizada la inscripción, los/as voluntarios/as realizaron un curso virtual disponible en la plataforma Mis Cursos[1]. El curso brindó herramientas para conocer el circuito de AE mediante material de lectura, preguntas frecuentes, modelo de *speech* y videos con *role playing* de los llamados.

Conformada cada cohorte, se realizó un encuentro virtual para intercambiar inquietudes, conocernos y generar un sentido de grupalidad. Los/as estudiantes llamaron a un caso confirmado a modo de prueba piloto lo que permitió "romper el hielo" y familiarizarse con el *speech*, así como con el registro de la información.

Los/as estudiantes destacaron que el *speech*, el *role playing* y el piloto facilitaron la preparación para "salir a campo" y permitieron identificar las actividades que se iban a realizar.

b) Organización de los llamados

Se seleccionaron casos positivos de pacientes ambulatorios que fueron luego asignados al azar a cada estudiante. Se priorizaron afiliados al Plan de Salud del HIBA, ya que era más probable que accedieran a los resultados con mayor rapidez en comparación con otras coberturas.

Como los/as voluntarios/as no tienen acceso a la Historia Clínica Electrónica y a fin de conservar la confidencialidad, se crearon carpetas que contenían la ficha epidemiológica de cada caso y tablas de Excel® para el registro de la información relevada en los llamados.

Cada llamado se orientó a recabar datos clave para el seguimiento epidemiológico tales como el domicilio y número telefónico de los casos y se relevaron datos de CE (convivientes, sociales y laborales). Además, se brindaron pautas de alarma, medidas de cuidado para el aislamiento domiciliario y teléfonos útiles.

c) Comunicación dentro del equipo

Se conformó un grupo de WhatsApp® por cada cohorte como un espacio para intercambiar preguntas y resolver colectivamente las inquietudes que se presentaron al momento de los llamados.

Cada semana, el equipo coordinador envió el resumen de la cantidad de llamados y acciones realizadas. Este informe daba cuenta del impacto que tenía el voluntariado en términos numéricos y renovó el entusiasmo de continuar con la propuesta.

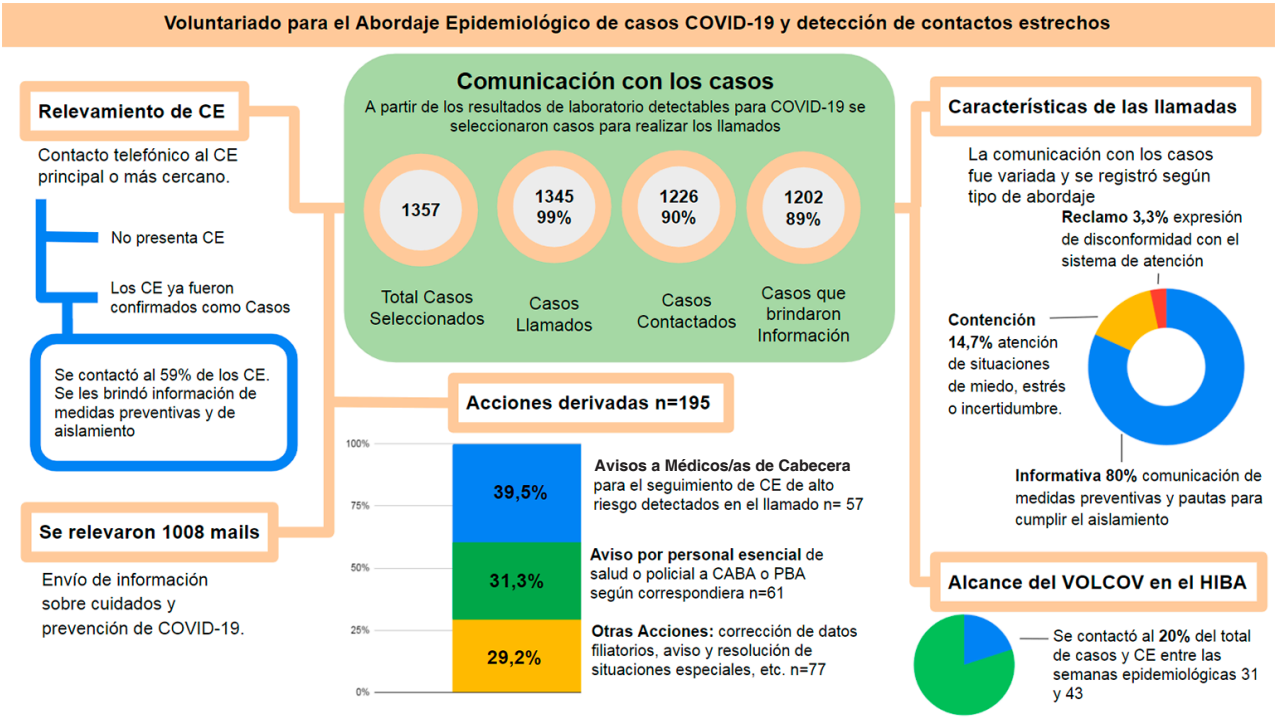
Por último, se realizó un encuentro virtual sincrónico al finalizar cada una de las cohortes con el objetivo de intercambiar sobre la experiencia vivida.

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

Características de los llamados

En la siguiente figura se describe el número de casos asignados y llamados realizados, acciones gestionadas y sus características.

[1]Plataforma virtual de capacitaciones al personal del HIBA/IUHIBA.



CE: contacto estrecho.
CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
PBA: Provincia de Buenos Aires.
VOLCOV: Voluntariado para el Abordaje Epidemiológico de casos COVID-19 y detección de contactos estrechos.

Figura 3. Descripción de los llamados realizados, características y acciones gestionadas en el marco del VOLCOV. Fuente: elaboración propia.

Como se observa en la figura, desde el VOLCOV se contactó al 20% del total de positivos del HIBA en julio-octubre de 2020 (n = 6068). Los llamados se clasificaron mayormente como informativos, pero también se registraron en un 14% abordajes de "contención". Se derivaron 195 acciones, lo que refuerza el alcance de esta experiencia en un contexto epidemiológico de gran aumento de casos.

El VOLCOV desde la perspectiva de los/as estudiantes

La encuesta realizada a los/as estudiantes tuvo una tasa de respuesta del 70%. Como se observa en el cuadro 1, más del 95% calificó su experiencia como muy buena/buena. La capacitación virtual y el papel de la coordinación también fueron considerados como muy buenos/buenos en más del 95% de las respuestas.

Para el análisis de las preguntas abiertas se compartieron las respuestas anonimizadas, se realizó una lectura individual y se definieron dimensiones emergentes de análisis que dan cuenta de la experiencia del VOLCOV desde la perspectiva de los/as estudiantes.

"Moldear el *speech*"

Los/as estudiantes señalaron que el *speech* para presentarse ante los casos y CE les fue de gran utilidad, ya que significó una guía y ayuda-memoria para la comunicación. Sin embargo, destacaron que existía cierto nivel de "incertidumbre" ante cada llamado.

La diversidad de situaciones surgidas en los llamados incentivaba a la "improvisación" y creatividad por parte de los/as estudiantes, para poder dar respuesta a las inquietudes, dudas y demandas de las personas contactadas. Por ejemplo, surgían situaciones en las cuales el caso no tenía condiciones "adecuadas" para aislarse. Aquí el abordaje se podría haber enfocado desde un punto de vista "mecánico"; sin embargo, fue necesario "moldear el *speech*" y adaptar la información a cada llamado.

La singularidad de los casos y su abordaje implicó un aprendizaje constante que, si bien partió de los materiales brindados, no se limitó a estos. Los/as estudiantes destacaron que, en los primeros llamados, el *speech* no estaba tan "aceitado"; sin embargo, con el correr del voluntariado, lograron adaptar las pautas de cada llamado a la necesidad concreta que se desprendió de cada situación, tal como refiere una voluntaria:

Cuadro 1. Calificación de la experiencia personal, capacitación y coordinación del voluntariado. Fuente: elaboración propia

	¿Cómo calificarías tu experiencia en el voluntariado? (n=42)	¿Qué te pareció el curso virtual como propuesta de capacitación (tener en cuenta contenidos, formato, actividad final)? (n = 41)	¿Cómo calificarías el papel de la coordinación del voluntariado? (n = 42)
Muy buena	90,48% (38)	68,29% (28)	97,62% (41)
Buena	4,76% (2)	26,83% (11)	2,38% (1)
Regular	2,38% (1)	4,88% (2)	0
Mala	0	0	0
Muy mala	2,38%(1)	0	0

A pesar de que el contacto es telefónico, aún se pone a prueba el resolver inquietudes y brindar herramientas junto con el aprendizaje de hablar con los pacientes y sus contactos (...) Fue todo un desafío aprender a mezclar la agenda de lo que el paciente quiere dar o preguntar y la información que yo debía de obtener.

"Saber comunicar, informar y contener"

En este sentido, los/as voluntarios/as remarcaron que la experiencia les permitió poner en práctica "tecnologías blandas"[18]. Estas refieren a habilidades que permiten escuchar y comunicarse con las personas considerando las singularidades de cada situación:

Sin dudas, desde el lado asistencial, creo que uno puede contribuir aun sin ser médico profesional. Me aportó mucho desde el lado del trato y la empatía con el otro. Del saber comunicar, informar y contener cuando sea necesario.

Se jerarquizaron la "empatía", la "escucha activa", el "trato" y la "oralidad" como habilidades comunicacionales que se pudieron poner en práctica mediante la participación en el VOLCOV.

"Ponerme en el lugar del profesional de salud"

El llamado telefónico requirió una escucha de las necesidades e inquietudes de la persona que demandó una posición activa de los/as estudiantes:

Me ayudó a perder un poco el miedo de ponerme en el lugar del profesional de salud, escuchar, aconsejar, no saber y tener que preguntar. Posicionarme del lado del médico, actuar y no solo mirar o escuchar a otros siempre como hacemos en general como estudiante.

En este sentido, destacaron que pudieron "actuar" y asumir un rol como profesionales de la salud corriéndose del "mirar" asociado a su posición de estudiantes. Además, se habilitó el espacio para consultar aquello que no se podía resolver o no se sabía, lo que permitió cuestionar, en palabras de Elena de la Aldea, "la imposibilidad de decir *no puedo*", característica de la "subjetividad heroica" que asumen los profesionales de la salud desde sus trayectorias formativas[19].

Consideramos entonces, que se habilitó cierto espacio de autonomía, que permitió el desarrollo de competencias y de confianza personal, que serán de ayuda tanto en el "futuro profesional" como en sus trayectorias presentes como estudiantes.

"Aportando nuestro granito de arena"

Los/as estudiantes destacaron el aspecto formativo del VOLCOV que les permitió conocer protocolos vigentes y ser parte de un circuito de gestión de casos a nivel institucional. Aparece también en sus respuestas la idea de sentirse "útiles" en el contexto de pandemia:

Me ayudó a ver la cantidad de roles útiles, e igual de importantes, que podemos tener como profesionales en situaciones extremas como estas, sin estar en la primera línea de acción.

En un escenario histórico en el que los/as profesionales de la salud tuvieron un papel protagónico, el voluntariado les permitió a los/as estudiantes sentir que aportaban su "granito de arena". Identificar CE de riesgo, brindar información y contener a una persona en un llamado, si bien no se asocian a la "primera línea de acción", forman parte importante de las estrategias de contención de la pandemia. Al trabajar sobre "escenarios reales"[20-22], se pudieron repensar los roles preponderantes de los profesionales de la salud, enfocados muchas veces en el aspecto asistencial y secundariamente en la prevención.

"Estar en la 'vida real' con un paciente"

Las/los voluntarias/os también se refirieron de forma positiva a la posibilidad de relacionarse, en muchos casos por primera vez, con pacientes y destacaron que tuvieron que "salir de su zona de confort" identificada en el ámbito

físico del hospital y de la universidad como espacio donde se desarrollan las prácticas:

Me gustó tener la posibilidad de poder ayudar aunque sea desde casa. Y fue muy interesante esta nueva forma de accionar a la distancia.

Al estar realizando el llamado telefónico a personas que también se encontraban en sus domicilios, nos surgieron algunas preguntas: ¿Cómo encontrar palabras para acompañar en un llamado telefónico cuando no puedo ver los gestos de la otra persona y ella no puede verme? Si el uniforme médico tradicionalmente fue una fuente de autoridad implícita para los profesionales, ¿cómo generar confianza? ¿Cómo dar cuenta de nuestra "autoridad" para solicitar datos a la persona e indagar en sus redes y cuidados? ¿Hasta dónde?

Como refiere Merhy, en relación con la atención domiciliaria, "allí, el ambiente nos estimula a pensar diferente, a adecuar nuestras prácticas para adaptarnos a la forma de vida de aquella persona y de su familia, a desnudarnos de los tantos juicios de valor que cargamos"[23]. Consideramos el VOLCOV, entonces, como una oportunidad para repensar los abordajes en salud desde otros espacios; ya no solamente *en* los servicios de salud, sino también *desde* "los territorios en los que transcurre la vida"[23].

Además, el ejercicio reflexivo que se desprende de estas líneas nos permite enmarcar la experiencia dentro de las propuestas de "aprendizaje-servicio". Esto último, en tanto, se gestó la posibilidad de habilitar la participación activa e implicada de los/as estudiantes con un aprendizaje significativo de habilidades, conocimientos y valores[21,22]. En el cuadro 2 se comparten otros fragmentos de la encuesta según dimensión.

DISCUSIÓN

A lo largo de este trabajo se sistematizó la experiencia del **"**Voluntariado para el Abordaje Epidemiológico de casos COVID-19 y detección de contactos estrechos" en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Se describieron las estrategias para la organización de la propuesta y su alcance para el abordaje epidemiológico en la institución. La participación de estudiantes en el AE fue "moldeando" también el proceso de trabajo gestionado por la coordinación del VOLCOV. Las estrategias de capacitación, organización de los llamados y comunicación del equipo se fueron modificando sobre la base de la experiencia de las distintas cohortes y sugerencias que realizaron los/as voluntarios/as. La complejidad del abordaje de los llamados implicó además dar respuesta a situaciones emergentes que se corrían del circuito establecido. El acompañamiento desde la coordinación supuso un proceso de retroalimentación constante entre la estructura y los objetivos de la propuesta, y las situaciones particulares de cada llamado, las trayectorias individuales y la impronta de cada grupo de estudiantes.

Como resaltan algunas investigaciones, la participación en experiencias de voluntariado universitario impactan positivamente en la autoestima, confianza personal y desempeño académico de los/as estudiantes[24], así como promueven la adquisición de nuevos conocimientos y el ejercicio de una ciudadanía responsable[24-26]. Asimismo son una oportunidad para desarrollar competencias personales, sociales y ocupacionales y fortalecer el sentido de pertenencia y comunidad[26], al trabajar en escenarios reales, como se propone desde el "aprendizaje-servicio"[21,22].

En el campo de las ciencias de la salud, la formación de profesionales ha estado históricamente atravesada por una perspectiva biologicista y fragmentada del conocimiento, basada en el modelo médico hegemónico[27], con pocas oportunidades para el contacto con la realidad social[20]. En este sentido, la participación en el voluntariado permitió a los/as estudiantes entrar en contacto con pacientes, en muchos casos por primera vez y poder generar diálogos entre la teoría y las diferentes situaciones que les tocó acompañar.

El proceso de sistematización nos permitió reflexionar sobre los modos de enseñar y aprender en salud, donde el diseño curricular demora en encontrarse con la práctica más artesanal de la profesión. La experiencia del voluntariado va en línea con las propuestas de cambio curricular en carreras de medicina, donde se incorporan prácticas en terreno desde años más tempranos de formación y se promueve el "aprendizaje complejo"[8], el cual implica "integrar conocimientos, habilidades y actitudes, y luego transferir lo aprendido a la realidad"[29]. En nuestro caso pudimos observar que además se repensaron los roles profesionales en salud, se jerarquizaron las estrategias de prevención y promoción de la salud[30] y se pudieron poner en práctica "tecnologías blandas".

Dado el contexto de pandemia, este voluntariado estuvo marcado por la incertidumbre y el dinamismo. Los momentos críticos, sin embargo, nos invitan a crear nuevas y tal vez mejores intervenciones. Tal como afirma Merhy, la producción de actos de salud posibilita "la construcción de nuevos valores, comprensiones y relaciones, pues hay espacio para la invención"[18].

Por lo tanto, consideramos el VOLCOV como un *espacio para la invención,* que posibilitó el desarrollo de habilidades blandas, permitió el acercamiento a "pacientes reales", potenció el aprendizaje complejo y aportó nuevos sentidos al proceso de trabajo gestionado por la coordinación.

CONCLUSIONES

El proceso de sistematización nos permitió reflexionar sobre una intervención realizada en el contexto de pandemia de COVID-19. El voluntariado amplió el alcance del Abordaje Epidemiológico en la institución y, al mismo tiempo, excedió los objetivos iniciales para transformarse en un espacio de aprendizaje, intercambio y formación.

Cuadro 2. Fragmentos extraídos de la encuesta según dimensiones emergentes. Fuente: elaboración propia.

"Moldear el *speech*"		
"Gran variedad en las reacciones e inquietudes de la gente, lo que lleva a uno a improvisar y salirse del *speech* pautado"	"Las llamadas son muy distintas entre sí dependiendo de la personalidad y contexto del caso, pero en general fueron buenas experiencias"	"Poder resolver situaciones que se 'salen' del esquema que uno tiene previsto"
"Saber comunicar, informar y contener"		
"Más que nada te ayuda mucho a poner en práctica habilidades de comunicación y en cierta manera te desafía a resolver situaciones que puedan surgir"	"Poder poner en práctica las habilidades vinculadas con el trato con el paciente además de practicar la oralidad. Es decir, ser claro, preciso y ordenado para realizar las preguntas y brindar información	"Habilidades de comunicación, empatía, trabajo cooperativo en equipo, resolución de problemas, escucha activa"
"Ponerme en el lugar del profesional de salud"		
"Hablar con pacientes siempre suma, y uno va adoptando formas y lenguaje que seguro usará en un futuro profesional"	"Poder contener a cada paciente en cada llamado fue muy hermoso y a la vez me acerca un poco a lo que es una enfermera con sus pacientes. Poder contenerlos y brindarles información para su cuidado y de su familia"	"Este año fue excepcional, por eso creo que este voluntariado me permitió sentirme parte y útil en este contexto. Incluso me generó más ansias de recibirme para poder estar del otro lado atendiendo a pacientes personalmente"
"Aportando nuestro granito de arena"		
"Está bueno sentir que desde nuestro rol de estudiantes estamos aportando nuestro granito de arena al sistema de salud. También es lindo que la gente te agradezca la atención y la contención"	"Formar parte del voluntariado me permitió conocer (aunque sea de forma aproximada) y dimensionar la complejidad y dificultad que implica llevar a cabo estrategias que forman parte de un Plan de Contingencia, las cuales a simple vista parecen sencillas"	"El contacto con personas en situaciones críticas me hizo sentir que en medio de la pandemia es posible sumar"
"Estar en la 'vida real' con un paciente"		
"Como estudiante de primer año, yo no había tenido prácticas (por la Pandemia) y fue el primer acercamiento que tuve a pacientes reales"	"El estar en 'vida real' con un 'paciente' y sobrellevar el momento, saber cómo tratarlo, qué decirle, tener empatía"	"Me gustó el desafío de hablar con pacientes y tener que responder sus dudas y brindar apoyo. Mi experiencia fue más positiva de lo imaginado porque cuando hacía los llamados, muchos se encontraban preocupados y con la necesidad de hablar con alguien que los tranquilice y resuelva sus dudas, lo que me hacía sentir útil"

AGRADECIMIENTOS

A los/as voluntarios/as que participaron, por dedicar su tiempo y compromiso. A Julia Saulino, por la lectura atenta y los comentarios enriquecedores. Al Departamento de Investigación del IUHIBA, por posibilitar la inclusión de estudiantes como investigadores/as. Al equipo de Epidemiología, por la articulación en la implementación del abordaje epidemiológico.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Bazan D, Nowicki M, Rzymski P. Medical students as the volunteer workforce during the COVID-19 pandemic: Polish experience. Int J Disaster Risk Reduct. 2021;55:102109. doi: 10.1016/j.ijdrr.2021.102109.
2. Kinder F, Harvey A. Covid-19: the medical students responding to the pandemic. BMJ. 2020;369:m2160. doi: 10.1136/bmj.m2160.
3. Office EE, Rodenstein MS, Merchant TS, et al. Reducing social isolation of seniors during COVID-19 through medical student telephone contact. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(7):948-950. doi: 10.1016/j.jamda.2020.06.003.
4. Haines MJ, Yu ACM, Ching G, et al. Integrating a COVID-19 volunteer response into a Year-3 md curriculum. Med Educ. 2020;54(10):960-1. doi: 10.1111/medu.14254.
5. Lazarus G, Findyartini A, Putera AM, et al. Willingness to volunteer and readiness to practice of undergraduate medical students during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey in Indonesia. BMC Med Educ. 2021;21(1):138. doi: 10.1186/s12909-021-02576-0.
6. Chawłowska E, Staszewski R, Lipiak A, et al. Student volunteering as a solution for undergraduate health professions education: lessons from the COVID-19 pandemic. Front Public Health. 2021;8:633888. doi: 10.3389/fpubh.2020.633888.
7. Hernández-García F, Góngora-Gómez O. Rol del estudiante de ciencias médicas frente a la COVID-19: el ejemplo de Cuba. Educ Méd. 2020;21(4):281-2. doi: 10.1016/j.edumed.2020.05.002.
8. Núñez-Cortés J, Reussi R, García Diéguez M, et al. COVID-19 y la educación médica, una mirada hacia el futuro. Foro Iberoamericano de Educación Médica (FIAEM). Educ Méd. 2020;21(4):251-8. doi: 10.1016/j.edumed.2020.06.004.
9. Márquez Zárate MÁ. Gobernanza y voluntariado universitario ante la pandemia del Covid-19: estudio sobre España, Argentina y México. Encrucijada, Revista Electrónica del Centro de Estudios en Administración Pública. 2020;0(36):120-40. doi: 10.22201/fcpys.20071949e.2020.36.76276.
10. Causa M, Lastra KF. Universidades públicas de la Región Metropolitana: algunas líneas estratégicas de acción para garantizar la inclusión en el contexto de la Pandemia Covid-19. Trayectorias Universitarias. 2020;6(10):029–029. doi: 10.24215/24690090ee029.
11. Cruz Tolosa DB. Juventudes y prácticas solidarias: la experiencia del Voluntariado Regional de la UNICEN frente a la Pandemia Covid-19 [Internet]. Margen. 2021 [citado 2021 abril 28];(100). Disponible en: https://www.margen.org/suscri/margen100/Tolosa-100.pdf.
12. Saucedo PR, Barcelone C, Tanta Rivera B. Barbijos sociales [resumen] [Internet]. Presentado en: V Jornada Internacional y IV Jornada Estudiantil de Endodoncia "A"; 2020 septiembre 16; La Plata, Pcia. de Buenos Aires, Argentina [citado 2021 abril 29]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/107820/Resumen.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.handle/10915/105811.
13. Argentina. Ministerio de Salud. Identificación y seguimiento de contactos: recomendaciones para equipos de salud [Internet]. [Buenos Aires: el Ministerio]; 2020 [citado 2021 marzo 31]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Identificacion-y-seguimiento-de-contactos.
14. O'Byrne L, Gavin B, McNicholas F. Medical students and COVID-19: the need for pandemic preparedness. J Med Ethics. 2020;46(9):623-6. doi: 10.1136/medethics-2020-106353.
15. Tauber AFA. La UNLP frente al COVID-19: acciones, articulaciones y estrategias desplegadas para la prevención, monitoreo y control de la pandemia, y el fortalecimiento del sistema público de salud [Internet]. En: Saintout F, comp. Las universidades no se distancian: solidaridad, conocimiento y políticas públicas. La Plata: EDULP; 2020 [citado 2021 abril]. p. 139-158. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/112683.
16. Barnechea García MM, Morgan Tirado ML. La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. Tend Retos. 2010;(15):97-107.
17. Jara Holliday O. Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias [Internet]. Centro de estudios y publicaciones Alforja. 2013;1-17 [citado 2021 abril]. Disponible en: http://www.bibliotecavirtualrs.com/wp-content/uploads/2013/08/Orientaciones_teorico-practicas_para_sistematizar_experiencias.pdf.
18. Merhy EE, Camargo Macruz Feuerwerker L, Burg Ceccim R. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. Salud Colect. 2006;2(2):147-160. doi: 10.18294/sc.2006.62.
19. de la Aldea E, Lewkowicz I. La subjetividad heroica: un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud [Internet]. 2014 [citado 2021 marzo 13]. Disponible en: Available from: http://lobosuelto.com/wp-content/uploads/2018/07/la_subjetividad_heroica_escrito_por_elena_de_la_aldea.pdf.
20. Silberman MS, Pozzio MR. La enseñanza de la medicina en debate: prácticas formativas en la realidad social y su impacto en las representaciones de los estudiantes sobre el rol profesional. Trayectorias Universitarias. 2015;1(1):83-95.
21. Martínez M. Aprendizaje servicio y construcción de ciudadanía activa en la universidad: la dimensión social y cívica de los aprendizajes académicos. En: Martínez M. Aprendizaje servicio y responsabilidad social de las universidades. Barcelona: Octaedro; 2008. p. 7-11.
22. Ortiz A. Aprender a ser: contributos de la pedagogía del aprendizaje-servicio para la construcción de la ciudadanía en la Universidad. En: González Faraco JC, coord. Identidades culturales y educación en la sociedad mundial. Huelva: Universidad de Huelva; 2012.
23. Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, et al. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. Salud Colect. 2016;12(1):113-123. doi: 10.18294/sc.2016.874.
24. Clerkin RM, Paynter SR, Taylor JK. Public service motivation in undergraduate giving and volunteering decisions. Am Rev Public Admin. 2009;39(6):675-98. doi: 10.1177/0275074008327512.
25. Epure M. Learning about volunteering–a path to personal development. Rev Appl Socio- Econ Res. 2013;5(1):61-8.
26. Ferreira PD. Concepções de cidadania e experiências de participação na sociedade civil: uma perspectiva do desenvolvimento psicológico. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto; 2006.
27. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8(1):185-207. doi: 10.1590/S1413-81232003000100014.
28. van Merriënboer J KPA, Kirschner PA. Diez pasos para el aprendizaje complejo: un acercamiento sistemático al diseño instruccional de los cuatro componentes. [s.l.]: Aseguramiento de la Calidad en la Educación y en el Trabajo; 2010.
29. Saulino JC, Sánchez MN, Busaniche JN et al. Planificación de actividades de enseñanza en un currículo integrado: el riesgo de la "desintegración." Rev Hosp Ital B.Aires. 2020;40(3):132-9.
30. Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. Cad Saúde Pública. 1999;15(4):701-9. doi: 10.1590/S0102-311X1999000400004.

Resección transoral de la apófisis estiloides por síndrome de Eagle. Caso clínico

Ivo Bedini, Carlos Alberto Ciraolo, Gustavo Lucas Garategui y Carlos Santiago Ruggeri

RESUMEN

El síndrome de Eagle está caracterizado por una elongación o una curvatura medial excesiva de la apófisis estiloides o por una calcificación del ligamento estilohioideo que puede provocar dolor cervicofacial o síntomas neurológicos por la compresión de los vasos o nervios del cuello.

El tratamiento más eficaz es el quirúrgico y consiste en la resección de la apófisis estiloides; puede ser realizado por vía externa o mediante un abordaje transoral.

Se describe el caso clínico de un paciente con síndrome de Eagle que fue tratado con éxito mediante un abordaje transoral, sin amigdalectomía y con asistencia de endoscopios.

Palabras clave: síndrome de Eagle, resección transoral, apófisis estiloides, cirugía endoscópica.

TRANSORAL RESECTION OF THE STILOYD PROCESS FOR EAGLE SYNDROME. CASE REPORT

ABSTRACT

Eagle syndrome is characterized by an elongation or excessive medial curvature of the styloid process or calcification of the stylohyoid ligament that can cause cervicofacial pain or neurological symptoms due to compression of the vessels or nerves of the neck.

The most effective treatment is surgical and consists of resection of the styloid process, it can be performed by externally or through a transoral approach.The clinical case of a patient with Eagle syndrome who was successfully treated by a transoral approach, without tonsillectomy and with the assistance of endoscopes, is described.

Key words: Eagle syndrome, transoral resection, styloid procees, endoscopic surgery.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2021; 41(3): 119-122.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Eagle es la elongación sintomática de la apófisis estiloides o la calcificación del ligamento estilohioideo.

Puede presentarse con dolor facial u orofaríngeo que aumenta al mover la cabeza, sensación de cuerpo extraño en la faringe, disfagia, otalgia, y síntomas neurológicos si se produce la compresión de vasos.

El tratamiento puede ser médico o quirúrgico.

La cirugía consiste en resecar la apófisis estiloides mediante un abordaje externo o transoral.

Se describe el caso clínico de un paciente que consultó por dolor cervical persistente a tratamientos médicos y bloqueos del ganglio esfenopalatino y que fue tratado con éxito (desaparición del dolor) mediante la resección transoral de la apófisis estiloides.

Recibido: 16/3/21 Aceptado: 16/7/21

Servicio de Neurocirugía (C.A.C., G.L.G), Hospital Italiano de Buenos Aires. Departamento de Ciencias Morfológicas (G.L.G.), Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Servicio de Otorrinolaringología (I.B., C.S.R.), Hospital Italiano de Buenos Aires. Departamento Académico de Clínica Quirúrgica (C.S.R.), Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: carlos.ruggeri@hospitalitaliano.org.ar

CASO CLÍNICO

Paciente de 57 años de sexo masculino consultó por dolor punzante localizado en la región submaxilar derecha grado 9/10, que aumentaba al masticar, de 6 años de aparición.

Tuvo antecedentes de bloqueos y de termolesión del ganglio esfenopalatino con mejorías intermitentes y parciales del dolor.

Estuvo medicado con: carbamazepina 800 mg cada 4 horas, tramadol 50 mg cada 8 horas, amitriptilina 50 mg por la mañana, paracetamol 1 g cada 8 horas y gabapentina 300 mg cada 12 horas.

La resonancia magnética y la angiorresonancia de cerebro fueron normales.

El examen otorinolaringológico fue normal.

Tuvo amígdalas grado II.

Por tacto intraoral se palpó la apófisis estiloides derecha en la región amigdalina.

Se infiltró la fosa amigdalina derecha con 1 mL de xilocaína al 2% y se observó una disminución transitoria del dolor.

Por tomografía computarizada de cuello se diagnosticó una elongación bilateral de las apófisis estiloides; la del lado

derecho medía 33,58 mm (normal hasta 30 mm) (Fig. 1).
El diagnóstico presuntivo fue síndrome de Eagle.
Se indicó la resección de la apófisis estiloides derecha mediante un abordaje transoral asistido con endoscopios de 0º.
Bajo anestesia general con intubación orotraqueal se colocó un abreboca autoestático con depresor lingual.
Se identificó la apófisis estiloides derecha por palpación, y se realizó una incisión de 2 cm sobre el tercio superior del pilar amigdalino anterior y paladar blando con electrocauterio.
No se hizo amigdalectomía.
Se disecó bajo visión endoscópica (magnificación) el músculo constrictor superior de la faringe teniendo como punto de referencia la apófisis estiloides (palpación), se ingresó en el espacio parafaríngeo y se expuso el hueso de la apófisis estiloides derecha.
Se realizó una disección subperióstica del proceso estiloides, separando de su inserción estiloidea los músculos del ramillete de Riolano (estilogloso, estilofaríngeo, estilohioideo) y los ligamentos estilohioideo y estilomandibular, hasta visualizar aproximadamente dos tercios del hueso estiloideo.
Con cizalla se seccionó proximalmente el hueso y se extirparon aproximadamente 25 mm de apófisis estiloides.
Se hizo hemostasia con bipolar.
La incisión se cerró por planos, muscular y mucoso, con sutura reabsorbible (Fig. 2).
El paciente estuvo internado 24 horas en sala común y evolucionó sin complicaciones.
En los controles la herida cicatrizó bien y desapareció el dolor a los 21 días de la cirugía.

DISCUSIÓN

En 1543 Vesalius identificó alteraciones del complejo estilohioideo en animales, en 1656 Marchetti las describe en seres humanos y en 1937 el otorrinolaringólogo alemán W. Eagle describió la asociación de dolor orofaríngeo y cervical por un aumento de la longitud de la apófisis estiloides. Él halló que solo el 4% de los pacientes que tuvieron alteraciones del complejo estiloideo (apófisis estiloides, ligamento estilohioideo y asta menor del hueso hioides) padecieron dolor, y concluyó que la amigdalectomía era una posible etiología[1].
La longitud normal de la apófisis estiloides varía entre 20 y 30 mm, con un largo promedio de 21 mm. Se considera elongada cuando supera los 30 mm.
El 4% de la población normal tiene una apófisis estiloides larga, pero solo el 4% de estos manifiesta síntomas, lo que corresponde al 0,16% de la población general[2].
Por lo anterior, el diagnóstico de una estiloides elongada no significa necesariamente un síndrome de Eagle, y además el hallazgo suele ser bilateral (93%) y el dolor con mayor frecuencia unilateral[2].
También el dolor puede ser producido por la calcificación del ligamento estilohioideo, y algunos estudios sugieren que la curvatura medial de la apófisis estiloides podría provocar los síntomas al comprimir vasos o nervios.
Varias teorías tratan de explicar el síndrome de Eagle: un traumatismo quirúrgico o irritación crónica local puede causar una hiperplasia osificante reactiva del complejo estilohioideo, una metaplasia reactiva secundaria a un proceso de curación en respuesta a un traumatismo o una variante anatómica[3].

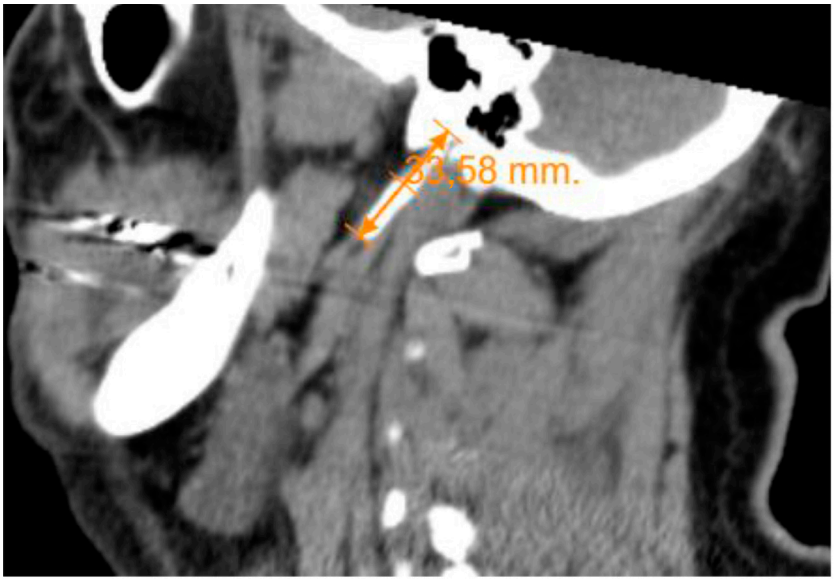


Figura 1. Tomografía computarizada de cuello: medición de apófisis estiloides.

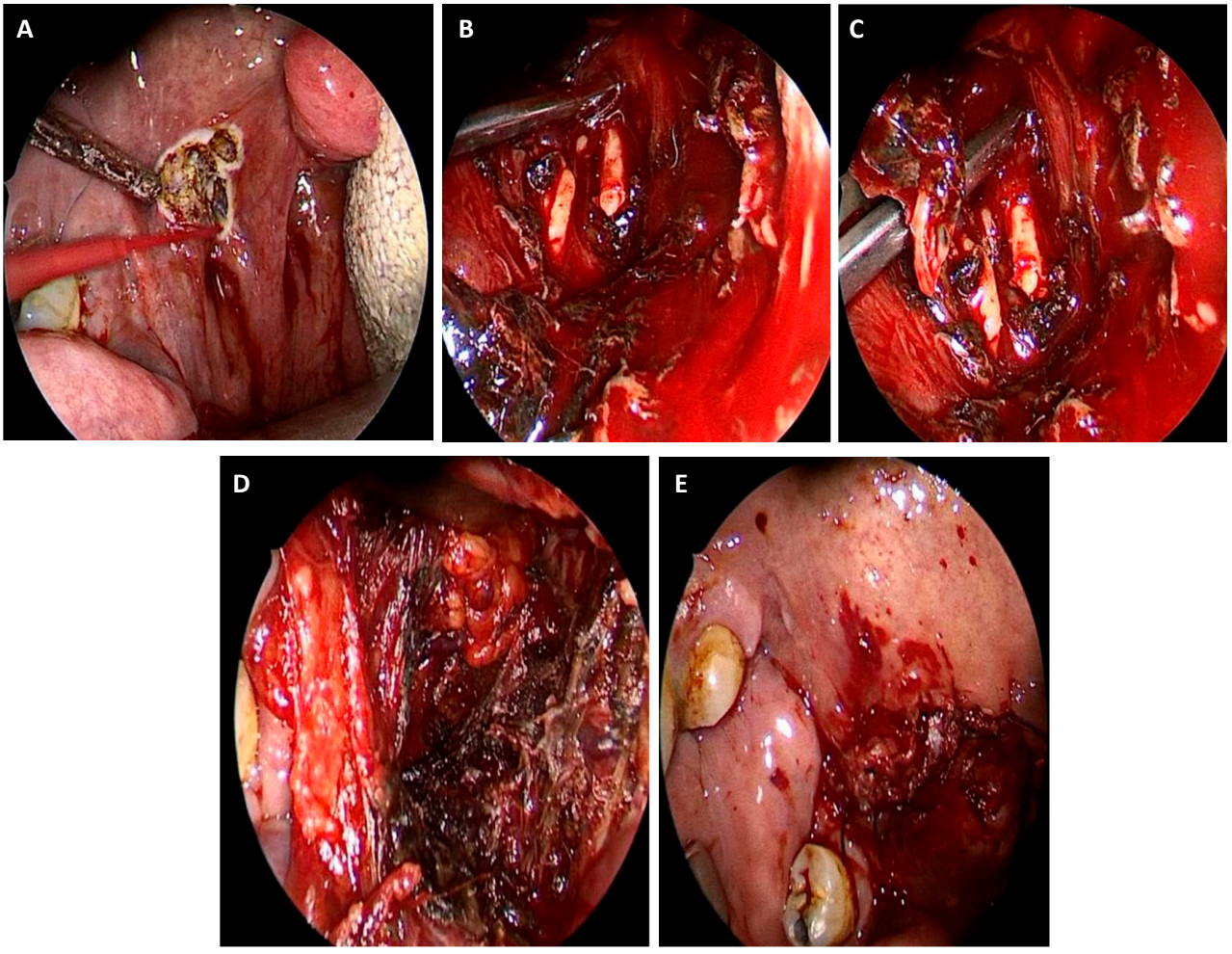


Figura 2. Resección transoral asistida con endoscopios de 0° de la apófisis estiloides. **A:** incisión, **B:** disección subperióstica de la apófisis estiloides, **C:** sección con cizalla, **D:** visión endoscópica después de la resección de la estiloides, exposición de la grasa parafaríngea, **E:** sutura de la incisión.

La osificación produciría una progresiva pérdida de elasticidad del complejo estiloideo, que afectaría la capacidad del hueso hioides para elevarse, deprimirse y rotar en concordancia con los movimientos cefálicos, generando una mayor presión e irritación de estructuras vasculonerviosas vecinas.

Los enfermos consultan por dolor crónico cervicofacial y tienen el antecedente de haber sido tratados por múltiples especialidades y con diferentes tratamientos, como sucedió con nuestro paciente.

Debe sospecharse cuando el dolor se exacerba con los movimientos de la cabeza.

Es infrecuente poder palpar la apófisis estiloides en la cara lateral del cuello, es más común poder hacerlo por palpación intrabucal a nivel de la fosa amigdalina. La detección del proceso estiloideo a este nivel solo es posible si este se halla elongado.

La palpación produce o aumenta el dolor y este puede suprimirse mediante la infiltración de un anestésico local en la región amigdalina, como en el caso descripto.

La tomografía computarizada de cuello permite diagnosticar la elongación de la apófisis estiloides.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras algias craneofaciocervicales como el síndrome temporomandibular, la neuralgia del glosofaríngeo, migrañas, procesos odontológicos, etcétera.

El tratamiento puede ser conservador con analgésicos no esteroides, y combinaciones de antidepresivos y anticonvulsivantes e infiltraciones en la fosa amigdalina con anestésicos locales[4], o quirúrgico.

La cirugía es la forma definitiva de solucionar los síntomas o de aliviar a los pacientes por más tiempo[5].

Consiste en resecar la apófisis estiloides y el ligamento estilohioideo calcificado mediante un abordaje externo o intraoral.

El abordaje externo se realiza mediante una cervicotomía: se identifica el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y el vientre posterior del músculo digástrico, se palpa y diseca la apófisis estiloides separando los músculos y ligamentos que se insertan en ella y se reseca el proceso estiloideo.

Sus ventajas son la mayor exposición y posiblemente la resección más amplia de la estiloides. Las complicaciones pueden ser la lesión de la rama mandibular del nervio facial, u otros pares craneales, y un mal resultado estético por la cicatriz cervical.

La técnica transoral puede ser realizada previa amigdalectomía (abandonada después del año 2000), utilizando endoscopios, *coblation* para realizar la hemostasia, técnica piezoeléctrica para fracturar la estiloides, y cirugía robótica, aunque no existe evidencia publicada sobre el beneficio de estas técnicas[6].

También fue descripta la posibilidad de realizar la cirugía con sistema de neuronavegación[7].

Por vía transoral no se logra una resección completa de la apófisis estiloides, pero habitualmente –como en nuestro caso– es suficiente para curar los síntomas[8].

Las ventajas son el menor tiempo quirúrgico, no dejar cicatriz, y su desventaja el menor control de los vasos. Las posibles complicaciones pueden ser infecciones al comunicar el espacio parafaríngeo con la cavidad oral.

En una revisión sistemática de la literatura realizada en el año 2019 se informó que las tasas de curación fueron mejores mediante el abordaje cervical externo que con el transoral: 84,2% versus 73,7% en series de casos y de 95,8% versus 89,1% en estudios de casos únicos. La diferencia entre los dos abordajes no fue significativa y no podría decirse que uno es más eficaz. Las complicaciones fueron mayores con el abordaje externo: 16,3% versus 4,3% y tampoco fue estadísticamente significativo[6].

La persistencia de los síntomas después de una adecuada resección quirúrgica de la apófisis estiloides es descripta en el 20% de los casos, y se explica por el atrapamiento del nervio glosofaríngeo en el tejido fibroso o porque el fin del proceso estiloideo inadecuadamente acortado irrita la fosa amigdalina[9].

CONCLUSIONES

El síndrome de Eagle es una enfermedad subdiagnosticada que es difícil de diferenciar de otras algias craneofaciocervicales.

El mejor tratamiento es el quirúrgico por sus altas tasas de curación.

El abordaje transoral utilizando endoscopios y endocámaras permite una visión magnificada del campo quirúrgico que facilita la disección y resección de la apófisis estiloides con más seguridad.

Creemos que por su menor morbilidad y resultados similares, el abordaje transoral es una excelente alternativa para tratar el síndrome de Eagle.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Eagle WW. Elongated styloid processes: report of two cases. Arch Otolaryngol. 1937; 25:584-7.
2. Marisio G, Santamaría A, Alzérreca J. Síndrome de Eagle. Revisión de la literatura. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2016;76(1):121-6.
3. Goomany A, Shayah A, Adams B, et al. Eagle syndrome: elongated stylohyoid-associated facial pain. BMJ Case Reports. 2020;13(3). pii: e234024.
4. Malik Y, Dar JA. Seizures with an atypical aetiology in an elderly patient: Eagle's syndrome-how does one treat it? BMJ Case Rep. 2015; 2015:bcr2014206136.
5. Badhey A, Jategaonkar A, Kovacs A, et al. Eagle syndrome: A comprehensive review. Clin Neurol Neurosurg. 2017;150:34-8.
6. Lisan Q, Rubin FA, Werner A, et al. Management of stylohyoid syndrome: A systematic review following PRISMA guidelines. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2019; 136:281-7.
7. Spalthoff S, Zimmerer R, Dittmann O, et al. Piezoelectric surgery and navigation: a safe approach for complex. In J Oral Maxillofac Surg. 2016; 45(10):1261-7.
8. Fusco DJ, Asteraki S, Spetzler RF. Eagle's syndrome: embryology, anatomy, and clinical management. Acta Neurochir (Wien) 2012;v154:1119-26.
9. Naik SM, Naik SS. Transoral Transtonsillar Styloidectomy: A Minimally Invasive Technique for Stylohyoid Syndrome. Int J Head Neck Surg. 2020; 11(2):23-5.

Cauterización transoral de la arteria maxilar interna en la fosa infratemporal. Informe de un caso

Agustina Lorea, Eduardo Figueroa, Rocío Piastrelini, Federico A. Urquiola, Gabriel Rondón González y Carlos Santiago Ruggeri

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una paciente de 84 años que tuvo epistaxis recidivante por padecer enfermedad de Rendu-Osler-Weber.
Tuvo antecedentes de diversos tratamientos quirúrgicos que incluyeron el cierre de la fosa nasal izquierda (operación de Young).
Por la persistencia de epistaxis izquierda se indicó una angiografía y embolización. Esta última no se hizo porque se diagnosticaron anastomosis entre el sistema carotídeo externo y el interno.
Se realizó un abordaje intraoral paramaxilar asistido con endoscopios para cauterizar la arteria maxilar interna en la fosa infratemporal y un abordaje externo para cauterizar la arteria etmoidal anterior solucionando la epistaxis.

Palabras clave: arteria maxilar interna, abordaje transoral, endoscopios, fosa infratemporal, Rendu-Osler- Weber.

TRANSORAL CAUTERIZATION OF THE INTERNAL MAXILLARY ARTERY IN THE INFRATEMPORAL FOSSA. CASE REPORT

ABSTRACT

The clinical case of an 84-year-old patient who had recurrent epistaxis due to Rendu-Osler- Weber disease is described.
She had a history of various surgical treatments including closure of the left nostril (Young's operation).
Due to the persistence of left epistaxis, angiography and embolization were indicated. The latter was not done because anastomosis between the external and internal carotid system was diagnosed.
An intraoral paramaxillary approach assisted with endoscopes was performed to cauterize the internal maxillary artery in the infratemporal fossa and an external approach to cauterize the anterior ethmoidal artery solving the epistaxis.

Key words: internal maxillary artery, transoral approach, endoscopes, infratemporal fossa, Rendu-Osler-Weber.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2021; 41(3): 123-126.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico de la epistaxis posterior se realiza habitualmente por vía endonasal con asistencia de endoscopios. Se diseca la arteria esfenopalatina, rama terminal de la arteria maxilar interna y se coagula con bipolar.
Las arterias etmoidales también pueden ser cauterizadas bajo visión endoscópica mediante un abordaje transnasal localizando la arteria en la base del cráneo o en la órbita.
La imposibilidad de acceder a estas arterias a través de las fosas nasales obliga a utilizar otros abordajes.
El acceso transoral subperióstico con endoscopios para cauterizar la arteria maxilar interna en la fosa infratemporal no es bien conocido y existen pocas referencias en la literatura.

Recibido: 18/6/21 Aceptado: 26/8/21

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Italiano de Buenos Aires. Departamento de Clínica Quirúrgica (C.S.R.), Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina
Correspondencia: carlos.ruggeri@hospitalitaliano.org.ar

Describimos el caso clínico de una paciente que tuvo epistaxis recidivante por padecer enfermedad de Rendu-Osler-Weber y que fue tratada con éxito mediante una cauterización de la arteria maxilar interna en la fosa infratemporal y de la arteria etmoidal anterior mediante un abordaje externo.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 84 años.
Tuvo antecedentes de epistaxis desde los 30 años y diagnóstico de telangiectasias hereditarias hemorrágicas o enfermedad de Rendu-Osler-Weber (criterios de Curaçâo 4/4).
Fue evaluada y en seguimiento por la Unidad de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria del Hospital Italiano de Buenos Aires durante los últimos 10 años.
Tuvo múltiples taponajes nasales, transfusiones, infusiones de hierro y de bevacizumab, y padeció telangiectasias y fístulas arteriovenosas hepáticas y pulmonares.
Fue tratada mediante embolización por malformaciones arteriovenosas pulmonares, y por su epistaxis (Sadick 2) mediante diferentes tratamientos quirúrgicos durante varios años.

En agosto de 2013 se le realizaron infiltraciones de esclerosantes (polidocanol 0,5%) en fosa nasal izquierda y dos años después, por la persistencia del sangrado, se hizo una septodermoplastia izquierda.
En el año 2018 se coagularon telangiectasias nasales izquierdas con radiofrecuencia (COBLATION).
En febrero del año 2020 tuvo una internación prolongada por epistaxis que se complicó con un paro cardiorrespiratorio de causa hipóxica secundario a la obstrucción de la vía aérea por coágulos.
Se le indicaron tapones de silicona para ocluir la fosa nasal izquierda.
En noviembre del año 2020 se realizó una oclusión de la fosa nasal izquierda con técnica de Young y un mes después, por la persistencia de epistaxis izquierda, se indicó una angiografía digital y embolización.
Se diagnosticó una hipervascularización en cavidades nasales izquierdas a expensas de la arteria esfenopalatina y de la arteria etmoidal anterior, rama de la arteria oftálmica.
Se observaron *shunts* entre la circulación proveniente de la arteria carótida externa (arteria esfenopalatina) y de la carótida interna (arteria etmoidal anterior).
Por el riesgo de reflujo de las partículas que se utilizan para hacer la embolización desde el sistema carotídeo externo al interno (podrían provocar un accidente cerebrovascular) se prefirió realizar una cauterización de la arteria maxilar interna izquierda en la fosa infratemporal (II porción), por vía transoral con asistencia de endoscopios de 0º.
Se asoció en el mismo tiempo quirúrgico una cauterización de la arteria etmoidal anterior izquierda mediante un abordaje externo (Fig. 1).
La vía endonasal no pudo utilizarse por la oclusión previa de la fosa nasal izquierda.
La técnica quirúrgica de cauterización de la arteria maxilar interna por abordaje intraoral consistió en realizar, bajo anestesia general, una incisión con cauterio en forma de J a nivel del segundo molar superior, y disecar en un plano subperióstico hasta llegar a la curvatura posterior del seno maxilar.
A medida que se progresó en la disección se utilizaron separadores para mantener una adecuada visión en el corredor paramaxilar.
Se cauterizó durante el abordaje a la arteria alveolar. Se incidió el periostio y se disecó la grasa de la fosa infratemporal hasta observar el músculo pterigoideo externo.
En el extremo superior se expuso la arteria maxilar interna y se cauterizó con bipolar. Se cerró la herida con sutura reabsorbible (Fig. 2).
La arteria etmoidal anterior se cauterizó mediante un abordaje externo realizado por una incisión tipo Lynch en el ángulo interno del ojo, de aproximadamente 1,5 cm.
La paciente tuvo buena evolución con resolución de la epistaxis y sin trismo.

DISCUSIÓN

La arteria maxilar interna se origina de la carótida externa y atraviesa el ojal retrocondíleo de Juvara, entre el cuello de la mandíbula y el ligamento esfenomandibular (primera porción), y desde allí penetra en la región infratemporal, siguiendo un trayecto paralelo al músculo pterigoideo externo, que puede ser superficial o profundo (segunda porción).

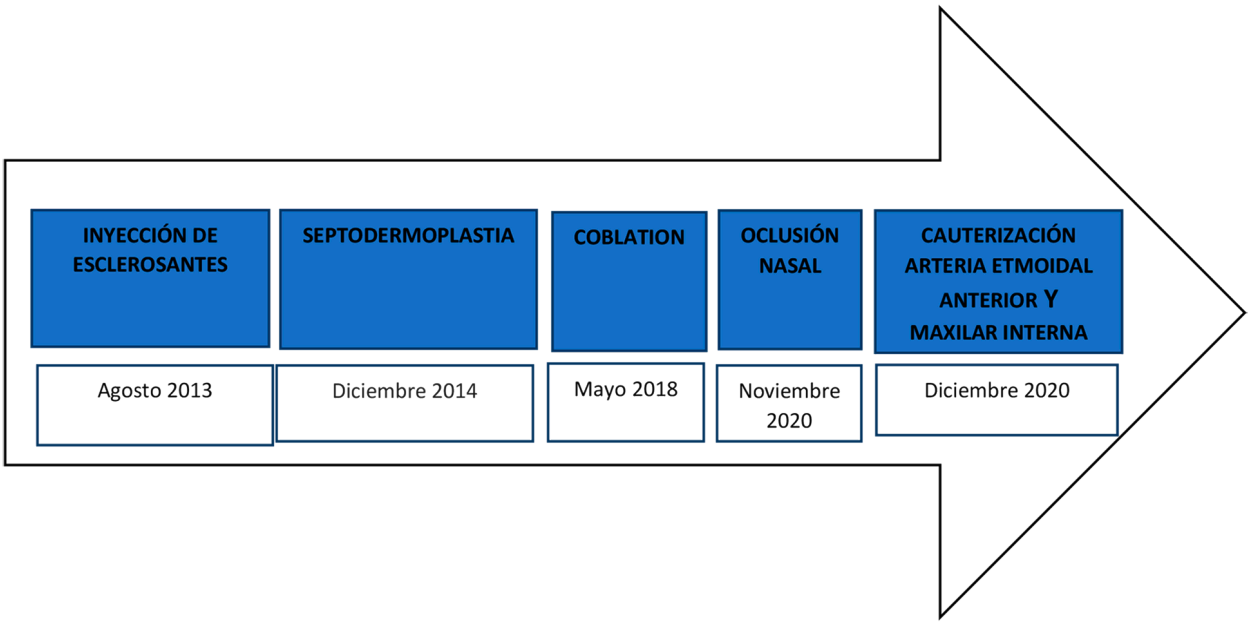


Figura 1. Tratamientos previos a la cauterización de la arteria maxilar interna y etmoidal anterior.

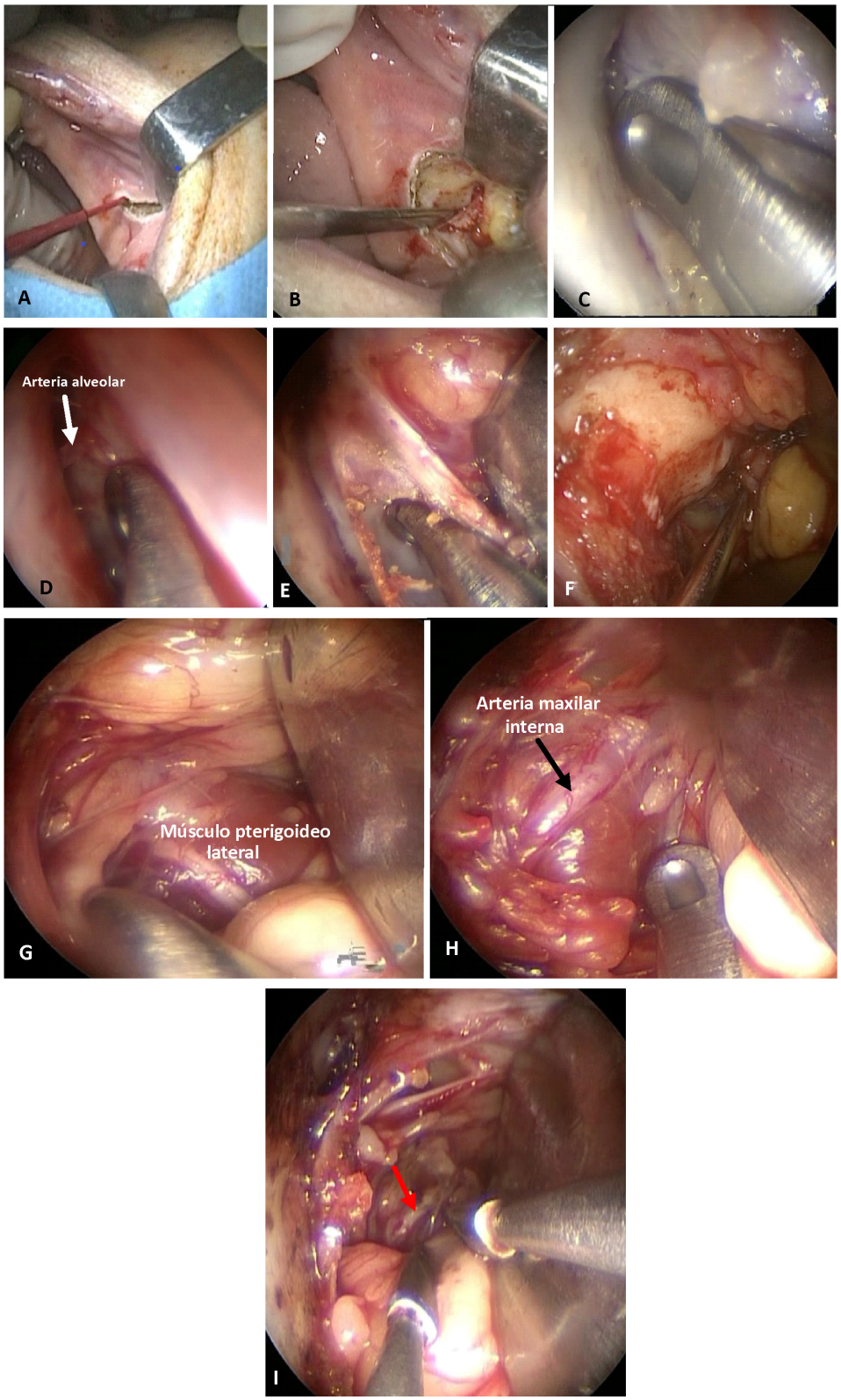


Figura 2. Cauterización transoral de la arteria maxilar interna con asistencia de endoscopios. Técnica quirúrgica: A) incisión en la mucosa gingivobucal superior, B-C) disección subperióstica paramaxilar, D) identificación y cauterización con bipolar de la arteria alveolar, E-F) apertura del periostio y disección de la grasa de la fosa infratemporal, G) identificación del músculo pterigoideo lateral, H) disección de la arteria maxilar interna (flecha) en la fosa infratemporal, I) cauterización con bipolar de la arteria maxilar interna (flecha).

Ingresa después en la fosa pterigomaxilar y finaliza en la cavidad nasal como arteria esfenopalatina (tercera porción).
Maceri y cols. fueron los primeros en describir la técnica de ligadura transoral de la arteria maxilar interna en 1984, en una serie de 13 pacientes. Ellos no aconsejaron la disección medial de la arteria maxilar interna alejada del músculo temporal porque esta –como variante anatómica– puede tener un trayecto posterior al músculo pterigoideo lateral.
La disección más lateral puede asociarse a trismo severo que puede durar entre 2 y 3 meses[1,2].
Sala y cols.[3] modificaron esta técnica realizando una disección subperióstica asistida con endoscopios para localizar la arteria maxilar interna en la parte superior de la fisura pterigomaxilar, incluso en aquellos casos en que la arteria esté oculta por el vientre inferior del músculo pterigoideo lateral.
Para tratar la epistaxis o desvascularizar un tumor puede cauterizarse la arteria esfenopalatina mediante un abordaje endonasal[4,5] o, con menos frecuencia, se puede cauterizar la arteria maxilar interna accediendo a esta en la fosa pterigomaxilar mediante una amplia antrostomía maxilar media, resecando la pared posterior del seno maxilar[6].

En el caso descripto, la oclusión de la fosa nasal izquierda por la cirugía previa imposibilitó el abordaje endonasal; además, la presencia de múltiples telangiectasias posiblemente hubiese dificultado el acceso por el sangrado de estas.
Otras circunstancias que pueden favorecer el abordaje transoral son la presencia de tumores que ocupen la cavidad nasal o el seno maxilar y dificulten el acceso endonasal y transantral, fracturas faciales que originen epistaxis y malformaciones vasculares de la arteria maxilar interna.
Una posible limitación de la técnica es la presencia de anastomosis entre la arteria maxilar interna y la carótida interna y las ramas arteriales contralaterales. Al cauterizar la arteria en su segunda porción es posible que el sangrado persista debido al flujo retrógrado o a la presencia de anastomosis[7].

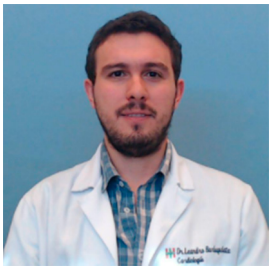
CONCLUSIONES

La disección subperióstica transoral y la coagulación de la arteria maxilar interna en su segunda porción con asistencia de endoscopios configuraron una técnica quirúrgica muy útil en la resolución de la epistaxis posterior ante el riesgo de la embolización y la imposibilidad de utilizar un abordaje endonasal.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Maceri MR, Makielski KH. Intraoral ligation of the maxillary artery for posterior epistaxis. Laryngoscope. 1984;94(6):737-41. doi: 10.1288/00005537-198406000-00002.
2. Stepnick DW, Maniglia AJ, Bold EL, et al. Intraoral-extramaxillary sinus approach for ligation of maxillary artery: an anatomic study with clinical correlates. Laryngoscope. 1990;100(11):1166-70. doi: 10.1288/00005537-199011000-00006.
3. Salas-Galicia JE, Garza-Talamas LM, López-Vázquez R, et al. Abordaje paramaxilar transoral endoscópico a la fosa infratemporal y arteria maxilar. An Orl Mex. 2017; 62(3):182-96.
4. Abdelkader M, Leong SC, White PS. Endoscopic control of the sphenopalatine artery for epistaxis: long-term results. J Laryngol Otol. 2007;121(8):759-62. doi: 10.1017/S0022215106003379.
5. Snyderman CH, Goldman SA, Carrau RL, et al. Endoscopic sphenopalatine artery ligation is an effective method of treatment for posterior epistaxis. Am J Rhinol. 1999;13(2):137-140. doi: 10.2500/105065899782106805.
6. Chandler JR, Serrins AJ. Transantral ligation of the internal maxillary artery for epistaxis. Laryngoscope. 1965;75:1151-59. doi: 10.1288/00005537-196507000-00011.
7. Polev GA, Carrau RL, Golbin DA, et al. Intraoral endoscopic ligation of maxillary artery in the infratemporal fossa. J Craniofac Surg. 2019;30(1):139-40. doi: 10.1097/SCS.0000000000004981.



Dr. Leandro Ezequiel Barbagelata
Médico Cardiólogo
Ex Jefe de residentes del Servicio de Cardiología
Becario de Perfeccionamiento en Cardiología Ambulatoria
Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
Miembro Adherente, Sociedad Argentina de Cardiología

¿CUÁL ES LA UTILIDAD DE LA PRUEBA CARDIOPULMONAR DEL EJERCICIO EN PACIENTES CON SÍNDROME POS-COVID-19?

La prueba de ejercicio cardiopulmonar (PECP), también conocida como "ergometría con consumo de oxígeno", es un estudio funcional no invasivo que integra información proveniente de los sistemas cardiovascular, respiratorio, metabólico y muscular. La realización de una PECP con medición directa del consumo de oxígeno tiene características comunes a la ergometría convencional y otras que la distinguen. Comparte con esta última la preparación previa del paciente a la prueba, (ayuno, vestimenta, manejo de la medicación), sus contraindicaciones, los ergómetros y los protocolos de trabajo. La recolección de los gases ventilatorios en forma directa, la técnica de realización de la prueba y sus indicaciones la distinguen de la ergometría convencional. En consecuencia, en comparación con la ergometría convencional, el valor agregado que brinda este estudio es que permite identificar diversos parámetros puestos en marcha durante el ejercicio como por ejemplo el consumo de oxígeno (VO_2), el consumo pico de oxígeno (VO_2 pico), la producción de dióxido de carbono (VCO_2), el pulso de oxígeno, la pendiente de eficiencia de extracción de oxígeno (OUES), el umbral anaeróbico (UA), la ventilación (VE) y la pendiente ventilatoria (VE/VCO_2), entre otros.

Dichos parámetros se analizan a través de una turbina presente en la máscara facial sujeta al paciente y posteriormente se procesan mediante un *software* específico del equipo. Otros datos registrados durante el estudio son la tensión arterial, la saturación periférica de oxígeno y la monitorización continua de la actividad eléctrica cardíaca.

Entre los parámetros cardiovasculares registrados se encuentra el VO_2, el cual indica el volumen de O_2 extraído del aire en cada respiración en un período de tiempo determinado (mL/min) que dependerá del peso, altura, edad, sexo, nivel de entrenamiento y etnia del paciente. La medición del VO_2 máximo refleja el aporte de oxígeno por el sistema respiratorio, su transporte por el sistema cardiovascular y su utilización por la célula muscular durante un esfuerzo máximo. Las enfermedades que involucran al sistema cardiovascular, el aparato respiratorio o el musculoesquelético afectarán el rendimiento durante una prueba de esfuerzo y el valor de consumo máximo de oxígeno. Otros parámetros son el VCO_2, que identifica el volumen de CO_2 exhalado (mL/min) en cada respiración proveniente del consumo metabólico de O_2 (metabolismo aeróbico); el pulso de oxígeno, que surge de la relación entre el VO_2 y la frecuencia cardíaca y nos brinda información estimativa del volumen sistólico del paciente, y el OUES, proveniente de la relación entre VO_2 y la transformación logarítmica de la VE, que es un índice de reserva cardiopulmonar y adaptación al ejercicio que nos expresa el requerimiento ventilatorio para un VO_2 determinado y nos permite evaluar el acople cardiovascular y respiratorio.

Como parámetros metabólicos contamos con el UA, punto en el cual el paciente logra alcanzar un nivel de ejercicio de tal intensidad que genera un cambio del metabolismo aeróbico al anaeróbico, con la consecuente producción y elevación de ácido láctico, a la vez que la ventilación se intensifica de manera desproporcionada con respecto al consumo de oxígeno. El valor al cual se alcanza el UA dependerá de la capacidad funcional del paciente y de su nivel de entrenamiento.

Por último, en cuanto a los parámetros respiratorios, encontramos la VE, a través de la cual es posible cuantificar la respiración y registrar el volumen de aire que ingresa en los pulmones y egresa de ellos (L/min); el equivalente ventilatorio, que surge de la relación entre la ventilación (mL/min) y la cantidad de O_2 consumido (VE/VO_2) o el CO_2 producido (VE/VCO_2), dándonos información estimativa del estado de la ventilación/perfusión del sistema respiratorio; la pendiente ventilatoria, que refleja la ventilación necesaria para eliminar cierta cantidad de CO_2 producida, permitiendo objetivar la eficiencia respiratoria del paciente, y por último encontramos la reserva ventilatoria, la cual está relacionada con la

Recibido: 9/06/21 Aceptado: 17/06/21

Correspondencia: leandro.barbagelata@hospitalitaliano.org.ar

demanda ventilatoria que genera el ejercicio y la capacidad ventilatoria que presenta el paciente en respuesta al ejercicio propuesto. Los pacientes con menor reserva ventilatoria suelen tener mayor compromiso respiratorio.
En la figura 1 pueden observarse los gráficos de los distintos parámetros mencionados.
Una gran cantidad de estudios muestran que determinados parámetros de la PECP, como el VO_2, el pulso de O_2 o la pendiente ventilatoria, son marcadores de gravedad y pronóstico en ciertos escenarios clínicos. Como ejemplo podemos citar la insuficiencia cardíaca, la miocardiopatía hipertrófica, la hipertensión pulmonar, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las cardiopatías congénitas, entre otras.
La pandemia por COVID-19, enfermedad causada por un nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2, ha afectado a cientos de miles de personas en todo el mundo. Más allá del manejo agudo de la enfermedad y de las graves consecuencias que llevan a algunos sujetos a tener internaciones prolongadas en terapia intensiva o, incluso, a la muerte, la mayoría de los sujetos se recupera. En consecuencia, los médicos que atienden pacientes en el área ambulatoria, cada vez más frecuentemente atienden casos recuperados de COVID-19.

En los últimos meses se ha informado que muchos pacientes recuperados persisten sintomáticos luego de dicha infección. Surge así el llamado "síndrome pos-COVID-19", el cual puede observarse en el 40 a 90% de los pacientes luego del alta hospitalaria. Dicho síndrome incluye síntomas que podrían estar relacionados con la inflamación residual (fase convaleciente), el daño orgánico, efectos inespecíficos relacionados con la hospitalización o la ventilación prolongada, el aislamiento social o el impacto del cuadro infeccioso sobre patologías preexistentes.
Si bien no existe una definición universal del "síndrome pos-COVID", hacemos referencia a este como el síndrome posviral caracterizado por fatiga y disnea persistente, al menos 45 días posteriores a la infección. En este escenario, la PECP resulta útil para valorar los siguientes aspectos: a) posibilita objetivar, cuantificar e interpretar el origen de la disnea, permitiendo discernir entre el origen cardiovascular, pulmonar y/o muscular; b) en pacientes que manifiestan palpitaciones en reposo o asociadas al ejercicio permite desenmascarar potenciales arritmias no detectadas en condiciones basales; c) de forma similar, permite valorar –a través de la monitorización electrocardiográfica continua– eventuales cambios isquémicos en pacientes que

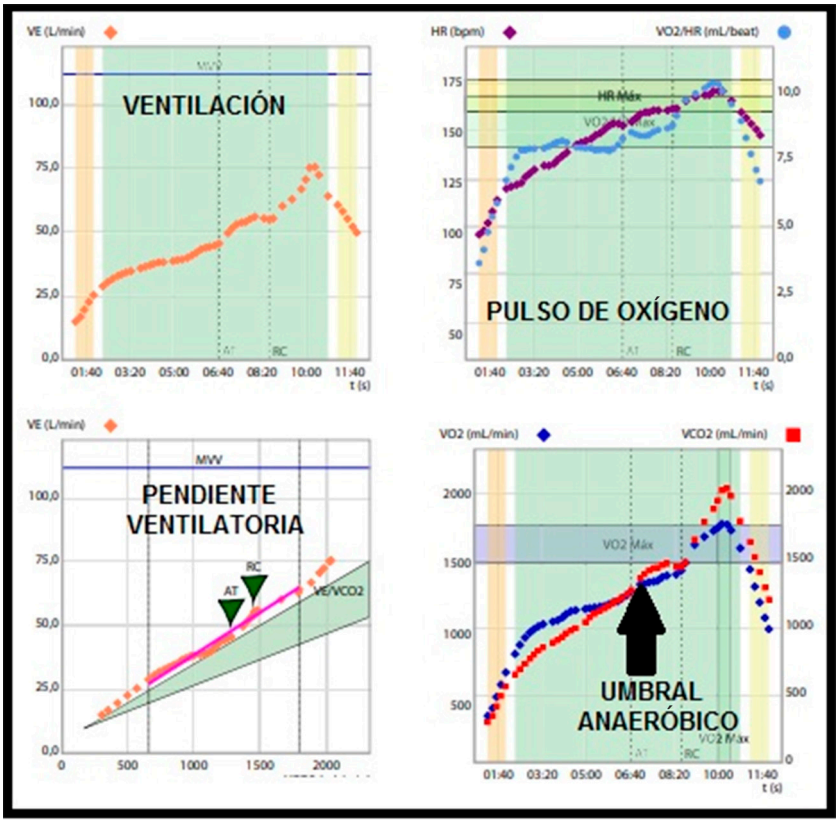


Figura 1. Gráfico de los principales parámetros registrados durante la prueba cardiopulmonar del ejercicio.

manifiestan dolores precordiales de difícil caracterización; d) asimismo permite valorar el rendimiento físico y la eficacia terapéutica de aquellos pacientes con deterioro grave de la capacidad funcional de origen respiratorio en rehabilitación cardiopulmonar.

Nuestra experiencia, desarrollada en forma conjunta por el Servicio de Cardiología y el Servicio de Neumonología del Hospital Italiano de Buenos Aires, muestra que aproximadamente un tercio de los pacientes con síndrome pos-COVID-19 presentan disminución de la capacidad funcional al realizar la PECP. Asimismo, en comparación con los sujetos que tuvieron COVID-19 pero estaban asintomáticos, los pacientes con síndrome pos-COVID presentan menor tiempo de ejercicio, menor VO_2 pico, mayor deterioro de la capacidad funcional de origen respiratorio y mayor disnea durante el ejercicio.

Dado que se trata de información preliminar, se necesitará completar las investigaciones en curso y esperar futuros estudios adicionales para determinar si las anomalías antes mencionadas durante la PECP en pacientes con síndrome pos-COVID tendrán valor pronóstico y/o podrán ser utilizadas para guiar ciertas intervenciones terapéuticas como los programas de rehabilitación cardiopulmonar.

Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Albouaini K, Egred M, Alahmar A, et al. Cardiopulmonary exercise testing and its application. Postgrad Med J. 2007; 83(985):675-82.
- Balady GJ, Arena R, Sietsema K, et al. Clinician's Guide to cardiopulmonary exercise testing in adults: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2010; 122(2):191-225.
- Carfì A, Bernabei R, Landi F, et al. Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA. 2020; 324(6):603-5.
- Clavario P, De Marzo V, Lotti R, et al. Assessment of functional capacity with cardiopulmonary exercise testing in non-severe COVID-19 patients at three months follow-up. doi: https://doi. org/10.1101/2020.11.15.20231985
- Dorelli G, Braggio M, Gabbiani D, et al. Importance of Cardiopulmonary Exercise Testing amongst Subjects Recovering from COVID-19. Diagnostics (Basel). 2021; 11(3):507.
- Guazzi M, Bandera F, Ozemek C, et al. Cardiopulmonary Exercise Testing: What Is its Value? J Am Coll Cardiol. 2017; 70(13):1618-36.
- Guazzi M, Adams V, Conraads V, et al. Clinical recommendations for cardiopulmonary exercise testing data assessment in specific patient populations. Eur Heart J. 2012; 33(23):2917-27.
- Herdy AH, Ritt LE, Stein R, et al. Cardiopulmonary Exercise Test: Background, Applicability and Interpretation. Arq Bras Cardiol. 2016; 107(5):467-81.

DBI

Doctorado en Bioingeniería

Obtené tu máxima jerarquía académica en el Hospital Universitario #1 de la Argentina.

¡Muy pronto!

doctorado.hospitalitaliano.edu.ar

Instituto Universitario
Hospital Italiano de Buenos Aires

HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Importancia de la hipertensión pulmonar relativa en la lesión renal aguda posterior al trasplante cardíaco

Juan C. Bianco

Bianco JC, Stang MV, Denault AY, Marenchino RG, Belziti CA, Musso CG. Acute Kidney Injury after Heart Transplant: The Importance of Pulmonary Hypertension. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2021; 35:2052-2062. https://doi.org/10.1053/j.jvca.2020.12.010

La lesión (injuria) renal aguda (IRA) posterior al trasplante cardíaco es una complicación frecuente que se asocia con resultados clínicos adversos, incluida la disminución de la sobrevida a corto y largo plazo[1]. La incidencia de la IRA entre los pacientes sometidos a trasplante cardíaco se ha incrementado en los últimos años, oscilando entre el 40 y el 86% en estudios actuales[1,2]. La mayoría de los pacientes con insuficiencia cardíaca en estadio terminal, candidatos a trasplante cardíaco, padecen hipertensión pulmonar (HTP) y esta última enfermedad desempeña un papel clave en el síndrome cardiorrenal en el período perioperatorio del trasplante cardíaco[3]. El aumento de la resistencia vascular pulmonar (RVP) del receptor puede provocar que el ventrículo derecho del donante no se adapte al aumento súbito de la poscarga cuando se implanta el corazón del donante, desencadenando una falla aguda del ventrículo derecho. Para evaluar el impacto de la gravedad de la HTP en la IRA del trasplante cardíaco se han estudiado índices de HTP, tales como presiones arteriales pulmonares absolutas, RVP y gradientes de presiones pulmonares[2]. La HTP relativa definida por el cociente que relaciona la presión arterial media (PAM) con la presión arterial pulmonar media (PAPM) ofrece la ventaja de tener en cuenta la estrecha relación entre la circulación pulmonar y sistémica, y el impacto de la HTP sobre las presiones sistémicas; (PAM/PAPM valor normal > 4)[4,5]. Aunque varias publicaciones han abordado el tema de IRA en el trasplante cardíaco, la importancia de la HTP relativa (PAM/PAPM) como predictor de IRA postrasplante cardíaco nunca ha sido estudiado. El objetivo primario del estudio fue determinar si la HTP relativa se asocia significativamente a la IRA grave postrasplante cardíaco.

Después de obtener la aprobación del Comité de Ética, se estudiaron retrospectivamente pacientes adultos consecutivos que fueron sometidos a trasplante cardíaco entre enero de 2009 y diciembre de 2017 en el Hospital Italiano de Buenos Aires, con seguimiento hasta diciembre de 2019. Los pacientes incluidos en el estudio fueron aquellos sometidos al primer trasplante cardíaco ortotópico, con 18 años de edad o mayores. Los pacientes que se sometieron a un trasplante adicional de otros órganos (riñón, hígado, pulmón) antes del trasplante cardíaco o simultáneamente a él, y aquellos que murieron dentro de las 24 horas posteriores al trasplante cardíaco fueron excluidos. Un catéter de termodilución para arteria pulmonar fue introducido a los pacientes para obtener un perfil hemodinámico perioperatorio completo, como parte de la evaluación pretrasplante y en el posoperatorio inmediato, al llegar a Unidad de Cuidados Intensivos Cardíacos.

De acuerdo con los criterios KDIGO[6], se definió IRA y se estratificaron los pacientes según el estadio de gravedad alcanzado dentro de los 7 días posteriores al trasplante cardíaco. Los pacientes se dividieron en 2 grupos basados en el desarrollo de IRA grave (estadio 3) en el posoperatorio del trasplante cardíaco.

El estudio incluyó a 184 pacientes adultos sometidos a trasplante cardíaco. Entre ellos, el 83,2% sufrió IRA, incluyendo 40,8%, 19,6% y 22,8% en IRA estadios 1, 2 y 3, respectivamente. Veintinueve pacientes (15,8%) requirieron terapia de reemplazo renal en el posoperatorio. La edad mediana de los pacientes receptores fue de 54 (45-61) años; 74,5% fueron de sexo masculino. Distintos factores de riesgo se relacionaron significativamente con el desarrollo de IRA grave postrasplante cardíaco en el análisis univariado, incluyendo factores de riesgo preoperatorios como la mayor edad, los antecedentes de insuficiencia hepática y cirugía cardíaca, la menor tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe), la HTP relativa, una mayor presión venosa central (PVC) y PAPM y un menor índice de pulsatilidad arterial pulmonar. Además, se identificaron varios factores de riesgo intraoperatorios y posoperatorios, tales como el mayor número de unidades

Recibido: 1/6/21 Aceptado: 16/6/21

Servicio de Anestesiología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
Correspondencia: juan.bianco@hospitalitaliano.org.ar

de productos sanguíneos transfundidas, la disfunción del ventrículo derecho, la disfunción primaria del injerto, la menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo, las infecciones y la insuficiencia hepática. La HTP relativa (PAM/PAPM) fue el único parámetro hemodinámico que estuvo significativamente asociado a IRA postrasplante cardíaco tanto en el preoperatorio (2,1 [1,8-2,9] vs. 2,4 [2,0-3,3]; p = 0,016), como en el posoperatorio (2,5 [2,3-3,2] vs. 3,1 [2,5-3,8], p = 0,005).

La IRA estadio 3 se asoció significativamente con un incremento de la mortalidad a los 30 días (Hazard Ratio [HR]: 10,58, intervalo de confianza [IC] 95%: 3,37-33,28; p < 0,001), 1 año (HR: 3,55; IC 95%: 1,69-7,47; p < 0,001), 5 años (HR: 2,10; IC 95%: 1,14-3,83; p = 0,014) y hasta 8 años (HR: 1,88; IC 95%: 1,03-3,40; p = 0,035).

En el análisis multivariado, los factores independientes relacionados con la IRA grave tras el trasplante cardíaco fueron la HTP relativa preoperatoria (Odds Ratio [OR]: 1,62; IC 95%: 1,05-2,49; p = 0,028), la relación PVC/presión capilar pulmonar preoperatoria (OR: 3,59; IC 95%: 1,13-11,43; p = 0,030) y la disfunción ventricular derecha posoperatoria (OR: 3,63; IC 95%: 1,50-8,75; p = 0,004). Por el contrario, la TFGe preoperatoria (OR: 0,99; IC 95%: 0,97-1,00; p = 0,143) no se relacionó con la IRA grave.

En este estudio de pacientes sometidos a trasplante cardíaco hemos observado que algunas variables relacionadas con la hemodinamia preoperatoria y posoperatoria se asociaron con IRA grave. Estas incluyeron HTP relativa, relación de presiones auriculares derecha e izquierda y disfunción del ventrículo derecho. La TFGe preoperatoria no se relacionó con la IRA grave postrasplante cardíaco.

La HTP está presente frecuentemente en pacientes con insuficiencia cardíaca terminal, candidatos para trasplante cardíaco, y es un factor de riesgo importante para una mayor morbilidad y mortalidad[7,8]. Los pacientes con HTP se consideran de alto riesgo para desarrollar falla del ventrículo derecho al momento de desconectarlos de la circulación extracorpórea y en el período posoperatorio temprano. Por su parte, el corazón del donante no está acostumbrado a una RVP elevada y, por lo tanto, es susceptible de padecer una falla aguda del ventrículo derecho al momento del implante en un receptor con HTP. La insuficiencia ventricular derecha se caracteriza por una disminución en el volumen sistólico del ventrículo derecho que conduce a un llenado insuficiente del ventrículo izquierdo. El llenado del ventrículo izquierdo también se ve afectado debido al desplazamiento del tabique interventricular hacia la izquierda. Esto, junto con la disfunción sistólica/diastólica del ventrículo derecho, contribuye a la reducción del gasto cardíaco y, por lo tanto, una disminución de la perfusión renal[9]. Como la falla del ventrículo derecho y la HTP aumentan la presión auricular derecha o PVC, también pueden aumentar el riesgo de síndrome cardiorrenal por congestión venosa. El aumento de la PVC conduce a una reducción de la presión de perfusión renal, deteriora el flujo sanguíneo intrarrenal y activa el sistema renina-angiotensina-aldosterona y el sistema nervioso simpático, lo que lleva a una reducción de la TFG[10]. El reconocimiento del síndrome cardiorrenal en el contexto perioperatorio del trasplante cardíaco puede brindar la posibilidad de aplicar estrategias de prevención y tratamiento. En particular, la predicción temprana de IRA posoperatoria basada en la HTP relativa preoperatoria y su posterior disfunción del ventrículo derecho podría ayudar a realizar una intervención proactiva y oportuna en los pacientes con alto riesgo. Por consiguiente, se requieren estudios adicionales para determinar en qué medida la HTP podría ser reversible y representaría una posibilidad de tratamiento potencial para prevenir o mitigar la gravedad de la IRA postrasplante cardíaco.

Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Thongprayoon C, Lertjitbanjong P, Hansrivijit P, et al. Acute Kidney Injury in Patients Undergoing Cardiac Transplantation: A Meta-Analysis. Medicines (Basel). 2019; 6(4):108.

2. Guven G, Brankovic M, Constantinescu AA, et al. Preoperative right heart hemodynamics predict postoperative acute kidney injury after heart transplantation. Intensive Care Med. 2018; 44(5):588-97.

3. Miller WL, Grill DE, Borlaug BA. Clinical features, hemodynamics, and outcomes of pulmonary hypertension due to chronic heart failure with reduced ejection fraction: pulmonary hypertension and heart failure. JACC Heart Fail. 2013; 1(4):290-9.

4. Bianco JC, Qizilbash B, Carrier M, et al. Is patient-prosthesis mismatch a perioperative predictor of long-term mortality after aortic valve replacement? J Cardiothorac Vasc Anesth. 2013; 27(4):647-53.

5. Robitaille A, Denault AY, Couture P, et al. Importance of relative pulmonary hypertension in cardiac surgery: the mean systemic-to-pulmonary artery pressure ratio. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2006; 20(3):331-9.

6. Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. Kidney Int Suppl. 2012;2:1-138.

7. Bianco JC, Mc Loughlin S, Denault AY, et al. Heart Transplantation in Patients >60 Years: Importance of Relative Pulmonary Hypertension and Right Ventricular Failure on Midterm Survival. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2018; 32(1):32-40.

8. Sobieszczańska-Małek M, Zieliński T, Piotrowski W, et al. Prognostic value of pulmonary hemodynamic parameters in cardiac transplant candidates. Cardiol J. 2014; 21(5):532-8.

9. Schrier RW, Bansal S. Pulmonary hypertension, right ventricular failure, and kidney: different from left ventricular failure? Clin J Am Soc Nephrol. 2008; 3(5):1232-7.

10. Damman K, Voors AA, Navis G, et al. The cardiorenal syndrome in heart failure. Prog Cardiovasc Dis. 2011; 54(2):144-53.

La ventilación mecánica invasiva en los adultos mayores

Vanesa Romina Ruiz y María Florencia Grande Ratti

Ruiz VR, Grande-Ratti MF, Martínez B, Midley Rt A, Sylvestre V, Mayer GF. In-hospital mortality associated factors in elderly patients with invasive mechanical ventilation in the emergency department. Enferm Intensiva. 2021 Jul-Sep;32(3):145-52. doi: 10.1016/j.enfi.2020.08.002.

COMENTARIO

Según nuestro estudio de cohorte retrospectiva, la tasa de ventilación mecánica invasiva (VMI) de pacientes mayores de 65 años en la Central de Emergencias de Adultos (CEA) fue de 0,48% (IC 95% 0,43-0,54) entre junio de 2016 y mayo de 2018. Hubo un total de 285 intubados en Guardia de un total de 58 403 consultas consecutivas correspondientes a las áreas de atención A (Cuidados Críticos), B (Cuidados Intermedios) y C (Consultorios de moderada complejidad), restringiendo el denominador a los afiliados de la prepaga institucional con ese rango etario.

En nuestra CEA, la intubación orotraqueal (IOT) se realiza en el área A siguiendo la secuencia rápida de intubación. Pese a la baja prevalencia de este procedimiento en adultos mayores (< 1%), es un dato que resultó de gran relevancia local, clínica y gerencial. En el contexto del envejecimiento poblacional debido al cambio demográfico y al aumento de expectativa de vida, la demanda de este grupo etario a los servicios de salud, incluidos los servicios de emergencias, va en ascenso[1]. Es interesante destacar que en junio de 2018, los mayores de 65 años representaban el 33% del padrón de afiliados al Plan de Salud. Sin embargo, durante el período de estudio, realizaron más de la mitad de las consultas a la CEA, el 67% había consultado en el año previo y más de un tercio de ellos había requerido internación.

Cada vez con más frecuencia, estos pacientes, particularmente frágiles y vulnerables, pueden requerir IOT en el contexto de una enfermedad crítica, que resulta entonces un procedimiento de rápida decisión y situación algo dificultosa[2]. Si bien la VMI puede permitir la supervivencia en el período agudo, la mortalidad intrahospitalaria o extrahospìtalaria, o ambas, a corto-mediano plazo es elevada en esta población[3]. Incluso en los sobrevivientes, la VMI puede resultar prolongada, al igual que la estadía hospitalaria, con baja calidad de vida al alta y consecuentes costos elevados en salud[4]. Es por esto que algunos autores sugieren establecer cuidados limitados para evitar futilidad terapéutica. Sin embargo, los argumentos que se usan para la adecuación terapéutica están basados en la edad, la calidad de vida al alta o la probabilidad de supervivencia, siendo las últimas dos extremadamente difíciles de predecir en urgencias[5]. Asimismo, la mayoría de los estudios sobre factores asociados a mortalidad en adultos mayores fueron realizados en países desarrollados o en pacientes internados en unidades cerradas[6].

Ante la inexistencia de modelos predictivos locales en el ámbito de emergencias para dicha decisión, el propósito de este trabajo fue identificar variables incluidas en la valoración geriátrica integral y otras variables clínicas al ingreso que se asocian a mortalidad intrahospitalaria después del requerimiento de IOT de urgencia. Más de la mitad de nuestros pacientes ancianos fallecieron durante su hospitalización. De hecho, nuestro hallazgo del 55% superó la predicha por el puntaje (*score*) de APACHE II (40%) –acrónimo de *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation*– y de SOFA (33%) –del inglés *Sequential Organ Failure Assessment*–. Los factores asociados a mortalidad tras el ajuste por edad y sexo resultaron: accidente cerebrovascular (OR 2,13; IC 95%1,21-3,76), insuficiencia renal crónica (OR 4,38; IC 95%1,91-10,04), índice de Charlson (OR 1,19; IC 95%1,02-1,38), APACHE II (OR 1,07; IC 95%1,02-1,12) y SOFA (OR 1,14; IC 95%1,03-1,27).

La relevancia clínica de esta información radica en las implicaciones prácticas para la toma de decisiones compartidas en salud[7,8]. Para los adultos mayores existen desafíos y consideraciones específicas, como la presencia de comorbilidades, la capacidad funcional previa y la calidad de vida posterior al alta hospitalaria, además de las preferencias de los pacientes y familiares (p. ej., directivas anticipadas)[9]. Las decisiones sobre el alcance de los esfuerzos de reanimación (o en este caso requerimiento de IOT en contexto agudo) deberían incorporar

Recibido: 2/8/21 Aceptado: 16/8/21

Sección de Rehabilitación y Cuidados Respiratorios del Paciente Crítico (V.R.R.). Área de Investigación en Medicina Interna (M.F.G.R.), Hospital Italiano de Buenos Aires. Maestría en Investigación Clínica (M.F.G.R.), Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
Correspondencia: maria.grande@hospitalitaliano.org.ar

estas evaluaciones o variables. Sin embargo, muchas veces esta información no se encuentra disponible, no es factible su evaluación por la gravedad del cuadro, o la combinación de estos datos no aporta una estratificación pronóstica para la toma de decisión compartida de forma sencilla y rápida, como requiere un ámbito como la urgencia. Probablemente, esta información pueda ser el puntapié inicial para, en el futuro, poder contar con la generación de una herramienta predictiva de mal pronóstico. Asimismo se necesita la validación de puntajes de gravedad al ingreso específicos para los servicios de emergencia.

La principal fortaleza, a pesar de ser unicéntrico, radica en el volumen de pacientes de esta complejidad y en la factibilidad de recolectar la información relacionada con los datos clínicos y los registros personales de salud en la historia clínica electrónica como factor clave para la viabilidad. Esta fue la fuente de recolección de datos retrospectivos necesarios para el proyecto.

A su vez, representó un esfuerzo y trabajo colaborativo en equipo interdisciplinario, con integrantes de la Sección de Rehabilitación y Cuidados Respiratorios del Paciente Crítico del Servicio de Kinesiología, del Área de Investigación en Medicina Interna de Clínica Médica, y de la Central de Emergencias de Adultos, lo que resultó una experiencia enriquecedora.

Cabe destacar que, si bien esta problemática viene siendo abordada desde hace varios años en términos de frecuencia y costos en salud, resultó extremadamente necesaria y fue foco durante la pandemia COVID-19 sin precedentes, debido a los escenarios de sobrecupo en urgencias, contexto en el que el comité de crisis debía poder dar respuesta previsible a la demanda de recursos en las Unidades de Cuidados Críticos[10].

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. Ann Emerg Med. 2002;39(3):238-247. doi: 10.1067/mem.2002.121523.

2. Lewis ET, Dent E, Alkhouri H, et al. Which frailty scale for patients admitted via Emergency Department? A cohort study. Arch Gerontol Geriatr. 2019;80:104-114. doi: 10.1016/j.archger.2018.11.002.

3. Cardona M, O'Sullivan M, Lewis ET, et al. Prospective validation of a checklist to predict short-term death in older patients after emergency department admission in Australia and Ireland. Acad Emerg Med. 2019;26(6):610-620. doi: 10.1111/acem.13664.

4. Ouchi K, Jambaulikar GD, Hohmann S, et al. Prognosis after emergency department intubation to inform shared decision-making. J Am Geriatr Soc. 2018;66(7):1377-1381. doi: 10.1111/jgs.15361.

5. Carpenter CR, Shelton E, Fowler S, et al. Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: a systematic review and meta-analysis. Acad Emerg Med. 2015;22(1):1-21. doi: 10.1111/acem.12569.

6. Giannasi SE, Venuti MS, Midley AD, et al. Factores de riesgo de mortalidad de los pacientes ancianos en cuidados intensivos sin limitación del esfuerzo de tratamiento. Med Intensiva. 2018;42(8):482-489. doi: 10.1016/j.medin.2017.10.014.

7. Backman WD, Levine SA, Wenger NK, et al. Shared decision-making for older adults with cardiovascular disease. Clin Cardiol. 2020;43(2):196-204. doi: 10.1002/clc.23267.

8. Truglio-Londrigan M, Slyer JT, Singleton JK, Worral P. A qualitative systematic review of internal and external influences on shared decision-making in all health care settings. JBI Libr Syst Rev. 2012;10(58):4633-4646. doi: 10.11124/jbisrir-2012-432.

9. Vargas N, Tibullo L, Landi E, et al. Caring for critically ill oldest old patients: a clinical review. Aging Clin Exp Res. 2017;29(5):833-845. doi: 10.1007/s40520-016-0638-y.

10. Raheja H, Chukwuka N, Agarwal C, et al. Should COVID-19 patients >75 years be ventilated? An outcome study. QJM. 2021;114(3):182-189. doi: 10.1093/qjmed/hcab029.

Efecto de la inhibición de la proteína símil angiopoyetina tipo 3 (ANGPTL3) Utilidad para el tratamiento de las dislipemias graves

Gerardo D. Elikir

RESUMEN

Las variantes de ANGPTL3 con pérdida de función están asociadas con efectos beneficiosos sobre el metabolismo lipídico y de carbohidratos y con riesgo reducido de enfermedad coronaria.

Los cambios beneficiosos en los parámetros lipídicos que se obtienen con la inhibición de ANGPTL3 junto con la reducción en aterosclerosis que se observa en modelos animales y en estudios epidemiológicos de genética humana hacen de ANGPTL3 un nuevo objetivo terapéutico para prevenir las enfermedades cardiovasculares. Dos estrategias novedosas han surgido para inhibir esta proteína: un anticuerpo monoclonal y un oligonucleótido antisentido, con capacidad para reducir tanto el colesterol como los triglicéridos plasmáticos en forma notoria. Aunque el horizonte es promisorio, todavía no sabemos si los efectos de una variante presente desde el comienzo de la vida serán reproducidos por la inhibición de esta proteína que se realiza más tarde en la vida a través de una intervención farmacológica.

Palabras clave: ANGPTL3, enfermedad coronaria, hipolipemia, hipercolesterolemia, lipoproteína lipasa, triglicéridos.

ABSTRACT

ANGIOPOIETIN-LIKE TYPE 3 (ANGPTL) INHIBITION. ITS ROLE IN THE TREATMENT OF SEVERE DYSLIPIDEMIA

Loss-of-function ANGPTL3 variants are associated with beneficial effects on carbohydrate and lipid metabolism, and reduced risk of coronary heart disease.

The beneficial changes in lipid parameters obtained by ANGPTL3 inhibition together with atheroprotection observed in animal models and in epidemiological studies of human genetics make ANGPTL3 a new therapeutic target to prevent cardiovascular diseases. Two novel strategies have emerged to inhibit this protein: a monoclonal antibody and an antisense oligonucleotide, with the ability to significantly lower plasma cholesterol and triglycerides. Although the horizon is promising, we still do not know if the effects of a variant present from the beginning of life will be reproduced by the inhibition of this protein that takes place later in life through a pharmacological intervention.

Key words: ANGPTL3, coronary artery disease, hypolipemia, hypercholesterolemia, lipoprotein lipase, triglycerides.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2021; 41(3): 135-139.

Nos ha tomado por sorpresa a más de un especialista la reciente aprobación de un nuevo fármaco para el tratamiento de individuos con hipercolesterolemia familiar homocigota, originalmente pensado para el tratamiento de las hipertrigliceridemias. ¿Cómo es posible que la modificación del metabolismo de los triglicéridos TG, que estuvieron dejados de lado en la última década, reduzca los niveles de colesterol y pueda emplearse para tratar individuos con hipercolesterolemias graves?

La hipercolesterolemia familiar (MIM#143890) es una enfermedad autosómica dominante que causa enfermedad coronaria prematura y se caracteriza por elevación de c-LDL (colesterol de las lipoproteínas de baja densidad), xantomas tendinosos y depósitos de colesterol que llevan a aterosclerosis acelerada.

El defecto genético responsable de la enfermedad afecta más frecuentemente al receptor de las LDL (LDLR). En la actualidad se han descripto más de 2300 variantes en el gen que lo codifica, las cuales difieren en el grado con que afectan su actividad, desde variantes nulas con menos del 2% de actividad residual hasta defectos menos graves. Los fármacos actualmente disponibles para reducir el colesterol actúan indirectamente sobre el LDLR por lo

Recibido: 4/5/21 Aceptado: 20/5/21

Instituto Universitario René Favaloro. Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral. Buenos Aires. Argentina.
Correspondencia: gelikir@gmail.com

cual, en los pacientes más severamente afectados, estos tratamientos resultan insuficientes para alcanzar niveles adecuados de c-LDL

Por otro lado, las lipoproteínas ricas en TG son parte de las vías causales de aterosclerosis, en particular, en individuos con síndrome metabólico, obesidad y diabetes, y las elevaciones de TG y de VLDL (lipoproteínas de muy baja densidad) han sido asociadas con riesgo cardiovascular residual aun en individuos tratados con hipolipemiantes. Sin embargo, los fármacos que reducen los TG han fallado en general para proveer beneficios adicionales más allá de los obtenidos con la terapia con estatinas. Por estas razones, existe una necesidad de identificar otros sitios de intervención para diseñar nuevas estrategias terapéuticas preventivas.

Tres lipasas

La familia de las triglicérido-lipasas está integrada por la lipasa lipoproteica, la lipasa hepática y la lipasa endotelial (LPL, HL y EL, respectivamente, por sus siglas en inglés). La LPL es la principal lipasa, se localiza en la superficie luminal de los capilares del tejido adiposo y muscular, y desde esta posición hidroliza los TG de quilomicrones y de VLDL, favoreciendo la entrada de ácidos grasos en los tejidos. Algunos trastornos monogénicos de esta vía catabólica pueden llevar a hipertrigliceridemia grave, como en el síndrome de quilomicronemia familiar.

HL es una enzima residente en el hígado, activa la hidrólisis de TG de las VLDL y la conversión de VLDL en LDL y actúa en el metabolismo de las HDL.

En comparación con LPL y HL, EL tiene menor actividad de triglicérido-lipasa y mayor actividad de fosfolipasa. Así, hidroliza los fosfolípidos de las HDL y promueve el catabolismo de las HDL.

Papel fisiológico de la ANGPTL3

La actividad de las lipasas, tanto en el estado posabsortivo como en ayuno, está regulada por diferentes proteínas y hormonas, como apoC-II, apoC-III, apoA-V y ANGPTL3 e insulina.

LMF1 es una chaperona intracelular requerida para la secreción de LPL, mientras que GPIHBP1 estabiliza la LPL en la superficie endotelial. Apolipoproteína C-II y apoA-V promueven la actividad de LPL mientras que la apoC-III y la ANGPTL3 la inhiben.

ANGPTL3 (Fig. 1) se expresa mayormente en el hígado, es liberada a la circulación y actúa como un supresor parcial de la LPL, incrementando a través de este mecanismo los niveles de VLDL. Los estudios muestran que ANGPTL3 también inhibe la EL y por esta vía actúa sobre el metabolismo de las HDL. ANGPTL3 también estimula la lipólisis del tejido adiposo, aumentando así los ácidos grasos libres y el glicerol.

Efecto de la pérdida de función de ANGPTL3

En los individuos con variantes que se acompañan de pérdida de función de ANGPTL3, la falta de inhibición de las lipasas conduce a una hipolipemia mixta, caracterizada por niveles reducidos de colesterol, TG y HDL. La deficiencia de ANGPTL3 debido a mutaciones en el gen ANGPTL3 (OMIM#605019) es una condición benigna, no asociada con tumores, aterosclerosis ni enfermedad hepática, a diferencia de otras hipolipemias, como la abetalipoproteinemia (déficit de MTP, proteína de transferencia microsomal), la hipobetalipoproteinemia (déficit de apoB) y Anderson (enfermedad por retención de quilomicrones).

El fenotipo lipídico del déficit de ANGPTL3 depende de la gravedad del defecto. La ausencia completa de la proteína se acompaña de un incremento en la actividad de las tres lipasas extracelulares, lo que lleva a un catabolismo acelerado de VLDL, LDL y HDL en plasma; los individuos homocigotas se presentan con concentraciones muy disminuidas de colesterol total (CT), TG y HDL y menor incidencia de enfermedad coronaria aterosclerótica. Además, está disminuida la disponibilidad de ácidos grasos libres, por lo cual los sujetos con déficit completo de ANGPTL3 podrían tener un uso más eficiente de la glucosa y menor contenido hepático de grasa, como se ve en modelos murinos de enfermedad grasa del hígado.

En el caso de los sujetos heterocigotas, la pérdida parcial de actividad de ANGPTL3 solo afecta a LPL y EL, determinando una reducción variable de TG y HDL y no aparecen tan claramente los efectos sobre el metabolismo de los carbohidratos. El impacto de la deficiencia de ANGPTL3 sobre c-LDL y apoB es más difícil de explicar y se han postulado algunos efectos:

• Aumento del catabolismo de LDL, aunque el mecanismo no está claro.

• Aumento de la actividad del receptor de LDL, secundario a cambios en el metabolismo intrahepático del colesterol.

Figura 1. Organización de la proteína ANGPTL3, de 460 aminoácidos. Las secciones funcionales de la proteína están demarcadas con líneas y muestran el número de aminoácidos de cada sección. PS: péptido señal.

• Aumento de actividad de HL por la falta de inhibición de ANGPTL3 sobre esta enzima, lo cual promueve el catabolismo de LDL y de HDL.
• Aumento del catabolismo de los precursores de las LDL (VLDL e IDL) y de las mismas LDL, por vía de EL.
En resumen, la deficiencia total de ANGPTL3 demuestra el fenotipo completo de hipolipemia mixta, mientras que la deficiencia parcial solo muestra una reducción moderada de c-LDL.

Estrategias de inhibición farmacológica de ANGPTL3
Evinacumab, un anticuerpo monoclonal completamente humano que se une y bloquea ANGPTL3, ha sido recientemente aprobado en Estados Unidos (febrero de 2021) para su uso en personas con hipercolesterolemia familiar homocigota (HFHo) a partir de los 12 años de edad. También recibió una positiva opinión de la autoridad regulatoria europea, recomendando que se le otorgue la autorización de su comercialización bajo circunstancias excepcionales con la misma indicación (abril de 2021).
Sin embargo, el mecanismo por el cual evinacumab reduce el c-LDL no está bien comprendido. Algunos estudios previos que evaluaron la captación de las LDL mostraron que evinacumab no modifica la actividad del receptor de LDL y es eficaz aun en personas con actividad nula del receptor, sentando las bases de su uso en pacientes con hipercolesterolemia familiar. Esto es importante porque la eficacia de otros tratamientos, como las estatinas e inhibidores de PCSK9 (proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9) es limitada en estos casos.
Evinacumab fue evaluado en un ensayo clínico aleatorizado, controlado y doble ciego de fase 3 que enroló 65 pacientes con HFHo. Los pacientes recibieron una dosis mensual intravenosa de 15 mg/kg de peso o placebo, agregados a su medicación hipolipemiante habitual, que podía incluir estatinas, ezetimibe, inhibidores de PCSK9 y, en algunos casos, aféresis de LDL. A la semana 24 se evaluó el porcentaje de descenso de c-LDL y los pacientes en tratamiento activo obtuvieron una diferencia de -49% comparados con el grupo placebo (véase Cuadro 1). Los efectos adversos más comunes fueron resfrío, síndrome gripal, náuseas y otros.
En un pequeño subestudio del ensayo principal se pudo comprobar que la inhibición de ANGPTL3 incrementó la tasa catabólica de apoB tanto de las IDL como de las LDL, sugiriendo que evinacumab disminuye c-LDL principalmente por aclaramiento de las lipoproteínas con apoB de la circulación.
A pesar de la validez de estos estudios, por el momento sigue sin encontrarse cuál es el receptor a cargo de la captación de las lipoproteínas con apoB. Por los estudios realizados hasta la fecha se sabe que el efecto hipocolesterolemiante no depende de la actividad de las proteínas relacionadas con el metabolismo de LDL o sus precursores, como son apoE, la proteína relacionada con LDLR, sindecan o el receptor SR-B1.
Evinacumab también es eficaz cuando se administra en forma subcutánea, vía que permite la autoadministración del fármaco. En pacientes con hipercolesterolemia refractaria, es decir, aquellos que no alcanzan las metas de c-LDL a pesar de máximas dosis toleradas de hipolipemiantes, se pueden alcanzar reducciones de c-LDL de hasta 50% con dosis entre 300 y 450 mg de evinacumab por semana.
Los oligonucleótidos antisentido (ASO) son un abordaje terapéutico novedoso para modificar la actividad de proteínas específicas a través de la interferencia con su correspondiente ARN mensajero. Recientemente se ha logrado optimizar la eficacia de diferentes ASO a través de una administración dirigida hacia tejidos específicos mediante modificaciones de las moléculas.
Vupanorsen es un oligonucleótido antisentido conjugado con N-acetil galactosamina (GalNAc), que deriva en la captación selectiva por el receptor hepático de asialoproteínas y que inhibe la síntesis de la proteína ANGPTL3. La selectividad lo hace más potente y así se obtiene la misma eficacia que con los ASO de primera generación pero con una dosis, reduciendo así la exposición sistémica al fármaco.
El vupanorsen fue evaluado en un estudio de fase 2 multicéntrico, aleatorizado, doble ciego que enroló pacientes con diabetes mellitus tipo 2, hipertrigliceridemia moderada y esteatosis hepática. Fueron incluidos 105 pacientes que recibieron inyecciones subcutáneas semanales o mensuales de vupanorsen 20-80 mg o placebo. A los seis meses se observó una reducción promedio de TG entre 36 y 47%, dependiendo de la dosis recibida, con efectos adversos leves en la mayoría de los casos, principalmente relacionados con el sitio de inyección (véase Cuadro 1), sin que se hayan observado caídas en el conteo de plaquetas, como sí se observa con otros ASO.
La inhibición de ANGPTL3 obtenida con vupanorsen redujo la síntesis de lipoproteínas aterogénicas con apoB ricas en TG en forma independiente de apoC-III y naturalmente se observaron reducciones en c-HDL debido a su mecanismo de acción mediado por EL. No hubo efectos evidentes en el contenido de grasa hepática ni en el metabolismo de los carbohidratos, probablemente porque la inhibición de ANGPTL3 obtenida con vupanorsen es parcial.

Cuestiones que permanecen en discusión
¿Es lo mismo inhibir la ANGPTL3 circulante mediante anticuerpos monoclonales específicos (evinacumab) que su síntesis intracelular con ASO (vupanorsen)? El efecto sobre la producción de VLDL podría diferir según sea el mecanismo de inhibición de ANGPTL3, el contexto genético (variantes de ANGPTL3 con pérdida de función vs. inhibición farmacológica; actividad del LDLR) y el estado metabólico de la población estudiada.

Cuadro 1. Efectos comparados de la inactivación genética y farmacológica de ANGPTL3

	Variantes de ANGPTL3 con pérdida de función*		mAb†	ASO¶
	Heterocigota	Homocigota		
CT	↓	↓↓↓	↓↓↓	↓
TG	↔ o ↓	↓↓↓	↓↓↓	↓↓ o ↓↓↓
c-HDL	↓	↓↓↓	↓↓	↓ o ↓↓
c-LDL	↓	↓↓ o ↓↓↓	↓↓↓	↑ o ↓↓
no-HDL-c	↔	↓↓	↓↓↓	↓
apoB	↔	↓↓↓	↓↓↓	↓ o ↓↓
apoC-III	?	?	↓↓↓	↓↓
Lp(a)	N/D	N/D	↔	↑ o ↓↓
ANGPTL3	↓↓	↓↓↓	↔	↓↓ o ↓↓↓
Vía de administración	N/A		IV o SC	SC
Frecuencia óptima de administración	N/A		Semanal	Semanal o mensual
EE.AA.	No		Cefalea, trastornos GI, elevación de AST / ALT	Reacción en el sitio de inyección
Reducción de aterosclerosis en modelos animales	Sí		Sí	Sí
Reducción de EC en estudios en humanos	Sí		?	?

*El efecto neto de las variantes en el gen de ANGPTL3 dependen largamente del tipo de variante presente, de la dosis génica (afección de solo uno o de los dos alelos del gen [heterocigosis/homocigosis]), de factores ambientales y de las diferencias genéticas de los sujetos estudiados.
†La magnitud del efecto del anticuerpo depende de las características genéticas de la población estudiada (presencia de hipercolesterolemia familiar vs. no familiar, heterocigotas u homocigotas, actividad receptorial reducida o nula) y de la dosis y vía de administración (SC o IV).
¶ La magnitud del efecto del oligonucleótido depende de las características genéticas de la población estudiada (presencia de hipercolesterolemia familiar vs. no familiar, heterocigotas u homocigotas, actividad receptorial reducida o nula) y de la dosis y frecuencia de administración.
Abreviaturas: apoB: apolipoproteína B, apoC-III: apolipoproteína C-III, ASO: oligonucleótido antisentido; c-HDL: colesterol de las lipoproteínas de alta densidad, c-LDL: colesterol de las lipoproteínas de baja densidad; CT: colesterol total; EE.AA.: efectos adversos, EC: enfermedad coronaria; GI: gastrointestinales; IV: intravenosa; Lp(a): Lp(a): lipoproteína(a), mAb: anticuerpos monoclonales, no-HDL-c: colesterol no HDL, N/A: no aplica, N/D: no disponible, SC: subcutánea,TG: triglicéridos.

¿Será clínicamente relevante la reducción de c-HDL? La reducción de c-HDL observada con vupanorsen y con evinacumab es un efecto bien conocido que refleja el aumento en la actividad de EL, debido al bloqueo de la inhibición que la ANGPTL3 ejerce sobre esta enzima. Se espera que no afecte en forma negativa la incidencia de enfermedad coronaria, sobre la base de grandes estudios de aleatorización mendeliana que han demostrado que las variantes en el gen de EL no afectan el riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM).
¿Tendrá el mismo efecto la disminución de la actividad de ANGPTL3 desde el nacimiento que la inhibición farmacológica más tarde en la vida? Los estudios genéticos realizados en individuos heterocigotas para variantes con pérdida de función de ANGPTL3 muestran efectos antiaterogénicos similares a los obtenidos en ratones con el uso de anticuerpos monoclonales. Hasta el momento, la inhibición farmacológica de ANGPTL3 mostró reducciones de c-LDL y de TG relevantes clínicamente, aunque todavía no sabemos si esta estrategia dará resultados sobre puntos finales clínicos.

Relevancia

En pacientes con HFHo, las terapias actualmente disponibles no consiguen una reducción del c-LDL hasta los niveles recomendados por las guías. En tales pacientes, las estatinas y los inhibidores de iPCSK9 resultan insuficientes, en especial por su mecanismo de acción, que depende largamente de la expresión de LDLR, función que está profundamente afectada en esta grave enfermedad.
Todavía no hay estudios con puntos finales clínicos que evalúen la utilidad de una inhibición farmacológica de ANGPTL3, pero es de esperar que con la caída sustancial de c-LDL que se obtiene en estos pacientes debería lograrse una reducción del riesgo cardiovascular, a pesar de la disminución del c-HDL que acompaña.

Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Elikir G, Cúneo C, Lorenzatti A, et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Argentina de Lípidos sobre diagnóstico y tratamiento de las dislipemias en adultos 2019 [Internet]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Lípidos; 2019 [consulta 2021 mayo 19]. Disponible en: https://www.sociedadargentinadelipidos.com/guias.
- Gaudet D, Gipe DA, Pordy R, et al. ANGPTL3 Inhibition in Homozygous Familial Hypercholesterolemia. N Engl J Med. 2017; 37783):296-297. doi: 10.1056/NEJMc1705994.
- Gaudet D, Karwatowska-Prokopczuk E, Baum SJ, et al. Vupanorsen, an N-acetyl galactosamine-conjugated antisense drug to ANGPTL3 mRNA, lowers triglycerides and atherogenic lipoproteins in patients with diabetes, hepatic steatosis, and hypertriglyceridaemia. Eur Heart J. 2020;41(40):3936-3945. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa689.
- Hegele RA, Boren J, Ginsberg HN, et al. Rare dyslipidaemias, from phenotype to genotype to management: a European Atherosclerosis Society task force consensus statement. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020;8(1):50-67. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30264-5.
- Minicocci I, Montali A, Robciuc MR, et al. Mutations in the ANGPTL3 gene and familial combined hypolipidemia: a clinical and biochemical characterization. J Clin Endocrinol Metab. 2012;97(7):e1266-1275. doi: 10.1210/jc.2012-1298.
- Musunuru K, Pirruccello JP, Do R, et al. Exome sequencing, ANGPTL3 mutations, and familial combined hypolipidemia. N Engl J Med. 2010;363(23):2220-2227. doi: 10.1056/NEJMoa1002926.
- Reeskamp LF, Millar JS, Wu L, et al. ANGPTL3 inhibition with Evinacumab results in faster clearance of IDL and LDL apoB in patients with homozygous familial hypercholesterolemia. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2021;41(5):1753-1759. doi: 10.1161/ATVBAHA.120.315204.
- Rosenson RS, Burgess LJ, Ebenbichler CF, et al. Evinacumab in patients with refractory hypercholesterolemia. N Engl J Med. 2020;383(24):2307-2319. doi: 10.1056/NEJMoa2031049.
- Zhang R. The ANGPTL3-4-8 model, a molecular mechanism for triglyceride trafficking. Open Biol. 2016;6:150272-150282. doi: 10.1098/rsob.150272.

Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría a través de su editor y sus editoriales: los años de formación y el exilio

Daniel Matusevich, Dalia Szulik y Aldo Calzolari

RESUMEN

Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría es una de las pocas publicaciones de la especialidad editadas en español que está incluida en PubMed. Durante los 30 años de existencia (1990 hasta el presente) ha sido dirigida por el Dr. Juan Carlos Stagnaro, quien es el autor exclusivo de los editoriales. Mediante el análisis de sus palabras clave y de extensas entrevistas semiestructuradas, este trabajo indaga sobre aspectos biográficos del joven Stagnaro para comprender la génesis de la revista, su impronta científico-política y las líneas editoriales que abordó. Se trabajó sobre los años de formación en la Argentina, el exilio en Francia durante la última dictadura militar y aspectos formativos en psiquiatría que le permitieron, al regreso a la Argentina, fundar la revista.

Palabras clave: psiquiatría, salud mental, biografía, Juan Carlos Stagnaro.

VERTEX JOURNAL THROUGH ITS EDITOR AND ITS EDITORIALS: THE FORMATIVE YEARS AND THE EXIL ABSTRACT

Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría is one of the few journal of this specialty published in Spanish that is included in PubMed. During its 30 years of existence (1990 to present) it has been directed by Dr. Juan Carlos Stagnaro, who is the exclusive author of the editorials. Through the analysis of their keywords and extensive semi-structured interviews, this work investigates the biographical aspects of the young Stagnaro in order to understand the genesis of the journal, its scientific-political imprint and the editorial linesit addressed. The work describes the formative years in Argentina, the exile in France during the last military dictatorship and formative aspects in psychiatry that allowed him, upon his return to Argentina, to create the journal.

Key words: psychiatry, mental health, biography, Juan Carlos Stagnaro.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2021; 41(3): 140-146.

INTRODUCCIÓN

Vertex Revista Argentina de Psiquiatría (ISSN 0327-6139)[1] se publica de manera bimestral, indizada en los acopios bibliográficos SCIMAGO, SCIELO, LILACS y MEDLINE, PubMed, fue fundada en 1990 por Juan Carlos Stagnaro (Fig. 1, desde ahora JCS), Dominique Wintrebert y Daniel Spiguel. Inicialmente fue una dirección compartida, pero poco después Spiguel se retiró de la publicación y Wintrebert quedó como Director para Europa. JCS la ha dirigido unipersonalmente desde entonces. Él mismo viene realizando en los últimos treinta años una intensa tarea académica y política en la psiquiatría argentina, de la cual la revista es un componente fundamental. El hecho de ser una de las tres únicas publicaciones de psiquiatría en español que aparece en PubMed[2] permite suponer que tiene un impacto significativo en la comunidad de profesionales de Salud Mental hispanohablante.

Este trabajo es parte de la tesis doctoral que uno de nosotros (DM) está realizando en el Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires; una de las premisas de dicha tesis plantea que la historia de JCS y la historia de *Vertex* han estado y están fuertemente relacionadas. Esto se refleja no solo en los artículos publicados sino también en la naturaleza de las líneas editoriales y en su evolución a lo largo del tiempo. Trabajar en el análisis de la historia reciente implica reconocer el impacto que esta tiene en un pasado "actual" o, más bien, en un pasado en permanente proceso de "actualización" y que, por tanto, interviene en las proyecciones futuras.

Franco y Lvovich[3] plantean que;

> "…en las últimas décadas se ha constatado en distintas latitudes el crecimiento de lo que ha dado en llamarse, según las diversas denominaciones nacionales, Historia del tiempo presente, Historia inmediata o Historia reciente. Esta última es la más frecuente en la Argentina y en varios países de América Latina, aportando una designación que define y recorta trayectorias profesionales, campos de estudio y pertenencias institucionales.

Recibido: 30/08/21 Aceptado: 14/09/21

Servicio de Psiquiatría (D.M.), Hospital Italiano de Buenos Aires. CONICET (D.S.). Departamento Posgrado (A.C.) Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
Correspondencia: daniel.matusevich@hospitalitaliano.org.ar

Figura 1. Juan Carlos Stagnaro, 2021.

> El concepto de historia reciente refiere, por supuesto, al estudio de pasados próximos, aunque esta obvia constatación no agota su definición. En diversos momentos se postuló que la cercanía en el tiempo resultaba un límite para la operación historiográfica, sea por la postulación de la necesidad de cierta distancia temporal como un requisito ineludible o por la constatación de la dificultad para acceder a los archivos necesarios para su estudio. Sin embargo, en la medida en que los historiadores han empleado diversas fuentes, incluidas con frecuencia las orales, y que se ha ampliado el universo de documentos disponibles, este último señalamiento ha perdido peso".

Por eso en este trabajo hemos decidido combinar entrevistas con análisis de documentos, en este caso editoriales, para así poner en relación pasado y presente en forma interactiva como estrategia para ampliar los sentidos de la investigación. También caímos en la tentación que plantea Levín cuando sostiene que:

> "…la gran expansión de la historia reciente no podría entenderse sin la enorme atracción que ese pasado ejerce sobre las nuevas generaciones de historiadores que lo interpelan a partir de preguntas propias de su propia época"[4].

Solnit sostiene que la verdad no reside exclusivamente en los acontecimientos y en los escritos, sino también en los deseos, las esperanzas y las necesidades de los protagonistas de los acontecimientos[5]. Aplicado esto a nuestro estudio, podría afirmarse que los editoriales de *Vertex* no son notas aisladas que ilustran diferentes momentos del quehacer de la psiquiatría y la Salud Mental en la Argentina sino una continuidad de casi doscientas páginas, escritas por la misma persona, en las cuales fueron apareciendo textos dedicados a la clínica psiquiátrica enlazados con notas históricas, epistemológicas y políticas.

De esta forma se fue delineando un corpus específico que dio cuenta de un modo de pensar la psiquiatría a lo largo de los últimos treinta años de evolución de la especialidad en la Argentina y en el mundo; este corpus no debe ser imaginado como un territorio bien delimitado sino más bien como una serie de senderos y ríos sinuosos que atraviesan múltiples regiones: su historia está formada más por cruces, ramificaciones y enredos que por caminos rectos.

El editorial es un género periodístico con rasgos claramente definidos y que goza de bastante tradición; sin embargo, apenas existen estudios monográficos sobre los editoriales científicos, y las escasas investigaciones encontradas en las búsquedas realizadas han centrado su interés en el carácter argumentativo y persuasivo del género, mientras que los rasgos estructurales, estilísticos y formales han quedado relegados a un segundo plano[6,7]. Las referencias que conciernen a este último aspecto aparecen en la bibliografía de manera dispersa y sobre él no existe unanimidad de enfoques; las referencias consultadas nos ofrecen pistas lo suficientemente válidas como para perfilar el origen de este género en la Inglaterra de comienzos del siglo XVIII[7]. Por otra parte, no hemos encontrado ningún trabajo dedicado a estudiar o analizar editoriales de revistas de psiquiatría.

El mismo Alcíbar Cuello argumenta, refiriéndose a los editoriales de los diarios, que son un género de opinión por medio del cual el periódico como institución social enjuicia aquellos acontecimientos de la actualidad que considera relevantes desde un punto de vista social, político, económico o cultural[6]. Del mismo modo, a través de ellos, la revista juzga, según su propia perspectiva ideológica, los hechos de trascendencia en un área. Su análisis adquiere interés al intentar dilucidar los principales puntos de vista en torno a las discusiones de la disciplina, ya que son claras expresiones del posicionamiento ideológico del medio en que se publican. Varios autores consultados sostienen que es el texto central de la publicación ya que

> "…recoge el tema sobre el que el medio quiere pronunciarse de manera más clara, por considerarlo lo más importante. Es la voz del periódico"[8].

Las entrevistas realizadas, el análisis de temas y palabras frecuentes en los editoriales y la exploración narrativa de estos nos permitieron delimitar etapas en la vida de JCS. En esta comunicación nos centraremos en las iniciales, a las que denominamos los años de formación (primera) y los años del exilio (segunda), esta última dividida entre

la militancia política y la profundización de su formación y su trabajo profesional, durante su estadía en Francia.

Las entrevistas en profundidad semiestructuradas iluminan la complejidad de una vida y, mediante la guía de preguntas, delimitan los campos de interés académico, la naturaleza de las líneas editoriales y su evolución a lo largo del tiempo. Instrumentamos un diálogo entre las entrevistas y el análisis de temas y palabras frecuentes con el objeto de vislumbrar el lugar que ocupó la revista en la vida de JCS y el lugar que ocupó JCS en la fundación y posterior edición de *Vertex*: él fue autor de los editoriales y encargado de seleccionar los temas sobre los cuales estos versaban. Expresa Laclau en el prefacio de un libro sobre biografías[9]:

> "¿Qué es, en primer término, lo que determina la centralidad del relato, de la narrativa? Algo requiere ser narrado en la medida en que su especificidad escapa a una determinación teórica directa, a un complejo institucional autorreferencial".

Creemos que este párrafo hace referencia a la gran dificultad que plantea capturar la complejidad de una vida; es por eso que la combinación de diferentes métodos de análisis nos aporta una mayor profundidad a la hora de compaginar los resultados del proceso de investigación.

Estamos atentos a la advertencia de Chul Han cuando plantea que vivimos una época posnarrativa, ya que –según él– lo que define nuestra vida no son las narraciones sino los recuentos[10]; nuestra propuesta considera esta advertencia jerarquizando la historia de la persona y la historia de la publicación puesta en tensión con los editoriales.

Se realizó el registro de temas y palabras que aparecían con más frecuencia en los 150 editoriales de *Vertex*, que abarcan desde agosto de 1990 hasta abril de 2020. Con esta base se confeccionó una guía que fue depurada y analizada hasta llegar a obtener 35 preguntas. Las respuestas fueron procesadas y, en los casos que se consideró necesario, se definió una instancia de repreguntas para ampliar y profundizar los contenidos[11].

La guía de pautas se elaboró sobre la base de las siguientes dimensiones: formación personal y profesional, hitos biográficos, relación personal con las revistas de psiquiatría existentes, la revista *Vertex* y los editoriales.

La técnica de recolección de la información utilizada fue la entrevista en profundidad[12]. Dada la relación personal existente de uno de nosotros (DM) con el entrevistado, las dos primeras entrevistas fueron realizadas por una de las integrantes del equipo (DZ) que, si bien conoce a JCS, no mantiene con él una relación laboral que pudiera ocasionar sesgos[11]. Se realizaron, luego de aplicar un consentimiento informado oral, en julio de 2020, a través de la plataforma Zoom®, y fueron desgrabadas y transcriptas.

La dinámica se estructuró sobre la base de una relación de confianza y empatía plenas, lo que permitió que el entrevistado se sintiera muy cómodo para hablar y pudiera ahondar en las temáticas abordadas en forma detallada. Luego del análisis inicial, se realizó una tercera entrevista, esta vez a cargo de LDM, para consultar por temas puntuales o aclaraciones de un tema específico.

LOS AÑOS DE FORMACIÓN

Es curioso cómo los años de formación se ven ampliamente reflejados en la manera como que la revista *Vertex* fue estructurada, y a su vez, esta estructura se manifiesta desde el primer editorial, en donde se define el programa desarrollado a lo largo de los diferentes números:

> "Nacida del esfuerzo de un grupo de psiquiatras, esta revista es la realización de un deseo y la expresión de una necesidad colectivos: crear un espacio nuevo en el seno de la psiquiatría argentina. Abierta a las distintas orientaciones que atraviesan el campo psiquiátrico, pretende ser un lugar de confrontación, de memoria y de enseñanza. Hemos decidido dividirla en cuatro secciones; la primera, 'Revista de experiencias clínicas y neurociencias', comporta trabajos centrados sobre la práctica clínica y la incidencia de las neurociencias sobre ella. La segunda, 'Dossier', pretende abundar sobre un tema clínico preciso abordándolo desde diversas perspectivas. La tercera, 'El rescate y la memoria', apunta a llevar a nuestros lectores textos de los fundadores de la psiquiatría frecuentemente inhallables en nuestras bibliotecas. Ellos serán elegidos a la vez por su interés científico e histórico. También tendrán cabida en esta sección documentos y testimonios de la historia más reciente de nuestra especialidad en Argentina. La cuarta, 'Confrontaciones', de corte más periodístico se abre al debate, la actualidad y la información".

Clínica, historia, memoria, enseñanza, diversidad de perspectivas, debate, discusión, política son términos que se irán amplificando con el correr de los números, siempre enmarcados por "lo colectivo" y en tensión con las diferentes épocas y circunstancias.

Las entrevistas dejan claro que, desde el comienzo, quedan planteados los grandes temas que acompañarán a JCS a lo largo de su vida y que marcaron la historia de *Vertex*. A través del análisis de estas hacemos un punteo que incluye la lectura, la filosofía, la militancia política, la medicina, la salud pública y la investigación.

En la apertura de las entrevistas relata las dudas que se le plantearon entre seguir las carreras de Filosofía o de Medicina, lo que permite comenzar a pensar algunas de las líneas seguidas por la revista:

> "...cuando tuve que hacer mi opción vocacional dudé entre la medicina y la filosofía, no sabía muy bien en esa época adolescente, había empezado muy chico a leer, asistemáticamente podríamos decir, mis padres eran muy lectores…mi padre era un tipo al que le gustaba mucho leer historia... yo entré a estudiar medicina porque me intrigaba todo lo biológico y pensé que iba

a mantener una familia más como médico que como filósofo… además algo tuvieron que ver otras experiencias de enfermedades en miembros muy queridos en mi familia que, seguramente, despertaron en mí el impulso de querer curar a las personas y evitar que pasaran esas cosas".

Otro tema muy importante es la política:

"…mi padre era un hombre muy politizado, nacionalista y peronista... mi madre era hija del fundador del partido socialista de Paraná. Ella se inclinaba más por la literatura, especialmente la poesía y me hizo conocer a Neruda, Whitman, Lorca, Hernández, los poetas gauchescos y muchos otros. Mi viejo me hizo leer a Jauretche, a Scalabrini Ortiz, a José María Rosa, a los autores revisionistas, a Rodolfo Puiggrós, siendo yo muy chico. Además, como había una gran biblioteca en casa, durante el secundario leía ingenuamente a Dostoievsky, Nietzsche, Schopenhauer y muchos otros autores, en una mezcla con la poesía, que me atraía mucho, y los textos bíblicos y las encíclicas sociales porque, en esa época, me integré a la Juventud Estudiantil Católica en mi colegio que tenía una línea post-conciliar inscripta en el evangelio de la liberación. Poco después descubrí el marxismo y leí sus textos principales y, antes de recibirme de médico, me integré a la Juventud Peronista; entonces fue el momento en que comencé a leer a Perón, a Hernández Arregui, a Cooke y, en paralelo a Freud. Desde el secundario, como muchos de mi generación aprendimos, a los dieciséis, diecisiete años, cómo organizarse, cómo procesar políticamente ideas, cómo presentarlas, cómo escribirlas".

Una clave para pensar los editoriales: JCS, como se desprende de su relato, es un gran lector, no necesariamente o no solamente de medicina, quizás esta sea una de las explicaciones de por qué los editoriales tengan tantas claves narrativas a lo largo del tiempo; el hecho de que exista una "gran biblioteca" durante los años de formación permite pensar en los aspectos humanistas de la publicación (Cuadro 1).

Medicina, política, religión y filosofía: de la mezcla de estos componentes surgirá su impronta en una revista científica en los comienzos de la década del 90, una de las décadas más complejas de la historia argentina; caracterizada por una de las más feroces crisis inflacionarias que sufrió el país, producto de la herencia del endeudamiento externo de la dictadura militar y del fracaso de las políticas implementadas por el gobierno de Alfonsín para superarlo[13].

Las discusiones familiares "con las pastas del domingo", las reuniones juveniles en los ámbitos militantes, fundamentalmente sobre temas relacionados con la política y la religión podrían ser pensadas como un lejano antecedente de las reuniones de los sábados del comité de redacción de *Vertex* a lo largo de treinta años, en las cuales las diferentes miradas teóricas de quienes participaban contribuyeron a la creación de un clima de debate continuo sobre la especialidad.

Podemos decir que los intereses de JCS determinaron que, a lo largo de la carrera de Medicina, las asignaturas estuvieran intercaladas con cursos sobre política. El primer contacto con lo psi fue durante el primer año de la Unidad Hospitalaria en el hospital Rawson en el que se introdujo la asignatura Psicología Médica; la lectura del texto de Jorge Insúa[14], pero sobre todo su encuentro con el doctor Horacio Echegoyen, con su visión médica y psicoanalítica particularmente amplia y profunda, establecieron el marco para que los disímiles intereses comenzaran a amalgamarse:

"...después me di cuenta de que había encontrado un camino que podía volver a unir mis dos vocaciones, la filosofía y las humanidades con la medicina".

Es así como JCS va construyendo una visión de la medicina que se aleja del modelo biomédico hegemónico, y se acerca al modelo médico social caracterizado por "…una concepción social, epidemiológica y comunitaria de la salud con un enfoque antropológico que integra la biología y las relaciones sociales del paciente, dirigido hacia la prevención, la promoción de la salud y el logro de un estado de bienestar, así como al rescate de los procesos naturales y al involucramiento del paciente como sujeto activo en el acto diagnóstico, la orientación y la toma de decisiones"[15]. Este enfoque privilegia el contexto económico, político e ideológico de la sociedad.

LOS AÑOS DEL EXILIO

Como se señala en el cuadro 2, JCS tuvo que exiliarse en Francia durante la dictadura militar que se inicia en 1976. Aunque muchas personas exiliadas eligieron México y España por la afinidad idiomática, por vínculos familiares que le permitieron establecer contacto con diplomáticos

Cuadro 1. Principales pensadores que influyeron en la formación de JCS

Nombre	Temática	Nacimiento/muerte
Arturo Jauretche	Política-historia	1901-1974
Raúl Scalabrini Ortiz	Filosofía-periodismo	1898-1959
José María Rosa	Historia-política	1906-1991
Rodolfo Puiggrós	Historia-política	1906-1980
Horacio Etchegoyen	Medicina-psicoanálisis	1919-2016

de ese país él eligió Francia, un centro de psiquiatría por excelencia. Se considera que, en esos años, un grupo de unos 3000 argentinos y argentinas llegaron a ese país y se ubicaron, en su gran mayoría, en París o áreas cercanas[16]. Algo menos de un tercio de ellos accedieron al asilo que otorgaba el OFPRA (*Office Français des Refugiés et Apatrides*) y que les daba un estatus de seguridad del que no se disponía en otros países[17]. Otros disponían de un pasaporte europeo que les permitía residir legalmente en el territorio francés sin necesidad de afrontar este tipo de trámites administrativos, o recurrieron a otras vías para residir legalmente, como por ejemplo la carta de residente para estudiantes. Además estaban quienes llegaron con visado de turista y que no siguieron las normas administrativas vigentes; y, por su propia condición de ilegales, resultan de difícil cuantificación[18].

Una de las primeras actividades que emprendieron estos exiliados, tanto en Francia como en otros países, fue la organización de agrupaciones en defensa de los derechos humanos y la oposición a la dictadura, que, según detalla Franco,

> "… funcionaban bajo el estatuto de asociaciones sin fines de lucro según lo contempla en Francia la Ley de 1901, y en algunos casos, además, según clivajes políticos y/u ocupacionales"[17].

De manera simultánea con su formación psiquiátrica, JCS pasa a integrar la Comisión Argentina de Derechos Humanos en Francia y desarrolla una intensa labor en la denuncia del Terrorismo de Estado que imperaba en la Argentina[18]: siempre lo académico y lo político fueron de la mano.

La elección de Francia como país de exilio tiene profundas implicaciones teóricas acerca de cómo *a posteriori* se fue diagramando la revista; Stagnaro rápidamente comienza a trabajar en la clínica de Charles Brisset, quien fue coautor, junto con Henry Ey y Paul Bernard, de uno de los manuales que por décadas se utilizó en la formación de los psiquiatras en la Argentina[19].

En Francia rehace su especialización en psiquiatría, pero deja la práctica de la psiquiatría infantil, que era en lo que se había especializado en Buenos Aires, y se orienta a la clínica con pacientes adultos.

En este momento aparece un elemento que adquiere gran importancia y que se verá reflejado a lo largo del desarrollo de los editoriales de la futura revista: por un lado la clínica francesa con su gran componente antropológico, humanístico y filosófico. Tres revistas de psiquiatría francesas, *L''Information Psychiatrique, Nervure y Synapsis* (Fig. 2A, B y C) son reconocidas por JCS como una fuente de inspiración para editar *Vertex* 10 años más tarde (Fig 2D). La primera, creada en 1945, es la revista oficial del *Syndicat des psychiatres des hôpitaux* (SPH) de Francia (JCS es corresponsal en la Argentina de esta publicación hasta hoy), *Nervure, Journal de Psychiatrie*, fue creada en 1986 por François Caroli, a la sazón Jefe de Servicio en el Hospital Sainte Anne de París *y Synapse Journal de psychiatrie et du système nerveux central*, creada en 1984 por Markos Zafiropoulos.

Especialmente, las últimas dos publicaciones mencionadas se caracterizaron por una edición ágil, moderna en su concepción de diseño gráfico, e incorporaron ilustración y recursos de periodismo científico, especialmente entrevistas a personalidades de la psiquiatría, el psicoanálisis, la filosofía y las ciencias sociales. En *Vertex* se retomaron algunos de estos recursos combinados con otros que fueron surgiendo con el correr de los años, tanto en el entramado de la revista como en los editoriales. En estos últimos, una marca que imprime Stagnaro es el cruce de la disciplina con lo político y con la actualidad, en una similitud con el editorial periodístico.

En este sentido, los condicionantes ideológicos que modulan la incorporación de ideas o la elaboración de un pensa-

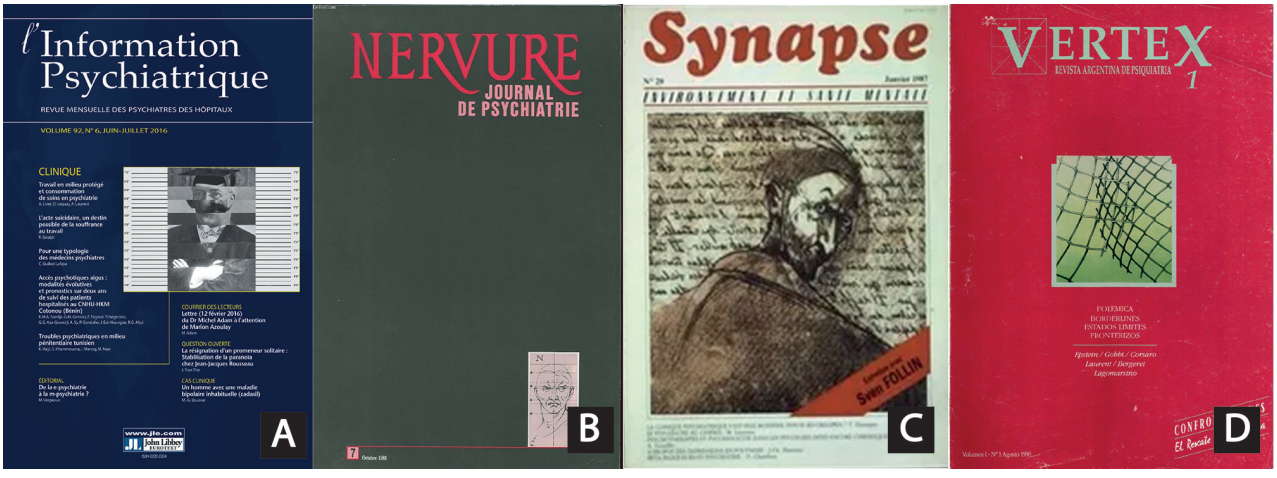


Figura 2. Las revistas de psiquiatría *L'Information Psychiatrique* (A), *Nervure* (B) y *Synapse* (C), que más influyeron en Stagnaro para, posteriormente, fundar Vertex (D).

Cuadro 2. Breve biografía de Juan Carlos Stagnaro

Juan Carlos Stagnaro nació en Buenos Aires el 1 de junio de 1947, cursó sus estudios primarios y secundarios en el colegio San Miguel y, a los 18 años ingresó en la la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) de donde egresó como médico en 1970 con Diploma de Honor.

Tras una dilatada carrera docente, en la que ocupó el cargo de Profesor Regular Titular del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, fue designado Profesor Consulto Titular de la Facultad de Medicina de la UBA en 2018. Es Director del Instituto Superior de Formación de Postgrado de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) desde 2018.

Desarrolló su práctica asistencial como Jefe del Servicio de Hospital de Día en el Hospital Nacional Infanto-Juvenil Dra. Carolina Tobar García (1970-1976) y médico del Hospital J. T. Borda, ambos de la ciudad de Buenos Aires. Se exilió en Francia en marzo de 1977 hasta marzo de 1984, donde completó aspectos de su formación y trabajó junto a Charles Brisset, coautor con Henri Ey y Paul Bernard de su célebre *Tratado de Psiquiatría*. Nuevamente en la Argentina trabajó y enseñó en el Hospital J. T. Borda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y luego continuó con esas tareas durante más de diez años como Médico Consultor del Servicio de Salud Mental del Hospital Central de San Isidro Dr. Melchor Ángel Posse.

Recibió los premios Facultad de Medicina a la mejor tesis doctoral (2005) y Bienal "Doctor Francisco C. Arrillaga" a la educación médica (2006/2008); y el Premio "Jean Garrabé", otorgado por el Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET).

Recibió la condecoración en el grado de Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques de la République Française (2018).

Fue presidente de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA, 2008-2011), es Honorary Membership de la World Psychiatric Association (WPA) y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), de la que fue Secretario General (2012-2014).

Fundador en 1990 y director desde entonces de *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría y* codirector de la revista *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, ha publicado más de 200 trabajos en congresos y revistas nacionales o internacionales.

Stagnaro está casado con quien siempre presenta como la gran compañera de su vida, Chantal Poindron, y tiene cinco hijos y nueve nietos.

(*Datos biográficos provistos por Juan Carlos Stagnaro*).

miento situado (para el caso ciencia nacional) a partir de una toma de posición del intelectual híbrido (pensar con la cabeza en el mundo y los pies en la Argentina) que se forma en una cultura de país periférico se trasladan e insertan en la práctica social. No como turista ni becario, si no como trabajador, en un país central, y vuelve con experiencia y pensamiento crítico a construir en el lugar originario: JCS es un exponente claro de este tipo de hombre.

LOS AÑOS DE GESTACIÓN

En el caso de JCS y, a diferencia de mucha otra gente que respondió al llamado de Bayer y a impulsos propios para retornar rápidamente al país[20], él continuó su trabajo en Francia unos años más. Esto le permitió, por un lado, esquivar el riesgo de instalarse en lo que Yankelevich y Jensen dieron en llamar "territorio del exilio-desexilio", que está conformado por aquellas personas que nunca se terminaron de ir pero que jamás pudieron terminar de volver[21].

Por otro lado, esos años fueron claves para madurar el proyecto de fundación de la revista, que generó una fuerte marca identitaria en JCS y que lo sigue acompañando treinta años después. En efecto, el análisis de palabras de los editoriales arroja que conceptos como Psiquiatría, Salud Mental, Ética, Historia y Política tienen una gran relevancia en la construcción de las líneas editoriales de la revista: 76% de los 150 editoriales contienen una o más de estas palabras (Cuadro 3), como los Editoriales 2, 78, 100 o 124[1]. Estas ideas acompañaron a JCS en la gestación de su proyecto científico, junto con otras experiencias, que

Cuadro 3. Palabras más frecuentes en los editoriales

	n	%
Psiquiatría	60	40
Salud mental	58	39
Ética	34	23
Historia	30	20
Política	24	16

El % es superior a 100 puesto que algunas palabras se repiten en un mismo editorial.

encaró a su retorno a la Argentina. Él mismo, en una de las entrevistas, señala:

> "…cuando volví a Argentina me encontré con los viejos amigos que no se habían ido y que habían seguido ejerciendo y trabajando y me volví a encontrar con Etchegoyen. Me encontré con toda una historia previa, cosa que para muchos exiliados que se habían ido mucho más jóvenes o sin formación la reinserción fue mucho más complicada".

JCS traza su trayectoria profesional convencido de que no existe conocimiento técnico despojado de significado subjetivo, personal y social. Así, marca su impronta en *Vertex*: todo acto médico es un acto político. Sus experiencias de vida traducidas en sus "verdades narrativas" son signo de su identidad profesional.

Al decir de Meccia, "los relatos del yo construyen imágenes públicas de ese yo"[22]. En este sentido, en la construcción de los relatos de JCS se evidencia lo señalado por Arfuch[9] en tanto estos constituyen "un verdadero laboratorio de la identidad".

En ese laboratorio dialogan múltiples voces que reflejan lo vivido y le dan sentido, a la vez que contribuyen a conformar un interlocutor significativo con quien dialogar desde *Vertex*.

Este trabajo sobre los años tempranos de Stagnaro posibilita apreciar el caldo de cultivo en que, pocos años después, surgiría la revista y constituye un punto de anclaje para analizar, en el futuro, la génesis de *Vertex* y su particular visión de la psiquiatría.

Conflictos de interés: Autores y autora no declaran conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. http://www.polemos.com.ar/vertex.php
2. PubMed. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/
3. Franco M y Lvovich D. Historia Reciente: apuntes sobre un campo de investigación en expansión. Boletín Instituto Historia Argentina y Americana Dr. Emilio Ravignani. 2017; 47:190-201.
4. Levin S. La psiquiatría en la encrucijada. Buenos Aires: Eudeba; 2018.
5. Solnit R. Una guía sobre el arte de perderse. Buenos Aires: Fiordo; 2020.
6. Alcíbar Cuello M. Propuesta pragmático-discursiva para analizar artículos editoriales: modelo y estrategias. Estudios sobre el Mensaje Periodístico. 2015;21(1):225-41.
7. Fernández Barrero MÁ. El editorial. Un género periodístico abierto al debate. Sevilla: Comunicación Social Ediciones y Publicaciones; 2015.
8. Yanes Mesa R. El artículo, un género entre la opinión y la actualidad. Revista Latina de Comunicación Social. 2004;7(58):1-15.
9. Arfuch L. El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea. 2.ª reimp. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.
10. Byung-Chul H. La sociedad paliativa. Barcelona: Herder; 2021.
11. Kvale S. La entrevista en Investigación Cualitativa. Madrid: Morata; 2011.
12. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Pilar Baptista L M. Metodología de la investigación. 5.a ed. México: McGraw-Hill; 2014.
13. Romero LA. La violencia en la historia argentina reciente: un estado de la cuestión. En: Pérotin-Dumon A (dir.). Historizar el pasado vivo en América Latina, 2007. p. 3. http://etica.uahurtado.cl/historizarelpasadovivo/es_contenido.php
14. Insúa J A. Psicología Médica. Buenos Aires: Columba; 1967.
15. Artiles Visbal L. El proyecto magisterio y la categoría género en la formación de recursos humanos en salud. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2005. http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v19n2/ems01205.pdf
16. Franco M. El exilio. Argentinos en Francia durante la dictadura. Buenos Aires: Siglo XXI; 2008.
17. Franco M. Testimoniar e informar: exiliados argentinos en París (1976-1983). Les cahiers ALHIM. 2004; 8. https://doi.org/10.4000/alhim.414
18. Franco M, Bernaldo P. Cuando el sujeto deviene objeto: la construcción del exilio argentino en Francia. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01935085
19. Ey H, Bernard P, Brisset C. Tratado de Psiquiatría. 2.a ed. Buenos Aires: Masson; 1995.
20. Bayer O. Una propuesta para el regreso. Controversia. 1980;7(2):7.
21. Yanquelevich P, Jensen S. Exilios. Destinos y experiencias bajo la dictadura militar. Buenos Aires: El Zorzal; 2007.
22. Meccia E. Biografías y sociedad: métodos y perspectivas. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral; 2020. p. 54.

Reglamento general de presentación de artículos

La Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires publica trabajos originales relevantes para la medicina y las áreas relacionadas. Se aceptan contribuciones de autores tanto pertenecientes a la Institución como externos a ella.

Instrucciones generales de presentación

Los trabajos deben ser presentados, en formato electrónico, a la dirección: *revista@hospitalitaliano.org.ar* dirigido al Dr José Alfie, Director de la Revista.
Todos los originales presentados quedan como propiedad permanente de la Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires, y no podrán ser reproducidos en forma total o parcial sin el consentimiento de esta. En el caso de que se publique el trabajo, el/los autor/es cede/n en forma exclusiva al Instituto Universitario Hospital Italiano los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación de su trabajo, por cualquier medio o soporte. Todas las contribuciones podrán ser modificadas para adaptarlas al formato editorial de la Revista.
No se aceptarán trabajos que hayan sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congresos debiéndose aclarar donde fue presentado) ni que estén en consideración para su publicación en otra revista.
Se aceptan trabajos para las siguientes secciones: a) carta al editor, b) artículos originales, c) comunicaciones breves, d) artículos de revisión, e) mini-revisiones, f) educación médica, g) casos clínicos, h) imágenes en medicina interna y cirugía, i) Hospital Italiano en Medline, j) preguntas al experto, k) videos en medicina, l) Notas sobre estadística e investigación, m) Actualización y avances en investigación, n) Humanidades.

Estructura general requerida para la presentación de trabajos
Estructura general: **Los trabajos incluirán, en orden: primera página, cuerpo principal, agradecimientos, referencias, tablas y figuras.**
Primera página: **Sección a la que se presenta el artículo. Título del trabajo:** en castellano e inglés. **Lista de autores:** nombre completo (nombre, inicial segundo nombre, apellido) y afiliación de todos los autores con la correcta denominación (servicios e instituciones a las cuales pertenecieron durante la realización del trabajo). La Revista del HIBA se basa en los criterios para la autoría de la ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors). **Autor para correspondencia:** consignar el autor responsable del artículo, cargo académico y dirección electrónica, al cual se dirigirá el Comité Editorial en cualquiera de las etapas del proceso de publicación. **Título abreviado:** en caso de que el título posea más de cuatro (4) palabras, un título abreviado en castellano de no más de cuatro (4) palabras para las cabeceras de las páginas. **Conflictos de interés:** de no existir conflictos relevantes al trabajo presentado, deberá decir "El/la/los autor/a/es declaran no poseer conflictos de interés relacionados al contenido del presente trabajo".
Consentimiento de publicación, originalidad y conflicto de intereses: los autores darán el consentimiento para la publicación del trabajo, asegurarán su originalidad y revelarán cualquier conflicto de intereses mediante una carta tipo solicitada a la Revista (*revista@hospitalitaliano.org.ar)*
Segunda página: **Resúmenes:** todos los trabajos deberán incluir un resumen, en castellano e inglés. Ver características de cada sección. **Palabras clave:** deben representar el contenido de su manuscrito y ser específicas de su campo o subcampo de actividad científica. Puede utilizar palabras tomadas del texto o términos Mesh. Enviar al menos 4 y no más de 10 palabras clave en castellano e inglés.
Agradecimientos: Solo cuando se considere necesario y en relación a personas y/o instituciones. Se pueden incluir colaboradores que no cumplen los criterios de autoría, por ejemplo personas que brindaron ayuda técnica, colaboraciones en la redacción del manuscrito o las direcciones de departamentos cuya participación sea de carácter general.
Referencias: Las referencias deberán seguir el estilo Vancouver. Deberán contener únicamente las citas del texto e irán numeradas correlativamente de acuerdo con su orden de aparición en aquel. Las referencias a comunicaciones personales y otros datos no publicados deben colocarse entre paréntesis () en el texto (no en las Referencias). Figurarán los apellidos y las iniciales de los nombres de todos los autores (si son hasta tres), sin puntos, separados unos de otros por comas. Si son más de tres, indicar los tres primeros y agregar "et al."; la lista de autores finalizará con punto (.). A continuación se escribirá el título completo del trabajo, separado por un punto (.) del nombre abreviado según el Index Medicus de la Revista en el que se encuentra publicado el trabajo y año de aparición en aquella, seguido por punto y coma (;). Volumen en números arábigos seguido por dos puntos (:) y números de la página inicial y final, separados por un guión (-).
Tratándose de libros la secuencia será: Apellido e inicial(es) de los nombres de los autores (no utilizar puntos en las abreviaturas y separar uno del otro por coma), punto (.). Título del libro, punto (.). Número de la edición, si no es la primera, y ciudad en la que fue publicado (si se menciona más de una colocar la primera) dos puntos (:). Nombre de la editorial, coma (,). Año de publicación, dos puntos (:). Número del volumen (si hay más de uno) precedido de la abreviatura "vol.", punto y coma (;). Número de las páginas inicial y final separadas por un guión, si la cita se refiere en forma particular a una sección o capítulo del libro. Ver ejemplos en: Apéndice Normas de Vancouver.
Material gráfico: No se aceptarán imágenes de pacientes sin su autorización, ni imágenes escaneadas o tomadas de otras publicaciones sin el permiso o consentimiento correspondiente.

- Los gráficos, tablas, fotografías y figuras irán numerados correlativamente por orden de aparición en el texto.
- Todos deberán llevar un título y leyenda (las abreviaturas utilizadas deberán aclararse en la leyenda) indicadas en el archivo de texto.
- Se deberán enviar los editables de las tablas, gráficos y figuras.
- Las fotografías de observaciones microscópicas llevarán el número de ampliación efectuada. Para aquellas que hayan sido modificadas de alguna manera con respecto al original deberá incluirse la imagen original.
- Las imágenes deberán tener una resolución igual o mayor a 300 dpi

Características generales de trabajos considerados según sección
(características específicas, ver: https://instituto.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/revista/seccion/6997)
Sección Carta al editor: La sección carta al editor incluye observaciones y comentarios sobre trabajos publicados con anterioridad por la Revista, o comunicaciones breves sobre temas científicos o de otras áreas de interés humanístico, ético, educativo, etc. En el caso de referirse a artículos publicados, el autor tendrá la oportunidad de responder en esta misma Sección.
Sección Artículo Original: La sección artículo original se encuentra comprendida por trabajos originales relativos a la medicina y áreas relacionadas. No deben haber sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congresos debiéndose aclarar donde fue presentado) ni estar considerados para su publicación en otra revista.
Sección Comunicaciones breves: La sección comunicaciones breves se encuentra comprendida por trabajos originales relativos a la medicina y áreas relacionadas. No deben haber

sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congresos debiéndose aclarar donde fue presentado) ni estar considerados para su publicación en otra revista.

Sección Artículos de revisión: La sección artículos de revisión comprende artículos de actualización o puesta al día en temas clínicos, fisiopatológicos, farmacológicos, metaanálisis, epidemiológicos o de otras categorías, que sean considerados relevantes para la práctica médica. Pueden asimismo abarcar integralmente un tema en particular o focalizarse en la revisión de aspectos específicos de un tema (aspectos históricos, epidemiológicos, etiología, diagnóstico, tratamiento, etc.). Se incluyen en esta sección las revisiones sistemáticas.

Sección Mini-revisión: La sección artículos de revisión comprende artículos de actualización o puesta al día en temas clínicos, fisiopatológicos, farmacológicos, metaanálisis, epidemiológicos o de otras categorías, que sean considerados relevantes para la práctica médica. Pueden asimismo abarcar integralmente un tema en particular o focalizarse en la revisión de aspectos específicos de un tema (aspectos históricos, epidemiológicos, etiología, diagnóstico, tratamiento, etc.). Se incluyen en esta sección las revisiones sistemáticas.

Sección Artículos de Educación médica: La sección de educación médica comprende una propuesta educativa puntual, realizada de forma individual o colectiva, que se problematiza y/o justifica desde los marcos teóricos de la pedagogía y/o educación médica (estrategias de enseñanza, contenidos, diseño, programación curricular, etc). También comprenden artículos de investigación cuanti o cualitativa en el marco educativo. Su análisis pretende ser un aporte e inspirar a otros profesores o especialistas en docencia universitaria en ciencias de la salud.

Sección Casos clínicos: Esta sección se encuentra comprendida por:

• Comunicaciones breves de casos médicos clínicos o de áreas relacionadas que describan de uno hasta tres pacientes o una familia. No deben haber sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congresos debiendo aclarar donde fue presentado) ni estar considerados para su publicación en otra revista.

• Resolución de desafíos o problemas clínicos: manuscritos que consideren un proceso de toma de decisiones paso a paso. La información del paciente será presentada por un experto en el área clínica o por distintos médicos clínicos sucesivamente (indicando las intervenciones en negrita) para simular el modo en que la información se presenta en la práctica diaria. El clínico responderá en la medida en que nueva información sea presentada, compartiendo o no su razonamiento con el lector. Es deseable la utilización de material ilustrativo, por ejemplo fotografías o imágenes.

Sección Imágenes en Medicina Interna y Cirugía: En esta sección se aceptan imágenes interesantes, inusuales o educativas en medicina interna y cirugía. Esta sección también incluye iconografía dermatológica. Pueden ser radiografías, fotografías quirúrgicas, microscopías, clínicas, electrocardiogramas, etc.

Pregunta al experto: En esta sección se publican las respuestas a una pregunta relevante por parte de un experto. El Comité Editorial de la Revista formula una pregunta a un experto. La respuesta debe estar dirigida a profesionales de la salud.

Sección Notas sobre estadística e investigación: Esta sección publica artículos sobre estadística dirigido a médicos asistenciales o que desarrollan actividades de investigación clínica.

Sección El Hospital Italiano en Medline: Los autores de artículos originales publicados en el último año en revistas indexadas en Medline comentan sus resultados en nuestra revista. El objetivo es difundir el trabajo en nuestro medio.

Videos en medicina: En esta sección se aceptan vídeos que muestran procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Se publicarán en la versión online de la revista.

Sección Actualización y avances en investigación: Esta sección publica fundamentalmente artículos sobre temas biomédicos que se encuentren en etapa de experimentación básica o aplicada, con potencial clínico inminente, o que, encontrándose ya en etapa clínica, su práctica está poco difundida o resulte novedosa.

Sección Humanidades: Esta sección comprende:

• Artículos originales acerca de temas históricos y/o filosóficos sobre las ciencias médicas o afines, cuya extensión máxima será de 5000 palabras incluida la bibliografía. Podrán incluirse imágenes (con los debidos permisos de publicación cuando corresponda o de identificación de las mismas). La estructura del artículo respetará el esquema de introducción, desarrollo y conclusiones.

• Artículos originales sobre temas de bioética que desarrollen los problemas que los profesionales de la salud enfrentan hoy referidos a cuestiones éticas complejas en relación al cuidado y tratamiento de las enfermedades; los pacientes, las nuevas tecnologías y sus implicancias morales, legales, religiosas, etc. Tendrán una extensión máxima de 5000 palabras incluida la bibliografía.

• Reseñas: comentarios o revisiones bibliográficas críticas sobre publicaciones o temas relacionados con la historia de la medicina o de las ciencias. Tendrá un máximo de 4000 palabras incluida la bibliografía, además de los datos de la publicación o trabajo reseñado.

• Entrevistas con personas cuyas historias de vida o trayectoria sean relevantes para el conocimiento de la historia de las ciencias o de la salud. Hasta 5000 palabras.

• Imágenes: ensayos elaborados en torno a imágenes, fotografías, grabados, dibujos etc. en blanco y negro o en color, acompañadas, si es necesario, de leyendas y texto de introducción. Máximo de 5000 palabras incluida la bibliografía.

Proceso de publicación

Recepción de originales en versión electrónica

La coordinación editorial acusará recibo del envío y solicitará, si es necesario, completar la presentación según lo requerido en el Instructivo general de presentación de artículos.

Presentación al Comité de Revista. Se presentará el original al comité para su primera revisión. En esta etapa se podrá solicitar algún cambio antes de enviar el artículo a revisión externa

Sistema de evaluación

Si el Comité de Revista recomienda la publicación del trabajo, se lo envía como mínimo a dos profesionales externos a la institución. El sistema de evaluación es de doble ciego: no se informan los datos de los autores ni de los evaluadores. La evaluación se debe realizar en catorce días, aunque puede retrasarse por eventualidades ajenas al Comité. Los evaluadores podrán recomendar la publicación sin cambios, con cambios, o rechazarla. **En cualquier caso se enviará a los autores el resultado de la evaluación. Si se requirieran cambios, los autores deberán realizarlos marcándolos con color rojo en el plazo estipulado por el Comité (entre siete y diez días, según la necesidad de cada caso) y adjuntar una nota en la que explicarán los cambios realizados y, si hubiera rechazo de alguna sugerencia, el porqué de este. Una vez recibido, el trabajo corregido se enviará nuevamente a los revisores para su aceptación. Si es aceptado se continuará con el proceso de publicación: corrección ortográfica y de estilo, galeras, etcétera. Si se requieren más correcciones se vuelve a realizar el proceso a partir de la siguiente marca **. A partir de esta etapa no se aceptan cambios en el texto.

Aceptación del trabajo. Una vez aceptado el trabajo, la Coordinación Editorial se comunicará con el autor responsable para informar la decisión del Comité de Revista.

Corrección y galeras. Luego de aceptado, el artículo pasa a la etapa de corrección profesional que incluye una corrección ortográfica, gramatical y de estilo. En esta etapa pueden surgir dudas las cuales se remitirán al autor responsable.

En la siguiente etapa el autor recibirá la prueba de galera para su revisión y aceptación final. En esta instancia no se pueden hacer cambios significativos que impliquen una cantidad de texto que modifique el sentido o la puesta en página del artículo. El autor responsable enviará por mail, en el plazo solicitado por la Coordinación, las correcciones o la aceptación de la prueba de galera. Se recomienda fuertemente poner énfasis en la corrección de posibles errores ortográficos o de diagramación.

Publicación online e impresa

El Comité de Revista podrá publicar en forma adelantada el artículo en su página web. El autor responsable será informado de su publicación en cualquiera de los formatos de la Revista. Recibirá cuatro ejemplares y una carta de agradecimiento del Director de Revista.

MEVATERAPIA
ONCOLOGÍA RADIANTE

TRATAMIENTOS DE ALTA PRECISIÓN ADAPTADOS A CADA PACIENTE

3D Radioterapia Tridimensional Conformada

IMRT-VMAT Radioterapia de Intensidad Modulada

IGRT Radioterapia Guiada por Imágenes

SBRT Radioterapia Estereotáxica Extracraneal

SRS Radiocirugía Estereotáxica Craneal

TBI Irradiación Corporal Total 3D Conformada

BQT 3D HDR Braquiterapia Tridimensional de Alta Tasa de Dosis

TSEI/RTSEI Baño de Electrones

IORT Radioterapia Intraoperatoria
(Primer Equipo INTRABEAM móvil en Argentina)

Central de Turnos: (11) 4958-1213 (líneas rotativas) . info@mevaterapia.com.ar . www.mevaterapia.com.ar
Sede Central: Tte. Gral. J. D. Perón 3931/ 3937 (C1198AAW) . C.A.B.A. Argentina
Sucursales: Barrio Norte . Recoleta . San Justo . Avellaneda . Lomas de Zamora . Quilmes

HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires
Servicio de Radioterapia

Instituto Universitario
Hospital Italiano
de Buenos Aires
hospitalitaliano.edu.ar
Enseñamos
lo que
sabemos hacer.
/iuhiba
Carreras de Grado
Especializaciones
Maestrías
Doctorados
Cursos
Jornadas
Instituto Universitario
Hospital Italiano de Buenos Aires
HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires