



 **REVISTA DEL
HOSPITAL ITALIANO
DE BUENOS AIRES**

Año 2024 Volumen 44 Número 3

Utilización de la metodología fotovoz en el trabajo médico asistencial
Hirsch S.

Modelización de la utilización de los servicios médicos ambulatorios para una población con seguro de salud privado, mediante un modelo de ecuaciones estructurales
Granero M., et al.

Infección primaria de la sangre asociada a catéter central en unidades de cuidados intensivos de adultos durante la pandemia de COVID-19 en la Argentina
Gauto M., et al.

Hepatitis colestásica como forma de presentación de enfermedad de Kawasaki atípica: informe de un caso
Cano F., et al.

Resolución de úlcera arterial mediante injerto de piel con unidades foliculares: informe de caso
Bertarini F., et al.

Oclusión preventiva de las arterias uterinas
Vietri G.O., et al.

Reflexión acerca del trabajo médico asistencial en una comunidad wichi con metodología fotovoz
Discacciati V.R., et al.

Los años que vivimos en peligro ¿dónde están?
Reflexiones de un historiador médico sobre la pandemia de COVID-19
Asúa de M.

Cómo presentar un resumen (abstract): recomendaciones
Saladino A., et al.

Tratamientos de alto costo: Los recursos no son infinitos
García C.E.

Medicamentos de alto precio: un problema de Derechos Humanos para la salud pública global
Menéndez F.B.

Nuevos aportes sobre humanidades médicas
Wahren C.



Por Alfredo Eymann

Las flores también quieren ser cielo
Tokyo Skytree, Tokio, Japón, 2024



 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

ISSN (en línea) 2314-3312
<http://ojs.hospitalitaliano.org.ar>

25%
DE DESCUENTO

DURANTE
MESES **3**
EN TU CUOTA

Afiliate al Italiano.
Hay equipo.

Hoy es muy importante tener tranquilidad, respaldo
y la mejor calidad médica.



PLAN
Vita

CONOCÉ MÁS



PLAN
Magna

CONOCÉ MÁS

PLAN DE SALUD




HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

TODO EL ITALIANO DETRÁS DE TU PLAN

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)

Brindamos atención médica de excelencia a través de un reconocido staff de profesionales y soporte tecnológico en permanente innovación. **Acompañamos a nuestros pacientes y sus familiares, centrándonos en su bienestar físico y emocional, desde una mirada integral de la Salud.**

Central de Turnos: (11) 4958-1213 (líneas rotativas) .  +54 9 11 4166-5537
info@mevaterapia.com.ar . www.mevaterapia.com.ar

Casa Central Almagro: Tte. Gral. J. D. Perón 3931/3937 (C1198AAW) . C.A.B.A. Argentina

Centros de Atención: Barrio Norte . Recoleta . Almagro II . San Justo . Avellaneda . Lomas de Zamora . Quilmes



+ Posgrado

INSCRIPCIÓN ABIERTA

MAESTRÍAS

POTENCIÁ TU FUTURO



Universidad Hospital Italiano
de Buenos Aires

 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

MÁS INFORMACIÓN

maestrias.hospitalitaliano.edu.ar



REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Editor jefe

Dr. Daniel Matusевич (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina)

Editor asociado

Dr. Alfredo Eymann (Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina)

Comité Editorial

Lic. Griselda Almada (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Federico Angriman (Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, EE.UU.), Lic. Ignacio Barbagallo (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Luis A. Boccalatte (Hospital Universitario Sagrat Cor, Barcelona, España), Dr. Alberto Bonetto (Profesional independiente, Argentina), Dr. Horacio Castro (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dra. María Soledad Dawson (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Carlos Lazzarino (Hospital Municipal de Oncología "Marie Curie", Argentina), Dra. María Florencia Martínez (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dra. Vanina Pagotto (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dra. Rosa Pace (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dra. María Lourdes Posadas Martínez (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dra. María Paula Russo (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Julián Sánchez Viamonte (Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina), Dr. Fernando J. Vázquez (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Carlos Wahren (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Joaquín Álvarez Gregori (Universidad de Salamanca, España), Dr. Juan Dartiguelongue (Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, Argentina), Dra. Isabel del Cura (Universidad Rey Juan Carlos Campus Móstoles, España), Dr. Marcelo García Dieguez (Centro de Estudios en Educación de Profesionales de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Argentina), Dr. Fernando Goldenberg (University of Chicago, EE. UU.), Prof. Dr. Jorge Manrique (Hospital Interzonal General de Agudos "Eva Perón", Argentina), Dr. Hernán Rowensztein (Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Argentina), Dra. Romina Rubín (Fundación Nuevo Hogar Ledorvador, Argentina), Dra. Dalia Szulik (Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe, Argentina), Dra. Carla Venturi (Hospital Clinic, España).

Comité asesor

Dr. Diego Faingold (Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Lic. Virginia Garrote (Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Pablo Knoblovits (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Luis J. Catoggio (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Marcelo Figari (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Mario Perman (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Enrique Soriano (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina)

Coordinadora editorial y página Web

Mariana Rapoport (Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina)

Corrección de textos

Prof. María Isabel Siracusa (Buenos Aires, Argentina)

Indización colaborativa para base de datos Lilacs

Bib. Aldana Ljeschak (Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina)

Gestión bibliográfica

Lic. Virginia Garrote (Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina)

Community manager

Lic. Emilia Matusевич (Buenos Aires, Argentina)

Editor responsable

Publicación trimestral del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires.
Tte. Juan D. Perón 4190 | 1º piso | Escalera J | C1199ABB | C.A.B.A. | Argentina
URL: <http://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/> | E-mail: revista@hospitalitaliano.org.ar |
Facebook: [RevistadelHIBA](https://www.facebook.com/RevistadelHIBA) | Tel. 54-11-4959-0200 int. 9293 | Fax. 54-11-4959-0383

Perfil de la Revista

La Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires (E-ISSN 2314-3312) es una publicación científica de publicación continua, en idioma castellano e inglés, de la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires (UHIBA) que se edita desde 1981. Su contenido es revisado por pares bajo la modalidad doble ciego, mientras que su difusión se realiza en línea. Es de acceso abierto bajo la licencia CC BY-NC-SA y el proceso de publicación para los autores es no arancelado. Publica trabajos originales relevantes para las ciencias de la salud y las áreas relacionadas. Se aceptan contribuciones de autores tanto pertenecientes a la Institución como externos a ella, en idioma castellano e inglés.

Scope

The Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires (E-ISSN 2314-3312) is a scientific journal published continuously in Spanish and English by the Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires (UHIBA) and has been published since 1981. Its double-blind peer-reviewed content is available online. It is open access under the license CC BY-NC-SA, and the publishing process for authors is fee-free. It offers original papers relevant to the health sciences and related areas. It accepts contributions by authors from within and outside the Institution, in Spanish and English.

DOI: <https://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3>

Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires

Consejo Directivo Ejercicio 2023/2024

Presidente: Ing. Franco Livini
Vicepresidente 1º: Arq. Aldo Brunetta
Vicepresidente 2º: 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. Esteban R. Langlois
Vice-Director Médico de Plan de Salud: Dr. Leonardo Garfi
Vice-Director Médico Hospital Italiano de San Justo Agustín Rocca: Dr. Guillermo E. Arbues
Directores Honorarios: Dres. Jorge Sivori, 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, Dr. Marcelo Figari, Ing. Jorge Firpo, Dr. Eduardo Tarditi.

Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires - Consejo Superior

Rector: Marcelo Figari
Vicerrector: Diego Faingold
Secretaría Académica: María Laura Eder
Secretaría Administrativa y de Gestión Financiera: Alberto Llebara
Directores de Deptos./Carreras: Nicolas Cacchiarelli, Roberta Ladenheim, Gisela Schwartzman, María Rezzónico, Matteo Baccanelli, Virginia Garrote, Karin Kopitowski, Eduardo Durante, Ana Mosca, Susana Llesuy, Patricia Chavarría, Marcelo Risk

Instrucciones para autores, ver: <http://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/instrucciones>

Indexada en DOAJ (Directory of Open Access Journals), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) y Latindex

ISSN 2314-3312 (en línea)



INDICE

EDITORIAL

144 Utilización de la metodología fotovoz en el trabajo médico asistencial

Silvia Hirsch

Comentario editorial a partir del artículo publicado de la Dra. Vilda R. Discacciati y col.
DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3.399>

ARTÍCULO ORIGINAL

145 Modelización de la utilización de los servicios médicos ambulatorios para una población con seguro de salud privado, mediante un modelo de ecuaciones estructurales

Mariano Granero, Mariela Weisbrot, Ignacio Ricci, Mercedes Laurenza y Fernando Vázquez Peña

Este trabajo analiza las principales variables por las que las personas con seguro de salud privado consultan en el sistema de salud. Esto resulta de vital importancia para la organización racional de recursos y la sustentabilidad del sistema.
DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3.308>

158 Infección primaria de la sangre asociada a catéter central en unidades de cuidados intensivos de adultos durante la pandemia de COVID-19 en la Argentina

Micaela Gauto, Fernando Hinojal, Laura D. Alonso, Belén Ibarra Camou, Natali J. Tejada, Diego Arcidiacono, Camila E. Benítez Varela, Laura E. Fernández, Roberto Giordano Lerena Karina Leszczuk, Gabriela F. Marcovic, Irene E. Pagano y Fernando Landreau

En este manuscrito analizamos cómo la pandemia influyó en la presentación de infecciones primarias de la sangre de pacientes internados en Unidades de Cuidados Intensivos; y aportamos evidencia acerca de los microorganismos involucrados y sus perfiles de resistencia.
DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3.375>

CASO CLÍNICO

165 Hepatitis colestásica como forma de presentación de enfermedad de Kawasaki atípica: informe de un caso

Francisco Cano, Victoria Rojas Ortiz, Sonia Rojas y Natalia L. Gonzalez

En este manuscrito analizamos cómo la pandemia influyó en la presentación de infecciones primarias de la sangre de pacientes internados en Unidades de Cuidados Intensivos; y aportamos evidencia acerca de los microorganismos involucrados y sus perfiles de resistencia.
DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3.314>

170 Resolución de úlcera arterial mediante injerto de piel con unidades foliculares: informe de caso

Florencia Bertarini, María V. Campoy, Noelia Capellato, Luis D. Mazzuocolo, Damián Ferrario y Anahí L. Belatti

Presentamos una solución innovadora para las úlceras crónicas: el autoinjerto por *punch* de unidades foliculares. En este caso, un paciente de 79 años con múltiples comorbilidades muestra una completa cicatrización en 4 meses, destacando el éxito de nuestro abordaje integral en el tratamiento de heridas crónicas de alta complejidad.
DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3.334>

VIDEOS EN MEDICINA

175 Oclusión preventiva de las arterias uterinas

Guido O. Vietri, Melina J. Siragusa y Victorio T. Viglierchio

La oclusión de las arterias uterinas es una estrategia quirúrgica utilizada para reducir el sangrado intraoperatorio en procedimientos invasivos en el útero, como las miomectomías. En este video mostraremos la oclusión temporal bilateral de las arterias uterinas mediante un abordaje posterior en un mioma ístmico posterior, de 65 mm.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.378>

HUMANIDADES

176 Reflexión acerca del trabajo médico asistencial en una comunidad wichi con metodología fotovoz

Vilda R. Discacciati, Daniela S. Epstein, María C. Iñurrategui, María J. Estremero, Teresita F. Reboa y María G. Rezzónico

Trabajo de reflexión de una comitiva sanitaria que llevó a cabo un programa sociosanitario educativo, sobre la atención médica en una comunidad wichi en Santa Victoria Este, provincia de Salta. Se realizó con metodología de fotovoz. Las autoras ponen de relieve elementos de interculturalidad con marco de perspectiva de derechos humanos.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.311>

185 Los años que vivimos en peligro ¿dónde están? Reflexiones de un historiador médico sobre la pandemia de COVID-19

Miguel de Asúa

Reflexiones sobre las consecuencias sociales de la pandemia COVID-19 en la Argentina desde el punto de vista de la historia de las epidemias. Se concluye que es riesgoso inferir vastas consecuencias sociales de una epidemia y efectuar afirmaciones apresuradas en términos de causalidad histórica.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.390>

191 Cómo presentar un resumen (abstract): recomendaciones

Agustina Saladino, Delfina Cirelli, Marcelina Carretero y María L. Posadas-Martínez

Todos los manuscritos requieren la presentación de un resumen (abstract), habitualmente de menos de 300 palabras, que sintetice el trabajo de investigación. Un resumen bien escrito le permite al autor conocer de qué trata el manuscrito y el valor que le puede aportar. Es por esto que, para lograr un resumen que tenga valor por sí mismo, se requiere una serie de pasos y componentes cruciales. Este artículo tiene como objetivo brindar sugerencias acerca de cómo escribir un resumen, indagando en los diferentes formatos, sus componentes, las funciones que cumple y recomendaciones puntuales sobre la escritura.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.15>

CONTROVERSIA

194 Tratamientos de alto costo: Los recursos no son infinitos

Carlos E. García

En este artículo se presenta un caso que ilustra una situación común en el ámbito de la salud pública. El autor aboga por una toma de decisiones fundamentada y equitativa en la aprobación y financiación de tratamientos costosos.

DOI: <https://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.388>

196 Medicamentos de alto precio: un problema de Derechos Humanos para la salud pública global

Florencia Braga Menéndez

En relación a las medicaciones de alto costo, la autora representa la voz de las organizaciones de pacientes que rescata las declaraciones de las convenciones de los derechos humanos y el enfoque de que los medicamentos son un bien social y no una mercancía.

<http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.389>

RESEÑA DE LIBRO

198 Nuevos aportes sobre humanidades médicas

Carlos Wahren

Miguel de Asúa, Doctor en Medicina y en Historia, fue convocado por diversas sociedades e instituciones médicas para enriquecer sus congresos, seminarios y publicaciones. De allí surgieron los trabajos que componen *De Hipócrates a Clío* donde enfoca rigurosamente temas como la relación entre filosofía y medicina, la consecuencia de las epidemias o la muerte en la infancia.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.391>



INDICE

EDITORIAL

145 Use of photovoice methodology in medical care work

Silvia Hirsch

Editorial commentary based on the published article by Dra. Vilda R. Discacciati et al.
DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3.399>

ORIGINAL ARTICLE

145 Modeling the Utilization of Outpatient Medical Services for a Population with Private Health Insurance Using a Structural Equation Model

Mariano Granero, Mariela Weisbrot, Ignacio Ricci, Mercedes Laurenza and Fernando Vázquez Peña

This paper analyzes the main variables for which people with private health insurance consult the health system. This is of vital importance for the rational organization of resources and the sustainability of the system.
DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3.308>

158 Central Line-Associated Bloodstream Infection in Adult Intensive Care Units during the COVID-19 Pandemic in Argentina

Micaela Gauto, Fernando Hinojal, Laura D. Alonso, Belén Ibarra Camou, Natali J. Tejada, Diego Arcidiacono, Camila E. Benitez Varela, Laura E. Fernández, Roberto Giordano Lerena, Karina Leszczuk, Gabriela F. Marcovic, Irene E. Pagano and Fernando Landreau

In this article, we analyze how the pandemic influenced the presentation of primary bloodstream infections in patients hospitalized in Intensive Care Units, and we provide evidence regarding the microorganisms involved and their resistance profiles.
DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3.375>

CLINICAL CASE

165 Cholestatic Hepatitis as a Presentation of Atypical Kawasaki Disease: A Case Report

Francisco Cano, Victoria Rojas Ortiz, Sonia Rojas and Natalia L. Gonzalez

This report discusses the Atypical Kawasaki Disease that originated as cholestatic hepatitis. The objective of this publication is to consider Kawasaki Disease as a differential diagnosis in cases of acute febrile cholestatic hepatitis, an unusual presentation. Early treatment can reduce the occurrence and severity of associated complications
DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3.314>

170 Resolution of Arterial Ulcer through Skin Grafting with Follicular Units

Florencia Bertarini, María V. Campoy, Noelia Capellato, Luis D. Mazzuocolo, Damián Ferrario and Anahí L. Belatti

We present an innovative solution for chronic ulcers: follicular unit punch autografting. In this case, a 79-year-old patient with multiple comorbidities achieved complete healing in 4 months, highlighting the success of our comprehensive approach in treating high-complexity chronic wounds
DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3.334>

MEDICAL VIDEOS

175 Preventive Occlusion of the Uterine Arteries

Guido O. Vietri, Melina J. Siragusa y Víctorio T. Viglierchio

Occlusion of the uterine arteries is a surgical strategy used to reduce intraoperative bleeding in invasive procedures in the uterus, such as myomectomies. In this video we will demonstrate bilateral temporary occlusion of the uterine arteries using a posterior approach in a 65 mm posterior isthmus myoma.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.378>

HUMANITIES

176 Reflection on Medical Care Work in a WICHI Community Using the Photovoice Methodology

Vilda R. Discacciati, Daniela S. Epstein, María C. Iñurrategui, María J. Estremero, Teresita F. Reboa and María G. Rezzónico

Reflection work by a health committee from the socio-health and educational program on medical care in a Wichi community in Santa Victoria Este, Salta Province. The study uses the photovoice methodology. The authors highlight elements of interculturality within the framework of a human rights perspective.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.311>

185 The Years We Lived in Danger: Where Are They? Reflections of a Medical Historian on the COVID-19 Pandemic

Miguel de Asúa

Some reflections on the social consequences of the COVID-19 pandemic in Argentina from a historical point of view. It concludes that it is risky to infer social consequences from an epidemic and make hasty statements in terms of historical causality.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.390>

NOTES ON STATICS AND RESEARCH

191 How to Present an Abstract: Recommendations

Agustina Saladino, Delfina Cirelli, Marcelina Carretero and María L. Posadas-Martínez

Manuscripts require the presentation of an abstract that summarizes the research work. A well-written abstract allows the reader to understand the content of the manuscript. This article provides suggestions on how to write an abstract, exploring its components and offering specific recommendations for writing.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.315>

CONTROVERSY

194 High-cost Treatments: Resources are not Infinite

Carlos E. García

This article presents a case that illustrates a common situation in public health. The author advocates for informed and equitable decision-making in the approval and financing of expensive treatments.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.388>

196 High-priced drugs: a human rights issue for global public health for global public health

Florencia Braga Menéndez

In relation to high-cost medications, the author represents the voice of patient organizations that rescues the declarations of human rights conventions and the approach that medications are a social good and not a commodity.

<http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.389>

BOOK REVIEWS

198 **New contributions on medical humanities**

Carlos Wahren

Miguel de Asúa, Doctor of Medicine and History, was summoned by various medical societies and institutions to enrich their congresses, seminars and publications. From there emerged the works that compose *De Hipócrates a Clío*, where he rigorously approaches topics such as the relationship between philosophy and medicine, the consequences of epidemics or death in infancy.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.391>

Utilización de la metodología fotovoz en el trabajo médico asistencial

Silvia Hirsch[®]

Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín. Buenos Aires, Argentina

El artículo es el resultado de un trabajo realizado por el equipo formado por seis profesionales de la salud que cumplen trabajo asistencial sanitario como parte de las acciones llevadas a cabo en un proyecto socio-sanitario educativo en Santa Victoria, en el norte de la provincia de Salta, entre la población indígena wichi. El equipo recurrió a la técnica de investigación cualitativa denominada fotovoz para reflexionar sobre su labor y sobre las dificultades que plantea la salud en contextos de diversidad cultural y de qué manera se desarrolla la interculturalidad en salud.

El uso de fotovoz refiere a una técnica de investigación cualitativa basada en registros fotográficos tomados por los participantes de una investigación, es decir, la gente de la comunidad para luego generar narrativas en torno a las imágenes. La idea es empoderar a los participantes para comprender sus propias perspectivas y registrar los temas que son de interés para la comunidad. Estas imágenes generan debates e intercambios, que muchas veces no se logran con las entrevistas, al permitir que las personas hablen de aspectos precisamente no verbales. En la experiencia realizada por el equipo del Hospital Italiano (HI), las fotografías en las cuales se basa el artículo fueron tomadas por el equipo, y luego entablaron un debate en torno a lo que estas comunicaban. Asimismo, las autoras se basan en la propuesta de Roland Barthes que recurre a la noción de *studium* y *punctum*, para analizar lo que dicen y cómo comunican las fotografías. No se trata de que las fotografías sean de calidad o de gran resolución técnica: lo que importa es lo que comunican, de qué manera permiten entender una realidad social determinada.

En esta instancia, las fotos de las comunidades wichi, y en particular de las actividades realizadas por el equipo, así como también la presencia de la gente de la comunidad, rinden cuentas del encuentro con la alteridad cultural y las diferencias con el equipo que proviene de Buenos Aires, todas mujeres profesionales, que llegan a Santa Victoria para brindar atención a la salud. Las imágenes muestran la llegada del equipo, los momentos

de atención, la presencia de las mujeres wichi con sus características faldas de colores, y la gestualidad que muestra una cierta distancia de quienes llegan de afuera y la presencia del cacique como interlocutor principal con la comunidad.

El ejercicio propuesto por el equipo de tomar registros fotográficos y debatirlos abrió la posibilidad de entablar un diálogo fecundo sobre las diferencias culturales y las dificultades de establecer y llevar a cabo la interculturalidad en salud. Si bien los equipos del HI hace varios años que tienen presencia en las comunidades y han generado confianza y respeto por parte de la gente, para el pueblo wichi la relación de este pueblo con la biomedicina es aún tensa y caracterizada por el desencuentro y desentendimiento.

El uso de las fotos permite ver en algunas de ellas, como señalé anteriormente, las diferencias entre ambos grupos sociales, las tensiones, pero también la posibilidad de acercamiento basado en el respeto a la diferencia cultural. Además revelan algunas de las necesidades básicas insatisfechas, como el acceso al agua e infraestructura en general, y la importancia del territorio como un derecho básico para las comunidades indígenas. Si bien el Estado se ha hecho presente a través de la salud pública, la educación y otras instituciones, en general las relaciones no han estado necesariamente basadas en el respeto a la diferencia cultural, o no se ha brindado la capacitación a los profesionales de la salud para poder desempeñarse en un contexto de diferencia cultural y lingüística, y con una notable desigualdad socioeconómica.

La propuesta del uso de fotovoz permite dar cuenta de las dificultades de las acciones que plantean los equipos y que requieren la adaptación a un medio distinto, en el cual se deben construir y reconstruir el respeto y la convivencia con sectores postergados de la sociedad argentina.

BIBLIOGRAFÍA

- Discacciati VR, Epstein DS, Iñurrategui MC, et al. Reflexión del trabajo médico asistencial en una comunidad WICHI con metodología fotovoz. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2024;44(3):e0000311. <https://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v44i3.311>

Autor para correspondencia: shirsch@unsam.edu.ar, Hirsch S.

Recibido: 12/09/24 Aceptado: 16/09/24 En línea: 20/09/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3.399>

Cómo citar: Hirsch S. Reflexión acerca del trabajo médico asistencial en una comunidad wichi con metodología fotovoz Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2024;44(3):e0000399

Modelización de la utilización de los servicios médicos ambulatorios para una población con seguro de salud privado, mediante un modelo de ecuaciones estructurales

Mariano Granero¹, Mariela Weisbrot¹, Ignacio Ricci¹, Mercedes Laurenza² y Fernando Vázquez Peña¹

1. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

2. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Argentina

RESUMEN

Introducción: los modelos de ecuaciones estructurales constituyen una herramienta valiosa para orientar la toma de decisiones al permitir identificar las relaciones entre diferentes variables y explicar el comportamiento de aquellas más abstractas. Tal es el caso de la probabilidad de que una persona consulte en el sistema de salud, donde intervienen factores demográficos, sociales y psicológicos.

El presente trabajo se propuso construir un modelo explicativo de la utilización de los servicios médicos ambulatorios en una población con seguro de salud privado, relacionando variables demográficas, sociales y de autopercepción de salud.

Métodos: el estudio se llevó a cabo a través de un modelo de ecuaciones estructurales con diseño longitudinal (cohorte prospectiva). Para ello se realizaron dos encuestas en diferentes momentos, y luego se realizó el análisis longitudinal teniendo en cuenta la información obtenida.

Resultados: la utilización de los servicios médicos ambulatorios fue explicada en el siguiente orden, según su fuerza de asociación: *control periódico de salud (CPS)* coeficiente (0,57), la *utilización de los servicios* en el período anterior (0,23), la *salud percibida* en el último período (- 0,15), y los *problemas familiares* del último período (0,08). Las demás variables no tuvieron una asociación estadísticamente significativa.

Conclusiones: la realización de CPS es la variable con mayor capacidad explicativa de la variabilidad de la utilización de servicios ambulatorios de salud de personas que tienen seguro de salud privado. Esto podría tener implicaciones importantes en la gestión para asegurar la sustentabilidad del sistema de salud a través de una organización racional de los recursos disponibles.

Palabras clave: planificación en salud, atención ambulatoria, calidad asistencial, medicina preventiva, economía de la salud.

Modeling the Utilization of Outpatient Medical Services for a Population with Private Health Insurance Using a Structural Equation Model

ABSTRACT

Introduction: Structural equation models serve as a valuable tool for guiding decision-making by enabling the identification of relationships between different variables and explaining the behavior of more abstract ones. Such is the case with the probability of an individual seeking consultation within the healthcare system, where demographic, social, and psychological factors come into play.

Autor para correspondencia: mariano.granero@hospitalitaliano.org.ar, Granero M.

Recibido: 7/11/23 Aceptado: 11/06/24 En línea: 8/07/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3.308>

Cómo citar: Granero M, Weisbrot M, Ricci I, Laurenza M, Vázquez Peña F. Modelización de la utilización de los servicios médicos ambulatorios para una población con seguro de salud privado, mediante un modelo de ecuaciones estructurales. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires.* 2024;44(3):e0000308

<https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/>

 BY-NC-SA 4.0

ISSN (en línea) 2314-3312

The current study aimed to construct an explanatory model of the utilization of outpatient medical services in a population with private health insurance, linking demographic, social, and self-perceived health variables.

Methods: A structural equation model with a longitudinal design (prospective cohort) was employed. For this purpose, two surveys were conducted at different moments, followed by a longitudinal analysis considering the information obtained.

Results: In order of strength of association, the use of outpatient medical services had the following explanatory variables: Regular health check-ups (RHC) coefficient (0.57), service utilization in the previous period (0.23), perceived health in the last period (-0.15), and family problems in the latest period (0.08). Other variables did not have a statistically significant association.

Conclusions: The performance of regular health check-ups (RHC) is the variable with the highest explanatory power for the variability in the utilization of outpatient health services by individuals with private health insurance. That could have significant implications for management to ensure the sustainability of the healthcare system through a rational organization of available resources.

Key words: health planning, outpatient care, quality of health care, preventive medicine.

INTRODUCCIÓN

Las Tecnologías de la Información facilitan la generación y el acceso a la información. Esta sirve de insumo para la toma de decisiones basadas en evidencia, es decir, la utilización de datos verificables, sólidos y fiables, para tomar decisiones¹. Si bien es creciente el número de organizaciones que implementan análisis estadísticos y cuantitativos así como modelos exploratorios y predictivos para la definición de sus acciones, el principal desafío surge en torno a la generación de valor a partir de estos análisis¹.

Esta complejidad es mayor aún si los procesos que se intenta mensurar involucran variables con cierto nivel de abstracción y, por lo tanto, más difícilmente objetivables de forma directa. Tal es el caso de la variable de interés para este estudio que es la *utilización de los servicios de salud*.

La bibliografía describe múltiples variables que se relacionan con un aumento de la probabilidad de que una persona consulte en el sistema de salud. Las personas con más de 50 años tienen entre 10 y 15% más probabilidad de realizar una consulta². Las mujeres muestran mayor uso del sistema de salud, incluso luego de ajustar las variables relacionadas con la necesidad de atención³. Las personas con alguna alteración en su salud autopercebida tienen mayor necesidad de realizar una consulta⁴. También inciden sobre esta utilización de los servicios tener problemas familiares, económicos o laborales, y la falta de red de apoyo social^{5,6}. Por otra parte, las personas no solo consultan debido a comorbilidades y alteraciones en su salud autopercebida, sino también lo hacen para realizar sus controles periódicos de salud (CPS)^{5,7}. La probabilidad de realizar estos chequeos preventivos aumenta en las personas de clase media urbana que tienen algún seguro de salud⁸.

Si bien estas variables se encuentran estudiadas de manera individual en la bibliografía, son escasos los trabajos que las abordaron en forma conjunta a través de modelos con un diseño longitudinal.

Para estudiar la utilización de servicios de salud a través de las variables que permitan explicarla, este trabajo utilizó un modelo de ecuaciones estructurales. Esta es una técnica estadística de análisis multivariado donde es posible analizar una variable independiente, con una o más dependientes, con la ventaja frente a otras técnicas de modelar el error⁹.

El objetivo del presente estudio fue construir un modelo explicativo de la utilización de los servicios médicos ambulatorios en una población con seguro de salud privado, relacionando variables demográficas, sociales y de autopercepción de salud.

La hipótesis de la cual partimos es que las personas consultan en el sistema de salud para atender alguna dolencia o malestar biopsicosocial, lo cual haría de la *autopercepción de salud* la variable con mayor poder para predecir la *utilización de los servicios de salud*.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño general

Se realizó el trabajo a través de un modelo de ecuaciones estructurales con un diseño longitudinal de cohorte prospectivo. Para ello se realizaron inicialmente dos encuestas en diferentes momentos, y luego el análisis longitudinal teniendo en cuenta la información obtenida.

El presente trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación (CEPI) del Hospital Italiano de Buenos Aires (Número de expediente: #3786).

La investigación se desarrolló en tres etapas principales (Fig. 1):

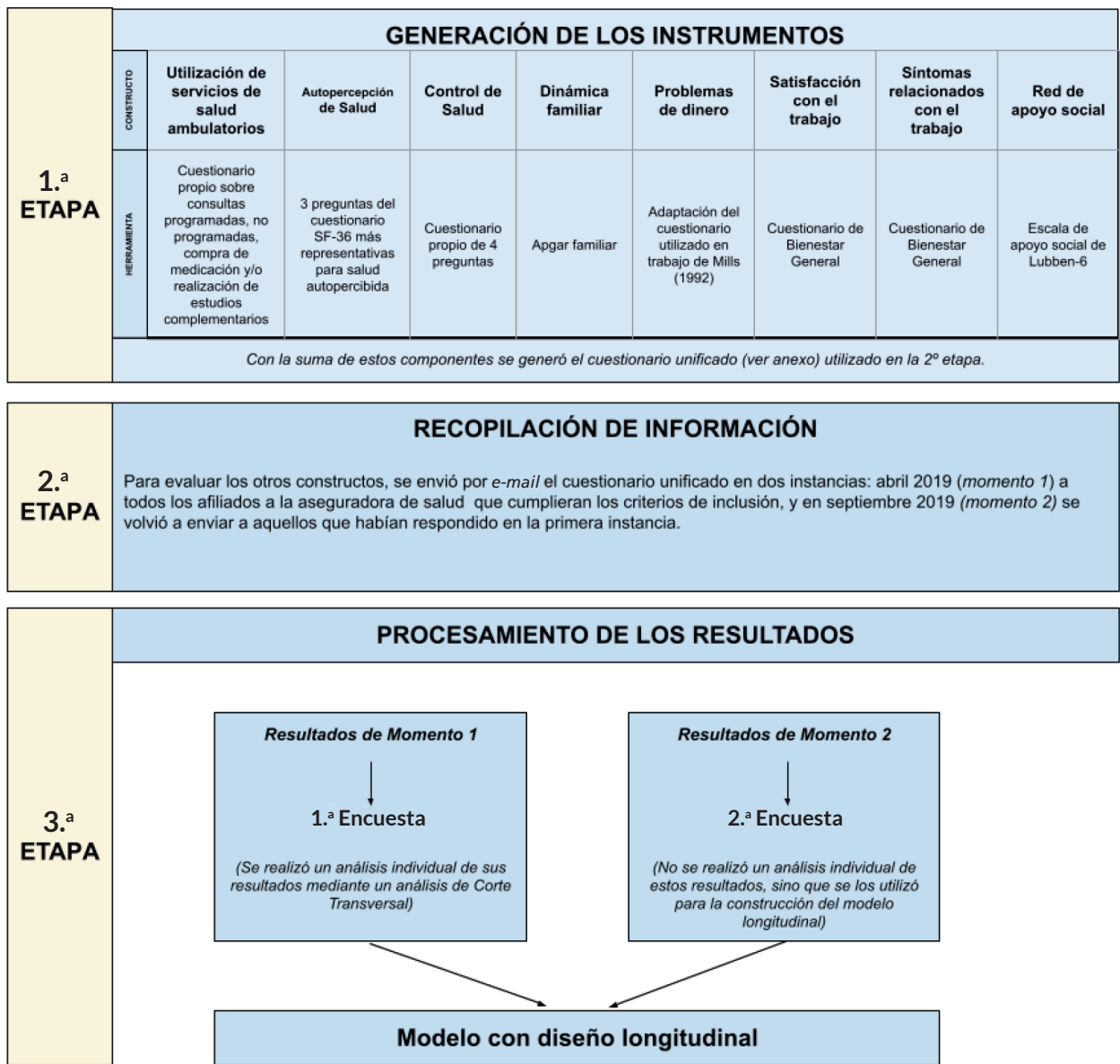


Figura 1. Representación gráfica de las etapas sucesivas y las tareas específicas correspondientes a cada una de ellas.

- 1.^a) Generación de los instrumentos necesarios para recopilar la información.
- 2.^a) Recopilación de la información.
- 3.^a) Procesamiento de los resultados obtenidos.

1) Generación de los instrumentos

Para objetivar la *utilización de servicios de salud* se generó un cuestionario propio de cuatro ítems que indaga sobre las veces que cada paciente durante los últimos dos meses concurrió a una consulta no programada (central de emergencias o demanda espontánea), y/o programada, y/o compró medicación, y/o realizó estudios complementarios. Con el fin de calibrar este instrumento y de

analizar si estas cuatro variables pueden ser utilizadas como indicadores *proxy* de utilización de los servicios de salud, el cuestionario fue administrado en un lapso de 30 días a pacientes elegidos al azar de la cápita de dos de los médicos autores (véase *población 1* en Tabla 1). La información obtenida con este cuestionario fue contrastada con la de los registros de la Historia Clínica Electrónica de cada paciente (*prueba de referencia*), evaluando su validez de criterio externo mediante una prueba de correlación.

Se corroboró que las cuatro preguntas y los cuatro datos numéricos recogidos a través de las historias clínicas tuvieran cada uno una estructura unidimensional a través de un Análisis Factorial Exploratorio (AFE). Se

Tabla 1. Principales características de las poblaciones

Nombre	n	Edad promedio	% de mujeres	% con estudios terciarios y/o universitarios completos
Población 1	54	47,1	55,4	*
Población 2	51	41	86	86
Población 3	100	42	67	(99% secundario completo)
Población 4	5425	49	70	53
Población 5	1251	50	72	55,8
Población 6	564	47	73	61

* Este dato no se recabó. Sin embargo, son pacientes del Plan de Salud de entre 30 y 64 años, por lo tanto presentarían en principio un porcentaje similar al de la población 4.

consideró que el *n* era suficiente dado que, tal como se sugiere, contábamos con más de 10 casos por indicador y más de 50 en total^{10,11}. Se consideró que el instrumento se comportaba de forma unidimensional si solo un factor presentaba un autovalor (*eigenvalue*) mayor de 1, y si el cociente entre la diferencia del primer autovalor y el segundo, y la diferencia entre el segundo autovalor y el tercero, era mayor de 3¹²⁻¹⁴. También fue evaluada la consistencia interna de cada uno a través del cálculo del coeficiente alpha de Cronbach. Se consideraron aceptables valores mínimos de 0,6 a 0,7¹¹. Luego se calcularon sus puntuaciones factoriales y se guardaron como variables independientes con el programa SPSS® (método Regresión). Finalmente, se realizó el análisis de correlación considerando que –frente a dos instrumentos que miden constructos vinculados (pero no exactamente el mismo constructo)– es esperable documentar una correlación estadística moderada (coeficientes de correlación entre 0,3 y 0,7)¹³.

Los lineamientos de unifactorialidad y alpha de Cronbach descriptos se tomaron como referencia para este y los demás análisis que formaron parte de este trabajo.

Para indagar sobre la *autopercepción de la salud* se utilizó la versión en español del cuestionario SF-36 que evalúa calidad de vida relacionada con la salud¹⁶. Nuestro equipo consensuó utilizar las tres preguntas más representativas para salud autopercebida, incluyendo una sobre salud general, otra sobre la esfera física y otra sobre la afectivo-emocional. A fin de valorar las propiedades psicométricas de estas tres preguntas se las incluyó en el cuestionario descripto anteriormente para el constructo *utilización de los servicios de salud*. Se corroboró que se comportaran unifactorialmente y que su consistencia interna (alpha de Cronbach) fuera aceptable, ya que las tres preguntas serían consideradas integrando un solo factor en los modelos de ecuaciones estructurales analizados.

Para evaluar si lo que motivaba la consulta era realizar un *control de salud*, diseñamos un cuestionario que inicialmente contaba con 4 ítems. Se evaluaron sus propiedades

psicométricas con una muestra de 51 personas (véase *población 2* en Tabla 1). Se evaluó la unifactorialidad y el valor de alpha de Cronbach.

Las demás variables fueron exploradas a través de instrumentos preexistentes o de sus adaptaciones. Para evaluar la *dinámica de la familia* se utilizó el cuestionario de función familiar (Apgar-familiar), validado al español¹⁷. Para *problemas con el dinero* realizamos una adaptación del cuestionario utilizado en un estudio similar a este¹⁸. Para *satisfacción con el trabajo y síntomas relacionados con lo laboral* se empleó el cuestionario de Bienestar Laboral General¹⁹. Se consideraron los factores *satisfacción y síntomas*, ambos como constructos individuales. Dentro del factor satisfacción no se incluyeron los 4 ítems que tuvieron menos carga factorial en el trabajo original. Para medir la *red de apoyo social* se utilizó el cuestionario de Lubben-6 validado en la Argentina²⁰. Se tomaron como factores individuales las tres preguntas sobre familia y las tres preguntas sobre amigos.

Con la suma de los componentes enumerados en el párrafo anterior se generó un cuestionario unificado. Este fue puesto a prueba en dos instancias. Primero se realizaron 10 entrevistas cognitivas bajo el formato de “pensar en voz alta”, en las que los entrevistados transmitían si tenían dificultades para entender cualquier parte del cuestionario. Posteriormente el instrumento fue administrado a 100 personas (véase *población 3* en Tabla 1) para verificar que todos los aspectos o factores evaluados se comportaran unifactorialmente y tuvieran un valor de alpha de Cronbach apropiado. Para ambas pruebas se tuvo en cuenta que las muestras fueran similares demográficamente a la muestra final con la que se realizó el estudio.

2) Recopilación de información

Con la suma de los componentes desarrollados en el apartado anterior se construyó un cuestionario unificado (Anexo 1). Este se adaptó al formato de formularios de Google y se envió por correo electrónico a los afiliados del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires

(aseguradora de salud) que tuvieran entre 30 y 64 años. El primer envío se realizó en abril de 2019. Cinco meses después se volvió a enviar el mismo cuestionario a quienes ya lo habían respondido durante la primera instancia. La información obtenida se volcó en una base de datos.

3) Procesamiento de los resultados

El análisis de la información se realizó inicialmente a través de un corte transversal de la primera encuesta, y, una vez obtenida la segunda encuesta, se realizó un modelo con diseño longitudinal.

En el primer modelo de corte transversal se trabajó sobre cuatro grupos: mujeres menores de 50 años, mujeres mayores de 50 años, hombres menores de 50 años y hombres mayores de 50 años. Se evaluó la asociación entre la utilización de los servicios médicos ambulatorios y las variables identificadas.

Posteriormente, se realizó un segundo corte transversal con la segunda encuesta, que no se analizó individualmente sino formando parte de un modelo con diseño longitudinal que incluyó los resultados de las dos encuestas (ambas con las mismas variables latentes o dominios). Se agregó, en el segundo corte transversal, el constructo de control de salud.

En el diseño longitudinal se realizó un segundo análisis tomando en cuenta solo a los pacientes sanos (sin patologías crónicas) para explorar si este subgrupo presentaba un comportamiento distinto del predicho por el modelo general.

Dado que en el constructo *utilización de los servicios ambulatorios* la variable *demanda espontánea* no mostró una carga factorial relativamente alta, también se verificó el mismo modelo pero sin considerar esta variable.

RESULTADOS

El primer envío se realizó a todos los afiliados del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires que

tuvieran entre 30 y 64 años (aproximadamente 60 000 afiliados). Este fue respondido por un total de 5425 (tasa de respuesta de 9%, véase *población 4* en Tabla 1). El segundo envío se realizó a los 5425 afiliados que habían respondido el primer envío, y fue respondido por 1251 personas (tasa de respuesta de 23%, véase *población 5* en Tabla 1).

La base completa de 5425 pacientes fue subdividida en 4 subgrupos según edad y género: mujeres de 30 a 49 años, mujeres de 50 a 64 años, hombres de 30 a 49 años y hombres de 50 a 64 años. En ningún caso, el Índice de Mardia (utilizado para evaluar la distribución entre las variables) tuvo un resultado inferior a 3, señalando la falta de Normalidad Multivariada.

En la tabla 2 se pueden ver los resultados relacionados con el comportamiento unifactorial de los indicadores *proxy* de *utilización de los servicios de salud* y de los cuatro valores correspondientes recogidos de las historias clínicas. El valor de correlación de Spearman entre ambos factores fue 0,605 ($p < 0,00001$). El valor de la curtosis de la puntuación factorial de las preguntas fue de 2,8, lo cual significa que su distribución no es estrictamente normal. Esto nos llevó a utilizar la correlación de Spearman en lugar de la de Pearson, ya que esta última se utiliza en variables con distribución normal²¹. En la misma tabla se observan también los valores acerca del comportamiento unifactorial de las tres preguntas sobre *autopercepción de la salud*. También se pueden observar los valores respecto del comportamiento unifactorial de los distintos cuestionarios utilizados en la población 3.

Resultados del estudio longitudinal (dos instancias temporales consecutivas)

El tamaño muestral (n) del estudio longitudinal fue de 1251. Este modelo explicó el 49% de la variabilidad de la *utilización de los servicios* en el segundo momento ($R^2: 0,49$). En la figura 2 se puede observar que la mayor parte de las variaciones en la *utilización de los servicios* en

Tabla 2. Propiedades psicométricas de las variables incluidas en el cuestionario (unifactorialidad de los indicadores y los cuestionarios utilizados)

Cuestionarios / indicadores	1. ^a	2. ^a	3. ^a	C
Indicadores <i>proxy</i> de utilización de los servicios (4 indicadores) ^b	2,8	0,6	0,4	0,9
Valores de registros hospitalarios (4 indicadores)	2,4	0,8	0,5	0,7
Salud percibida (3 ítems)	1,9	0,7	0,4	0,7
Dinámica familiar (5 ítems)	2,8	0,8	0,6	0,8
Problemas de dinero (5 ítems)	3,7	0,5	0,4	0,9
Satisfacción con el trabajo (4 ítems)	4	0,7	0,5	0,9
Síntomas por el trabajo (5 ítems)	2,6	0,9	0,7	0,8
Red familiar (3 ítems)	1,8	0,6	0,6	0,7
Red amigos (3 ítems)	2,4	0,4	0,2	0,9
Control de salud	3,1	0,6	0,1	0,9

a: autovalor (*eigenvalue*). 1: primero, 2: segundo y 3: tercero. C: coeficiente alpha de Cronbach.

b: Indicadores *proxy*: consultas programadas, consultas no programadas, compra de medicamentos y realización de estudios complementarios.

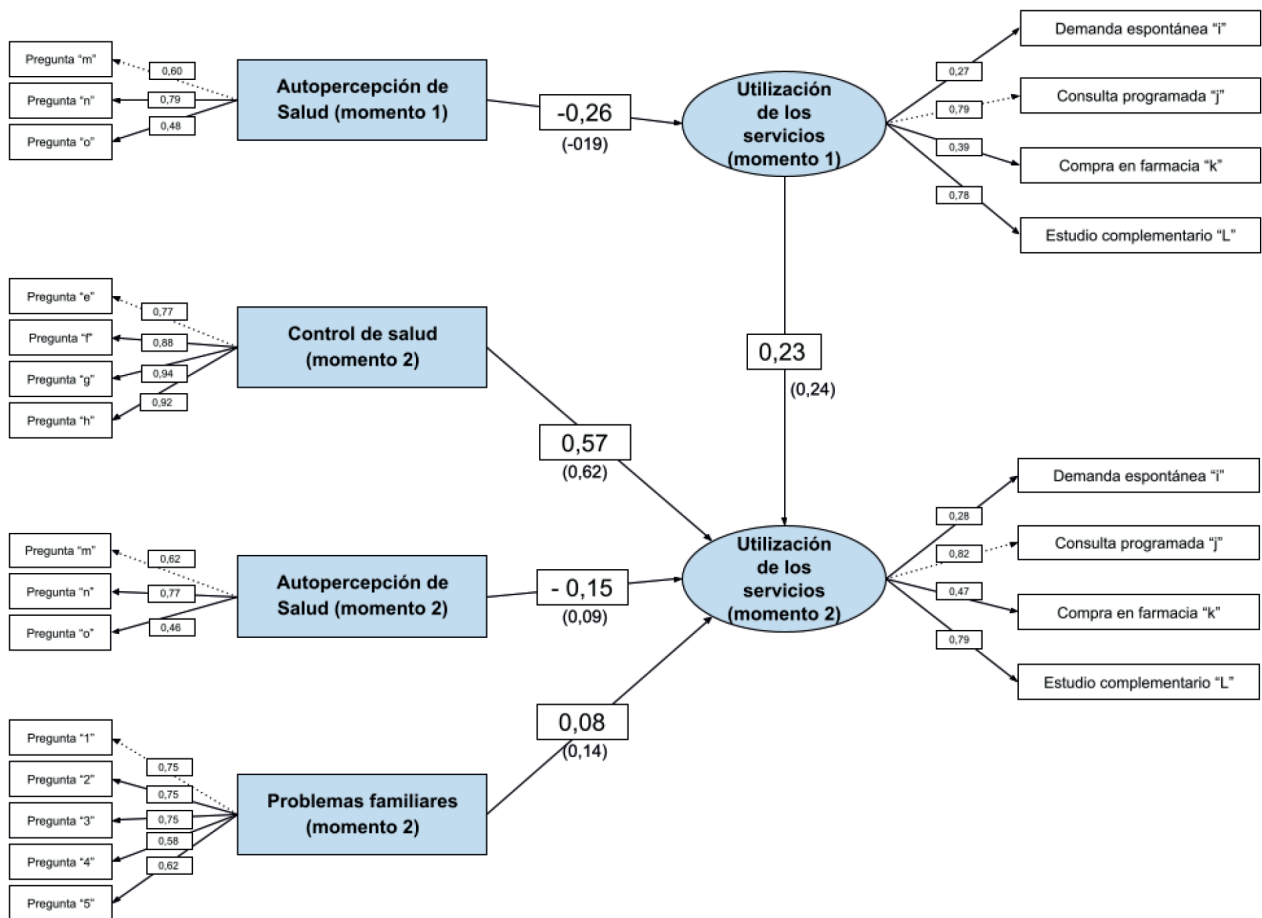


Figura 2. Representación gráfica del modelo con diseño longitudinal en el que se incluye la variable *demanda espontánea*. Dentro de los recuadros grandes se presentan los coeficientes estandarizados de regresión (magnitud de asociación) de las variables del modelo general, mientras que entre paréntesis se expresan los valores obtenidos del modelo con pacientes sin enfermedades crónicas. Las letras y números contenidos entre comillas (") se ofrecen para localizar estos ítems en el Anexo 1.

el segundo momento son explicadas por variaciones en la realización de *controles de salud* (coeficiente de 0,57) y en la *utilización de los servicios* del primer momento (0,23). La *salud percibida* en el segundo momento incurre sobre la utilización en el mismo período con un coeficiente de (-0,15), mientras que los *problemas familiares* del segundo momento inciden sobre la utilización con un coeficiente de 0,08. Todos los coeficientes referidos fueron estadísticamente significativos (valores de *t* superiores a 1,96). Si se excluye el constructo *control de salud*, el R² del modelo se reduce a 27%. Dado que la carga factorial de las visitas a los consultorios *demanda espontánea* fue muy baja (0,27 en el primer período y 0,28 en el segundo período), se realizó el mismo modelo pero excluyendo esta variable de ambos períodos. Se obtuvieron valores similares: *control de salud* presenta un coeficiente de 0,58, *utilización de los servicios* en el período anterior 0,23, *salud percibida* de momento uno asociada a *utilización de los servicios* en momento uno (-0,25), *salud percibida* de momento dos (-0,14), y los problemas familiares del último período 0,08. El R² resultó el mismo (Tabla 3).

En el modelo solo con pacientes que no tenían ningún problema crónico de salud, el *n* fue de 564 (véase *población 6* en Tabla 1), representando un 45,08% del total de la muestra del estudio longitudinal. Con respecto a los resultados, las diferencias con el modelo completo son mínimas: el R² es el mismo (0,49), el coeficiente de *control de salud* tiene un resultado apenas mayor, igual que el coeficiente de la *utilización previa de los servicios* (véanse Tabla 3 y Fig. 2). La *salud percibida* en el período último se asocia con la *utilización de los servicios* en el mismo período con un coeficiente de (-0,09) y deja de ser significativo estadísticamente. Si se excluye el constructo *control de salud preventivo*, el R² del modelo se reduce a 16%. Al igual que lo explicado en el párrafo anterior, se realizó el mismo modelo pero excluyendo la variable *demanda espontánea*, y se obtuvieron valores similares: *control de salud* presenta un coeficiente de 0,62, *utilización de los servicios* en el período anterior 0,22, *salud percibida* de momento uno asociada a utilización en momento uno (-0,16), *salud percibida* en el último período (-0,09), dejando de ser estadísticamente significativa, y los *problemas familiares*

Tabla 3. Indicadores de ajuste de los Modelos de Ecuaciones Estructurales: estudios de corte transversal (según género y edad) y estudio longitudinal (modelo general y modelo sin pacientes con enfermedades crónicas)

Modelos	N	Chi 2 (1)	RMSEA (2)	NFI (3)	CFI (3)	RMRs (4)	R ² (porcentaje explicado por el modelo)	CF Sign.	% de CF < 0,5 (con un decimal) (5)	EM Sign.
M 30 a 49	1690	0,0	0,06	0,94	0,95	0,06	7%	100%	9%	100%
M 50 a 64	1493	0,0	0,05	0,96	0,97	0,05	9%	100%	8,6 %	100%
H 30 a 49	668	0,0	0,06	0,92	0,94	0,06	11,4%	100%	9 %	100%
H 50 a 64	833	0,0	0,05	0,94	0,96	0,05	14%	100%	10 %	100%
ELC	1251	0,0	0,068	0,92	0,93	0,076	49%	100%	13%	100%
ELC, sin DE	1251	0,0	0,074	0,93	0,94	0,078	49%	100%	4%	100%
ELC, sin CPS	1251	0,0	0,074	0,89	0,90	0,068	27%	100%	13%	100%
ELC, solo pacientes sin PCS	564	0,0	0,058	0,91	0,94	0,062	49%	100%	13%	100%
ELC, solo pacientes sin PCS, y sin DE	564	0,0	0,059	0,92	0,94	0,059	48%	100%	9,5%	100%
ELC, solo pacientes sin PCS, y sin CPS	564	0,0	0,063	0,87	0,91	0,063	16%	100%	13%	100%

Abreviaturas: M = Mujeres // H=Hombres // N = tamaño muestral // CF=Cargas Factoriales // Sign.=significativos/as // EM=Errores de medida // ELC=Estudio Longitudinal Completo / DE= Demanda Espontánea / CPS= Control Periódico de salud / PCS=Problemas crónicos de salud / (1)=Por n y cantidad de variables es esperable un valor de Chi 2 significativo 11; (2) Bueno < de 0,08, Mediocre de 0,08 a 0,1, malo > 0,1 (Brown, 2006) // (3) Bueno > 0,9 (Norman and Streiner, 2008) // (4) Menor de 0,08 (Brown, 2006) // Se recomienda que las CF sean mayores de 0,5 e idealmente de 0,7¹¹.

del último período 0,13. El R² fue de 48%. Excluyendo el constructo relacionado con lo estrictamente preventivo, el R² del modelo se reduce a 14%.

Resultados del análisis del primer corte transversal (simultaneidad temporal)

Los valores de coeficientes estandarizados de regresión (magnitud de asociación) de los modelos de ecuaciones estructurales de los cuatro subgrupos del primer corte transversal (5425 participantes) y los valores de R² se pueden observar en la tabla 4. En ella podemos observar que son escasas las variables que se asocian significativamente a *utilización de los servicios* en forma directa, y que en general lo hacen a través de la variable *salud percibida*. Destacamos además que la proporción de la variabilidad explicada por estos modelos (R²) es baja.

Los indicadores de ajuste de los cuatro modelos muestran valores aceptables según la literatura, y se presentan en la tabla 3.

Valores cercanos a 0 de los coeficientes de regresión estandarizados representan nula asociación y valores cercanos a 1 representan una asociación fuerte. Dado que se trabaja con factores, se decide no computar datos faltantes (no alcanzaron el 13%) para lograr más exactitud, eliminando los casos que los hayan tenido.

En los modelos, los valores de las relaciones entre variables estadísticamente significativas se destacan en negrita. Los valores no destacados corresponden a las relaciones no significativas previas a ser eliminadas del modelo final.

Para los modelos utilizamos el estimador ML (*Maximum Likelihood* o Máxima Verosimilitud) Robust (Robusto), ya que los ítems o indicadores tienen todos una escala

Tabla 4. Coeficientes de regresión y valores de R² de los modelos de ecuaciones estructurales de los 4 subgrupos del primer corte transversal

Subgrupos por edad y género	Variabilidad de la variable de resultado explicada por el modelo	Dinámica familiar	Problemas de dinero	Síntomas por problemas laborales	Satisfacción con el trabajo	Red de amigos	Red familiar	Salud percibida
Mujeres de 30 a 49 años (n = 1690)	Salud percibida R ² = 0,24	0,14 (t = 4,32)	-0,13 (t = -4,18)	-0,34 (t = -9,63)	0,07 (t = 2,08)	0,01 (t = 0,23)	0,03 (t = 0,67)	-
	Utilización de los servicios R ² = 0,07	0,13 (t = 3,67)	-0,04 (t = -1,20)	-0,09 (t = -2,44)	0,02 (t = 0,51)	0,001 (t = 0,03)	-0,001 (t = -0,03)	-0,27 (t = -5,86)
Mujeres de 50 a 64 años (n = 1493)	Salud percibida R ² = 0,28	0,21 (t = 5,97)	-0,06 (t = -1,73)	-0,4 (t = 9,15)	0,12 (t = 3,35)	-0,03 (t = -0,92)	-0,01 (t = -0,29)	-
	Utilización de los servicios R ² = 0,09	0,14 (t = 3,67)	0,001 (t = 0,06)	-0,001 (t = -0,11)	0,06 (t = 1,81)	0,02 (t = 0,48)	0,02 (t = 0,39)	-0,28 (t = -5,05)
Hombres de 30 a 49 años (n = 668)	Salud percibida R ² = 0,2	0,15 (t = 2,86)	-0,12 (t = -2,63)	-0,35 (t = -6,21)	0,06 (t = 1,18)	0,08 (t = 1,59)	-0,07 (t = -1,00)	-
	Utilización de los servicios R ² = 0,11	-0,02 (t = -0,3)	-0,12 (t = -2,56)	-0,06 (t = -1,12)	0,03 (t = 0,69)	0,11 (t = 1,91)	-0,01 (t = -0,19)	-0,32 (t = -4,31)
Hombres de 50 a 64 años (n = 833)	Salud percibida R ² = 0,32	0,11 (t = 2,35)	-0,10 (t = -1,90)	-0,52 (t = -8,94)	0,05 (t = 1,13)	0,09 (t = 2,24)	-0,04 (t = -0,65)	-
	Utilización de los servicios R ² = 0,14	0,18 (t = 3,52)	-0,04 (t = -0,78)	0,09 (t = -1,38)	0,06 (t = 1,14)	-0,02 (t = 1,13)	0,05 (t = 0,86)	-0,32 (t = -4,46)

t = valor para explicar la significancia estadística. Debe ser mayor de 1,96.

de respuesta de likert de 6 categorías y en conjunto un índice de Mardia de Normalidad Multivariada mayor de 3 (Finney y DiStefano, 2013). Trabajamos con el programa Lisrel®.

DISCUSIÓN

En nuestros modelos se identificó el *control de salud* como principal variable que explica la variabilidad observada en la *utilización de servicios de salud*, seguido por *utilización de los servicios* en el período anterior. En el modelo longitudinal no se encontró una relación significativa entre esta *utilización de los servicios* y las demás variables desarrolladas por la bibliografía (problemas de trabajo, red de apoyo social escasa, etc.). En

el modelo de corte transversal de la primera encuesta, algunas de estas variables sí alcanzaron significancia estadística, aunque tuvieron un R² muy bajo, es decir que explican poco de la variabilidad de la *utilización de los servicios de salud*.

En cuanto a las otras variables que sí dieron valores estadísticamente significativos en el modelo longitudinal se encuentran *autopercepción de salud* y *problemas familiares*. Sin embargo, su influencia fue de -0,15 y 0,08, respectivamente, es decir, cuantitativamente muy inferiores a los 0,57 que midió *control de salud*. Se destaca además que, en el modelo con solo pacientes sanos, la *autopercepción de salud* no tuvo una asociación significativa.

Es destacable la magnitud de la capacidad explicativa que muestra la *realización de controles de salud* sobre la *utilización de los servicios* de salud. En los estudios con modelos longitudinales, por lo general lo que más explica un determinado fenómeno es ese mismo fenómeno pero en una instancia previa²². Por ejemplo, en nuestro modelo, lo esperable hubiera sido que lo que más explicara la *utilización de los servicios* de una persona en el momento dos sea la *utilización de los servicios* de esa misma persona pero en el momento uno. Esto es así porque al comparar una misma persona en dos instantes distintos, dentro del constructo *utilización de los servicios* en momento uno, se agrupan características personales que pueden motivar a realizar una consulta (por ejemplo, sexo, edad, temores, si la persona es hiperconsultadora, etc.) y que suelen mantenerse constantes en su paso del momento uno al momento dos. No obstante, en nuestro trabajo, el *control de salud* evidenció una asociación 2,5 veces más fuerte que la *utilización* en el momento anterior. Esto puede interpretarse como que sobre la decisión de realizar una consulta operan principalmente factores externos a cada persona que actúan a nivel poblacional, dejando en un segundo plano la historia, características personales, valores y preferencias de cada persona a nivel individual. Dentro de estos factores externos podrían incluirse la cultura de realizar un control de salud periódico, la presión social y de los profesionales de la salud, y las campañas de concientización, entre otras.

Dos de cada tres personas que tienen alguna dolencia no consultan al sistema de salud (fenómeno conocido como "iceberg de la enfermedad"^{23,24}). Debido a esto, además de *utilización de los servicios*, analizamos la *autopercepción de salud* como variable dependiente de las demás variables en estudio. Esto nos permitió explorar si las variables propuestas, independientemente de si motivaban una consulta o no, hacían empeorar la autopercepción de salud de las personas. En los modelos de corte transversal se evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas, aunque con valores de influencia muy bajos, lo cual coincide con lo identificado por estudios previos realizados también con Modelos de Ecuaciones Estructurales donde se evaluó la fuerza de los efectos de distintas variables sobre la salud percibida^{25,26}.

Las implicaciones de este estudio se relacionan estrechamente con sus resultados. Nuestra hipótesis al inicio era que el principal motivo por el cual las personas consultaban en el sistema de salud era atender alguna dolencia o malestar biopsicosocial, lo cual haría de la *autopercepción de salud* la variable con mayor poder para predecir la *utilización de los servicios*. Sin embargo, en nuestros resultados puede observarse que un número importante de las personas que utilizan los servicios médicos ambulatorios son personas sanas, asintomáticas, y que parecen consultar respondiendo a cierta cultura que establece que *hay que hacerse controles preventivos*. Esto nos genera interrogantes en varios niveles. En primer lugar, en cuanto a la calidad de los cuidados que se proveen. Existe evidencia creciente de que los chequeos generales de salud parecen no tener el beneficio neto (relación entre

potenciales beneficios y potenciales daños) que los profesionales de la salud y la comunidad en general solemos atribuirles. Por ejemplo, un metanálisis de 2019 concluye que estos chequeos médicos de control de salud tienen poco o ningún efecto sobre la mortalidad por todas las causas, la mortalidad por cáncer, y probablemente tengan poco o ningún efecto sobre la mortalidad cardiovascular²⁷. En este escenario, la presencia de tantas personas sanas en el sistema de salud probablemente no se asocie a un claro beneficio neto, dado que tienen un riesgo aumentado de sufrir algún daño a través de falsos positivos y/o sobrediagnósticos^{28,29}. Por otra parte, representa un problema con respecto a la equidad en el acceso a los servicios de salud. Dado que los recursos son finitos, cuando se le asigna un recurso a una persona que no lo necesita existe la posibilidad de que se le niegue o postergue a alguien que sí lo necesita³⁰. Esta situación en la que el sistema de salud se satura con personas que no lo necesitan y excluyen a los que sí lo hacen ("ley de cuidados inversos") es un problema vigente y de gran magnitud en nuestro sistema de salud³¹. Finalmente, esta dinámica de utilización atenta contra la sustentabilidad del sistema de salud, ya que los recursos con los que cuenta deben utilizarse para dar respuesta a necesidades cada vez mayores a expensas del desarrollo tecnológico, crecimiento demográfico y envejecimiento poblacional³². En este escenario, los tomadores de decisiones deberían jerarquizar aquellas estrategias de cuidados de la salud que aporten el mayor valor (entendido como la mejor relación posible entre el beneficio a la salud que generan en función del costo de la intervención) a la mayor cantidad de personas³². Entendemos que lo planteado aquí representa una problemática compleja sobre la que convergen muchas variables²⁹. Responder a estos interrogantes escapa a los objetivos de este trabajo, y serán necesarias investigaciones futuras para contribuir a su abordaje.

Consideramos que la principal fortaleza de este trabajo radica en su diseño metodológico, ya que contar con variables dependientes e independientes a la vez y tener un diseño longitudinal permite generar modelos con una mayor similitud con la dinámica real que lo que logran las regresiones tradicionales o los estudios con diseño de corte transversal. En cuanto a las limitaciones, destacamos que la muestra no fue al azar sino que solo tenemos información de aquellos que contestaron el cuestionario enviado (tasa de respuesta del 9%). Algo similar sucede con respecto al hecho de que el cuestionario fue enviado por correo electrónico ya que, dada la brecha tecnológica, quedaron fuera de la muestra aquellas personas entre 30 y 64 años que no tienen y/o no saben utilizarlo. Además, podría pensarse como aspecto negativo que incluimos la variable control de salud recién en la segunda encuesta. Como se mencionó, partimos de la hipótesis de que *autopercepción de salud* era la variable con mayor poder explicativo de la utilización de servicios de salud. No obstante, durante el corte transversal de la primera encuesta, los resultados señalaron que las variables incluidas mostraban un bajo R² de *utilización de los servicios* (tal como se puede ver en la tabla 4). Se decidió entonces

incluir control de salud en el momento 2, dado que una revisión sistemática sugería cierta asociación en poblaciones de altos estudios y con seguro privado de salud³. Entendemos que hubiera sido ideal incluir esta variable desde el inicio del estudio; no obstante, consideramos que los resultados alcanzados no pierden rigor científico debido a esta inclusión tardía.

Finalmente, destacamos que el estudio se hizo sobre afiliados del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires, y que estos resultados no necesariamente son extrapolables a afiliados de otras coberturas que se atiendan en esta u otra institución.

CONCLUSIÓN

La realización de CPS es la variable con mayor capacidad explicativa de la variabilidad de la utilización de servicios ambulatorios de salud de personas que tienen seguro de salud privado. Esto podría tener implicaciones importantes a nivel de gestión para asegurar la sustentabilidad del sistema de salud a través de una organización racional de los recursos disponibles.

Contribuciones de los autores: Supervisión: MG. Investigación: MG, MW, IR, ML. Escritura borrador, Edición de manuscrito final: MG, FVP. Visualización: MG. Recursos: IR. Metodología, análisis formal: FVP.

Consideraciones éticas: el presente trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación (CEPI) del Hospital Italiano de Buenos Aires (Número de expediente: #3786). Buenos Aires, Argentina.

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

REFERENCIAS

- Zhu S, Dong T, Luo X. A longitudinal study of the actual value of big data and analytics: the role of industry environment. *Int J Inform Manag.* 2021;60:102389. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2021.102389>.
- Dias da Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública.* 1997;31(4):360-369.
- Krasnik A, Hansen E, Keiding N, et al. Determinants of general practice utilization in Denmark. *Dan Med Bull.* 1997;44(5):542-546.
- Zebiene E, Kairys J, Zokas I. Paciento medicinines konsultacijos įtakos priklausomumas nuo socialiniu bei demografiniu paciento charakteristiku [Influence of patient's social and demographic characteristics on patient's expectations for medical consultation]. *Medicina (Kaunas).* 2004;40(5):467-474.
- Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública.* 2001;17(4):819-832. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2001000400016>.
- Parkerson GR Jr, Broadhead WE, Tse CK. Perceived family stress as a predictor of health-related outcomes. *Arch Fam Med.* 1995;4(3):253-260. <https://doi.org/10.1001/archfam.4.3.253>.
- Fernández de la Hoz K, León DA. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *Int J Epidemiol.* 1996;25(3):593-603. <https://doi.org/10.1093/ije/25.3.593>.
- Kronenfeld JJ. Provider variables and the utilization of ambulatory care services. *J Health Soc Behav.* 1978;19(1):68-76.
- Escobedo Portillo MT, Hernández Gómez JA, Estebane Ortega V, et al. Modelos de ecuaciones estructurales: características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Cienc Trab.* 2016;18(55):16-22.
- Streiner DL. Figuring out factors: the use and misuse of factor analysis. *Can J Psychiatry.* 1994;39(3):135-140. <https://doi.org/10.1177/070674379403900303>.
- Hair JF. *Multivariate data analysis.* 8th ed. Andover, Hampshire: Cengage; 2019.
- Kaiser HF. A second generation little jiffy. *Psychometrika.* 1970;35(4):401-415. <https://doi.org/10.1007/BF02291817>.
- Hattie J. Methodology review: assessing unidimensionality of tests and items. *Appl Psychol Meas.* 1985;9(2):139-164. <https://doi.org/10.1177/014662168500900204>.
- Burga León A. La unidimensionalidad de un instrumento de medición: perspectiva factorial. *Rev Psicol.* 2006;24(1): 53-80.
- Streiner DL. A checklist for evaluating the usefulness of rating scales. *Can J Psychiatry.* 1993;38(2):140-148. <https://doi.org/10.1177/070674379303800214>.
- Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc).* 1995;104(20):771-776.
- Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria.* 1996;18(6):289-296.
- Mills RJ, Grasmick HG, Morgan CS, et al. The effects of gender, family satisfaction, and economic strain on psychological well-being. *Fam Relat.* 1992;41(4):440-445. <https://doi.org/10.2307/585588>.
- Blanch JM, Sahagún M, Cantera L, et al. Cuestionario de bienestar laboral general: estructura y propiedades psicométricas. *Rev Psicol Trab Organ.* 2010;26(2):157-170. <https://doi.org/10.5093/tr2010v26n2a7>.
- Granero M, Perman G, Vázquez Peña F, et al. Validación de la versión en español de la Escala de Red Social Lubben-6. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba.* 2020;77(4):296-300. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n4.28775>.
- George D, Maller P. *SPSS for windows step by step: a simple study guide and reference, 17.0 update.* 10th ed. Boston, MA: Allyn & Bacon; 2010.
- Gutiérrez Doña B. *Modelos lineales estructurales: conceptos básicos, aplicaciones y programación con LISREL.* San José, CR: Universidad de Costa Rica. Instituto de Investigaciones Psicológicas; 2008. (Cuadernos metodológicos; 2).
- White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med.* 1961;265:885-892. <https://doi.org/10.1056/NEJM196111022651805>.
- Last JM, Adelaide DP. The iceberg: 'completing the clinical picture' in general practice. 1963. *Int J Epidemiol.* 2013;42(6):1608-1613. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt113>.
- Gutiérrez Doña EB. *Coping with stress at work: a longitudinal study on health outcomes and quality of life [dissertation].* Berlin: Freien Universität. Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie; 2003.
- Schröder K. *Self-regulation competence in coping with chronic disease.* New York: Waxmann; 1997.
- Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;1(1):CD009009. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009009.pub3>.
- Kopitowski KS. Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. *Rev Hosp Ital B.Aires.* 2013;33(3): 90-95.
- Granero M, Velázquez A. Medicalización de la vida y daño poblacional: revisión bibliográfica no sistematizada. *Rev Hosp Ital B.Aires.* 2020; 40(4):208-218.
- Castillo-Riquelme M, Zárate V. La evaluación económica en salud. *Rev Méd Chile.* 2010;138(supl 2):67.
- Tafani R, Gaspio N, Acevedo G. Producción hospitalaria y ley de cuidados inversos en Argentina. *Rev Salud Pública (Córdoba).* 2006; 10(2):8-30.
- Porter ME. Value-based health care delivery. *Ann Surg.* 2008;248(4):503-509. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31818a43af>.

ANEXO 1. Cuestionario enviado por correo electrónico (e-mail)

En el Plan de Salud del Hospital Italiano nos interesa conocer mejor a nuestros pacientes, para mejorar la calidad de nuestros servicios. Usted no deberá decir su nombre; lo que le pediremos es que escriba su correo electrónico, para poder unir sus respuestas actuales a las respuestas que Ud. generosamente realizó en abril de este año. Luego, se eliminará del registro el dato de su correo electrónico, de manera de asegurar la estricta confidencialidad.

- a. Indique por favor su edad
- b. Indique por favor su máximo nivel educativo alcanzado: Primario incompleto | Primario completo | Secundario incompleto | Secundario completo | Universitario/terciario incompleto | Universitario completo/posgrado
- c. Indique por favor su género: Femenino | Masculino | Otro
Escriba por favor su dirección de correo electrónico:
- d. Indique si está en tratamiento de alguno de estos problemas de salud (marque todas las respuestas que correspondan): Hipertensión | Diabetes | Colesterol alto | Tiroides | No me encuentro en tratamiento | Otro:
- e. En estos 3 últimos meses, ¿Ud. ha tenido la inquietud de hacerse controles de salud, chequeos de salud o controles de algún problema crónico de salud?: Todo el tiempo | Muy frecuentemente | Frecuentemente | Con cierta frecuencia | Alguna vez | Nunca
- f. En estos 3 últimos meses, ¿Ud. ha sacado turno para hacerse controles de salud, chequeos de salud o controles de algún problema crónico de salud?: Todo el tiempo | Muy frecuentemente | Frecuentemente | Con cierta frecuencia | Alguna vez | Nunca
- g. En estos 3 últimos meses, ¿Ud. se ha hecho estudios por controles de salud, chequeos de salud o controles de algún problema crónico de salud?: Todo el tiempo | Muy frecuentemente | Frecuentemente | Con cierta frecuencia | Alguna vez | Nunca
- h. En estos 3 últimos meses, ¿Ud. consultó en su centro médico por su control de salud, chequeos de salud o controles de algún problema crónico de salud?: Todo el tiempo | Muy frecuentemente | Frecuentemente | Con cierta frecuencia | Alguna vez | Nunca
- i. En estos últimos 2 meses, ¿cuántas veces ha concurrido a la demanda espontánea de alguna sede del Hospital Italiano por cuestiones relativas a Ud. mismo?: Nunca | 1 vez | 2 veces | 3 veces | 4 veces | 5 veces o más
- j. En estos últimos 2 meses por cuestiones relativas a Ud. mismo, ¿cuántas veces ha concurrido a algún turno (ya sea programado o sobretorno) con algún médico especialista o de cabecera del Hospital Italiano?: Nunca | 1 vez | 2 veces | 3 veces | 4 veces | 5 veces o más
- k. En estos últimos 2 meses, ¿cuántas veces ha adquirido medicación de la farmacia de cualquier sede del Hospital Italiano por cuestiones relativas a Ud. mismo?: Nunca | 1 vez | 2 veces | 3 veces | 4 veces | 5 veces o más
- l. En estos últimos 2 meses, ¿cuántas veces ha realizado algún estudio (ya sea de laboratorio, de imágenes, o cualquier otro tipo de estudio) en el Hospital Italiano por cuestiones relativas a Ud. mismo?: Nunca | 1 vez | 2 veces | 3 veces | 4 veces | 5 veces o más
- m. En los últimos 2 meses, en general, Ud. diría que su salud fue : Muy mala | Mala | Regular | Buena | Muy buena | Excelente
- n. En los últimos 2 meses ¿con qué frecuencia sus problemas físicos le han dificultado sus tareas y deberes de la vida diaria como trabajar o hacer las cosas de la casa?: Nunca | Alguna vez | A veces | Frecuentemente | Casi siempre | Todos los días
- o. En los últimos 2 meses, ¿con qué frecuencia sus problemas emocionales le han dificultado sus tareas y deberes de la vida diaria como trabajar o hacer las cosas de la casa?: Nunca | Alguna vez | A veces | Frecuentemente | Casi siempre | Todos los días
1. Pensando en los últimos 2 meses: ¿se sintió satisfecho con la ayuda que ha recibido de su familia cuando tuvo algún problema? Marque la opción que más refleje lo que sintió: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre
2. Pensando en los últimos 2 meses: ¿han conversado en su familia los problemas que tienen?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre
3. Pensando en los últimos 2 meses: ¿las decisiones importantes se han tomado en conjunto en su familia?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre
4. Pensando en los últimos 2 meses: ¿está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre
5. ¿Siente que su familia lo quiere?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre
6. En estos últimos 2 meses, ¿ha tenido problemas de dinero?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre
7. En estos últimos 2 meses, ¿ha pasado mucho tiempo preocupándose por asuntos vinculados al dinero?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre

8. En estos últimos 2 meses, ¿los problemas de dinero han interferido con su trabajo o rutina diaria?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre

9. En estos últimos 2 meses, ¿los problemas de dinero han interferido en sus relaciones con otras personas?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre

10. En estos últimos 2 meses, ¿ha creído que no llegaba a fin de mes?: Nunca | Casi nunca | Pocas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre

11. Considerando a la familia como las personas con las que usted tiene algún parentesco, ¿con cuántos familiares tiene usted contacto personal o telefónico al menos una vez por mes? 0 | 1 | 2 | 3 o 4 | 5 a 8 | 9 o más

12. ¿Con cuántos familiares se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre los asuntos privados que a usted le preocupan?: 0 | 1 | 2 | 3 o 4 | 5 a 8 | 9 o más

13. ¿A cuántos familiares los siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda: 0 | 1 | 2 | 3 o 4 | 5 a 8 | 9 o más

14. Considerando como amigos a aquellos con quienes tiene algún vinculo pero no son familia, ¿con cuántos amigos tiene usted contacto personal o telefónico al menos una vez por mes?: 0 | 1 | 2 | 3 o 4 | 5 a 8 | 9 o más

15. ¿Con cuántos amigos se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre los asuntos privados que a usted le preocupan?: 0 | 1 | 2 | 3 o 4 | 5 a 8 | 9 o más

16. ¿A cuántos amigos los siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda?: 0 | 1 | 2 | 3 o 4 | 5 a 8 | 9 o más

17. En los últimos 2 meses ¿ha trabajado?: SÍ | NO

Pensando en los 2 últimos meses, en su trabajo sintió:

18.

Insatisfacción

Satisfacción

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

19.

Intranquilidad

Tranquilidad

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

20.

Impotencia

Potencia

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

21.

Malestar

Bienestar

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

22.

Insatisfacción

Satisfacción

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

23.

Incertidumbre

Certidumbre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Para terminar, en los últimos 2 meses por causa de su trabajo sintió:

24. Trastornos digestivos

Nunca

Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

25. Dolores de cabeza

Nunca

Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

26. Insomnio

Nunca

Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

27. Dolores de espalda

Nunca

Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

28. Tensiones musculares

Nunca

Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

¡MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR!

Desde el punto de vista legal, nos ceñiremos a la Ley 25326, sobre protección de los datos personales, sancionada en el año 2000. Según esta, Ud. tiene derecho a acceder a sus datos personales, solicitar rectificación en caso de ser necesario y a que sus datos no sean tratados en el futuro en caso de retirarse, salvo los recolectados hasta ese momento. Enmarcándonos en esta normativa, permítanos ofrecerle información sobre el estudio y sobre sus derechos como participante. Responder el cuestionario le llevará 5 minutos. No hay respuestas correctas e incorrectas. Usted debe elegir las opciones que mejor indiquen cuál es su caso. Usted no deberá decir su nombre; lo que le pediremos es que escriba su correo electrónico, ya que en 5 o 6 meses volveremos a realizarle la misma encuesta. Los datos provistos por usted serán tratados de manera confidencial, y las normas de seguridad no permitirán asociarlos a su nombre ni a otros datos personales que lo identifiquen. Sus respuestas aparecerán en una hoja de cálculo (similar Excel), y solo podrán ser vistas por el investigador principal. Luego de la segunda encuesta, se eliminará del registro el dato de su correo electrónico, de manera de asegurar la estricta confidencialidad. Sus respuestas no se sumarán a la información médica que pueda haber en su historia clínica; lo que usted decida no modificará la atención de salud que recibe habitualmente. Su participación en este estudio sería voluntaria, por lo que no recibirá compensación económica ni beneficios personales de otro tipo. Aunque haya aceptado participar, usted tiene el derecho de dejar de responder en cualquier momento, pero es muy valioso que intente responder a todas las preguntas. Este protocolo ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética en protocolos de investigación y autorizado por la Dirección Médica del Hospital. Si tiene mayores inquietudes puede ponerse en contacto con

Infección primaria de la sangre asociada a catéter central en unidades de cuidados intensivos de adultos durante la pandemia de COVID-19 en la Argentina

Micaela Gauto[✉], Fernando Hinojal[✉], Laura D. Alonso[✉], Belén Ibarra Camou[✉], Natali J. Tejada[✉], Diego Arcidiacono[✉], Camila E. Benitez Varela[✉], Laura E. Fernández[✉], Roberto Giordano Lerena[✉], Karina Leszczuk[✉], Gabriela F. Marcovic[✉], Irene E. Pagano[✉] y Fernando Landreau[✉]

Programa de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA), Instituto Nacional de Epidemiología (INE) "Dr Juan H. Jara", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) Dr. Carlos G. Malbrán

RESUMEN

Objetivo: caracterizar las infecciones primarias de la sangre asociadas a catéter central (IPS-CC) ocurridas en unidades de cuidados intensivos (UCI) de adultos de la Argentina durante la pandemia de COVID-19 informadas al Programa VIHDA, sus microorganismos asociados y perfil de resistencia.

Métodos: estudio descriptivo transversal sobre las IPS-CC informadas al programa VIHDA durante el período 2020-2021. Se describieron características sociodemográficas, clínicas y microbiológicas de las IPS-CC.

Resultados: se incluyeron 2788 pacientes internados en UCI, de los cuales en el 36,5% de los casos (n = 1209) el motivo de ingreso fue COVID-19. Entre la colocación del CC y el diagnóstico de IPS, la mediana fue de 9 días (p25-p75: 5-14). El 50,3% de los pacientes en UCI que presentaron una IPS-CC fallecieron (n = 1402); la proporción de fallecidos cuyo motivo de internación fue COVID-19 fue mayor con respecto a otros motivos (p < 0,05). Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron: *Klebsiella pneumoniae* (25,0%; n = 884), *Staphylococcus coagulasa negativo* (SCN) (17,2%; n = 609) y especies de *Acinetobacter* (10,5%; n = 370). Tanto *Klebsiella pneumoniae* como las especies de *Acinetobacter* mostraron elevados porcentajes de no sensibilidad (NS) para cefalosporinas de tercera generación y carbapenemes. El 30,0% de *S. aureus* y el 66,2% de SCN fueron resistentes a la meticilina.

Conclusiones: en la Argentina, durante la pandemia, aumentó la ocurrencia de IPS-CC en pacientes internados en UCI acompañando la dinámica de casos de COVID-19. La letalidad en pacientes con IPS-CC ingresados por COVID-19 fue mayor. Pudo evidenciarse una alta proporción de microorganismos multirresistentes.

Palabras clave: infección asociada al cuidado de la salud (IACS), infección primaria de la sangre asociada a catéter central (IPS-CC), resistencia a los antimicrobianos (RAM), pandemia de COVID-19, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Autor para correspondencia: ferlandreau@gmail.com, Landreau F.

Recibido: 12/02/24 Aceptado: 11/06/24 En línea: 23/07/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaires.v44i3.375>

Cómo citar: Gauto M, Hinojal F, Alonso LD, Ibarra Camou B, Tejada NJ, Arcidiacono D, Benitez Varela CE, Fernández LE, Giordano Lerena R, Leszczuk K, Marcovic GF, Pagano IE, Landreau F. Infección primaria de la sangre asociada a catéter central en unidades de cuidados intensivos de adultos durante la pandemia de COVID-19 en la Argentina. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires.* 2024;44(3):e0000375

Central Line-Associated Bloodstream Infection in Adult Intensive Care Units during the COVID-19 Pandemic in Argentina

ABSTRACT

Objective: To characterize central line-associated bloodstream infection (CLABSI) occurring in adult Intensive Care Units (ICUs) in Argentina during the COVID-19 pandemic, as reported to the VIHDA Program (VIDHA is the acronym for “Vigilancia de Inspecciones Hospitalarias en Argentina, or “Surveillance of Hospital Infections in Argentina”) their associated microorganisms, and resistance profiles.

Methods: A descriptive cross-sectional study on CLABSI reported to the VIHDA program during 2020-2021. We described the socio-demographic, clinical, and microbiological characteristics of CLABSI.

Results: The study included 2788 patients admitted to the ICU, of which 36.5% of the cases (n=1209) involved COVID-19. The median time between central catheter placement and IPS diagnosis was nine days (p25-p75: 5-14). Among ICU patients who presented with CLABSI, 50.3% died (n=1402); the proportion of deaths among those admitted for COVID-19 was higher compared to other reasons (p<0.05). The most frequently isolated microorganisms were *Klebsiella pneumoniae* (25.0%; n=884), coagulase-negative *Staphylococcus* (CNS) (17.2%; n=609), and *Acinetobacter* sp. (10.5%; n=370). Both *Klebsiella pneumoniae* and *Acinetobacter* sp. showed high percentages of non-susceptibility to third-generation cephalosporins and carbapenems. Thirty percent of *S. aureus* and 66.2% of SCN were methicillin-resistant.

Conclusions: In Argentina, during the pandemic, there was an increase in CLABSI in patients hospitalized in the ICU, along with the dynamics of COVID-19 cases. Mortality in patients with CLABSI admitted for COVID-19 was higher. A high proportion of multi-resistant microorganisms was evident.

Key words: Healthcare-Associated Infection (HAI); Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI); Antimicrobial Resistance (AMR); COVID-19 Pandemic; Intensive Care Units (ICUs).

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 fue comunicado el primer caso de síndrome respiratorio agudo grave (SARS) por la nueva variante 2 de coronavirus, el SARS-CoV-2, en la provincia de Wuhan, China¹. Luego de una rápida diseminación global, el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el estado de pandemia por COVID-19². El primer caso de COVID-19 en la Argentina fue informado el 3 de marzo de 2020³.

En la Argentina y en la mayoría de los países, entre los años 2020 y 2021, el desarrollo de la pandemia por COVID-19 se ha descrito en función de olas, en referencia a la apariencia gráfica de la distribución temporal de los casos⁴⁻⁶. En dichas descripciones se aborda su comparación en términos de magnitud, gravedad de los casos y distribución geográfica, la dinámica de introducción de personas con infección activa de SARS-CoV-2 en los territorios, así como su relación con las distintas políticas sanitarias implementadas en términos de medidas de control y mitigación aplicadas⁶.

En el período 2020-2021, en la Argentina, se sucedieron tres olas⁶, y, al 15 de julio de 2022, se comunicó un total de 9 426 171 contagios y 129 145 muertes relacionadas con el coronavirus desde el inicio de la pandemia⁷.

El creciente número de casos de COVID-19 generó un incremento en la carga de trabajo, situación que constituyó uno de los principales desafíos para

enfrentar durante la pandemia desde la estructura del sistema sanitario. En particular, el foco estuvo puesto en la capacidad de respuesta de las unidades de cuidados intensivos (UCI) y la necesidad de asistencia respiratoria mecánica (ARM)^{8,9}.

La carga de trabajo en las UCI empezó a ser considerada como un elemento influyente en la calidad de atención. Esto se vio evidenciado en un estudio realizado en la provincia de Buenos Aires a principios del año 2021, que encontró que la sobrevida en aquellas UCI que superaron el 80% de ocupación fue menor⁸.

Las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) son un reflejo de la calidad de atención que se brinda a los pacientes.

En la Argentina, la vigilancia epidemiológica de las IACS se lleva adelante desde el año 2004, a través del Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias (VIHDA) desde el Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara (INE). El programa cuenta con un soporte virtual, VIHDA-WEB, al cual las instituciones de salud adheridas registran en forma sistemática datos sobre eventos de IACS en UCI y unidades quirúrgicas asociadas a procedimientos, que luego se consolidan en una base de datos nacional. En particular se vigila la infección primaria de la sangre asociada a catéter central (IPS-CC), infección del tracto urinario asociada a catéter urinario (ITU-CU), neumonía

asociada a asistencia respiratoria mecánica (NEU-ARM) y la infección de sitio quirúrgico (ISQ)¹⁰.

Las infecciones relacionadas con los catéteres vasculares son un problema de especial relevancia por su frecuencia, por su morbimortalidad y por ser procesos clínicos potencialmente evitables.

Dado que los pacientes tratados en las UCI en períodos de alta demanda mostraron peor evolución clínica, surge la hipótesis de que la alta carga de trabajo en las UCI durante la pandemia debería verse reflejado en un aumento del número de episodios de IPS-CC.

OBJETIVOS

Caracterizar las IPS-CC en UCI de adultos de la Argentina en el contexto de la pandemia de COVID-19 durante el período 2020-2021 informadas al Programa VIHDA¹⁰.

Identificar los microorganismos más frecuentemente asociados a estas infecciones y su perfil de resistencia a los antimicrobianos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal para caracterizar las IPS-CC registradas en UCI de adultos durante el período 2020-2021 en la Argentina.

La población de interés estuvo constituida por aquellos episodios de IPS-CC notificadas al sistema VIHDA-WEB por instituciones de salud adheridas al programa VIHDA que durante el período de estudio se encontraban en estado "régimen", condición que implica que los datos de sus cargas han superado un proceso de control de calidad.

Durante el año 2020 comunicaron episodios 186 UCI de todo el país, y durante el año 2021 fueron 199. Cada episodio consigna información sobre una IACS asociada a un factor de riesgo, en este caso IPS-CC. Solo se incluyeron los episodios cerrados, que conforman los datos oficiales del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL).

La identidad de las instituciones cuyos registros integran esta publicación es confidencial y los pacientes incluidos se encuentran encriptados en el sistema.

Se utilizó la base de casos confirmados de COVID-19 notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) para la descripción de los casos de COVID-19 correspondientes al período de interés¹¹.

Las variables contempladas en este estudio incluyeron características sociodemográficas de los pacientes, características clínicas y microbiológicas de las IPS-CC.

Entre las características sociodemográficas se incluyeron: sexo (femenino/masculino), grupo de edad (según grupos quinquenales) y región de residencia (Noroeste argentino -NOA-, Noreste argentino -NEA-, Centro, Cuyo, Sur y Área metropolitana de Buenos Aires -AMBA-, según la distribución utilizada por el MSAL)¹².

Entre las características clínicas de las IPS-CC se incluyeron: semana epidemiológica (considerando la fecha de diagnóstico para el caso de las IPS-CC y la fecha de apertura para los casos de COVID-19), motivo de ingreso en la unidad, fecha de ingreso en la unidad, fecha de

colocación de CC, fecha de diagnóstico de IPS, fecha de alta y desenlace de la IPS (fallecido/no fallecido).

Con respecto a las características microbiológicas de las IPS-CC, se incluyeron: microorganismo identificado, resistencia a antimicrobianos (sensible/no sensible, incluyendo resultados resistentes e intermedios, para cada antibiótico correspondiente de acuerdo con el microorganismo) y mecanismos de resistencia antimicrobiana (presencia/ausencia, para cada mecanismo correspondiente de acuerdo con el microorganismo).

Con respecto al análisis de los datos, las variables cuantitativas fueron descriptas por medidas resumen y las categóricas por su distribución absoluta y porcentual.

La comparación de proporciones se realizó mediante Chi-cuadrado. Las diferencias con $p < 0,05$ fueron consideradas estadísticamente significativas.

Para la obtención de los datos registrados en el sistema VIHDA-WEB se utilizaron consultas sobre Microsoft SQL Server 2008R2[®] y para la consolidación y procesamiento de la base de datos de trabajo se utilizó el lenguaje R.4.2.1[®]

RESULTADOS

Caracterización sociodemográfica y clínica de las IPS-CC

En la distribución por sexo y edad se observó un predominio de IPS-CC en hombres (65,5%) y en el grupo de edad de 61 a 65 años; los grupos de entre 51 y 70 años contabilizaron más del 50% de los casos.

Respecto de la distribución geográfica por región de residencia de pacientes con IPS-CC, la mayor proporción de pacientes y unidades reportantes correspondió a la región Centro, seguida de la región AMBA. Tomadas en conjunto, más del 80% de los casos evaluados provinieron de estas dos regiones. En tal contexto, durante el período 2020-2021 se notificaron 3206 episodios de IPS-CC al sistema VIDHA-WEB en 2788 pacientes internados en UCI de adultos, con una relación de 1,2 episodios por paciente, es decir, de cada 100 pacientes, 20 tuvieron 2 episodios de IPS-CC.

En la distribución por motivo de ingreso en UCI, del total de casos notificados de IPS-CC, el principal motivo fue COVID-19 ($n = 1209$), triplicando al segundo motivo de internación (enfermedades respiratorias NO COVID-19, $n = 444$) (Fig. 1).

Comparando las curvas temporales de la distribución de casos de IPS-CC con la de casos totales confirmados de COVID-19, se puede apreciar que la curva de IPS-CC acompañó los picos de casos COVID-19 durante las olas de la pandemia (Fig. 2), con excepción del pico que se observa entre las semanas 48 de 2021 y primeras de 2022, el cual se asoció a cuadros respiratorios leves, donde una amplia proporción de la población se encontraba vacunada, y se comenzaron a levantar algunas de las medidas de aislamiento.

A nivel nacional, el curso clínico de las IPS-CC estuvo caracterizado por una mediana de 0 días ($p25-p75$: 0-2) entre la fecha de ingreso en la UCI y la colocación del CC, una mediana de 9 días ($p25-p75$: 5-14) entre la colocación del CC y el diagnóstico de IPS y una mediana de 10 días ($p25-p75$: 7-14) entre el diagnóstico de IPS y la fecha de alta.

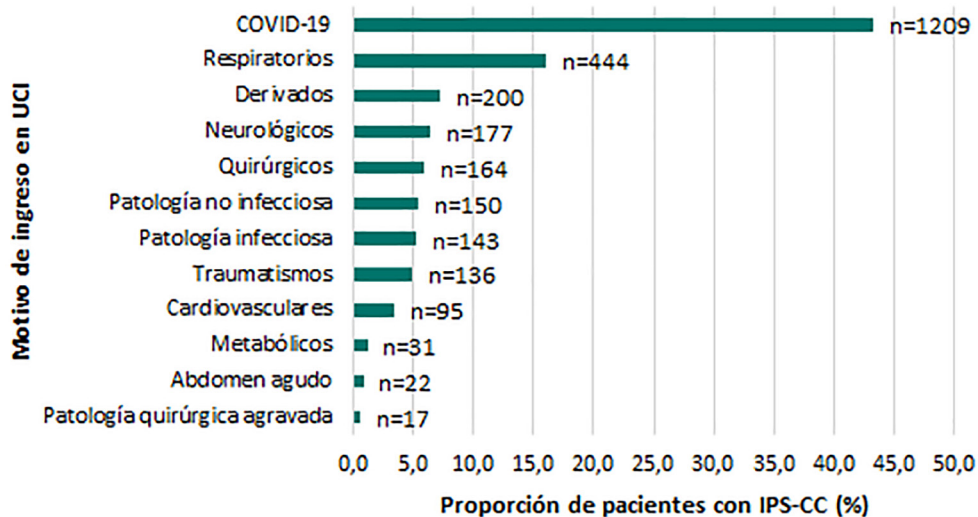


Figura 1. Cantidad de pacientes con IPS-CC según motivo de ingreso en UCI. 2020-2021, Argentina. COVID-19: incluye casos confirmados y sospechosos de COVID-19; Respiratorios: motivos de internación respiratorios distintos de COVID-19 (dificultad [distrés] respiratoria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] reagudizada, necesidad de ARM); Derivados: motivos de internación que consignan derivación del paciente de otras instituciones o unidades; Neurológicos: incluye ataque cerebrovascular [ACV], hemorragia intracraneal, síndrome convulsivo, traumatismo de cráneo grave; Patología infecciosa: motivos de internación infecciosos distintos de COVID-19; Traumatismo: incluye accidentes, caídas de altura, herida de arma blanca o arma de fuego, politraumatismo, quemaduras; Cardiovasculares: incluye ángor, arritmia, crisis hipertensiva e infarto agudo de miocardio; Abdomen agudo: incluye peritonitis y pancreatitis.

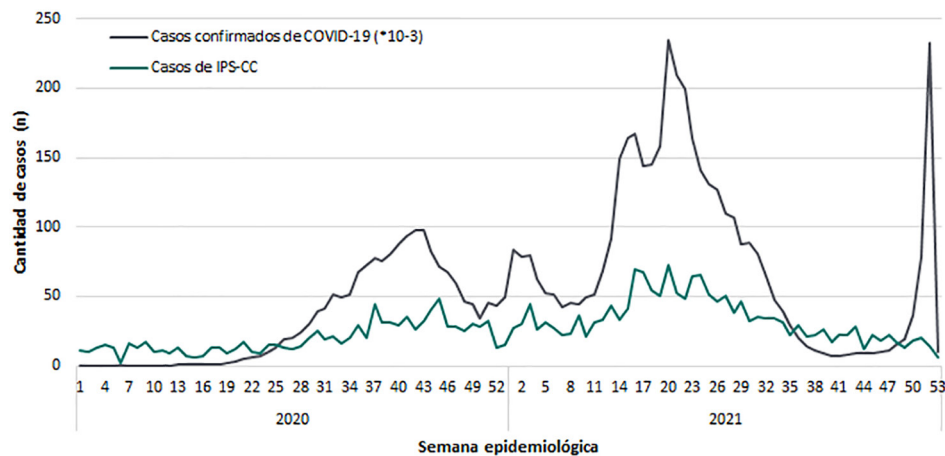


Figura 2. Distribución por semana epidemiológica de los pacientes con IPS-CC (según fecha de diagnóstico) y de casos confirmados nacionales de COVID-19 (según fecha de apertura). 2020-2021, Argentina.

El 50,3% de los pacientes en UCI que presentaron una IPS-CC fallecieron ($n = 1402$); solo 293 fallecieron por causa de la IPS-CC (10,5% del total) y 725 fallecieron durante el transcurso de la IPS-CC (26,0% del total).

A nivel país, la proporción de pacientes con IPS-CC fallecidos cuyo motivo de internación estuvo relacionado con COVID-19 fue mayor respecto de aquellos con otro motivo de internación. Esta diferencia resultó significativa ($p < 0,05$).

Caracterización microbiológica de las IPS-CC

Se ha descrito que los agentes etiológicos más frecuentemente hallados en las IPS-CC en las UCI son los cocos grampositivos, pero en los últimos años los bacilos gramnegativos y las especies de *Candida* han incrementado su importancia. Las especies de *Staphylococcus* son, en el mundo, los principales agentes etiológicos de IPS-CC.

En nuestro estudio, a nivel país, el microorganismo (MO) más frecuentemente aislado fue *Klebsiella*

pneumoniae (*K. pneumoniae*) (24,97%; n = 884), seguido por *Staphylococcus coagulasa negativo* (SCN) (17,20%; n = 609), especies de *Acinetobacter* (10,45%; n = 370), *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) (10,08%; n = 357) y *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*) (7,85%; n = 278) en quinto lugar. Estos resultados son similares a los obtenidos en los informes consolidados del Programa VIHDA 2017, 2018 y 2019 sobre las IPS-CC de adultos en la Argentina donde *K. pneumoniae* fue siempre el microorganismo más frecuentemente aislado¹⁰ (Fig. 3).

En la tabla 1 se muestran los resultados comunicados por los laboratorios de la resistencia de los bacilos gram-negativos a las cefalosporinas de tercera generación y a carbapenemes, los mecanismos de resistencia inferidos

por los laboratorios para dichos microorganismos y los resultados de resistencia a la meticilina de especies de *Staphylococcus* informados, completando el perfil de los cinco MO aislados con más frecuencia de las IPS-CC.

El 71,9% de los aislamientos de *Klebsiella pneumoniae* presentó no sensibilidad (NS) a cefalosporinas de tercera generación pero solo en el 29,3% se detectó la presencia de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y el 52,1% presentó NS a carbapenemes que, en el 40,8%, se adjudicó a la presencia de carbapenemasas (KPC, MBL, OXA-48 like).

En *Pseudomonas aeruginosa*, la NS a carbapenemes se asoció principalmente a mecanismos no enzimáticos (88%), seguidos de metalobetalactamasa (14,1%).

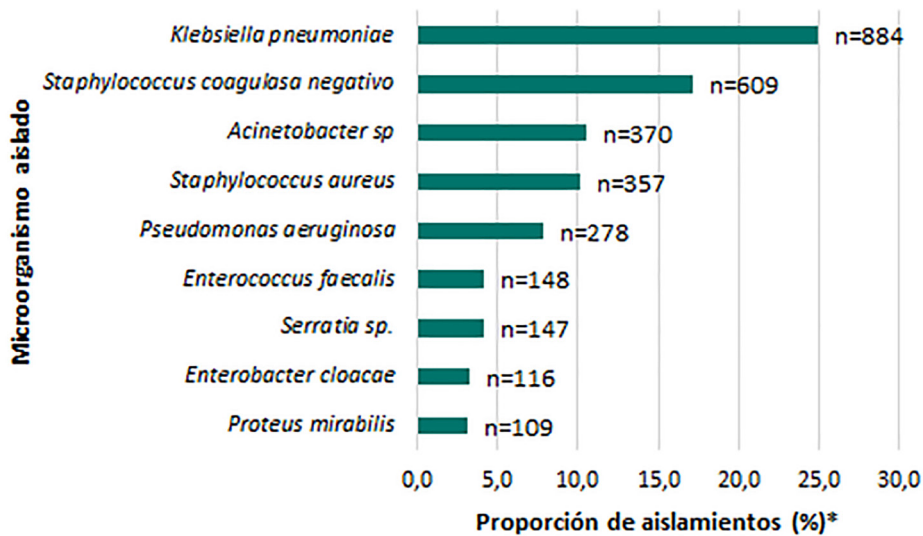


Figura 3. Distribución de microorganismos identificados en pacientes con IPS-CC con al menos 100 aislamientos. 2020-2021, Argentina. *Las frecuencias relativas se calcularon sobre el total de aislamientos realizados en pacientes con IPC-CC (n = 3540).

Tabla 1. Mecanismos de resistencia antimicrobiana de los microorganismos aislados en pacientes con IPC-CC. 2020-2021, Argentina

Mecanismos de resistencia inferidos por los laboratorios*	<i>Klebsiella pneumoniae</i> (n = 883)	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (n = 277)	<i>Acinetobacter sp.</i> (n = 370)	<i>Staphylococcus aureus</i> (n = 357)	<i>Staphylococcus coagulasa negativos</i> (n = 609)
BLEE (%)	29,3	3,3	3,0	NA	NA
KPC (%)	17,2	1,1	2,4	NA	NA
MBL (%)	14,7	14,1	5,4	NA	NA
OXA 48-like (%)	5,2	0,7	3,8	NA	NA
Doble carbapenemasas (%)	3,2	1,1	1,1	NA	NA
Resistencia a la meticilina (%)	NA	NA	NA	30,0	66,2

*Se informan los resultados de los aislamientos con resultados de antibiograma y mecanismos de resistencia antibiótica. BLEE: betalactamasas de espectro extendido; KPC: *Klebsiella pneumoniae*-carbapenemasas; MBL: metalobetalactamasas; OXA 48-like: oxacilinas OXA 48 like. Doble carbapenemasas: incluye aislamientos con KPC-OXA 48-like, MBL-KPC y MBL-OXA 48-like. NA: no aplica.

La NS a carbapenemes en especies de *Acinetobacter* supera el 90% debido a la adquisición de carbapenemasas de clase D propias de este género; se detectó la presencia de metalobetalactamasa en el 5,4% de los aislamientos.

Con respecto a los mecanismos de resistencia detectados en los aislamientos de especies de *Staphylococcus*, el 29,9% de *S. aureus* eran resistentes a la meticilina y el 66,0% de los *Staphylococcus coagulasa* negativos.

Con respecto a los resultados de los antibiogramas informados y los mecanismos de resistencia antimicrobiana inferidos por los laboratorios de los microorganismos aislados en pacientes con IPC-CC, encontramos que, del total de aislamientos de *K. pneumoniae*, el 71,9% presentó no sensibilidad (NS) a cefalosporinas de tercera generación (cefotaxima y ceftazidima), pero solo en el 29,3% se detectó la presencia de BLEE. El 52,1% de *K. pneumoniae* presentaron NS a carbapenemes y en el 40,3% se adjudicó a la presencia de carbapenemasas (*Klebsiella pneumoniae*-carbapenemasas [KPC], metalobetalactamasas [MBL] y oxacilinas OXA 48 like [OXA 48 like]).

Para el caso de *P. aeruginosa*, del total de aislamientos se encontró un 44,6% de NS a carbapenemes y un 14,1% de presencia de MBL, asumiendo la presencia de mecanismos no enzimáticos en las restantes.

La NS a carbapenemes en especies de *Acinetobacter* fue del 91,5%, lo cual puede asociarse a la adquisición de carbapenemasas de clase D propias de este género. Se detectó la presencia de metalobetalactamasa en el 5,4% de los aislamientos.

En cuanto a los mecanismos de resistencia detectados en los aislamientos de especies de *Staphylococcus*, el 30,0% de *S. aureus* y el 66,2% de SCN fueron resistentes a la meticilina (véase Tabla 1).

DISCUSIÓN

Numerosos trabajos han informado que los pacientes ingresados en UCI por COVID-19 presentaron con mayor frecuencia una complicación por IACS que el resto de los pacientes^{13,14}; especialmente una mayor frecuencia de IPS-CC ha sido bien establecida¹⁵⁻¹⁸. Este estudio se propuso evaluar el problema con el foco puesto sobre la vigilancia de las IACS y, en particular, describir la incidencia de IPS-CC en las UCI de adultos durante la pandemia de COVID-19.

El perfil de los pacientes internados en las UCI durante la pandemia se modificó con respecto a los años previos. Esto se debió, por un lado, a las características de los pacientes con COVID-19 (mayores de 50 años, con comorbilidades y un índice de masa corporal mayor de 30) y, por otro lado, a las medidas que se adoptaron para hacer frente a la contingencia, como la suspensión de cirugías programadas y la disminución de los sinieiros viales secundaria a las medidas de aislamiento poblacional^{19,20}.

Los intervalos de tiempo entre los diferentes hitos de la evolución clínica de las IPS-CC expresan, por un lado, una colocación temprana de CC, coincidente con la fecha de ingreso en la UCI y, por otro, que las IPS podrían estar más asociadas al mantenimiento del catéter que a

su colocación, dado que el tiempo hasta el diagnóstico de estas se extiende a una mediana de 9 días.

Respecto de los agentes etiológicos aislados, *K. pneumoniae* fue el microorganismo más frecuente, tal como se venía observando desde el año 2017 en las IPS-CC de las UCI en nuestro país, a diferencia de lo informado por la literatura donde se describe que las especies de *Staphylococcus* son los principales agentes etiológicos de IPS-CC en UCI¹⁸. Esta situación podría estar relacionada con la ubicación del CC en acceso femoral y la pronación de los pacientes, condición frecuente en aquellos internados por afecciones respiratorias. Es necesario profundizar en otros estudios la relación entre la ubicación del CC y los microorganismos hallados, y para determinar si factores como la posición en decúbito prono, tratamientos específicos de COVID-19, las comorbilidades y cambios en la adherencia a prácticas de control de infecciones, o una combinación de estos, podrían estar asociados con tasas más altas de IPS-CC o de otras IACS.

Tanto *K. pneumoniae* como especies de *Acinetobacter* y *P. aeruginosa* mostraron elevados porcentajes de NS para cefalosporinas de tercera generación y carbapenemes, lo cual puede deberse a la presión antibiótica ejercida por la mayor utilización de antimicrobianos para el tratamiento de las coinfecciones bacterianas asociadas al COVID-19²¹.

CONCLUSIONES

El desarrollo de este estudio permitió evidenciar un aumento en la ocurrencia de IPS-CC en pacientes adultos en la Argentina durante el período 2020-2021, que acompañó a la dinámica de casos de COVID-19.

El principal motivo de internación en estos pacientes fue el antecedente de COVID-19, y se presentaron más casos que los esperados en ambos años con respecto a los valores de referencia. Asimismo, la letalidad fue significativamente mayor en estos pacientes frente a quienes no habían sido internados por COVID-19.

El mantenimiento del CC, y no así su colocación, se identificó como un factor probable en el desarrollo de IPS, lo cual orienta acciones futuras para mejorar el manejo y reducir el riesgo de infección.

Pudo evidenciarse una alta proporción de microorganismos multirresistentes.

La relación entre IPS-CC y COVID-19 no se encuentra del todo clarificada aún.

Nuestros resultados subrayan la importancia de sostener la vigilancia epidemiológica de las IACS pese a la ocurrencia de eventos disruptivos, tales como la pandemia de COVID-19, y proporcionar información periódica sobre sus características y el perfil de los microorganismos involucrados que contribuyan a brindar mejores condiciones de atención y seguridad a los pacientes internados en UCI.

Agradecimientos: A las instituciones adheridas al programa VIHDA y a sus equipos de control de infecciones por el registro diario de los episodios de IACS que hicieron posible este trabajo.

Contribuciones de autores: Conceptualización: MG, LDA, BIC, NJT, KL, GFM, IEP, FL. Metodología: MG, FH, LDA, BIC, DA, IEP, FL. Software: MG, FH, DA, LEF, RGL. Validación: MG, FH, DA, LEF, RGL.

Análisis formal: MG, FH, LDA, NJT, LEF, RGL, IEP, FL. Investigación: MG, FH, LDA, BIC, NJT, LEF, RGL, IEP, FL. Recursos: MG, FH, LDA, BIC, NJT, CEBV, LEF, RGL, KL, GFM, IEP, FL. Escritura - Borrador original: MG, LDA, KL, GFM, IEP, FL. Escritura - Revisión y edición: MG, LDA, BIC, NJT, CEBV, RGL, KL, GFM, IEP, FL. Curación de datos: FH, DA, LEF, RGL. Visualización: BIC, CEBV, LEF, RGL, KL, GFM, IEP, FL. Administración de proyecto: CEBV, LEF, RGL, IEP, FL. Supervisión: IEP, FL.

Financiación: si bien el Programa VIHDA recibe financiamiento a través del presupuesto anual de la ANLIS, no se proporcionó ningún apoyo financiero adicional para este artículo.

Conflictos de interés: Los autores declaran no poseer conflictos de interés relacionados con el contenido del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. Wu C, Chen X, Cai Y, et al. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med.* 2020;180(7):934-943. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0994>. Errata en: *JAMA Intern Med.* 2020;180(7):1031. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1429>.
2. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 51 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 mar [citado 2023 ago 3]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331475>.
3. Salud confirma el primer caso de coronavirus en el país [Internet]. Buenos Aires: Argentina. Ministerio de Salud; 2020 mar 3 [citado 2023 ago 23]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-confirma-el-primer-caso-de-coronavirus-en-el-pais>
4. Emmerich FG. Comparisons between the neighboring states of Amazonas and Pará in Brazil in the second wave of COVID-19 outbreak and a possible role of early ambulatory treatment. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(7):3371. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073371>.
5. Seong H, Hyun HJ, Yun JG, et al. Comparison of the second and third waves of the COVID-19 pandemic in South Korea: importance of early public health intervention. *Int J Infect Dis.* 2021;104:742-745. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.004>.
6. Irassar JI, Bartel E, Obando D, et al. Comparación epidemiológica de las olas por COVID-19 en la provincia de Buenos Aires, Argentina, 2020-2021. *Rev Argent Salud Pública.* 2022;14(supl Covid-19):e49.
7. Reuters COVID-19 tracker. Argentina: los datos, gráficos y mapas más recientes sobre el coronavirus [Internet]. [London]: Reuters; 2022 jul 15 [citado 2023 ago 4]. Disponible en: <https://www.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/es/countries-and-territories/argentina/>.
8. Bolzán AG, Pesci S, Wright R, et al. Sobrevida en pacientes internados en unidades de cuidados intensivos por COVID-19 en la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Rev Argent Salud Pública.* 2022;14(supl Covid-19):e48.
9. Armstrong RA, Kane AD, Cook TM. Outcomes from intensive care in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Anaesthesia.* 2020;75(10):1340-1349. <https://doi.org/10.1111/anae.15201>.
10. VIHDA Programa nacional de epidemiología y control de infecciones hospitalarias. [Internet]. Buenos Aires: VIHDA; 2024. [citado 2023 mar 13]. Disponible en: <http://vihda.gov.ar/>.
11. Portal Nacional de Datos Abiertos. Datos Argentina [Internet]. Buenos Aires: el Portal; [2024] [citado 2023 oct 23]. Disponible en: <https://datos.gob.ar/>.
12. Argentina. Presidencia. Aislamiento social preventivo y obligatorio y distanciamiento social, preventivo y obligatorio. Decreto 875/2020 [Internet]. Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina; 2020 nov 7 [citado 2023 oct 23]. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/237062/20201107>.
13. Hughes S, Troise O, Donaldson H, et al. Bacterial and fungal coinfection among hospitalized patients with COVID-19: a retrospective cohort study in a UK secondary-care setting. *Clin Microbiol Infect.* 2020;26(10):1395-1399. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.06.025>.
14. Accoce M, Guidetto BA, Dorado JH, et al. Infecciones asociadas a la atención de la salud en pacientes internados en una Unidad de Terapia Intensiva durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020. *Rev Chil Infectol.* 2022;39(5):525-534.
15. Shukla BS, Warde PR, Knott E, et al. Bloodstream infection risk, incidence, and deaths for hospitalized patients during coronavirus disease pandemic. *Emerg Infect Dis.* 2021;27(10):2588-2594. <https://doi.org/10.3201/eid2710.210538>.
16. Kokkoris S, Papachatzakis I, Gavrielatou E, et al. ICU-acquired bloodstream infections in critically ill patients with COVID-19. *J Hosp Infect.* 2021;107:95-97. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.11.009>.
17. Farina J, Cornistein W, Balasini C, et al. Infecciones asociadas a catéteres venosos centrales. Actualización y recomendaciones intersociedades Medicina (B Aires). 2019;79(1):53-60.
18. Fakh MG, Bufalino A, Sturm L, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, central-line-associated bloodstream infection (CLABSI), and catheter-associated urinary tract infection (CAUTI): the urgent need to refocus on hardwiring prevention efforts. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2022;43(1):26-31. <https://doi.org/10.1017/ice.2021.70>.
19. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Healthcare workers [Internet]. Atlanta, GA: CDC; 2020 [citado 2023 oct 11]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/underlyingconditions.html>.
20. Birkmeyer JD, Barnato A, Birkmeyer N, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on hospital admissions in the United States. *Health Aff (Millwood).* 2020;39(11):2010-2017. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00980>.
21. Langford BJ, So M, Simeonova M, et al. Antimicrobial resistance in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Microbe.* 2023;4(3):e179-e191. [https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(22\)00355-X](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(22)00355-X).

Hepatitis colestásica como forma de presentación de enfermedad de Kawasaki atípica: informe de un caso

Francisco Cano, Victoria Rojas Ortiz, Sonia Rojas y Natalia L. Gonzalez

Servicio de Clínica pediátrica. Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis febril aguda, multisistémica de causa desconocida y la principal causa de cardiopatía adquirida pediátrica en países desarrollados. Cursa con fiebre mayor de cinco días, alteraciones en mucosa oral, linfadenopatías, *rash* (exantema), compromiso de miembros y/o inyección conjuntival. Puede haber compromiso hepático que puede abarcar desde un aumento leve de transaminasas hasta hepatitis colestásica grave o hidropesía (hidrops) vesicular, o ambas.

Se presenta a una paciente de 5 años cuyo cuadro comenzó con una hepatitis febril aguda colestásica, sin causa aparente. Al día 14 de evolución agregó inyección conjuntival no purulenta, descamación periungueal y trombocitosis. Ante la sospecha de EK atípica se realizó ecocardiograma que informó afección coronaria.

Resulta importante tener en cuenta la variabilidad de síntomas en la EK, ya que la rápida instauración del tratamiento adecuado disminuye la aparición y gravedad de las complicaciones asociadas.

Palabras clave: enfermedad de Kawasaki, síndrome mucocutáneo linfonodular, hepatitis colestásica, aneurisma coronario.

Cholestatic Hepatitis as a Presentation of Atypical Kawasaki Disease: A Case Report

ABSTRACT

Kawasaki Disease (KD) is an acute, multisystemic febrile vasculitis of unknown cause and is the leading cause of acquired pediatric heart disease in developed countries. It presents with a fever lasting more than five days, oral mucosa alterations, lymphadenopathy, rash, limb involvement, or conjunctival injection. Hepatic involvement can range from mild transaminase elevation to severe cholestatic hepatitis or gallbladder hydrops.

We present a case of a 5-year-old patient whose condition began with acute febrile cholestatic hepatitis of unknown origin. On the 14th day of illness, the patient developed non-purulent conjunctival injection, periungual desquamation, and thrombocytosis. Suspecting atypical KD, we performed an echocardiogram, revealing coronary involvement.

It is essential to consider the variability of symptoms in KD, as the prompt initiation of appropriate treatment reduces the occurrence and severity of associated complications.

Key words: Kawasaki disease, lymph node mucocutaneous syndrome, cholestatic hepatitis, coronary aneurysm.

Autor para correspondencia: francisco.cano@hospitalitaliano.org.ar, Cano F.

Recibido: 16/11/23 Aceptado: 10/06/24 En línea: 12/08/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3.314>

Cómo citar: Cano F, Rojas Ortiz V, Gonzalez NL. Hepatitis colestásica como forma de presentación de enfermedad de Kawasaki atípica: informe de un caso. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires.* 2024;44(3):e0000314

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis febril aguda, multisistémica, de causa desconocida, que afecta predominantemente a niños menores de 5 años¹, descrita por primera vez en 1967 por T. Kawasaki². Es la causa más frecuente de cardiopatía adquirida pediátrica en países desarrollados³.

El diagnóstico es clínico y los criterios principales son: fiebre de más de cinco días de duración, cambios en la mucosa oral, linfadenopatías, exantema cutáneo, compromiso de extremidades periféricas y/o inyección conjuntival.

Las principales complicaciones ocurren a nivel cardíaco. Lo más frecuente es la dilatación de las arterias coronarias que conlleva la formación de aneurismas. Otras complicaciones son infarto agudo de miocardio y, menos frecuentes, las fístulas coronarias^{4,5}.

Puede haber compromiso hepático, el cual abarca desde un aumento leve asintomático de las enzimas hepáticas hasta una hepatitis colestásica grave y/o hidropesía de la vesícula biliar, siendo un factor que implica mayor riesgo de resistencia a inmunoglobulina intravenosa (IV)⁶⁻⁸. La colestasis sin alteraciones ecográficas en la vesícula biliar y en la vía biliar intrahepática es poco frecuente⁹.

Se presenta una niña de 5 años con EK atípica con compromiso coronario, cuya forma de aparición fue una hepatitis colestásica. La cronología de presentación de los síntomas clínicos difiere de la de otros pacientes referidos en la literatura.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 5 años, previamente sana, cuyo cuadro clínico comenzó tres días antes de la consulta inicial con fiebre y astenia, con posterior aparición de coluria, hipocolia e ictericia generalizada. Consultó en Servicio de Urgencias donde se la valoró decaída, febril, con ictericia generalizada y hepatomegalia. Se realizó analítica sanguínea que informó hiperbilirrubinemia con predominio directo (bilirrubina total 23,49 mg/dL; bilirrubina directa 19,86 mg/dL), aumento de transaminasas (GPT 150 U/L; GOT 107 U/L), FAL 568 U/L, GGT 273 U/L, leucocitosis (23,2 mil/mm³), anemia normocítica normocrómica sin requerimiento transfusional (hemoglobina 10,3 g/dL; VCM 79; HCM 27,1; CHCM 34,3), plaquetas 355 000/mm³ y PCR 81 mg/L. Se decidió su internación con diagnóstico de hepatitis aguda con colestasis para estudio y tratamiento.

Con el fin de descartar causa infecciosa se realizaron hemocultivos y urocultivo, ambos sin rescate microbiológico, serologías virales (HIV, HAV, HBV, HCV, EBV y Parvovirus B-19 negativas; IgG CMV positiva), prueba de aglutininas de Widal para descartar salmonelosis, con resultado negativo. Se realizó ecografía abdominal y ecocardiograma sin hallazgos patológicos. Los resultados del laboratorio inmunológico (IgG, IgA, IgM, C3, C4, FAN, ANCA, ASMA, anti-LKM, antitransglutaminasa, antipéptido deaminado de gliadina) fueron normales.

Recibió tratamiento empírico por sospecha de colestitis con cefotaxima 150 mg/kg/día durante siete días.

Por presentar mejoría clínica, del hepatograma y descenso progresivo de reactantes de fase aguda, sin diagnóstico etiológico de certeza, se otorgó egreso hospitalario con control ambulatorio.

A los 14 días de iniciado el cuadro se valoró a la paciente en regular estado general, con reaparición de fiebre. Al examen físico se encontraba con ictericia, inyección conjuntival sin secreción, hepatomegalia y descamación periungueal en ambas manos. Se realizó laboratorio que informó anemia (Hb 8,6 g/dL) y trombocitosis (1 200 000 plaquetas/mm³). Por sospecha de enfermedad de Kawasaki atípica se decidió su reinternación y se realizó ecocardiograma transtorácico (ETT) que presentaba dilatación del ostium y del tronco de la arteria coronaria izquierda (3,5 mm; Z +2-3), dilatación uniforme de arteria descendente anterior e insuficiencia mitral leve (Fig. 1). Se inició tratamiento con gammaglobulina intravenosa 2 g/kg y ácido acetilsalicílico (AAS) 5 mg/kg/día. Por persistencia de fiebre luego de 48 horas se asume refractariedad al tratamiento y se inician pulsos de metilprednisolona 30 mg/kg en tres días consecutivos, con buena respuesta.

Luego de trece días de internación, con mejoría clínica y del laboratorio (hepatograma y reactantes de fase aguda) se otorgó el egreso hospitalario continuando tratamiento con meprednisona en dosis de mantenimiento, AAS 5 mg/kg/día y controles ambulatorios con reumatología y cardiología. Se realizó ETT de control en el cual se apreció disminución progresiva de dilatación en arteria coronaria izquierda; a los dos meses de iniciado el cuadro se logró la normalización.

DISCUSIÓN

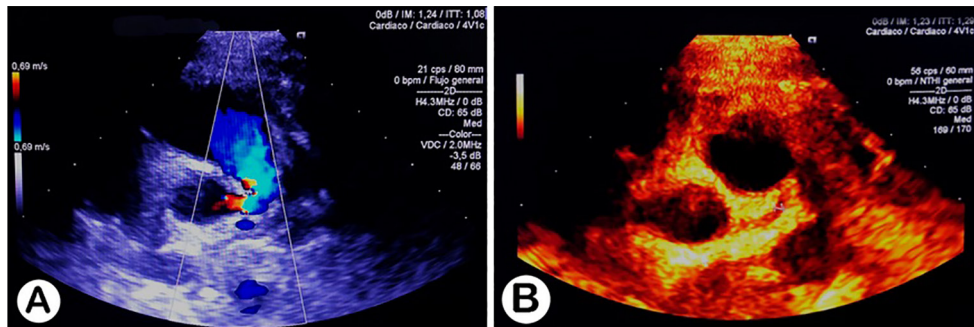
La EK es una vasculitis sistémica, aguda, autolimitada y de etiología desconocida; la principal teoría postula que una infección previa desencadenaría la activación del sistema inmunitario en un niño genéticamente propenso⁵.

En ausencia de pruebas complementarias específicas, el diagnóstico es clínico y se basa en criterios principales y asociados¹ (Tabla 1). La EK se basa en la presencia de fiebre de cinco o más días; cuando reúne cuatro o más de las cinco características principales se denomina "EK completa o típica", mientras que cuando están presentes entre dos y cuatro manifestaciones se la denomina "EK incompleta o atípica". Esta incluye los casos que se presentan con manifestaciones inusuales de la enfermedad, como síndrome hemofagocítico secundario, nefritis, entre otras¹⁰.

Las formas atípicas o incompletas se observan en casi el 20% de los pacientes; son más frecuentes cuanto menor sea la edad del paciente, aunque pueden aparecer en mayores de cinco años¹; en estos casos se recomienda recurrir a exámenes de laboratorio y ecocardiograma con el fin de realizar un diagnóstico oportuno y el seguimiento adecuado¹¹ (Fig. 2).

En este informe de caso presentamos una paciente con hepatitis aguda. En la evolución se sospechó esta entidad ante la presencia de síndrome febril asociado a inyección conjuntival, descamación periungueal (dos de cuatro criterios principales de EK propuestos por la

Figura 1. Ecocardiograma



Imágenes A y B. Ecocardiograma transtorácico: dilatación de *ostium* de arteria coronaria izquierda y tronco con diámetro de 3,5 mm (Score Z +2,3). Arteria descendente anterior con diámetro de 2 mm (Z 0,6). Arteria coronaria derecha con diámetro de 2 mm (Z 0,6).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de enfermedad de Kawasaki¹

CRITERIO	DESCRIPCIÓN
	Criterio obligatorio
Fiebre	Duración ≥ 5 días (incluyendo casos en los que la fiebre cesó antes del quinto día por respuesta a la terapia)
	Criterios principales
Alteraciones en mucosa oral	Eritema de labios, lengua aframbuesada, congestión difusa de mucosa oral y faríngea
Linfadenopatía	Adenopatías cervicales agudas no supurativas (al menos 1 ganglio linfático $> 1,5$ cm de diámetro)
Rash	Exantema cutáneo polimorfo, morbiliforme o escarlatiniforme
Compromiso de extremidades periféricas	Enrojecimiento de palmas y plantas, edema indurado (etapa inicial); descamación membranosa de yemas de los dedos (etapa subaguda)
Compromiso ocular	Inyección conjuntival bilateral sin exudado

EK completa: fiebre + cuatro criterios principales.

EK incompleta: sospecha de EK que no cumple con al menos cuatro de los criterios principales.

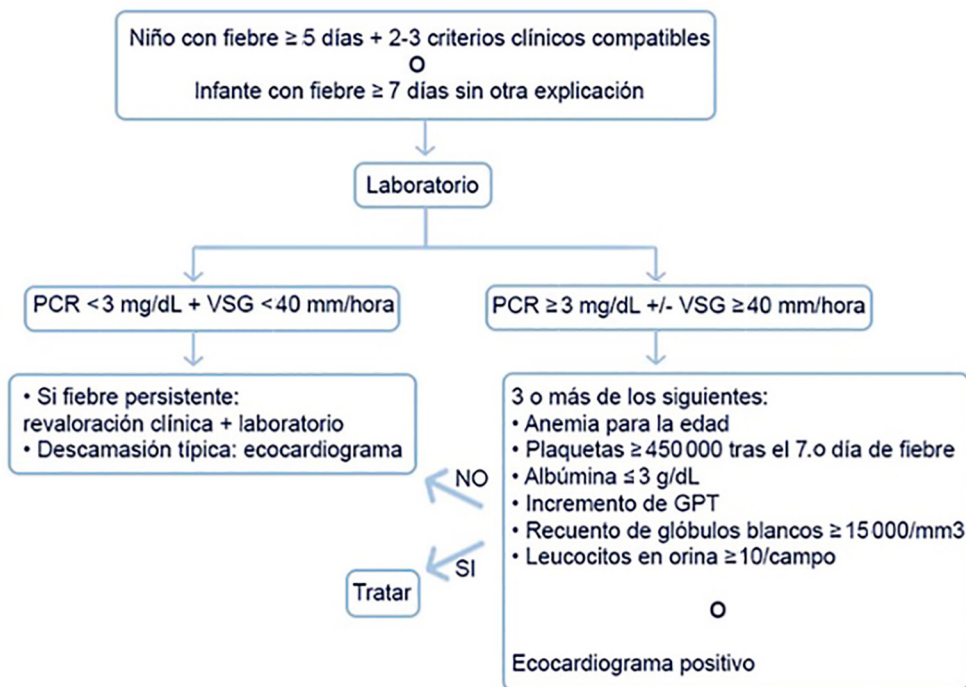
American Heart Association [AHA] y reactantes de fase aguda elevados, destacándose una trombocitosis mayor de 1 000 000 plaquetas/mm³. Por ello se llevó a cabo un ETT en el que se evidenció afectación coronaria, confirmando la sospecha diagnóstica. Por los hallazgos clínicos y tiempo de evolución previamente mencionados se asumió que la paciente se encontraba en la fase subaguda de la enfermedad, reiniciando fiebre en el día 14 de comienzo de síntomas.

En la literatura se informaron casos de EK cuya forma de presentación fue una ictericia colestásica, y, como complicaciones, hidropesía vesicular y compromiso coronario. En ellos, tras asumirse la sospecha diagnóstica e instaurarse tratamiento con gammaglobulina intravenosa, se constató mejoría clínica con posterior resolución del cuadro¹²⁻¹⁵.

Si bien inicialmente presentaba un laboratorio con patrón colestásico, en las ecografías abdominales realizadas no se apreció compromiso hepatobiliar. Durante la evolución, el laboratorio mostró mejoría espontánea, incluso antes del pasaje de gammaglobulina intravenosa, lo que diferencia a nuestra paciente de los casos registrados en la bibliografía, donde dicha mejoría se apreció posterior al pasaje de gammaglobulina¹⁵.

El pronóstico de la EK se basa sobre todo en la presencia y gravedad del compromiso coronario, el cual varía desde dilataciones transitorias y leves hasta aneurismas gigantes¹. Las lesiones de arterias coronarias se presentan en el 25% de los pacientes con EK no tratada, pudiendo aparecer también en un 3-5% de los pacientes que recibieron gammaglobulina intravenosa.

Figura 2. Algoritmo de evaluación de paciente con sospecha de EK incompleta¹



El tratamiento con gammaglobulina IV administrado durante los primeros 10 días de iniciada la enfermedad reduce a < 5% la prevalencia de lesiones en arterias coronarias⁴. Pasada la fase aguda, debe realizarse el tratamiento en pacientes con persistencia de fiebre y reactantes de fase aguda elevados o en quienes se constata presencia de alteraciones coronarias¹⁰.

Los pacientes con EK que persisten con fiebre luego de 48 horas de la primera dosis de gammaglobulina o que no presentan un descenso de la PCR superior al 50% se denominan resistentes y deben recibir una segunda dosis. Si esta fracasa, se asume refractariedad y se deben considerar otras opciones terapéuticas y la consulta con un equipo de expertos¹⁰. Se cree que estos pacientes presentan un “fenotipo hiperinflamatorio”, el cual se asociaría con mayor riesgo de afección coronaria y otras complicaciones. Se mencionan numerosos factores que estarían asociados a dicha resistencia, entre ellos anomalías en el hepatograma y compromiso abdominal (dolor, distensión, diarrea, deposiciones con sangre, etc.)¹⁶, como se evidencia en el caso presentado.

El diagnóstico de EK atípica es un reto para el pediatra, dada la variedad de formas de presentación clínica, lo cual puede llevar a retrasar el diagnóstico, incrementándose de esta forma el riesgo de desarrollo de complicaciones¹¹. A punto de partida de este caso sugerimos considerar la EK como diagnóstico etiológico diferencial de hepatitis aguda colestásica febril, descartadas las causas más frecuentes de dicha entidad, ya que la rápida instauración del tratamiento adecuado disminuirá la aparición y gravedad de las complicaciones asociadas. Tener presente que algunos datos como fiebre sin foco, alteraciones en el laboratorio como hipoalbuminemia o hiponatremia no explicadas o una taquicardia sinusal sostenida que no se correlaciona con la fiebre aumentan la sensibilidad para el diagnóstico.

Contribuciones de los autores: Conceptualización, Metodología, Software, Validación, Investigación, Escritura - Borrador original, Visualización, Administración de proyecto, Supervisión: FC, VRO, SR, NG.

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

REFERENCIAS

1. McCrindle BW, Rowley AH, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a scientific statement for health professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(17):e927-e999. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000484>. Errataen:*Circulation*.2019;140(5):e181-e184. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000703>.
2. Kawasaki T. [Acute febrile mucocutaneous syndrome with lymphoid involvement with specific desquamation of the fingers and toes in children]. *Arerugi*. 1967;16(3):178-222.
3. Elakabawi K, Lin J, Jiao F, et al. Kawasaki disease: global burden and genetic background. *Cardiol Res*. 2020;11(1):9-14. <https://doi.org/10.14740/cr993>.
4. Liang CD, Kuo HC, Yang KD, et al. Coronary artery fistula associated with Kawasaki disease. *Am Heart J*. 2009;157(3):584-588. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2008.11.020>.
5. Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation*. 2004;110(17):2747-2771. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000145143.19711.78>.
6. Eladawy M, Dominguez SR, Anderson MS, et al. Abnormal liver panel in acute kawasaki disease. *Pediatr Infect Dis J*. 2011;30(2):141-144. <https://doi.org/10.1097/INF.0b013e3181f6fe2a>.
7. Pratap K, Gardner LS, Gillis D, et al. Hepatic predominant presentation of Kawasaki disease in adolescence case report and review of literature. *BMC Gastroenterol*. 2020;20(1):352. <https://doi.org/10.1186/s12876-020-01461-2>.
8. Centenari C, Caprai S, Vitucci P, et al. Hepatic presentation of Kawasaki disease [abstract]. *Dig Liver Dis*. 2008;40(10):A104-A105. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2008.07.287>.
9. Ibáñez-Alcalde M, Sánchez-Forte M, Giménez-Sánchez F, et al. Cholestasis as the initial feature of Kawasaki disease. *Pediatr Infect Dis J*. 2012;31(7):766-767. <https://doi.org/10.1097/INF.0b013e318253a1d8>.
10. Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedad Argentina de Cardiología. *Enfermedad de Kawasaki: consenso interdisciplinario e intersociedades (guía práctica clínica). Versión abreviada*. *Arch Argent Pediatr*. 2016;114(4):385-390. <https://doi.org/10.5546/aap.2016.385>.
11. Dimitriades VR, Brown AG, Gedalia A. Kawasaki disease: pathophysiology, clinical manifestations, and management. *Curr Rheumatol Rep*. 2014;16(6):423. <https://doi.org/10.1007/s11926-014-0423-x>.
12. Koca T, Aslan N, Akaslan Kara A, et al. Kawasaki disease in a 9-year old girl presenting with febrile cholestasis: case report and review of literature. *Int J Rheum Dis*. 2018;21(11):2046-2049. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.12700>.
13. Falcini F, Resti M, Azzari C, et al. Acute febrile cholestasis as an inaugural manifestation of Kawasaki's disease. *Clin Exp Rheumatol*. 2000;18(6):779-780.
14. Gökner N, Doğan Demir A, Ataman Y, et al. A case of Kawasaki disease with initial presentation of arthritis and icterus. *Bezmi Alem Sci*. 2017;5(2):86-89. <https://doi.org/10.14235/bs.2016.939>.
15. Vainstein E, Baleani S, Fleiderman S, et al. Icteric cholestasis in the enfermedad de Kawasaki. *Rev Hosp Niños B.Aires*. 2005;47(215):300-305.
16. Hartas GA, Hashmi SS, Pham-Peyton C, et al. Immunoglobulin resistance in Kawasaki disease. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol*. 2015;28(1):13-19. <https://doi.org/10.1089/ped.2014.0423>.

Resolución de úlcera arterial mediante injerto de piel con unidades foliculares: informe de caso

Florencia Bertarini¹, María V. Campoy², Noelia Capellato³, Luis D. Mazzuocolo⁴, Damián Ferrario⁵ y Anahí L. Belatti⁶

Servicio de Dermatología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Las úlceras crónicas impactan significativamente en la calidad de vida del paciente y generan elevados costos para el sistema de salud. Un enfoque terapéutico integral, considerando el diagnóstico y las características de la herida, es esencial para cada fase de cicatrización. Durante la epitelización se recomienda el uso de técnicas con injertos para acelerar la reparación, mejorar la calidad del tejido cicatrizal y abordar el dolor. La técnica de autoinjerto por *punch* de unidades foliculares, obtenidas del cuero cabelludo, se presenta como una estrategia aceptada para la reparación de heridas crónicas. Se ilustra el caso de un paciente de 79 años con múltiples comorbilidades y con una úlcera arterial de importante dimensión donde, luego de controlar la patología de base y lograr un lecho óptimo, el autoinjerto con unidades foliculares, derivó en la completa cicatrización al cabo de 4 meses.

Palabras clave: unidad folicular, células madre de unidades foliculares, trasplante de piel, cicatrización de heridas, informe de caso.

Resolution of Arterial Ulcer through Skin Grafting with Follicular Units

ABSTRACT

Chronic ulcers significantly impact patients' quality of life and impose high costs on the healthcare system. A comprehensive therapeutic approach accounting for the diagnosis and wound characteristics is essential for each healing phase. We recommend applying graft techniques during epithelialization to accelerate repair, improve scar tissue quality, and address pain. The technique of autografting using punch follicular units obtained from the scalp is presented as an accepted strategy for repairing chronic wounds. This case study involves a 79-year-old patient with multiple comorbidities and a large arterial ulcer. After controlling the underlying condition and achieving an optimal wound bed, the autograft with follicular units resulted in complete healing within four months.

Key words: Follicular unit, follicular unit stem cells, skin graft, wound healing, case report.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras crónicas, definidas como aquellas con una persistencia mayor de 6 semanas de evolución, son un claro ejemplo de patologías que requieren técnicas que aceleren su resolución, ya que tienen un alto impacto en los costos del sistema de salud y en la calidad

de vida del paciente¹⁻⁴. En 1964, Crawford describió los beneficios de usar piel del cuero cabelludo como zona donante para quemaduras extensas, destacando la presencia de folículos pilosos⁵. Actualmente, se reconoce que la obtención de unidades foliculares (UF) de esta región brinda beneficios relacionados con células madre

Autor para correspondencia: florencia.bertarini@hospitalitaliano.org.ar, Bertarini MF.

Recibido: 17/01/24 Aceptado: 11/07/24 En línea: 5/08/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.334>

Cómo citar: Bertarini F., Campoy MV, Capellato N, Mazzuocolo LD, Ferrario D, Belatti AL. Resolución de úlcera arterial mediante injerto de piel con unidades foliculares: informe de caso. Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2024;44(3):e0000334

pluripotenciales y la liberación de leptina, estimulante de la cicatrización^{6,7}. Esta técnica, respaldada por estudios en pacientes pediátricos y con úlceras en miembros inferiores, demostró una mejor respuesta en cicatrización en comparación con las técnicas convencionales⁸⁻¹⁰. Un estudio controlado en úlceras crónicas evidenció una diferencia significativa en la curación con injertos de folículos del cuero cabelludo¹¹. Tales resultados subrayan la eficacia de esta técnica como opción valiosa en la reparación de heridas^{12,13}. El caso clínico destaca la resolución completa sin complicaciones de una úlcera arterial en un paciente con múltiples comorbilidades, utilizando injertos de UF obtenidas del cuero cabelludo.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 79 años con antecedente de diabetes tipo II en tratamiento con gliclazida 60 mg y movilidad reducida por debilidad muscular secundaria a miositis por cuerpos de inclusión, que presentó una isquemia crítica en la región del tibial posterior.

Luego de la evaluación inicial del paciente se arribó –a través de métodos complementarios (ecografía Doppler

arterial y posterior angiogramografía)– a vincular la aparición espontánea de la úlcera con una arteriopatía periférica grave, por lo que se derivó para tratamiento vascular periférico y se realizó una angioplastia con colocación de endoprótesis (*stent*).

La úlcera, de lecho fibrinoso, inicialmente de 5,4 cm de largo y 6,5 cm de ancho en la pierna izquierda (Fig. 1), mostraba una mala progresión antes de la intervención, alcanzando dimensiones aún mayores (8 cm de largo y 7 cm de ancho).

En los primeros 3 meses posteriores a la revascularización se realizó un abordaje integral y preparación del lecho fibrinoso siguiendo el esquema TIME, donde se controlaron factores asociados como el dolor y los edemas y se procedió a lograr un lecho granulante óptimo con desbridante enzimático para la recepción de injertos (Fig. 2A-B). El acrónimo TIME es una herramienta clínica, práctica y dinámica para llevar a cabo la preparación del lecho de la herida a un estado ideal que facilite la cicatrización; sus letras desglosadas corresponden a T: Tissue (tejido), I: Infection/inflamación (infección, inflamación), M: Moisture (humedad) y E: Edge (bordes)¹⁴⁻¹⁷.



Figura 1. Úlcera en región tibial posterior del miembro inferior izquierdo por isquemia crítica previa a la revascularización.

Finalmente se realizó un injerto con UF obtenidas de la zona parietooccipital del cuero cabelludo del paciente. Se injertaron 43 UF abarcando toda la extensión de la úlcera. Se realizó cura húmeda con gasas vaselinadas estériles y vendaje multicapa adaptado. El cuero cabelludo recibió una cura seca con alcohol. Se realizó un primer control a las 72 horas para evaluar la viabilidad de los injertos y eventuales efectos adversos,

y, dada la buena evolución, sin complicaciones, se procedió al control trisemanal habitual. En la evolución posterior al injerto, la herida fue mostrando signos de epitelio positivo tanto en la periferia como en el lecho, y la aparición de islotes de piel a punto de partida de las UF injertadas, con reducción clara del diámetro, que lograron la cicatrización final de la herida (Figs. 3A-B-C y Fig. 4).

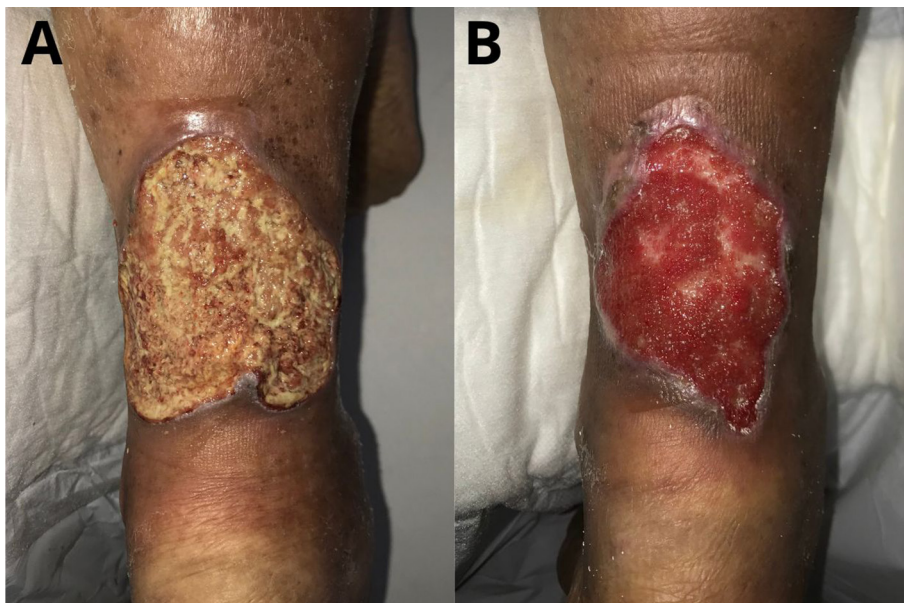


Figura 2. A. Lecho con fibrina posrevascularización. B. Lecho granulante.

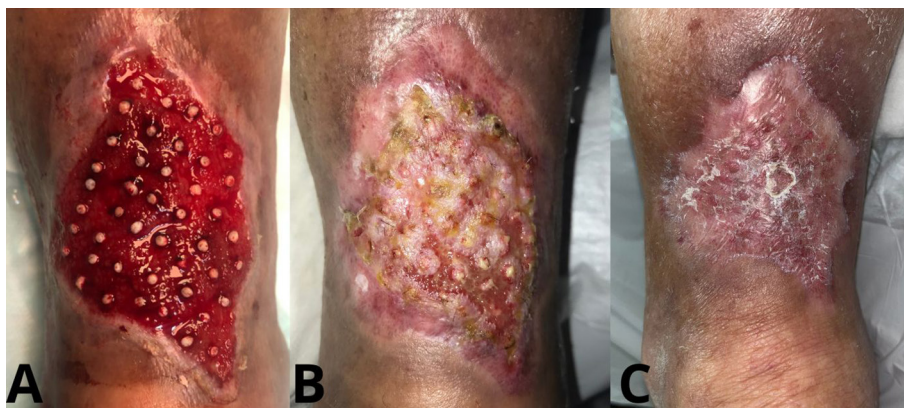


Figura 3. A. Unidades foliculares injertadas 72 horas posinjerto. B. Evolución a los 30 días del injerto. C. Cicatrización completa a los 4 meses.



Figura 4. Cicatrización de zona dadora 72 horas posinjerto.

DISCUSIÓN

La problemática global de la cicatrización de heridas se vincula estrechamente con el aumento de la esperanza de vida, la longevidad y los altos costos en salud.

Abordar esta patología requiere un enfoque terapéutico integral que considere el diagnóstico etiológico y las características del lecho de la herida. La técnica de injertos con UF del cuero cabelludo se ha revelado como una estrategia eficaz para acelerar la reepitelización y mejorar la calidad del tejido cicatrizal. Los beneficios informados, respaldados por estudios y comparativas con técnicas convencionales, demuestran también ventajas notables en la zona donante, con defectos circulares que cicatrizan rápidamente y mínimas complicaciones, lo que genera gran aceptación por parte de los pacientes. Esta práctica, además de ser mínimamente invasiva, con anestesia local y posibilidad de realizarse en sala de procedimiento, ofrece una solución costo-efectiva que favorece el acceso a pacientes con heridas crónicas y comorbilidades. La incorporación de la técnica de autoinjerto por *punch* de UF en el arsenal terapéutico se presenta como una contribución valiosa, brindando resultados superiores de reparación con un impacto económico positivo en el sistema de salud.

Contribuciones de autores: Conceptualización: ALB, MFB. Metodología: ALB, MFB. Software: ALB, DF, MFB. Validación: ALB, DF. Análisis formal: MFB, ALB, MVC, NC. Investigación: ALB, MFB. Recursos: NC, MVC. Curación de datos: MFB, NC, MVC. Redacción - Borrador original: MFB. Redacción - Revisión y edición: MFB, LDM, ALB.

Visualización: MFB. Supervisión: ALB, DF, LDM. Administración de proyecto: ALB.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses

REFERENCIAS

1. Baquerizo Nole KL, Kirsner RS. Hair follicles and their potential in wound healing. *Exp Dermatol*. 2015;24(2):95-96. <https://doi.org/10.1111/exd.12607>.
2. Budamakuntla L, Loganathan E, Sarvajnamurthy SA, et al. Follicular unit grafting in chronic nonhealing leg ulcers: a clinical study. *J Cutan Aesthet Surg*. 2017;10(4):200-206. https://doi.org/10.4103/JCAS.JCAS_38_17.
3. Martínez Martínez ML, Escario Travesedo E, Jiménez Acosta F. Hair-follicle transplant into chronic ulcers: a new graft concept. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108(6):524-531. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.02.013>.
4. Agale SV. Chronic leg ulcers: epidemiology, aetiopathogenesis, and management. *Ulcers*. 2013;2013:413604. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/413604>.
5. Crawford BS. An unusual skin donor site. *Br J Plast Surg*. 1964;17:311-333. [https://doi.org/10.1016/s0007-1226\(64\)80049-7](https://doi.org/10.1016/s0007-1226(64)80049-7).
6. Cheng CC, Tsutsui K, Taguchi T, et al. Hair follicle epidermal stem cells define a niche for tactile sensation. *Elife*. 2018;7:e38883. <https://doi.org/10.7554/eLife.38883>.
7. Plikus MV, Gay DL, Treffeisen E, et al. Epithelial stem cells and implications for wound repair. *Semin Cell Dev Biol*. 2012;23(9):946-953. <https://doi.org/10.1016/j.semdb.2012.10.001>.
8. Liu JQ, Zhao KB, Feng ZH, et al. Hair follicle units promote reepithelialization in chronic cutaneous wounds: a clinical case series study. *Exp Ther Med*. 2015;10(1):25-30. <https://doi.org/10.3892/etm.2015.2465>.
9. Martinot V, Mitchell V, Fevrier P, et al. Comparative study of split thickness skin grafts taken from the scalp and thigh in children.

- Burns. 1994;20(2):146-150. [https://doi.org/10.1016/s0305-4179\(06\)80012-4](https://doi.org/10.1016/s0305-4179(06)80012-4).
10. Jiménez F, Garde C, Poblet E, et al. A pilot clinical study of hair grafting in chronic leg ulcers. *Wound Repair Regen.* 2012;20(6):806-814. <https://doi.org/10.1111/j.1524-475X.2012.00846.x>.
 11. Martínez ML, Escario E, Poblet E, et al. Hair follicle-containing punch grafts accelerate chronic ulcer healing: a randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol.* 2016;75(5):1007-1014. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.02.1161>.
 12. Jiménez F, Poblet E, Izeta A. Reflections on how wound healing-promoting effects of the hair follicle can be translated into clinical practice. *Exp Dermatol.* 2015;24(2):91-94. <https://doi.org/10.1111/exd.12521>.
 13. Belatti A, Bertarini F, Pombo V, et al. Follicular unit grafting in chronic ulcers: a valuable technique for integrated management. *An Bras Dermatol.* 2024;99(4):568-577. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2023.08.012>.
 14. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair Regen.* 2003;11(Suppl 1):S1-S28. <https://doi.org/10.1046/j.1524-475x.11.s2.1.x>.
 15. Leaper DJ, Schultz G, Carville K, et al. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years?(*). *Int Wound J.* 2012;9(Suppl 2):1-19. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2012.01097.x>.
 16. Moore Z, Dowsett C, Smith G, et al. TIME CDST: an updated tool to address the current challenges in wound care. *J Wound Care.* 2019;28(3):154-161. <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.3.154>.
 17. Harries RL, Bosanquet DC, Harding KG. Wound bed preparation: TIME for an update. *Int Wound J.* 2016;13(Suppl 3):8-14. <https://doi.org/10.1111/iwj.12662>.

Oclusión preventiva de las arterias uterinas

Guido O. Vietri¹, Melina J. Siragusa² y Victorio T. Viglierchio¹

1. Patología Pelviana Benigna. Servicio de Ginecología. Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

2. Cirugía Laparoscópica y Pelviana. Servicio de Ginecología. Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

Presentamos el caso de una paciente con un mioma ístmico posterior de 7 centímetros.

La paciente fue colocada en posición ginecológica. Se realizó el acceso a la cavidad abdominal, utilizando la técnica OptiView™ a nivel periumbilical. Se utilizó una cámara de 30 grados. Se introdujeron 3 trocacos accesorios: dos trocacos de 5 mm en fosa iliaca izquierda y derecha y un trocar de 10 mm en hipogastrio.

Comenzamos realizando la pexia del ovario izquierdo con nailon 3-0 aguja recta para tener mejor visión de la cara posterior del ligamento ancho.

Podemos observar el uréter izquierdo por translucencia, medial al ligamento infundíbulo pélvico.

Realizamos la apertura del peritoneo parietal entre el ligamento infundíbulo pélvico

y el uréter utilizando maniobras de tracción y contratracción y energía monopolar.

Una vez que ingresamos en el retroperitoneo, observamos la arteria vesical superior por fuera y debajo del uréter, en dirección a la pared abdominal anterior donde se transformará en la arteria umbilical obliterada. Una

maniobra útil para certificar que estamos en presencia de la arteria vesical superior es traccionar suavemente de ella, y así veremos el movimiento que genera en el peritoneo de la pared abdominal anterior.

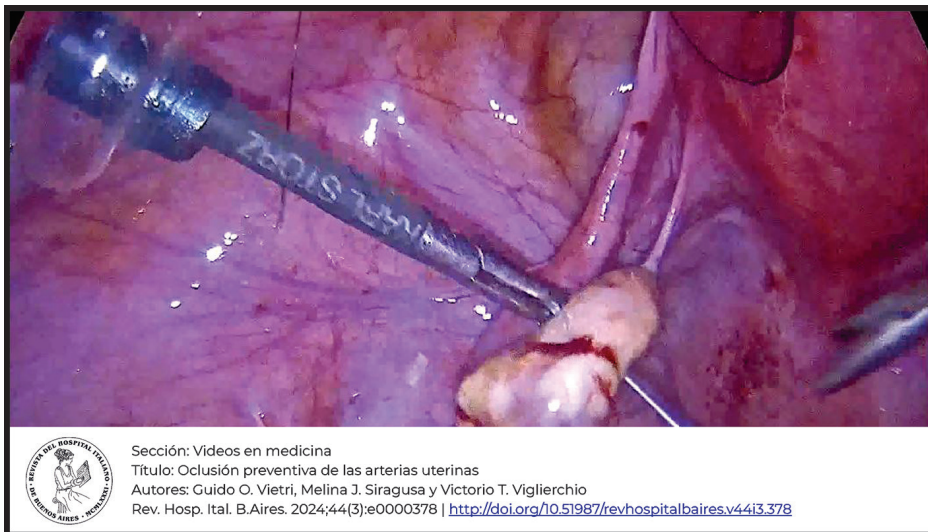
Al identificar la arteria vesical superior, la disecamos hacia cefálico y así veremos el inicio de esta y de la arteria uterina que normalmente comparten un origen común a partir de la arteria iliaca interna.

Veremos que la arteria vesical superior tendrá un trayecto vertical, mientras que la arteria uterina, uno más horizontal acercándose al útero.

Una vez identificada y disecada la arteria uterina, se procede a colocar el “clamp” Bulldog® por la vía de 10 mm en hipogastrio.

Una vez ocluidas temporalmente ambas arterias uterinas se procede a la miomectomía. Una vez finalizada se extraen ambos “clamps” y se libera la pexia de ambos ovarios.

Realizamos una visión final de ambos para confirmar que no haya sangrados y se constata el latido de las arterias uterinas.



Sección: Videos en medicina

Título: Oclusión preventiva de las arterias uterinas

Autores: Guido O. Vietri, Melina J. Siragusa y Victorio T. Viglierchio

Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2024;44(3):e0000378 | <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3.378>

[Ver video: <https://youtu.be/J7n4H0uQsRY>]

Autor para correspondencia: guido.vietri@hospitalitaliano.org.ar, Vietri GO.

Recibido: 07/08/24 Aceptado: 22/08/24 En línea: 13/09/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3.378>

Cómo citar: Vietri GO, Siragusa MJ, Viglierchio VT. Oclusión interina de las arterias uterinas. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2023;44(3):e0000378

Reflexión acerca del trabajo médico asistencial en una comunidad wichi con metodología fotovoz

Vilda R. Discacciati¹, Daniela S. Epstein², María C. Iñurrategui², María J. Estremero², Teresita F. Reboa³ y María G. Rezzónico³

1. Centro de Investigación en Ciencias Sociales, Humanidades y Salud. Departamento de Investigación. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

2. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

3. Departamento de Extensión Universitaria. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

La población originaria wichi representa el 2,38% del total de la población argentina y la conforman 31 pueblos indígenas distribuidos en el territorio nacional según el censo 2010. La Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires cuenta con un programa sociosanitario educativo (ISTHAT) orientado a formar profesionales en medicina social e intercultural. La comitiva de seis profesionales que participaron del programa, en junio de 2023, realizó un trabajo de reflexión sobre la actividad asistencial en una comunidad wichi. Los objetivos específicos fueron reconocer elementos de interculturalidad, a través de la metodología de fotovoz, para identificar a través de la imagen qué aspectos son valorados o puestos en cuestionamiento según las biografías y creencias de las participantes. Los puntos sobresalientes fueron repensar los límites del respeto hacia otra cultura en escenarios de potencial riesgo para la salud, el lenguaje como elemento identitario y principal barrera, la mirada del poder en la comunidad con lente de género. Se hicieron tangibles los derechos más básicos vulnerados, como el acceso al agua segura y disponer del territorio. Las fotografías fueron una herramienta valiosa para analizar la experiencia en terreno en el marco de la interculturalidad. Los temas que surgieron resultaron relevantes y ofrecen una oportunidad para pensar estrategias que acerquen al equipo de salud.

Palabras clave: interculturalidad, fotovoz, investigación cualitativa, promoción de la salud, salud indígena, salud pública.

Reflection on Medical Care Work in a WICHI Community Using the Photovoice Methodology

ABSTRACT

The indigenous population represents 2.38% of the total population of Argentina, comprising 31 indigenous peoples distributed across the national territory, according to the 2010 census. The Instituto Universitario del Hospital Italiano has a socio-health and educational program (Isthat) to train health professionals in social and intercultural medicine. A committee of six professionals from the program in June 2023 conducted a reflective study on healthcare activities in a Wichi community. The specific objectives were to recognize elements of interculturality, using the photovoice methodology, to identify through images what aspects are valued or questioned according to the biographies and beliefs of the participants. The key points included rethinking the boundaries of respect for another culture in scenarios of potential health risks, language as an identity element and main barrier, the perspective of power in

Autor para correspondencia: vilda.discacciati@hospitalitaliano.org.ar, Discacciati VR.

Recibido: 13/11/23 Aceptado: 27/07/24 En línea: 5/08/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.311>

Cómo citar: Discacciati VR, Epstein DS, Iñurrategui MC, Estremero MJ, Reboa TF, Rezzónico MG. Reflexión acerca del trabajo médico asistencial en una comunidad wichi con metodología fotovoz. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires.* 2024;44(3):e0000311

the community through a gender lens, and the tangible common rights violations, such as access to safe water and land rights. The photographs were a valuable tool for analyzing the field experience within the framework of interculturality. The emerging issues were relevant and provided an opportunity to consider strategies to bring the healthcare team closer to the community.

Key words: interculturality; photovoice; qualitative research; health promotion; indigenous health; public health.

INTRODUCCIÓN

El respeto por las minorías étnicas y la diversidad cultural que se impone con la globalización y las migraciones interpela la formación de profesionales de la salud en pos del desarrollo de competencias interculturales¹.

Surge así la necesidad de implementar programas de formación en interculturalidad e integrar distintas cosmovisiones de la salud en los currículos. Si bien esta necesidad es reconocida mundialmente, en la Argentina son escasas las universidades que dan respuesta, a pesar de ser un país multicultural. Una de las recomendaciones de expertos para que los profesionales de la salud puedan adquirir esas competencias es su participación en la atención de personas de diversas culturas en un contexto de reflexión y aprendizaje, y que al mismo tiempo puedan verse inmersos en las comunidades y sistemas sanitarios locales².

Por ello, dentro de los programas de formación se busca incorporar elementos que faciliten la valoración contextual y la comprensión del otro culturalmente distinto, y los modos como se actúa en términos profesionales en un contexto de diversidad cultural. La Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires (UHIBA) enfoca la formación en interculturalidad como uno de sus principales objetivos. Es así como, en el año 2017, crea, desde el Departamento de Extensión Universitaria, un proyecto sociosanitario educativo en Santa Victoria Este (SVE), Salta, Argentina, llamado ISTHAT. Los objetivos del proyecto son promover el compromiso social en la comunidad hospitalaria y universitaria, formar profesionales en medicina social e intercultural y producir acciones transformadoras en la salud de poblaciones en estado de vulnerabilidad. Allí, los residentes, estudiantes y profesionales de la salud de la UHIBA participan como voluntarios realizando actividades de servicio en problemáticas como tuberculosis, desnutrición, enfermedades de transmisión vertical y control de embarazos de riesgo. Se realizan actividades formativas destinadas al equipo de salud local y a las comunidades, y participan de actividades sociales con comunidades socioculturalmente diversas³.

Este artículo es el resultado de una investigación realizada por un equipo sanitario que viajó a SVE, en el marco de una comitiva del proyecto ISTHAT¹.

El marco metodológico de la investigación se basó en la idea de que las imágenes son representaciones captadas a través de la vista y pueden ser utilizadas para generar reflexiones sobre la realidad. Varios autores han profundizado en el estudio de las fotografías; por ejemplo, R. Barthes propone que –en el acercamiento a

las imágenes– hay tres prácticas: hacer, experimentar y mirar^{3,4}. La experiencia implica dos miradas, la del que mira y la del mirado; interesa pensar qué está en la mente, en la sensibilidad de la persona que mira. Barthes define la fotografía como contingencia pura, y diferencia dos elementos: *studium* y *punctum*. Considera como *studium* lo percibido por la cultura del que mira y como *punctum* algo dentro de la imagen que llama la atención, que punza. El primer elemento siempre está presente, pero el *punctum* hace que una fotografía emocione, afecte. Barthes dice: “Por esto, la foto cuyo sentido es demasiado impreso es rápidamente apartada; se la consume estéticamente, y no políticamente”⁵.

METODOLOGÍA

El objetivo general ha sido reflexionar críticamente sobre las actividades asistenciales realizadas en una visita sanitaria a una comunidad wichi. Estuvo particularmente destinado a reconocer y comprender los elementos de interculturalidad presentes en el contexto de la atención ofrecida por una comitiva de la universidad. Se utilizó la estrategia de imágenes para reflexionar sobre aspectos vinculados a la interculturalidad.

Para ello se utilizó la metodología de fotovoz, la cual consiste en una estrategia participativa que combina fotografía y texto, sobre la realidad. Se decidió trabajar con esta estrategia partiendo de que las imágenes captadas en las fotografías muestran cuestiones emocionales y subjetivas en el momento de la vida de quienes las toman. Además, este método –a través de la integración del lenguaje visual y escrito– favorece la comprensión de significados culturales de manera más completa y vívida, sobre la cual tiene pocas oportunidades o posibilidad de reflexionar. Así se crea una abertura para que las emociones y sentimientos cotidianos puedan ser percibidos y compartidos de una manera original y espontánea.

El equipo de investigación, compuesto por seis profesionales de la salud, participó en actividades sanitarias y culturales en SVE, durante una semana en junio de 2023 y tomó fotografías durante uno de los días de trabajo. El proceso se dividió en tres momentos: uno de producción, cuando se tomaron fotografías; otro de reflexión, cuando compartieron la imagen elegida, y un tercer momento de elaboración del texto⁶.

La reflexión final se centró en los elementos reconocidos de interculturalidad y en aspectos de la experiencia como profesionales de la salud puestos en cuestionamiento⁷.

Las profesionales y autoras de este trabajo son identificadas en el texto por sus iniciales. Teresita F. Reboa (TFR) es trabajadora social y referente de las acciones culturales en la comitiva. María C. Iñurrategui (MCI) es médica de familia, encargada de gestión y coordinación dentro del proyecto ISTHAT. María J. Estremer (MJE) es médica de familia y referente en medicinas alternativas. Daniela S. Epstein (DSE) es médica de familia referente de salud reproductiva. MCI es médica de familia, tutora en formación de médicos residentes en salud comunitaria y del proyecto ISTHAT. Vilda R. Discacciati (VRD) es médica de familia y coordina el Centro de investigación social y humanidades. Este trabajo cuenta con el aval del Comité de Ética de protocolos de investigación universitaria.

La actividad se realizó el cuarto día de trabajo en terreno, durante una visita a la comunidad wichi San Miguel, que habita en la región del monte, alejada de la costa del río Pilcomayo. La propuesta asistencial fue realizar una actividad para ofrecer asistencia médica de manera espontánea, junto al agente sanitario y al acompañante familiar. La actividad de dicha jornada comenzó a las 8, y a la noche del mismo día se realizó el trabajo sobre las imágenes que cada una seleccionó.

Se estableció la dinámica de trabajo (tabla 1) con la consigna de tomar una fotografía en la visita y al finalizar la jornada, se realizaría la discusión para darles voz a las fotografías seleccionadas.

Se trabajó una imagen por vez; cada participante la compartió grupalmente por WhatsApp y la comentó en respuesta a dos preguntas. Después se llevó a discusión colectiva. Se problematizaron las imágenes y se tomó nota de la discusión. Finalmente se elaboró una reflexión conjunta.

Se buscó propiciar la actividad de cada participante mediante la narrativa individual y posteriormente colectiva.

RESULTADOS

Una participante coordinó y tomó registro manuscrito de la presentación y discusión grupal. Luego se transcribieron las notas, se realizaron lecturas reiteradas y se hizo circular el texto elaborado, se acordaron los ejes sobresalientes de las imágenes narradas. Las categorías centrales fueron la vulneración de derechos, el lugar del respeto en la interculturalidad y si existe un límite en las relaciones de género, el lenguaje como obstáculo y el poder que otorga manejarlo. Cada uno de estos

temas se vio asociado a problemáticas identificadas y representadas.

Figura 1. La autora de este registro fotográfico (MJE) describió mujeres escondidas, comiéndose las uñas y le pareció que no querían o no se animaban a acercarse al puesto de atención sanitaria improvisado (compuesto por una mesa y cajas con medicamentos). En ese momento se estaba organizando una ronda con juegos para entretener a niños, mientras se brindaba asistencia médica. MJE pensaba que esas mujeres no sabían cómo acercarse, se preguntaba si sería alguna característica de las mujeres de esa comunidad y si esperaban una autorización. Después reconoció que el nexo era el cacique de la comunidad. Eligió esa imagen porque daba visibilidad al lugar de las mujeres y le motivaba pensar qué significa ser mujer. Se preguntaba si era parte de su cultura o falta de derecho o si lo que ella identificaba como una falta de derecho o práctica del patriarcado respondía a su propia cosmovisión.

Reflexión de la figura 1. Para otras participantes no estaba tan claro, podría ser curiosidad de esas mujeres. Tal vez, el equipo de salud representaba “los otros, los diferentes”, aunque se las percibe con cierta actitud pueril o vergüenza. Otra participante entendía esa situación como de resguardo, redefinió un marco de cuidado más que de patriarcado, en el sentido de que no se trataba de responder al permiso del cacique, sino una actitud de protección. Ella veía como que el varón cacique las estaba cuidando.

Figura 2. TFR expresó que su imagen correspondía al momento de la llegada a territorio y lo veía como un desembarco para pensar cómo organizar el trabajo. TFR identificó diferentes expresiones en las caras, relacionadas con sus roles. El chofer bajó del vehículo y cumplió su tarea. El resto empezaba su tarea. El rol quedaba expresado en sus gestos. Al chofer le tocaba esperar y al equipo trabajar. La enfermera, activa, y las médicas, con incertidumbre. TFR tomó esta foto porque representaba la idea de combate y comentó sus diferentes significados: pensar qué se estaba combatiendo y resignificar la palabra. Recordó que una referente de la salud mental redefinía todo aquello que evocaba la idea de combatir en salud. TFR, desde su rol, resaltaba el lugar del arte como lazo que acerque a la comunidad, para que adquieran confianza, y tejer una red, por lo cual en esa imagen se daba comienzo al tejido que reúne al equipo sanitario y la comunidad.

Reflexión de la figura 2. Sobre la noción de combate, una participante comentó que una vez escuchó cómo

Tabla 1. Dinámica de trabajo y preguntas guía

Consigna	Se solicitó tomar una fotografía durante la actividad en terreno en la que se haya reparado particularmente durante la actividad de esa jornada
Las preguntas guía para dirigir la puesta en común fueron	¿Qué está pasando en la fotografía tomada? ¿Por qué eligió esa imagen? Espacio de preguntas sobre la imagen de las otras participantes.



Figura 1. *Studium: patriarcado/Punctum: ser mujer*

A. Stolkiner, referente de la psicología, en una ponencia de salud colectiva resignificó palabras usadas en salud como “trabajar en la trinchera”, que daría a entender que del otro lado había un enemigo. Se discutió si en las trincheras está la enfermedad y el combate lo que daña. Las participantes comentaron, hilvanando con la foto previa sobre mujeres, que había un tiempo necesario de espera. El tiempo de llegar, y bajar materiales, desacelerar y esperar. Tal vez nos invitaba a pensar cómo las familias veían ese desembarco sanitario.

Figura 3. MCR relató que tomó la imagen de un tanque de agua y, atrás, dos niños apoyados en una pared. Dice que veía a dos niños pequeños esperando que pasara el tiempo. Cerca del tanque, un árbol vivo y un tronco seco. Para ella, el tanque de agua se imponía, sin otras personas presentes y no pasaba nada más, solamente agua. Dice fuerte: “Ahí hay agua”. Contó que, en ese “ir y venir”, el principal problema era el agua. El agua como elemento vital y su carencia, agente causal en la morbimortalidad infantil. El problema central de esas comunidades, de esos pueblos originarios, es que no tienen agua. El agua, el territorio y las vacunas son los elementos que marcan

la diferencia. Señaló que no es frecuente disponer de tanques de agua y que eso tiene que ver directamente con el territorio, y aquí el conflicto territorial de los pueblos originarios. MCI explicaba que la salida de la vulnerabilidad en esos lugares está ligada con el acceso al agua segura. Tierra y agua son fuentes de salud para esa comunidad en todos sus sentidos.

Reflexión de la figura 3. Sobre esta imagen se comentó que los chicos del fondo parecen parte del paisaje. También se habló sobre la idea de monotonía o calma. De alguna manera, tener agua es tener calma. Surgió otra mirada, desde la estancia del estar y que no pase nada. Se acordó que el tanque con agua ofrece tranquilidad, y la idea de agua como derecho. Se conversó sobre la existencia de diferentes creencias en relación con todo lo que hace referencia al agua y su papel vinculado a la salud. También el factor pared, y los niños apoyados, porque la pared de material era una casa construida por el Estado pero... no habitada. Las casas construidas de material están vacías, las familias habitan sus construcciones con palos y ramas. Surgieron preguntas sobre las viviendas construidas y por qué no las habitan.



Figura 2. *Studium:* desembarco/*Punctum:* incertezas.



Figura 3. *Studium:* tanque de agua/*Punctum:* derecho vulnerado.

Figura 4. Acerca de la fotografía, su autora (DSE) dijo que se trataba de un sendero y un cactus, de una realidad. Ella puso el foco en el sendero como camino hacia un lugar, por el que fue a ver a una mujer que había tenido su parto la noche anterior, para ofrecer control médico. Esa

imagen de paraje despoblado representaba una realidad en particular. Siguiendo ese sendero había personas y para acceder había que sortear obstáculos. Su imagen le representaba lo invisibilizado o lo escondido. Fueron tres personas del equipo a asistir a la mujer y al recién nacido.

Contó que estaban acompañados por una partera de esa comunidad y la mujer (la madre) no permitió ser revisada ni que revisaran a su hijo. La foto –para DSE– representaba un “no hacer”, lo que le generó conflicto, porque sintió que “no pudo hacer” porque respetó el pedido.

Reflexión de la Figura 4. En un primer momento esa imagen del sendero se interpretó como la sensación de que –detrás del respeto (como acción) a la autonomía– podría haber un riesgo del recién nacido. Se discutió que ese “no haber hecho” era una acción, aunque el deber de la medicina (occidental) hubiese sido insistir en realizar un examen clínico de ambos. Se reflexionó sobre cuestiones ancestrales en cuanto al modo de nacer y la naturaleza del sendero; otra vez la tierra conectando con la cultura; se resaltó “acción” desde resistencias y origen. Otro punto que se discutió fueron los límites del rol médico, si se hubiera requerido llamar a una ambulancia, porque la mujer estaba sobre la tierra, su bebé envuelto, sin agua segura, y en contexto epidemiológico de elevada morbilidad infantil. La pregunta fue:

¿Cómo actuar? ¿Cuál hubiese sido la acción correcta? Si “respetar” es un “no hacer” sanitario. La foto del sendero condujo sin dudas a incertidumbre.

Figura 5. MCI eligió captar la imagen de una parte de la tarea asistencial en particular. Contó que, en ese momento, le estaba dando indicaciones de una medicación al padre de un paciente. En cuanto a lo descriptivo, se ven dos niños, un adulto varón y, parcialmente, dos integrantes del equipo. Ambas médicas miran al adulto, y una tiene una aerocámara. La mesa representa el sitio de examen clínico, que se preparó para ese día. Habiendo ya realizado el diagnóstico de obstrucción respiratoria, se le explicaba que requería medicación. Y la imagen representa la complejidad de realizar una indicación farmacológica y lograr que el niño la reciba adecuadamente, con una indicación clara, en cuanto a frecuencia y la vía de administración. Aquí apareció el lenguaje, y la dificultad para explicar el empleo del aerosol respiratorio y la toma de un antibiótico. Le hicieron un dibujo, con un amanecer para la primera toma, el sol completo para señalar la toma



Figura 4. *Studium*: sendero/*Punctum*: respeto.

del mediodía y la luna para la última toma. Un esquema que simulaba la indicación de cada 8 horas, para quienes no usan reloj y no leen nuestra escritura; se le explicó varias veces cómo usar el aerosol con la aerocámara. Y el planteo de cómo implementar seguimiento adicional.

Reflexión de la figura 5. Se discutió la barrera del lenguaje, como obstáculo central y común, y la escena de darle la indicación a un padre. En estas comunidades, a diferencia de la práctica urbana, los padres acompañan a los niños. La mirada del equipo se centró sobre el lenguaje y el género. La pregunta sobre el seguimiento no puso en tela de juicio, ni subestimó al adulto: solo resaltó las limitaciones en recursos de comunicación del equipo

sanitario. Se cuestionó el haber puesto mayor atención en el armado de materiales, en medicamentos y elementos, por sobre los papeles: impresión de sol y luna para dar indicaciones.

Figura 6. En la foto seleccionada -obra de VRD- se ve a un hombre, con una camiseta de fútbol en una posición central (que mantuvo durante toda la actividad). Alrededor del hombre se acercaban y esperaban las personas, expectantes de la atención sanitaria. El lente de la imagen se centró en las relaciones de género. El hombre era el cacique que manejaba el lenguaje. A través de él se realizaba la comunicación. A lo largo de la actividad, algunos integrantes varones también parecían



Figura 5. *Stadium: remedios/Punctum: habla/lenguaje.*



Figura 6. Studium: relaciones de género/Punctum: poder.

comprender nuestra lengua, pero no las mujeres, y era muy complicada la comunicación con ellas, por lo que quedaba en manos del cacique o del facilitador (varón) dar a entender qué problema o pregunta traían ellas. Del mismo modo, las indicaciones se transmitían a través de ellos, lo cual generaba el conflicto sobre la confidencialidad como se la entiende en la medicina occidental. Los hombres, en la imagen, representaban esa asimetría de poder sentida desde el lenguaje, y atentos, en contraste con las mujeres sentadas.

Reflexión de la figura 6. Esta foto retomó la discusión suscitada por la primera imagen analizada, en la que se percibía a las mujeres escondidas o en un plano diferente de los varones, más activos desde el lenguaje, el cuidado, control o vigilancia, cuya actitud podría ser de protección o de ejercicio de poder. Se discutió que allí, en terreno, “los otros” eran el equipo de salud. También se planteó

que esas formas de relacionarse o vincularse serían las únicas que conocen, y quizás el cuestionamiento de lo relacional del género, y el poder del cacique, recae en nuestro marco conceptual y aquí apareció otra vez la cultura.

A partir de la verbalización de las imágenes se puede descubrir el sentido y significado, donde los temas remarcados son aspectos vinculados al género, el rol del equipo de salud en una comunidad indígena, los derechos vulnerados y el respeto a la autonomía de las personas que tienen su sistema de medicina ancestral.

DISCUSIÓN

En este trabajo, las participantes identificaron dos temas principales que surgieron de las fotografías y sobre los que pivotaron la reflexión: el territorio y los derechos humanos. Se destacó el territorio como derecho

fundamental para los pueblos originarios, y su arrebato como violación de los derechos humanos. El acceso al agua segura como derecho humano esencial y su carencia se hace visible y tangible en las comunidades wichi. Finalmente, la identidad y la cultura, temas en los cuales el lenguaje es un elemento nuclear de la identidad, que marca la barrera cultural y cristaliza como un obstáculo de comunicación para las actividades sanitarias implementadas. En cuanto al concepto de cultura, la pregunta reverberante fue dónde está el límite: hasta qué punto se respeta ese límite que el otro pone, cuándo podría haber un potencial riesgo para un sujeto, límite que, además, pone una tercera persona, por ejemplo la madre sobre el hijo. Este estudio permitió reflexionar sobre el desafío que implica el trabajo en las comunidades de pueblos originarios como el wichi, resaltando la importancia del respeto, la empatía y la colaboración para construir relaciones de confianza con las personas de esas comunidades.

En la literatura hay múltiples publicaciones que usan esta metodología para diagnóstico comunitario, educativo, o para comprender prácticas culturales de modo que permea al diálogo intercultural. Nuestro trabajo tiene un recorte puntual pues reflexiona sobre la actividad sanitaria de un grupo de profesionales en una comunidad en particular, lo cual lo hace original y no extrapolable, pero sí transferible, o quizá motive a los lectores para realizar experiencias en sus campos de trabajo⁷⁻¹⁵.

CONCLUSIÓN

Las fotografías fueron una herramienta valiosa para analizar la experiencia en terreno en el marco de la interculturalidad. Los temas que surgieron resultaron relevantes y ofrecen una oportunidad para pensar estrategias que acerquen al equipo de salud. Por un lado, se necesitan más investigaciones sobre la experiencia de profesionales de la salud que trabajan en comunidades de pueblos originarios. Esta investigación podría ayudar a mejorar la comprensión de los desafíos que presenta este trabajo, y podría contribuir al desarrollo de políticas que apoyen a esas comunidades.

Por otro lado, la introducción de metodologías visuales participativas de investigación, como la fotovoz, se han implementado principalmente en el ámbito de la educación para la salud. Consideramos que es un método que favorece la problematización, la creación de una conciencia crítica y la transformación social a través de promover el diálogo en la discusión de imágenes en pequeños grupos.

Conflictos de intereses: las autoras declaran no tener conflictos de intereses

REFERENCIAS

1. Valdez-Esquivel WE, Pérez-Azahuanche MA. Las competencias comunicativas como factor fundamental para el desarrollo social. *Polo del Conocimiento*. 2021;6(3):433-456. <https://doi.org/0.23857/pc.v6i3.2380>.
2. Mareno N, Hart PL. Cultural competency among nurses with undergraduate and graduate degrees: implications for nursing education. *Nurs Educ Perspect*. 2014;35(2):83-88. <https://doi.org/10.5480/12-834.1>.
3. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Proyecto Isthath [Internet]. Buenos Aires: la Universidad; 2024 [citado 2023 nov 5]. Disponible en: <https://instituto.hospitalitaliano.edu.ar/proyectoisthat>.
4. Barthes R. La cámara lúcida: nota sobre la fotografía. Buenos Aires: Paidós; 2006.
5. Vaisman H. Projeto Internos: a fotografia no hospital. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*. 1999;3(4):179-186.
6. Berger J. Usos de la fotografía. *Elementos* [Internet]. 2000 [citado 2023 nov 5];7(37):47-51. Disponible en: <http://www.elementos.buap.mx/num37/pdf/47.pdf>.
7. Solas S. De la imagen a la palabra: la fotografía como investigación, memoria e interacción [Internet]. 3er Congreso Internacional de Literatura y Cultura Españolas Contemporáneas; 2014 oct 8-10; La Plata, Argentina [citado 2023 nov 5]. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.7427/ev.7427.pdf
8. Rey L, Wilfried A, Viens I, et al. El método fotovoz: una intervención con poblaciones marginadas para el acceso al agua potable, la higiene y el saneamiento en México. En: Ridde V, Dagenais C, directores. *Evaluación de las intervenciones sanitarias en salud global: métodos avanzados*. Québec: Éditions science et bien commun; 2020. p. 95-134.
9. Alarcón AM, Vidal A, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Med Chil*. 2003;131(9):1061-1065. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.
10. Sanz Vega CM, Noriega Pérez A, Nogueuel del Cid C, et al. Manejo de la técnica Fotovoz como herramienta comunitaria. *RQR Enferm Comun*. 2018;6(3):42-56.
11. Catalani C, Minkler M. Photovoice: a review of the literature in health and public health. *Health Educ Behav*. 2010;37(3):424-451. <https://doi.org/10.1177/1090198109342084>.
12. Palibroda B, Krieg B, Murdock L, et al. A practical guide to photovoice: sharing pictures, telling stories and changing communities. Winnipeg, Manitoba: Prairie Women's Health Centre of Excellence; 2009.
13. Rania N, Migliorini L, Rebora S, et al. Enhancing critical dialogue about intercultural integration: the Photovoice technique. *Int J Intercult Relat*. 2014;41:17-31. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.ijintrel.2014.06.006>.
14. Halvorsrud K, Rhodes J, Webster GM, et al. Photovoice as a promising public engagement approach: capturing and communicating ethnic minority people's lived experiences of severe mental illness and its treatment. *BMJ Open Qual*. 2019;8(4):e000665. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000665>.
15. Kile M. Uncovering social issues through photovoice: a comprehensive methodology. *HERD*. 2022;15(1):29-35. <https://doi.org/10.1177/19375867211055101>.

Los años que vivimos en peligro ¿dónde están? Reflexiones de un historiador médico sobre la pandemia de COVID-19

Miguel de Asúa
Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Reflexiones sobre las consecuencias sociales de la pandemia COVID-19 en la Argentina desde el punto de vista de la historia de las epidemias. Se concluye que es riesgoso inferir vastas consecuencias sociales de una epidemia y efectuar afirmaciones apresuradas en términos de causalidad histórica.

Palabras clave: consecuencias sociales del COVID-19, historia de las epidemias, epidemias en la Argentina.

The Years We Lived in Danger: Where Are They? Reflections of a Medical Historian on the COVID-19 Pandemic ABSTRACT

Some reflections on the social consequences of the COVID-19 pandemic in Argentina from a historical point of view. It concludes that it is risky to infer social consequences from an epidemic and make hasty statements in terms of historical causality.

Key words: social consequences of COVID-19, history of epidemics, epidemics in Argentina.

INTRODUCCIÓN

A veces, parece que no hubiera sucedido. A veces, uno se pregunta adónde fueron a parar esos dos años en los que vivimos en estado de animación suspendida. ¿Fue realidad o una larga pesadilla? Me refiero, claro, a los que no sufrimos pérdidas de seres queridos. Para los que tuvieron muertos que llorar, las ausencias son demasiado dolorosas como para pretender que nada pasó. En los que no atravesamos esos duelos, la ansiedad, los miedos, la bronca, todas esas emociones y experiencias traumáticas sufrieron un proceso de fosilización acelerada: permanecen como especímenes de museo, objetos de una memoria cancelada. Si en 1942, en medio de la Segunda Guerra, Charles Trenet cantaba “Que reste-t-il de ces beaux jours?”, parece lícito preguntarnos ahora ¿qué quedó de

esos días terribles? Durante la pandemia hubo muchas evaluaciones de las consecuencias médicas y sociales¹. Mi objetivo no es pasar revista a números, polémicas, estadísticas o temas a esta altura demasiado conocidos –no voy a hablar de cuestiones médico-epidemiológicas–. Tampoco de políticas locales (que desfigurarían lo que quiero decir) o de aquellos problemas sobre los que nos informan la economía y otras ciencias sociales (aunque haré alguna fugaz referencia a esto)^{2,3}. Quisiera, sobre todo, reflexionar sobre la pasada pandemia de COVID-19 desde el fondo de la experiencia histórica. Se ha dicho que la historia se ocupa de lo que afectó a *más* individuos, por *más* tiempo y con *más* consecuencias (la “regla de los tres más”). La pandemia fue un fenómeno global y, aunque la referencia a lo inmediato es inevitable, conviene no

Autor para correspondencia: mdeasua@yahoo.com, Asúa Md.

Recibido: 24/06/24 Aceptado: 03/07/24 En línea: 31/07/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3>.

Cómo citar: Asúa Md. Los años que vivimos en peligro ¿dónde están? Reflexiones de un historiador médico sobre la pandemia de COVID-19. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires.* 2024;44(3):e0000

olvidar nunca el punto de vista de la totalidad. En una entrevista de fines de marzo de 2020 me preguntaron qué grandes transformaciones traería la pandemia una vez concluida⁴. En ese momento dejé registradas en unas notas (no publicadas) mis serias dudas respecto de la afirmación de Yuval Harari, quien en un artículo del *Financial Times* del 20 de marzo de 2020, el día en que se decretó la cuarentena en nuestro país, había sostenido que después de la pandemia “habitaremos un mundo diferente”⁵. A una distancia de cuatro años y ya pasada la tormenta, creo que mi escepticismo inicial estaba justificado: la pandemia de COVID-19 no fue la bisagra histórico-cultural que muchos creían que iba a ser. Las expectativas neomilenaristas quedaron defraudadas, las proclamadas revoluciones o restauraciones planetarias todavía aguardan su realización y, a nivel de nuestra aldea, no encuentro demasiadas evidencias de que hayamos “salido mejores”. La memoria de las epidemias es enterrada, junto con los cadáveres que producen. El autor de un texto medieval del siglo XV, la *Crónica de Limburg*, afirmaba sobre la peste negra: “Después de esto, cuando la peste, las peregrinaciones de los flagelantes, las peregrinaciones a Roma y la masacre de judíos habían terminado, el mundo comenzó a vivir de nuevo, la alegría retornó y los hombres comenzaron a hacerse nuevas vestimentas”. En el quinto movimiento de la *Pastoral* de Beethoven, después de la tormenta se escucha, dulce y serena, la canción del pastor, como si el cielo no hubiera estado a punto de desplomarse.

DESARROLLO

Las actitudes sociales respecto del personal de salud sufrieron un cambio radical en el período pospandemia. Fueron dichos profesionales quienes estuvieron en la primera línea de defensa, con los consecuentes efectos sobre la propia salud, física y emocional^{6,7}. En junio de 2021, la Asociación de Licenciados en Enfermería (ALE) informó que 203 enfermeros habían muerto por coronavirus durante la pandemia⁸. Está fresco el recuerdo de los tributos espontáneos y populares que se rendía a médicos, paramédicos y demás integrantes del personal de salud. Apenas dos años después, el ejercicio de la medicina enfrenta una severa crisis, que impulsa a un número creciente de médicos a emigrar a países vecinos o a Europa⁹. Asistimos al que es, para los pediatras de mi generación, un inusitado escenario de residencias o guardias con vacantes no cubiertas¹⁰. Algo análogo sucede en cardiología y, sin duda, en el resto de las especialidades¹¹. Héroe o heroína apenas un par de años atrás, los médicos ensayan ahora nuevos horizontes donde ejercer su profesión de manera digna. Este brusco viraje lleva a pensar acerca de las dificultades de transferir valoraciones sociales propias de la excepcionalidad del episodio pandemia a períodos de “normalidad”. Las epidemias, como las guerras o las grandes catástrofes, son situaciones anómalas, en las cuales las reglas y códigos de funcionamiento social quedan en suspenso y dan lugar a lo mejor y lo peor del ser humano, al más noble heroísmo y a la más abyecta infamia, donde se ve esa constante mezcla

de miseria y abnegación que torna a estos episodios un espejo de humanidad; después, todo se olvida.

Cuando nos preguntamos sobre la pandemia de COVID-19 hay que tener en cuenta: a) que los efectos a nivel macro tienden a darse en el largo término (en términos históricos, esto quiere decir décadas o siglos) y b) que es muy difícil determinar si uno u otro fenómeno social fue generado o acelerado por la epidemia. Veamos un ejemplo. La peste negra (bubónica) que llegó a Europa en 1347 y siguió azotando con recurrentes visitas ese continente hasta principios del siglo XVIII (la de Marsella de 1720 fue la última gran entrada) es el paradigma de las epidemias. Los cálculos de los muertos del primer ataque, entre 1347 y 1353, varían entre un cuarto y la mitad de la población europea (hubo regiones devastadas y otras apenas afectadas). Frank Snowden, el historiador de las epidemias de Yale, advirtió que “la peste bubónica es el punto de referencia inevitable en cualquier discusión de enfermedades infecciosas y su impacto en la sociedad (...) la peste representó la peor catástrofe imaginable y de este modo estableció el estándar por el cual otras epidemias serían juzgadas”¹². A la peste negra se le ha atribuido haber sido causa de cuanta transformación socioeconómica pudo haberse verificado en los dos siglos posteriores a la baja Edad media. Un historiador que dedicó su carrera a estudiarla, Samuel Cohn Jr., afirmó: “Los historiadores han visto a la peste negra como responsable por las revoluciones campesinas del tardío siglo XIV, el final de la servidumbre, el surgimiento de los idiomas vernáculos, la Reforma e incluso la Modernidad misma. Es muy dudoso que la peste puede explicar por sí misma dichos extensos y diversos cambios”¹³.

Nos sorprenden por lo “contemporáneas” las fotografías de la “Gran gripe” de 1918, porque en muchas de ellas la gente aparece con barbijos, tal como en 2020-2021. Esto es anecdótico. Pero hay algunos fenómenos que se dieron como constantes en todas las epidemias masivas o pandemias: las tensiones entre control del Estado o del poder político y las libertades individuales; los conflictos entre los intereses comerciales y las medidas de salud pública; las discusiones sobre la causa de la epidemia que incluyen alternativas marginales respecto del saber aceptado y teorías conspirativas; manifestaciones de religiosidad exacerbada o conflictos entre lo secular y lo religioso; las manifestaciones grupales o individuales de retracción introspectiva o expansión maníaca; la discriminación, segregación o matanza de minorías que funcionan como “chivos expiatorios”. Si pasamos revista a la casi inabarcable bibliografía sobre la peste negra, veremos todos y cada uno de estos rasgos¹⁴. Queda como ejercicio, para el lector, especular sobre las formas que adoptaron entre nosotros en 2020-2021. En todo caso, aquí es necesario plantear una advertencia. Toda comparación entre períodos o situaciones históricas debe efectuarse con reserva. El pasado no es el presente con traje de época, sino que tiene un carácter propio. Tratar de extrapolar alegremente del presente hacia atrás (o

viceversa), comparar como si se estuvieran contrastando dos objetos ante la vista, es escamotear la alteridad, la especificidad del pasado como tal; es, en breve, negar la historia¹⁵. En el *Journal of the Plague Year* de Daniel Defoe (sí, el de *Robinson Crusoe*) de 1772, sobre la terrible peste de Londres de 1665, se afirma que “no hay cosa más bárbara que arriesgar el bienestar del reino por la miserable ganancia de una persona” y se anota que algunos grupos abogaban en contra de la “violencia contra la libertad” y los “insultos contra los derechos de la gente”. Manifestaciones estas familiares a los que vivimos la pandemia en la Argentina del año 2020. Pero también hubo diferencias muy importantes. No es posible comparar sin más una ciudad del siglo XVII con otra del siglo XXI. La analogía se da solo hasta cierto punto. Hay, en estas situaciones, un abanico de reacciones expansivas, la protesta por el confinamiento o por no poder seguir con las actividades de todos los días, en síntesis, la reacción ante el aumento de control social implícito en las medidas restrictivas. Si tenemos en cuenta que en uno de los episodios de la peste en Milán se llegó a encerrar a personas infectadas en sus casas cerradas a cal y canto, entonces nos damos cuenta de las diferencias. La historia de la salud pública está atravesada por resistencias violentas porque es una historia de medidas muchas veces coercitivas en función de un bien común no siempre perceptible y eso genera conflicto (sobre todo en aquellas sociedades no acostumbradas a obedecer reglas)¹⁶.

Algunas constantes comunes a las epidemias pueden verificarse y una de ellas tiene que ver con cuál fue el sector de la población más afectado por la pandemia. En un informe de agosto-octubre de 2021 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) se afirma que “el 49,3% de los hogares manifestó haber tenido una caída en el monto total de sus ingresos respecto a la situación previa a la pandemia. En los hogares con jefe o jefa de hogar con menores niveles de instrucción, la proporción que experimentó una reducción en sus ingresos fue mayor (57,1%)”¹⁷. Según un informe de Naciones Unidas Argentina, para el total de la población en cuanto a pobreza monetaria, se observó un incremento desde el 35,5% en el segundo semestre de 2019 hasta el 42% en el segundo semestre de 2020. La pobreza extrema, por su parte, aumentó del 8 al 10,5%¹⁸. Nada de esto sorprende, al contrario. En su magistral estudio sobre la enfermedad y las epidemias en la historia de Occidente, el historiador de la epidemiología J. N. Hays ha mostrado cómo han sido siempre los más pobres quienes soportaron lo peor de estos flagelos. Más aún, este autor pone en cuestión los enfoques de la “construcción cultural de la enfermedad” (la idea de que la enfermedad no es un proceso natural, sino una representación sociocultural), porque esta manera de ver puede llevar a ignorar la dramática realidad de dicha enfermedad entre los desfavorecidos¹⁹. La pandemia de COVID-19 afectó, sobre todo, a los más vulnerables: los niños, los discapacitados, los ancianos (sobre todo a los que estaban en los geriátricos) y a las personas con enfermedades mentales. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en

nuestro país, hacia octubre-noviembre de 2020, el 40% de los hogares con niños de hasta 6 años indicaron que estos habían sufrido alteraciones en sus hábitos alimentarios desde que comenzó el encierro, el 42% en sus hábitos de sueño y el 15% presentó problemas de comunicación. Además, en la misma época, el 12% de los adolescentes se sentían deprimidos y el 24% angustiados²⁰. Uno se pregunta si es posible medir la extensión y profundidad del daño psíquico de dos años de encierro, angustia de muerte y en muchos casos grave disfunción familiar por medio de encuestas de este tipo, pero por lo menos sugieren algo. Qué huellas inconscientes dejó todo eso y cómo puede repercutir en la vida de quienes lo atravesaron no parece ser una variable cuantificable.

Una transformación que es evidente como producto de la pandemia es la de la globalización informática (de enorme poder democratizador) y, quizás, el cambio de la estructura del trabajo y los patrones de desplazamiento urbano, aunque –dado el casi simultáneo surgimiento de la inteligencia artificial (IA)– va a ser complicado discriminar en el futuro los factores que están contribuyendo a estas macrotransformaciones. Es cierto que, antes de 2020, muy pocos habíamos usado Zoom o Meet o pronunciado ese espantoso neologismo: “webinario”. Pero lo que tenemos aquí es más bien la aceleración de una tendencia que se hubiera dado de todas maneras. Esto sucedió con las ya mencionadas transformaciones económicas, demográficas, sociales y políticas que siguieron a la peste negra de 1347: en muchos casos fueron acentuaciones de propensiones que ya se venían dando. En una revisión de la British Academy en 2021 de los efectos a largo plazo de “la década COVID”, se afirmaba que “muchos impactos de la pandemia son una aceleración de tendencias existentes (...). Esto debe esperarse, ya que es el patrón que las pandemias y las grandes crisis han mostrado a lo largo de la historia”²¹.

Es riesgoso profetizar acerca del aumento de la “conciencia global” (algo muy difícil de definir y aún más de evaluar), pero es plausible que, como consecuencia de la pandemia, haya habido un aumento de la atención prestada a los fenómenos globales, a la alteración de los equilibrios naturales y a la urgencia de encarar los temas ambientales y de cambio climático. El 80% de las enfermedades emergentes tienen origen zoonótico (el 70% en la vida silvestre)²². Los puntos de aparición de enfermedades infecciosas emergentes se ubican en sociedades tradicionales y rurales, por ejemplo Ébola (África occidental), MERS (Medio Oriente), influenza aviar H5N1 y COVID-19 (China, en la frontera urbano-rural). En 2012, un autor de libros sobre el mundo natural, David Quammen, publicó un *best-seller* sobre el origen animal de las recientes epidemias en el cual afirmaba que, habiendo consultado un número de expertos sobre pandemias, “ninguno de ellos dudaba de la premisa de que, si iba a haber una Próxima Realmente Grande, sería de origen zoonótico”²³. Lo fue. En un interesante trabajo de la Academia Nacional de Ciencias (Córdoba) se afirma que “la pandemia COVID-19, si bien inédita en su escala, no es un hecho aislado.

El cambio climático global, el deterioro acelerado de la biodiversidad, la creciente desigualdad social y la concentración de la riqueza dentro y entre países, son todos síntomas de un mismo proceso subyacente, el modelo predominante de apropiación de la naturaleza y de relación al interior de las sociedades²⁴. Hay una relación entre desequilibrio ambiental, destrucción de ecosistemas, cambio climático y estas enfermedades emergentes, pero trazar esta ruta no siempre es sencillo. En el fundacional estudio de epidemiología histórica de William McNeill de 1976, *Plagues and Peoples*, se analiza la historia de la humanidad en términos de microparasitismo y macroparasitismo²⁵. Este libro, que analiza la historia natural de las enfermedades como parte del escenario global de civilizaciones y pueblos, deja claro que la enfermedad estuvo siempre con nosotros, que surge y desaparece en términos de interacciones biológicas interespecíficas que, en el caso del ser humano, están entrelazadas con su historia cultural, a su vez vinculada con la historia del ambiente.

En una nota de 2020 sobre COVID-19 y las lecciones de la historia, Anne Hardy, profesora honoraria de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, decía que, después de casi un siglo en el que la humanidad parecía haber logrado algún tipo de equilibrio con las enfermedades infecciosas, el COVID-19 fue una indicación de que entramos en una era global más peligrosa, debido a la falta de conciencia medioambiental, al gran crecimiento demográfico y al aumento de los viajes intercontinentales como estilo de vida²⁶. En efecto, sabemos bien que las enfermedades viajan: el desarrollo del transporte como consecuencia de la primera revolución industrial (el barco de vapor y el tendido masivo de la red de ferrocarriles) fue decisivo en la propagación de epidemias a lo ancho y largo del planeta. Las enfermedades han acompañado a las empresas de descubrimiento y colonización. Hay consenso sobre el hecho de que la conquista de América fue posible por las enfermedades infecciosas (viruela, sarampión, influenza) que exterminaron a gran parte de la población que habitaba el continente (las estimaciones demográficas de los especialistas son muy variables)²⁷. Lo mismo puede decirse del período de gran expansión de los imperios europeos en África y Asia durante la segunda mitad del siglo XIX. En la que es quizá la frase más tersamente concentrada de toda la literatura de epidemiología histórica, el mencionado Hays afirma: “En el siglo XIX el imperialismo occidental propagó enfermedades y a la vez alteró los ambientes humano y natural en los cuales la enfermedad prosperaba. Desde esa perspectiva, puede considerarse más un desastre que un triunfo de la humanidad”¹⁹.

Hay algo que parece haberse dado por sentado: la aparición de vacunas eficaces contra el virus. Es curioso hasta qué punto se ha “naturalizado” la civilización tecnológica, que no sorprende el diseño, producción y distribución a escala global de vacunas. Si consideramos la epidemia de polio en Estados Unidos, vemos que Franklin D. Roosevelt (él mismo víctima de la enfermedad) puso en marcha la Fundación de Niños con Defectos de Na-

cimiento March of Dimes en 1938 para recaudar fondos a fin de combatir la enfermedad. Jonas Salk produjo la primera vacuna de virus inactivado recién en 1955, o sea, 17 años más tarde²⁸. Aquí no entra la cuestión de que en 2020 ya existían vacunas experimentales, técnicas de biología molecular y capacidad instalada de la industria en ese sentido: por supuesto que, en el siglo XXI, es así. Lo históricamente interesante es el ritmo de aumento geométrico de las posibilidades de desarrollar (en este caso, al menos) medios efectivos para combatir la enfermedad en todo el planeta. El punto queda todavía más claro si imaginamos qué hubiera pasado en una pandemia de COVID-19 sin vacunas y recordamos que la llamada gripe “española” de 1918 (probablemente originada en los Estados Unidos), produjo más víctimas que la Gran Guerra^{29,30}. El progreso científico y médico del siglo XX y lo que va del XXI a veces nos hace olvidar que lo que podemos llamar medicina “científica” es, en términos de escala histórica en Occidente, algo muy reciente, de no más de un siglo y medio. Antes de eso, tenemos una medicina tradicional y, en términos de combatir epidemias, poco eficaz (la excepción es, claro, la famosa vacunación antivariólica introducida por Edward Jenner en 1796). La humanidad viene lidiando con epidemias y pandemias desde, por lo menos, los orígenes de las ciudades en el tercer milenio antes de nuestra era, cuando se dio la convivencia con los animales domesticados y la densidad de la población habría sido la suficiente para garantizar la transmisión. En una historia de cinco milenios o más, lo que apareció primero fue, en las ciudades de Italia del Renacimiento, el control cívico de la cuarentena. La eficacia de la biomedicina es algo muy novedoso.

Concluimos con un miniejemplo, un bosquejo de trazo grueso sobre los alcances y las limitaciones de comparar el presente con episodios históricos. Es sabido que la tasa de mortalidad bruta no es un buen discriminador y que, en el caso del COVID-19, lo más grave no fue la mortalidad sino las secuelas y las consecuencias crónicas de la infección. Con estas reservas, contrastemos la mortalidad en la epidemia de fiebre amarilla de 1871 en Buenos Aires y la de COVID-19 en el país (a riesgo de comparar poblaciones no del todo equivalentes). Para la pandemia de 2020-2021, si tomamos 130 000 como el número de víctimas sobre una población total de alrededor de 46 millones, encontraremos que el porcentaje de fallecimientos fue de alrededor del 0,28%. Comparemos esto con el número de víctimas de la epidemia de fiebre amarilla de 1871 en Buenos Aires (13 614) para una población en la ciudad de 190 000 (censo de 1869), lo que arroja un porcentaje de 7,2%³¹. A pesar de lo rudimentario del indicador usado, resulta orientador ver que hay una diferencia de por lo menos un orden de magnitud (10 veces más o menos) en el número de muertos. Es sabido que la epidemia de fiebre amarilla llevó, entre otras consecuencias, a la clausura del Cementerio del Sur, a la aceleración de la apertura del de Chacarita y a una migración intraurbana tal que muchas familias ricas del sur se mudaron al norte de la ciudad, lo que determinó un cambio estructural: el surgimiento de Barrio Norte.³² Durante la pandemia de COVID-19

parece haber habido un desplazamiento de sectores acomodados a *countries*, zonas semirurales o “*countries* urbanos”, pero no está claro si eso fue algo más que un fenómeno transitorio³³. Contrastan con esto los resultados de un análisis del Instituto de Estudios Laborales y Sociales de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (IDELAS-UCES) de los datos de la Encuesta Permanente de Hogares de INDEC, que comparó las migraciones en todo el país entre el segundo trimestre de 2019 y el de 2021. Se halló que, en los aglomerados con menos de 500 000 habitantes, la población se redujo un 7,5%, mientras que en aquellos con más de 500 000 habitantes, se expandió un 4,3%. La causa de este desplazamiento hacia las ciudades habría sido la búsqueda de mayores oportunidades laborales por parte de los sectores menos privilegiados³⁴. Para llegar a conclusiones más sólidas harían falta estudios sociológicos y demográficos extensos. Con lo que tenemos, es sin embargo posible comenzar a vislumbrar algunas de las diferencias entre la epidemia de fiebre amarilla y la de COVID-19, sin perder la perspectiva y la distancia históricas.

CONCLUSIÓN

La historia raramente es buena guía para vislumbrar lo que vendrá. Su contribución es trazar un horizonte, abrir una perspectiva que nos permita, al menos en parte, elevarnos por sobre la inmediatez de la vivencia. Si para algo sirve la historia, es para tener profundidad de foco respecto de un episodio en cuestión, para entender algunos aspectos de lo que sucede como manifestación de ciertos comportamientos regulares muy generales y, a la vez, advertir que mucho de lo que pasa es propio del presente, como mucho de lo que sucedió fue característico de situaciones y contextos particulares y, en cierta medida, ajenos. Si miramos las cosas desde ese balance inestable, quizá podamos aprovechar lo que esa narrativa extendida y global que es la historia de las epidemias tiene para decirnos sobre la pandemia de COVID-19.

Agradecimientos: A los Doctores Ignacio de Asúa, Pablo Ubierna y Carlos Wahren (orden alfabético) por la lectura de la versión original y las sugerencias que sin duda la mejoraron.

REFERENCIAS

1. Perman G, Puga C, Ricci I, et al. Daños colaterales de la pandemia por COVID-19. ¿Consecuencias inevitables? *Rev Hosp Ital B.Aires* 2020;40(4):185-190.
2. Díaz Langou G, Kessler G, della Paolera C, et al. Impacto social del Covid 19 en Argentina. Balance del primer semestre [Internet]. Buenos Aires: CIPPEC, 2020 set [citado 2024 jun 15]. (Documento de trabajo: 197). Disponible en: <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2020/10/197-DT-PS-Impacto-social-del-COVID-19-en-Argentina-D%C3%ADaz-Langou-Kessler...1.pdf>.
3. Ochoa MR, Albornoz CM. Impacto económico y sanitario de la pandemia de COVID 19 en la Argentina y el mundo. *Estudios Económicos*. 2022;78(39):223-242. <https://doi.org/10.52292/j.estudecon.2022.2702>.
4. Loewy M. Covid 19: las preguntas que se hacen 20 científicos e investigadores. [Buenos Aires]: Agencia CTyA; Fundación Leloir; 2020 abr 8 [citado 2024 jun 15]. Disponible en: <https://www.agenciacyta.org.ar/2020/04/covid-19-las-preguntas-que-se-hacen-20-cientificos-e-investigadores/>.
5. Harari YN. The world after coronavirus [Internet]. *Financial Times*. 2020 mar 20 [citado 2024 jun 15]. Disponible en: <https://www.ft.com/content/19d90308-6858-11ea-a3c9-1fe6fedcca75>.
6. Pedace ML, Gothelf EE, De Cunto CL, et al. Relatos sobre COVID-19 de profesionales de la salud en un hospital. *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2021;41(2): 97-102.
7. Scatularo CE, Battioni L, Bellia S, et al. Impacto psicofísico de la pandemia COVID-19 en trabajadores de la salud en Argentina. *Encuesta ImPPaCTS-SAC.20*. *Rev Argent Cardiol*. 2021;89(3):204-210. <https://doi.org.ar/10.7775/rac.es.v89.i3.20231>.
8. ED/DS. Más de 200 enfermeras y enfermeros murieron por Covid-19 en Argentina [Internet]. *Perfil* 2021 jun 7 [citado 2024 jun 15]. Disponible en: <https://www.perfil.com/noticias/coronavirus/203-enfermeras-enfermeros-murieron-covid-19-argentina-durante-pandemia.phtml>.
9. Czubaj F, Mannino P. "Voy y vengo cada 15 días". El fenómeno de los médicos que cruzan a países limítrofes a cubrir guardias que duplican sus ingresos [Internet]. *La Nación* 2023 jul 4 [citado 2024 jun 15]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/voy-y-vengo-cada-15-dias-el-fenomeno-de-los-medicos-que-cruzan-a-paises-limitrofes-a-cubrir-guardias-nid03072023/>.
10. Moreno RP. Las dificultades para el ejercicio profesional de la Pediatría en nuestro país [Internet]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría; 2022 dic [citado 2024 jun 15]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/documentos/documentos_las-dificultades-para-el-ejercicio-profesional-de-la-pediatría-en-nuestro-pais-320.pdf.
11. El 83% de los futuros cardiólogos consideró emigrar para ejercer en el exterior, según una encuesta entre residentes [Internet]. *Infobae* 2023 jul 17 [citado 2024 jun 5]. Disponible en: <https://www.infobae.com/salud/2023/07/17/residencias-en-cardiología-el-83-de-los-profesionales-penso-en-la-posibilidad-de-emigrar-para-ejercer-segun-una-encuesta/>.
12. Snowden F. *Epidemics and society: from the Black Death to the present*. New Haven: Yale University Press; 2019. p. 28.
13. Cohn S. *Black Death, social and economic impact of the*. En Bjork RE, ed. *The Oxford Dictionary of the Middle Ages*. Oxford: Oxford University Press; 2010.
14. Asúa M de. La Peste Negra. En su: *De Hipócrates a Clío: escritos sobre medicina desde la ciencias humanas*. Buenos Aires: Hygea; 2023. p. 233-249.
15. Asúa M de. *Contra anacronistas*. *Ciencia Hoy*. 2007;17(97):10-20.
16. Navarra G. Cinco millones de muertes en el mundo: qué lugar ocupa la Argentina y hasta cuándo será una preocupación el Covid-19 [Internet]. *La Nación* 2021 oct 29 [citado 2024 jun 1]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/cinco-millones-de-muertes-en-el-mundo-que-lugar-ocupa-la-argentina-y-hasta-cuando-sera-una-nid29102021/>.
17. INDEC. Estudio sobre el impacto de la COVID-19 en los hogares del Gran Buenos Aires. Primer informe de resultados agosto-octubre [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2020 [citado 2024 jun 15]. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/EICoVID_primer_informe.pdf.
18. Naciones Unidas Argentina. Análisis conjunto del sistema de Naciones Unidas 2021: los efectos de la Pandemia por COVID-19 en la Argentina [Internet]. Buenos Aires: Organización de las Naciones Unidas; 2021 set 23 [citado 2024 jun 15]. Disponible en: <https://argentina.un.org/es/145708-an%C3%A1lisis-conjunto-del-sistema-de-naciones-unidas-2021-los-efectos-de-la-pandemia-por-covid>.
19. Hays JN. *The burdens of disease: epidemics and human response in Western history*. Rev. Ed. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 2009.
20. UNICEF. Encuesta de percepción y actitudes de la población: el impacto de la pandemia COVID-19 en las familias con niñas, niños y adolescentes. Tercera ola: informe de resultados [Internet]. Buenos Aires: Unicef; 2020 [citado 2024 jun 15]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/9696/file/Encuesta%20de%20Percepci%C3%B3n%20y%20Actitudes%20de%20la%20Poblaci%C3%B3n%20-%20Tercera%20ola.pdf>.
21. The British Academy. *The Covid decade: understanding the long-term societal impacts of COVID-19* [Internet]. London: The Academy; 2021 [citado 2024 jun 15]. Disponible en: <https://www.thebritishacademy.ac.uk/publications/covid-decade-understanding-the-long-term-societal-impacts-of-covid-19/>.
22. Jones KE, Patel NG, Levy MA, et al. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*. 2008;451(7181):990-993. <https://doi.org/10.1038/nature06536>.

23. Quammen D. Spillover: animal Infections and the next human pandemic. Nueva York: Norton; 2012. p. 114.
24. Díaz S, Cáceres DM, León AE, et al. La pandemia COVID-19 es el resultado del modelo de apropiación de la naturaleza. En: Solanet MA, comp. Pandemia: los múltiples desafíos que el presente le plantea al porvenir. Buenos Aires: Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas; 2020. p. 81-100.
25. McNeill WH. Plagues and peoples. New York: Anchor Books; 1976.
26. Hardy A. Nature's warning. COVID-19 and the lessons of history. Times Lit. Suppl. 2020 jul 3. p. 13.
27. Cook ND. Born to die: disease and New World conquest, 1492–1650. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
28. Offit PA. The Cutter incident: how America's first polio vaccine led to a growing vaccine crisis. New Haven: Yale University Press; 2005.
29. Crosby AW. America's forgotten pandemic: the influenza of 1918. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
30. Worobey M, Cox J, Gill D. The origins of the great pandemic. *Evol Med Public Health*. 2019;2019(1):18-25. <https://doi.org/10.1093/emph/eoz001>.
31. Vidaurreta A. La muerte en Buenos Aires: 1871. *Revista de Indias*. 1989;49(186):437-460. <https://doi.org/10.3989/revindias.1989.i186.437>.
32. Scenna MA. Cuando murió Buenos Aires. 1871. Buenos Aires: La Bastilla; 1974.
33. Fernández B. En pandemia nacen los "countries urbanos" ¿cómo son? [Internet]. Zonaprop Noticias 2022 feb 14 [citado 2024 jun5]. Disponible en: <https://www.zonaprop.com.ar/noticias/actualidad/en-pandemia-nacen-los-countries-urbanos-como-son/>.
34. IDELAS (UCES). Como cambió la crisis sanitaria la migración de la población total y activa. Buenos Aires. UCES; [2022] [citado 2024 jun 15]. Disponible en: https://w.uces.edu.ar/wp-content/uploads/2013/09/INFORME_146_FEBRERO_2022.pdf.

Cómo presentar un resumen (*abstract*): recomendaciones

Agustina Saladino¹, Delfina Cirelli², Marcelina Carretero² y María L. Posadas-Martínez²

1. Carrera de Medicina, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

2. Área de Investigación de Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Todos los manuscritos requieren la presentación de un resumen (*abstract*), habitualmente de menos de 300 palabras, que sintetice el trabajo de investigación. Un resumen bien escrito le permite al autor conocer de qué trata el manuscrito y el valor que le puede aportar. Es por esto que, para lograr un resumen que tenga valor por sí mismo, se requiere una serie de pasos y componentes cruciales. Este artículo tiene como objetivo brindar sugerencias acerca de cómo escribir un resumen, indagando en los diferentes formatos, sus componentes, las funciones que cumple y recomendaciones puntuales sobre la escritura.

Palabras clave: resumen, estudios de investigación, preparación de manuscrito, habilidades de escritura.

How to Present an Abstract: Recommendations

ABSTRACT

All manuscripts require the presentation of an abstract, typically under 300 words, that summarizes the research work. A well-written abstract allows the reader to understand the manuscript's content and the value it can provide. That is why, if we want an abstract to stand alone, we should follow a series of crucial steps and components. This article suggests how to write an abstract, exploring different formats, its components, the roles it fulfills, and specific writing recommendations.

Key words: abstract, research studies, manuscript preparation, writing skills

INTRODUCCIÓN

Todos los manuscritos, al igual que la presentación de trabajos para un congreso, requieren la inclusión de un resumen (*abstract*) que contiene una síntesis del trabajo de investigación. Generalmente consta de 300 palabras o menos. Es una herramienta que le permite al lector conocer la información básica sobre el tema que va a leer y el valor que le puede aportar. Es importante destacar que el resumen suele reproducir el mismo formato del artículo, muchas veces separando las secciones con subtítulos. Es recomendable abordar solo uno o dos objetivos o temas principales para desarrollar en él, ya que hay un espacio reducido para plasmar la información y, al ser lo primero que se lee del artículo, debe transmitir de manera clara y concisa sobre qué tratará el documento.

El objetivo de este artículo es brindar sugerencias acerca de cómo escribir un resumen. Para ello, se expondrán recomendaciones sobre la escritura, los objetivos que cumple dentro del artículo, los diferentes formatos de un resumen y sus componentes.

Recomendaciones generales sobre la escritura

Hay distintas formas de abordar la escritura del resumen. Una es el resumen como forma de organización y estructuración del manuscrito, es decir que se escribe de antemano para organizar qué se va a decir y cómo, y sobre esa base proceder a escribir el artículo en su totalidad. La otra, y la más recomendada, es escribir el resumen al finalizar, una vez que ya se desarrolló y corrigió el manuscrito. Esto tiene ciertas ventajas. Por un lado, les permite a los

Autor para correspondencia: agustina.saladino@hospitalitaliano.org.ar, Saladino A.

Recibido: 2/01/24 Aceptado: 19/06/24 En línea: 25/07/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.324>

Cómo citar: Saladino A, Cirelli D, Carretero M, Posadas-Martínez ML. Cómo presentar un resumen (*abstract*): recomendaciones. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2024;44(3):e0000324

autores tener en claro qué es lo más importante del tema y seleccionar aquella información de mayor impacto para los lectores. Por otro lado, permite asegurarse de que la información incluida en el resumen está presente en el artículo extendido y que los resultados se presentan en forma correcta. Por último, permite establecer la relación entre el título y la introducción del manuscrito¹ si se incluyen oraciones, verbos o sustantivos en estas secciones, resaltando de esta forma las palabras clave que constituyen el eje central del artículo². Una vez que el resumen está escrito, es fundamental corroborar que se adecue a las pautas de la institución o revista donde se va a publicar el trabajo, asegurándose de cumplir con las indicaciones sobre el tamaño y tipo de letra, el interlineado y la cantidad de palabras³. Además, es importante recordar que un buen resumen tiene valor por sí mismo, ya que logra responder a la hipótesis, pregunta u objetivo planteado³.

Agregamos algunas recomendaciones sobre la escritura:

- No se recomienda incluir en el resumen la bibliografía utilizada en el estudio.
- No hacer referencias a tablas o imágenes del texto.
- No utilizar abreviaturas y esperar que el lector las retenga y aplique durante la lectura del texto completo.
- No incluir información que no se encuentra explicada en el artículo y que contenga conclusiones que no están respaldadas por los datos y los resultados.
- Se pueden utilizar modelos de artículos publicados por la revista de interés, para observar el formato y adquirir ejemplos y herramientas.
- Es de buena práctica consultar la guía de verificación para informe de resúmenes (STROBE: *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology*) a fin de asegurarse de cumplir con los componentes necesarios de un resumen⁴.

Objetivos del resumen

Los resúmenes cuentan con tres objetivos principales. El primero se cumple al escribir el artículo, ya que le permite al autor ordenar en forma eficiente los resultados alcanzados en su trabajo para comunicarlos en forma clara. Esto se pone en práctica cuando uno tiene que decidir qué es lo que quiere comunicar. Si bien suele tener bien en claro cuáles son los resultados o mensajes principales del artículo, escribirlo en una versión acortada puede ayudar a sintetizar y comunicar los hallazgos de forma que se destaquen su importancia y magnitud. En segundo lugar, cuando se envía un manuscrito para su publicación, los editores se centran primordialmente en el resumen. Un resumen sólido y bien redactado puede convencer a los editores de que es un trabajo digno de una revisión y potencial publicación. En último lugar, el resumen es la primera sección a la que acceden los lectores y, muchas veces, la única que se lee para decidir si se incluye en revisiones sistemáticas y metanálisis. Un resumen bien

redactado tiene fuerza por sí mismo y atrae al lector para que continúe con la lectura del artículo completo y que lo incluya dentro de estudios secundarios².

Formatos del resumen

Antes de redactar el resumen es importante conocer los diferentes formatos y estilos para hacerlo, conforme a los lineamientos pautados por quienes van a editar el trabajo.

Respecto del formato, existen diferentes tipos. El resumen simple consiste en un único párrafo narrativo que sigue el formato de introducción, métodos, resultados y discusión sin la incorporación de subtítulos. El resumen estructurado usa subtítulos para separar las secciones del artículo, convirtiéndose así en una versión compacta del texto completo. Otro posible formato es el resumen descriptivo, en el cual se enuncian los contenidos del manuscrito respondiendo a la pregunta central, pero sin entrar en detalles sobre el diseño o las conclusiones. Este tipo de resumen resulta adecuado para los artículos en los que no hay datos de investigación propios. Finalmente, se puede mencionar el resumen con estilo informativo, el cual incluye detalles del estudio, como el diseño, los métodos usados, los resultados principales y la conclusión¹. Independientemente del formato que se utilice, lo más importante es que el resumen destaque la información más valiosa del artículo comunicada en forma clara y concisa.

En cuanto a los artículos científicos, se recomienda utilizar el formato de introducción, materiales y métodos, resultados y discusión, incluyendo en él las mismas preguntas o inquietudes que luego se van a desarrollar⁵.

Componentes de un resumen de un artículo científico

Generalmente, los artículos científicos están constituidos por una introducción, sus objetivos, materiales y métodos, resultados y conclusiones.

La introducción suele ser la parte más corta del resumen y tiene como fin comunicar lo que se sabe del tema y el nicho de conocimiento por cubrir, es decir, lo que se pretende analizar y comunicar en el artículo. Además, junto a la introducción suelen declararse los objetivos. A continuación se enuncian los materiales y métodos, lo cual suele ser una de las secciones más largas del resumen ya que se necesita la información suficiente para que el lector sepa qué fue lo que se hizo y cómo. Luego sigue la sección de resultados, la más relevante del resumen. Es importante ser preciso e incluir los resultados principales³. Además, como el resumen tiene una extensión limitada, siempre hay que destacar los resultados. Un ejemplo de esto es: en lugar de decir "Llegamos a la conclusión de que x sucedió", conviene escribir "Sucedio x"². Por último se debe incluir una breve conclusión, en la cual se expresará el mensaje más importante del artículo y la perspectiva del texto³.

Conflictos de intereses: las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Annesley TM. The title says it all. *Clin Chem*. 2010;56(3):357-360. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2009.141523>.
2. Ibrahim AM, Dimick JB. Writing for impact: how to prepare a journal article. En: Markovac J, Kleinman M, Englsebe M, eds. *Medical and scientific publishing*. London: Academic Press; 2018. p. 81-92.
3. Browner WS. *Publishing and presenting clinical research* [Internet]. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012 [citado 2023 nov 22]. Disponible en: <https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/publishing-and-presenting-clinical-research-4960>.
4. Vandembroucke JP, von Elm E, Altman DG, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *PLoS Med*. 2007;4(10):e297. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040297>.
5. Andrade C. How to write a good abstract for a scientific paper or conference presentation. *Indian J Psychiatry*. 2011;53(2):172. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809969-8.00009-7>.

Los editores de la Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires les proponemos a nuestros lectores la oportunidad de reflexionar sobre temas que se encuentran en debate en la comunidad científica. Para ello hemos invitado a exponer sus posiciones sobre la cobertura de medicación de alto costo a dos prestigiosos referentes del tema con miradas contrapuestas a partir de una situación clínica hipotética. A continuación les compartimos las reflexiones del Dr. Carlos García y la Prof. Florencia Braga Menéndez a partir del siguiente escenario hipotético:

El responsable de salud de una localidad recibe la solicitud de cobertura de una medicación de alto costo para el tratamiento de una enfermedad degenerativa en un niño de 4 años.

Se trata de una medicación cuya aprobación está siendo considerada por la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos y ha demostrado ser segura y retrasar en 4 meses la pérdida de pautas madurativas en forma significativa, pero no modifica el mal pronóstico evolutivo de la enfermedad.

La comunidad se encuentra muy afectada por la situación de la familia, y los medios de comunicación están pendientes de las novedades relativas al caso.

Tratamientos de alto costo: Los recursos no son infinitos

Carlos E. García

Director del Programa GESIS, Dirección y Administración de Servicios de Salud del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Investigador Asociado del Departamento de Calidad, Seguridad del Paciente y Gestión Clínica del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS). Jefe del Departamento de Atención Ambulatoria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

Este caso plantea una situación relativamente frecuente para la salud pública. La medicación propuesta, al estar “siendo considerada” para su aprobación por la agencia de seguridad, ha pasado ya por las diferentes etapas de la investigación clínica, por lo tanto, ha demostrado ser segura y tiene una eficacia relativa, es decir, no causa efectos secundarios graves y, comparada en quienes no la reciben, ha proporcionado una mejora objetiva demorando el deterioro de las habilidades de desarrollo manteniendo su funcionalidad por un período adicional de 4 meses.

Sin embargo, hay otros aspectos que contribuyen a ayudar a los decisores a aprobar y afrontar el costo del tratamiento:

1. ¿Es un tratamiento costo-efectivo?
2. ¿Puede ser afrontado por la comunidad?
3. ¿Cuál es su costo de oportunidad?

La respuesta a la primera pregunta requiere un riguroso análisis de costo-efectividad que exprese objetivamente el costo incurrido para obtener determinados

resultados que pueden expresarse en unidades naturales, como años de vida ganados o muertes evitadas, o en medidas más complejas como los Años de Vida Ajustados por Calidad (QALY por *Quality Adjusted Life-Years*) o Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALY por *Disability Adjusted Life Years*).

Sin embargo, existen aún dos pasos fundamentales para aprobar su utilización: responder a si el gasto puede ser afrontado por el asegurador, o análisis de impacto presupuestario, y, finalmente, el análisis del costo de oportunidad: dado que el dinero es un recurso finito, lo que se utiliza en un determinado “silo” presupuestario, deja de utilizarse en otros. No será lo mismo incurrir en el gasto para una sociedad empobrecida con altos niveles de mortalidad infantil por desnutrición, por ejemplo, que en una sociedad rica con todas sus necesidades básicas satisfechas.

En la figura 1, tomada de Augustovski (2002), se presenta un método de categorización de los resultados de

Autor para correspondencia: carlos.garcia@hospitalitaliano.org.ar, García CE.

Recibido: 15/05/24 Aceptado: 29/05/24 En línea: 28/06/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.388>

Cómo citar: García Carlos E. Tratamientos de alto costo: Los recursos no son infinitos. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2023;44(3):e0000388

		Efectividad del tratamiento comparado con el control		
		Mayor	Igual	Menor
Costo incremental del tratamiento comparado con el control	Mayor	7	4	2
	Igual	3	9	5
	Menor	1	6	8

- Dominancia fuerte para la decisión
 1. Aceptar el tratamiento
 2. Rechazar el tratamiento

- Dominancia débil para la decisión
 3. Aceptar el tratamiento
 4. Rechazar el tratamiento
 5. Rechazar el tratamiento
 6. Aceptar el tratamiento

- No dominancia: sin decisión obvia
 7. ¿El efecto agregado vale la pena en relación con los costos?
 8. ¿La reducción del efecto es aceptable dado el menor costo para aceptar el tratamiento?
 9. Neutral en costos y efectos: ¿qué otras razones hay para aceptar o rechazar el tratamiento?

las evaluaciones económicas que expresa los resultados en términos de costos incrementales y efectividad del tratamiento. Nuestro ejemplo plantea una situación de alto costo incremental (el costo del medicamento) y una efectividad débilmente mayor (un retraso de solo 4 meses de pérdida de pautas madurativas). En este caso, el impacto presupuestario y el costo de oportunidad incurrido por la administración del tratamiento inclinarían la balanza en pos de la no autorización de la medicación.

El escenario planteado por este caso es un ejemplo de situaciones que ocurren cada vez con más frecuencia en la vida real. La toma de decisiones planteada *ex post facto* es extremadamente difícil debido a la asimetría de la racionalidad por parte de los decisores e involucrados. Con bastante frecuencia, estos casos son judicializados, en ciertas oportunidades mediatizados, y un recurso de amparo termina fallando en favor de la cobertura que termina con todos los elementos de una toma de decisiones racional.

Concluyendo: en este tipo de situaciones, cada vez más frecuentes debido al surgimiento permanente de medicaciones de alto costo, la toma de decisiones debe estar sustentada en principios racionales que contemplen

todos los aspectos de la cobertura incluyendo el costo, el efecto obtenido, el impacto presupuestario y el costo de oportunidad incurrido al cubrir el tratamiento. Por ello, es esencial que estas decisiones sean tomadas por las autoridades públicas y, en lo posible, con pautas “ex ante” que utilicen herramientas objetivas que contribuyan a la toma de decisiones.

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

BIBLIOGRAFÍA

- Augustovski F. Evaluaciones económicas en salud I: ¿son válidos los resultados de este estudio? Eviden Aten Primaria. 2002;5(4):123-126. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v5i4.5309>.
- Augustovski F. Evaluaciones económicas en salud II: ¿cuáles son los resultados? ¿Ayudarán en el cuidado de los pacientes? Eviden Aten Primaria. 2002;5(5):154-157. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v5i5.5295>.
- Mauskopf JA, Earnshaw S, Mullins CD. Budget impact analysis: review of the state of the art. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2005 Feb;5(1):65-79. <https://doi.org/10.1586/14737167.5.1.65>.
- Trueman P, Drummond M, Hutton J. Developing guidance for budget impact analysis. Pharmacoeconomics. 2001;19(6):609-621. <https://doi.org/10.2165/00019053-200119060-00001>.

Medicamentos de alto precio: un problema de Derechos Humanos para la salud pública global

Florencia Braga Menéndez

Directora de Proyectos en ALAPA, Alianza Argentina de Pacientes. Buenos Aires, Argentina

En el complejo mundo de la atención médica contemporánea, uno de los desafíos más apremiantes y controvertidos es el acceso a medicamentos de alto precio. Estos tratamientos, a menudo innovadores y revolucionarios en su eficacia, también presentan una carga significativa para las personas que los necesitan y los sistemas de salud que deben financiarlos. En medio de debates éticos, económicos y políticos, surge una pregunta crucial: ¿Cómo garantizamos que los pacientes reciban los medicamentos que necesitan sin poner en peligro la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud?

El crecimiento exponencial en el desarrollo de medicamentos especializados ha llevado a un aumento en los precios, impulsado por los costos de investigación, desarrollo y comercialización. Este aumento ha creado una brecha entre la disponibilidad y el acceso, con muchos pacientes luchando para pagar los altos precios de los tratamientos que salvan vidas. Desde enfermedades raras hasta condiciones crónicas, la carga financiera de estos medicamentos puede ser abrumadora, llevando a decisiones difíciles entre la salud y la estabilidad financiera.

Para los sistemas de salud, el desafío es aún mayor. La presión para proporcionar acceso equitativo a tratamientos efectivos choca con la realidad de presupuestos limitados y demandas crecientes. Los medicamentos de alto precio pueden desequilibrar los presupuestos de salud pública, obligando a los responsables de la toma de decisiones a realizar malabarismos financieros para satisfacer las necesidades de la población. Este dilema se ve agravado por la rápida evolución de la ciencia médica, con nuevos tratamientos que llegan al mercado a un ritmo vertiginoso, cada uno con un precio más alto que el anterior.

La cuestión del acceso a medicamentos de alto precio también plantea interrogantes éticos sobre la equidad en la atención médica. ¿Debería el acceso a la salud depender de la capacidad de pago? ¿O debería ser un derecho fundamental garantizado para todos, independientemente de su situación financiera? Estas preguntas subrayan la necesidad de un enfoque global y colaborativo para abordar el problema, que va más allá de consideraciones

económicas para abrazar principios de justicia social y derechos humanos.

La equidad que creíamos garantizada por las cartas universales de derechos humanos de mediados del siglo pasado no está realmente garantizada para todos. La salud de la que se hablaba cuando se firmaron esas declaraciones no era la salud de la que hablamos hoy, no era la salud de la era posgenómica, no era la salud que propone la medicina de precisión, no era esta salud tan cara que se ofrece hoy en el mercado. La tarea, entonces, es lograr hoy que esta medicina nueva, la medicina de precisión, llegue a cada rincón del planeta.

En respuesta a estos desafíos, diversas partes interesadas estamos explorando soluciones innovadoras. Los gobiernos y las organizaciones internacionales están negociando precios más bajos con las compañías farmacéuticas, utilizando estrategias de compra conjunta y licencias obligatorias para hacer que los medicamentos sean más asequibles. Además, se están promoviendo modelos de financiamiento alternativos, como los acuerdos de pago por resultados, que vinculan los pagos a la eficacia clínica de los tratamientos. La producción pública de medicamentos, las mejoras generales pendientes en la unificación de ineficaces sistemas fragmentados nacionales de salud, los diagnósticos tempranos, la telemedicina y las historias clínicas digitalizadas, el reposicionamiento para nuevos usos de fármacos ya aprobados, la declaración como Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) de todas las enfermedades crónicas y la subsiguiente creación de registros de pacientes con estas patologías para construir información epidemiológica fiable, las guías únicas de tratamiento avaladas por las diferentes sociedades médicas y la compra consolidada de medicamentos a nivel regional y el fortalecimiento de la política para la producción de bioequivalentes en medicamentos biológicos son todas estrategias de ordenamiento que tornarían más eficaz y viable el sistema de salud.

Pero siempre parecería más fácil negar los medicamentos, retrasar los diagnósticos, recortar las dosis, atender contra la adhesión de los pacientes a sus tratamientos... cansarlos con nuevas trabas burocráticas, "patear la pelota

Autor para correspondencia: florenciabraga@alianzapacientes.org, Braga Menéndez F.

Recibido: 26/05/24 Aceptado: 5/06/24 En línea: 28/06/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i3.389>

Cómo citar: Braga Menéndez F. Medicamentos de alto precio: un problema de Derechos Humanos para la salud pública global. Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2024;44(3):e0000389

hacia adelante” y tirarle el asunto por la cabeza al próximo gobierno.

Así es como hemos llegado a esta situación en la que solo logramos la judicialización de la salud y que los medicamentos terminen comprándose de urgencia y mucho más caros para dar respuesta a los amparos luego de la intervención de un juez.

La innovación en la forma en que se desarrollan y financian los medicamentos también está en marcha. El movimiento hacia enfoques más colaborativos y transparentes en la investigación y el desarrollo, como la investigación abierta y el acceso abierto a datos, tiene el potencial de acelerar el descubrimiento de nuevos tratamientos y reducir los costos asociados. Del mismo modo, la promoción de la competencia y la implementación de políticas de precios basados en el valor pueden ayudar a frenar el aumento de precios desproporcionados.

Lo que nunca debe suceder es que se le plantee al paciente el argumento de la sábana corta que, si te tapa los pies, te destapa la cabeza. Estamos cansados de que se responsabilice a los pacientes que reciben tratamientos caros de la falta de cobertura que luego padecerán cientos de pacientes sanos que no podrán recibir, por dar un ejemplo, sus vacunas.

El caso hipotético que se nos plantea, el niño pequeño con una enfermedad neurodegenerativa sobre el que estamos discutiendo, ilustra vívidamente las complejidades éticas y emocionales involucradas, provocando preguntas incómodas sobre el valor de una vida y los límites de lo que estamos dispuestos a hacer para protegerla. Por un lado, está la esperanza de que este medicamento pueda brindar un alivio, por mínimo que sea, a su sufrimiento y el de su familia. Por otro lado, está el desafío económico de proporcionar un tratamiento cuyo costo exorbitante podría comprometer la estabilidad financiera de la familia y del sistema de salud que lo respalda. La respuesta imperfecta que algunos sistemas han dado a este debate es la intervención de las agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS); en ellas se plantean escenas diversas en las que se pone sobre la mesa la relación costo/beneficio respecto de cada tratamiento vinculado a cada caso particular: “¿Y si el medicamento costoso lo necesita una persona que está detenida en una cárcel por crímenes monstruosos?”, “¿Y si el medicamento en cuestión solo le va a dar unos meses de vida y el paciente es una persona de más de 80 años?”...

Las organizaciones de pacientes nos oponemos a estos planteos que consideramos peligrosamente perversos y reclamamos que la variable sea el precio y las negociaciones con los pagadores, nunca los pacientes. Y adrede decimos PRECIO, y no COSTO, porque no se conoce la inversión real que significó el desarrollo de un determinado medicamento; conocemos el precio, pero no el costo de producción. La industria habla de inversiones gigantescas en el camino del desarrollo de nuevos medicamentos, pero ese costo no es asumido solo por la industria farmacéutica en la medida en la que son muchos los actores intervinientes en la cadena que va desde la investigación básica, a la investigación traslacional a la producción masiva y la puesta en el mercado de un determinado medicamento. En el

largo camino de la transferencia tecnológica que llega a nuestras manos en un blíster de pastillas, además de las empresas farmacéuticas, ha intervenido una cantidad de actores sobre los que se reparte el costo de producción: universidades dedicadas a la investigación, familias y Estados. Por eso los pacientes queremos que, así como se generó en los Estados Unidos una Ley Sunshine para controlar la transparencia en la relación entre la industria y los médicos prescriptores (relación históricamente atravesada por sobornos y premios absolutamente fuera de cualquier ética), se promulgue una ley que ponga en claro el costo de producción real de los medicamentos.

¿Cómo equilibramos la necesidad de innovación y el incentivo para desarrollar tratamientos eficaces con la responsabilidad de garantizar que estos tratamientos estén disponibles para todos aquellos que los necesitan, independientemente de su capacidad de pago? Como ya hemos expuesto, son muchísimas las estrategias que se pueden encontrar si la decisión ético-política de acompañar al paciente está tomada.

La mirada de la Alianza Argentina de Pacientes (ALAPA) representa un solo punto de vista en esta tensión manifiesta: el de los pacientes y sus familias. Desde nuestra perspectiva, claramente, el medicamento es un bien social antes que una mercancía, y todos los argumentos dirigidos a impedir el acceso deberán supeditarse a las necesidades de ese único paciente que está en situación de necesidad. Del mismo modo que las minorías sociales han logrado acceder a derechos otrora impensables en los últimos cincuenta años, la estrategia de ampliación de derechos le propone a la persona vulnerable en materia de salud que sea la sociedad la que haga el esfuerzo de adaptarse a su necesidad primordial de tratamiento.

No negamos los argumentos limitantes de la realidad, pero creemos que si queremos cumplir con los derechos que las grandes convenciones de Derechos Humanos de mediados del siglo XX nos han garantizado, tenemos que defender decididamente la imprescindibilidad de encontrar una solución comprometida. Es una cuestión de Derechos Humanos. Morir por no haber podido acceder a un tratamiento es morir por abandono de persona, es MISTANASIA, y, si el responsable de ese abandono es el Estado, estaríamos hablando de un crimen de lesa humanidad.

El niño del ejemplo probablemente terminará muriendo por falta de acompañamiento de diversos actores responsables, o quizás el médico que “honrando su Juramento Hipocrático” finalmente firmará la receta del medicamento que necesitaba el niño, será despedido de su lugar de trabajo víctima de las PRECOMES (presión institucional coercitiva sobre el médico prescriptor) de sus superiores. En cualquier caso, un final poco feliz.

Porque en última instancia, debemos buscar soluciones que no solo aborden los desafíos económicos y logísticos, sino también que honren nuestra responsabilidad moral de cuidar y proteger a los más vulnerables entre nosotros.

Conflictos de intereses: la autora declara que ALAPA se sostiene económicamente por las donaciones de particulares y de la industria farmacéutica.



De Hipócrates a Clío, escritos sobre medicina desde las ciencias humanas

Miguel de Asúa

Hygea Ediciones (Series históricas), 2023. 280 páginas.

ISBN 9789874889775

NUEVOS APORTES SOBRE HUMANIDADES MÉDICAS

Es un placer comentar este libro de Miguel de Asúa *De Hipócrates a Clío*. Si bien compartí más estrechamente la actividad de Miguel durante su fase hipocrática, también lo seguí a medida que se introducía cada vez más en el desván de Clío.

Fui lector de muchas de las valiosas obras que Miguel iba publicando, cuando alternaba sus estudios eruditos en prestigiosas editoriales universitarias europeas con obras de divulgación no por ello menos rigurosas: *El árbol de las ciencias*, *Los juegos de Minerva*, *Ciencia y literatura*; los libros que rescatan la investigación en nuestro país como *Una gloria silenciosa* y *La ciencia de Mayo*; o *De Cara a Darwin* donde acerca al público la teoría de la evolución frente al cristianismo.

Pero, mientras realizaba esta extensa y valiosa obra sobre historia de la ciencia, seguía aportando trabajos relacionados con la medicina y específicamente la pediatría, ya que su formación, que incluyó la investigación básica, la docencia universitaria, la pediatría, la virología, la filosofía, la teología y finalmente la historia de la ciencia, le otorgaba un perfil único que llevó a que fuera convocado por diversas sociedades médicas para enriquecer sus congresos, seminarios y publicaciones. De allí surgieron los trabajos que componen *De Hipócrates a Clío*, a algunos de los cuales me voy a referir brevemente, con énfasis en mi tema que es la pediatría.

En “Reflexiones sobre Medicina, Filosofía y Pediatría” (2004), el autor nos recuerda que hasta el siglo XIX

“cuando la medicina comenzó a hacerse efectiva” sus contenidos estuvieron muy vinculados al pensamiento filosófico. En este sentido, es de destacar la importancia de Alcmeón de Crotona, Empédocles y, sobre todo, Galeno, cuyas doctrinas fueron enseñadas durante 15 siglos y que tituló uno de sus tratados *El mejor médico es también filósofo*. En la Edad media tuvo lugar la polémica entre filósofos y médicos (los filósofos seguían a Aristóteles y los médicos a Galeno). En el mundo islámico se distinguía entre el filósofo médico (el *Tabib*) del médico práctico (*Mutatabbib*). En el Renacimiento surgió el Humanismo médico; la relación entre medicina y filosofía persistió en la temprana Edad moderna con los ejemplos de Sydenham y Descartes, quien fue convocado como profesor de medicina por la Universidad de Bologna. Hacia fines del siglo XIX se verificó la progresiva separación de la filosofía y la medicina que perdió su fundamento filosófico explícito y adquirió un tono “positivo”. La crítica acérrima de Ivan Illich sobre la deshumanización de la medicina colaboró a cimentar una reacción que subrayó la importancia de las humanidades para una medicina más humana y eficaz.

La segunda parte de este trabajo se refiere a la pediatría, que nació en el clima de ideas que conduce desde la Ilustración de mitad del siglo XVIII al Romanticismo de principios del siglo XIX.

Fue en la Ilustración, que creía que la sociedad podía ser mejorada por la ciencia y la educación, cuando aparecieron los primeros tratados de pediatría y las primeras iniciativas institucionales para los niños con afecciones y discapacidades. La publicación del *Emilio* de Rousseau

Autor para correspondencia: carlos.wahren@hospitalitaliano.org.ar, Wahren C.

Recibido: 15/07/23 Aceptado: 01/08/24 En línea: 12/08/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v43i3.3391>

Cómo citar: Wahren C. Nuevos aportes sobre Humanidades Médicas. Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2024;44(3):e0000391

contribuyó a crear conciencia sobre la infancia (aunque el autor nos aclara, con su humor mordaz, que los cinco hijos que Rousseau tuvo con Thérèse Levasseur fueron internados en un orfanato, lo cual sugiere que los intelectuales no deben ser tomados demasiado en serio).

Dice Miguel: “Todas las intervenciones son mucho más delicadas y en particular siempre contamos con un elemento de incertidumbre que es el curso que tomarán las cosas. En cierto sentido uno atiende en el niño al adulto que va a ser. Los pediatras son seres básicamente optimistas”. Y termina con una cita del poeta Juvenal, del siglo I: “El niño merece el mayor respeto”. Yo agregaría una frase del pediatra, pedagogo, escritor y mártir Januz Korczak: “Los adultos debemos elevarnos al nivel de los niños”.

La “Conferencia de graduación de la Escuela de Medicina del HIBA” del 18 de abril de 2007 es un ejemplo de despedida “de la niñez profesional que es la carrera y una bienvenida a la turbulenta adolescencia que en general sería la residencia en que se forja la identidad médica”.

Se afirma que “la racionalidad médica no puede ser la racionalidad económica o burocrática. Por eso hay que defender, como sea, la dignidad de la profesión” que el autor llama, citando a Edmund Pellegrino, “la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades”. Miguel cita una frase de la *República* de Platón inscrita en la entrada de la Biblioteca de medicina de Yale: “Llevan en la mano antorchas que se pasan unos a otros”. El fuego de la antorcha representa tanto la luz del entendimiento como el calor del corazón: no hay curación posible sin ambos aspectos, el conocimiento y la cálida empatía.

En “Noticias Históricas sobre las Revistas Médicas” se pasa revista a las primeras revistas científicas de mediados del siglo XVII; las primeras revistas médicas de fines del mismo siglo; la explosión de revistas científicas a mediados del siglo XVIII; las revistas médicas perdurables del siglo XIX (*Lancet*, *NEJM*, *JAMA*). También a la primera revista médica argentina: los *Anales de la Academia de Medicina de Buenos Aires* (1823), con colaboraciones de Manuel Moreno sobre fiebre periódica y quinina y bocio endémico y yodo; la *Revista del Hospital de Niños* creada en 1897 y *Medicina* fundada en 1940. Así como no hay nada más antiguo que el diario de ayer, Miguel reflexiona, “la visita al pasado quizás pueda brindarnos una enseñanza valiosa para el presente. La literatura médica vetusta nos torna conscientes de una dimensión esencial del conocimiento médico: su transitoriedad y su fragilidad. Compete al criterio y al juicio clínico maduro hacerse cargo de esta dimensión relativa de la práctica, de la fragilidad inherente a todo saber médico”.

En “La muerte del niño en la literatura” (2011) se dice: “La muerte del niño siempre tiene algo de absoluto devastador. El pediatra es interpelado, explícita o implícitamente, por la familia y la misma realidad. Nos enfrentamos [] con algo que es un desorden esencial de las cosas, un chirrido disonante, algo que desgarrar de manera irreparable la textura de la vida, que rompe cualquier esquema de inteligibilidad que le podamos otorgar al mundo”. Luego se consideran episodios literarios como la muerte de Aliósha y el discurso indignado

de Iván en *Los Hermanos Karamazov*; la muerte del hijo del juez Othon en *La Peste*, donde Camus no ahorra detalles de la agonía del niño; la escena de la muerte del bebé Rocamadour en *Rayuela*, donde todos advierten que el niño está muerto, menos la madre; en el cuento de Cortázar “La señorita Cora” la muerte del púber enamorado de la enfermera y la escena del cuarto libre a la mañana siguiente, el colchón con el hule manchado, la mucama lavando el piso, escenas después de la muerte de un niño, que quien las presencia nunca olvida. También, la muerte domiciliaria en “Tini”, donde Eduardo Wilde relata la muerte de un niño por crup (laringitis diftérica) y dice “Si hubiera palabras en algún idioma para describir el momento en que la madre de Tini volvió a ver a su hijo operado yo intentaría bosquejar la escena [...] pero no hay tales palabras”. La cotidianeidad médica de Wilde, su experiencia de la muerte del niño, es registro de un abismo al que todo pediatra alguna vez (o muchas) tuvo que asomarse.

En “La Peste Negra: consecuencias sociales y culturales” (2020), Miguel propone echar una mirada sobre la discusión histórica acerca de las consecuencias de la peste negra para poder reflexionar con mayor solidez acerca de la pandemia del COVID-19 (siempre teniendo en cuenta que “el pasado es un país extranjero, allí se hacen las cosas de manera diferente”). Señala cómo las diferentes crónicas de la peste tienen rasgos comunes, por ejemplo, las violentas protestas contra las medidas de restricciones (Defoe se refiere a las quejas por lo que se percibía como “violencia contra la libertad”); crímenes pequeños y grandes de los oportunistas. En la peste de Milán, ante la suspensión de las procesiones, la gente cantaba letanías desde las ventanas de las casas. Ante la pérdida de entre la mitad y la tercera parte de la población de Europa se produjeron aumentos de precios y salarios, lo que contribuyó a una disminución del dominio feudal. El artículo refiere los episodios de matanzas de judíos entre 1348 y 1352, que determinaron la gran migración de esa colectividad hacia Europa del este. La peste también produjo profundos cambios en la Iglesia Católica, ya que “lo mejor del clero murió, lo peor sobrevivió”.

En “La Pediatría como especialidad cultural y social” (2012) se brinda un panorama sobre la idea de la infancia y la constitución de la pediatría, desde la Antigüedad hasta la actualidad.

Vivimos intoxicados por el exceso de información y por eso quiero terminar con algo que Miguel utilizó en su conferencia para los graduados de la escuela de Medicina del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), una cita de T. S. Eliot, de su obra de teatro poética *The Rock*: “¿Dónde está la sabiduría que perdimos con el conocimiento? / ¿Dónde está el conocimiento que perdimos con la información?”. Lo que tenemos en el conjunto de artículos reunidos en *De Hipócrates a Clío* son grageas de sabiduría.

Carlos Wahren

Departamento de Pediatría. Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina