



**REVISTA DEL
HOSPITAL ITALIANO
DE BUENOS AIRES**

Año 2024 Volumen 44 Número 4

Diferencias entre el sistema de atención grupal versus individual en neurorrehabilitación: hacia dónde vamos
Candoni G.

Voces de padres, tutores y/o cuidadores de niños menores de seis años con relación al uso de pantallas durante la pandemia y pospandemia. Estudio cualitativo
Ribeiro M.A., et al.

Efectividad de la sedestación en adultos mayores con alteración de la conciencia internados en una sala general. Serie de casos
Candoni G., et al.

Úlcera de Marjolin: actualización de conceptos, diagnóstico y tratamiento
Sánchez Martínez D., et al.

Juventudes: ¿logramos entenderlas? Un dispositivo de formación para referentes de programas universitarios en salud
Mutchinick A., et al.

Abordaje endoscópico transperigóideo para papiloma invertido del seno esfenoidal: Informe de un caso
Serrano C., et al.

Hidradenitis palmoplantar idiopática: presentación de 2 casos
Alonzo Caldarelli A.B., et al.

Modelos MIMIC: de la neurociencia a las ciencias de la salud
Grande Ratti M.F., et al.

Investigación cualitativa en salud: desafíos en la redacción y publicación
Vivacqua M.N., et al.

Más allá del índice de masa corporal
Lucía Portos

Enfoque integral para abordar la obesidad infantil y adolescente: Un camino hacia la calidad de vida familiar y prevención de salud futura
Lucía Portos

Recordando una parte de la historia de un Hospital Universitario al Servicio de la Comunidad: "La Cardiología del Hospital Italiano de Buenos Aires en el desarrollo de la Hemodinamia en la Argentina"
Tamashiro A.

Fragmentos de la pandemia: Un análisis colaborativo sobre la bioética y la biotecnología
Matusevich D.

Educación interprofesional entre Ingeniería Biomédica y Ciencias de la Salud
Ríos M., et al.

Delirios clínicos

Ricón L.
Figari C.A., et al.

La experiencia que nos dejó el COVID-19
Sterin Prync A.E.



Por Mónica Katzman

Venice Beach, Los Ángeles, Estados Unidos. 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 (Universidad 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 Universitari 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 Rubin (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 (Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Lic. Virginia Garrote (Universidad 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 (Universidad 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 (Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina)

Gestión bibliográfica

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

Community manager

Lic. Emilia Matusевич (Buenos Aires, Argentina)

Editor responsable

Publicación trimestral de la Universidad 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/revhospitalbaires.v44i4>

Sociedad Italiana de Beneficiencia

en Buenos Aires

Consejo Directivo Ejercicio 2024/2025

Presidente: Arq. Aldo Brunetta

Vicepresidente 1º: Ing. Franco Livini

Vicepresidente 2º: Sr. Giorgio Allia di Montereale

Consejeros: Lic. Daniel Artana, Roberto Baccanelli,

Roberto Bonatti, Guillermo Jaim Etcheverry,

Atilio Mígues, 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 Mígues

Consejo de Administración Fundación Instituto

Universitario

Presidente: Arq. Aldo Brunetta

Vicepresidente: Ing. Franco Livini

Vocales: Giorgio Allia di Montereale, Daniel Artana,

Renato Montefiore, Diego Faingold

Universidad Hospital Italiano

de Buenos Aires - Consejo Superior

Rector: Diego Faingold

Vicerrector: Roberta Ladenheim

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, Karín

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

207 Diferencias entre el sistema de atención grupal versus individual en neurorrehabilitación: hacia dónde vamos

Gerardo Candoni

La demanda de rehabilitación está creciendo; sin embargo, los estudios que demuestran ser superiores en el formato grupal lo hacen a través de la significancia estadística, no por la significancia clínica. La rehabilitación individual puede brindar mejor interacción paciente-terapeuta y, por lo tanto, puede ser beneficiosa para algunas personas.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.407>

ARTÍCULO ORIGINAL

209 Voces de padres, tutores y/o cuidadores de niños menores de seis años con relación al uso de pantallas durante la pandemia y pospandemia. Estudio cualitativo

María A. Ribeiro, Emanuel L. Castillo, Fernanda M. Lardies Arenas, María C. Velázquez, Sandra V. García y Tatiana Dias de Carvalho

El primer análisis de las opiniones de familias en la Argentina con respecto al uso de pantallas durante la pandemia y su posterior período de recuperación. Se resaltaron tanto aspectos desfavorables como favorables, así como la utilidad de las pantallas en la educación y los riesgos potenciales para el desarrollo de los niños.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.359>

COMUNICACIONES BREVES

217 Efectividad de la sedestación en adultos mayores con alteración de la conciencia internados en una sala general. Serie de casos

Gerardo Candoni, Daniela Lecuona y Carolina Troia

De los ocho sujetos incluidos en el estudio, siete mostraron mejoras en su nivel de conciencia, y solo un sujeto experimentó efectos adversos durante el programa de sedestación y un sujeto mejoró su nivel de conciencia; estas mejoras fueron medidas con la escala de recuperación de coma revisada.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.337>

REVISIÓN BREVE

222 Úlcera de Marjolin: actualización de conceptos, diagnóstico y tratamiento

Diego Sánchez-Martínez, José Sáenz-López, María J. Merlano-Contreras, Luis Figueroa-Restrepo y Octavio Carrascal-Carrasquilla

La úlcera de Marjolin es una neoplasia cutánea agresiva que surge en lesiones cicatriciales con inflamación crónica. El carcinoma escamocelular es el más frecuente. El diagnóstico temprano es clave, y la biopsia es el método más sensible. El tratamiento principal es quirúrgico, aunque se han desarrollado nuevas técnicas para mejorar el pronóstico.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.347>

EDUCACIÓN MÉDICA

225 Juventudes: ¿logramos entenderlas? Un dispositivo de formación para referentes de programas universitarios en salud

Agustina Mutchinick, María V. Jalley, Nicolás Cacchiarelli San Román Érica Delorenzi, Michelle D. Berk, María V. Kobelt, Valeria G. Alonso, Constanza M. Piola, Silvia M. Carrió, Tania V. Soza, Julieta Pinto, Martina Ferrari y Gisela Schwartzman

El artículo describe un dispositivo de formación para referentes de programas educativos de la Universidad del Hospital Italiano de Buenos Aires. Tuvo como propósito identificar y comprender las motivaciones y expectativas de las juventudes que se forman en la institución con el objetivo de acompañar sus trayectos de un modo valioso y acorde con el actual contexto sociohistórico.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i4.350>

CASO CLÍNICO

231 Abordaje endoscópico transpterigoideo para papiloma invertido del seno esfenoidal: Informe de un caso

Candelaria Serrano, Micaela Redivo, María del Pilar Minghera y Carlos Santiago Ruggeri

Se describe el caso clínico de una mujer que fue tratada con éxito mediante un abordaje endonasal transpterigoideo, combinado con una esfenoidotomía bilateral por un papiloma invertido localizado en un seno esfenoidal muy neumatizado. Las arterias carótidas fueron procidentes y el tumor tuvo una implantación en la carótida paraclival izquierda.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i4.356>

IMAGEN EN MEDICINA

236 Hidradenitis palmoplantar idiopática: presentación de 2 casos

Agostina B. Alonzo Caldarelli, Sofía Granillo Fernández, María V. Moreno, Patricio Maier y Marcia A. Taboada

La hidradenitis palmoplantar idiopática es una dermatosis neutrofílica infrecuente que se manifiesta como pápulas, placas o nódulos eritematoedematosos dolorosos en las plantas y/o palmas de pacientes pediátricos que gozan de buena salud. Consideramos importante reconocerla ya que se trata de un trastorno benigno y autorresolutivo, que presenta múltiples diagnósticos diferenciales.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i4.377>

NOTA SOBRE ESTADÍSTICA E INVESTIGACIÓN

239 Modelos MIMIC: de la neurociencia a las ciencias de la salud

María F. Grande Ratti, Romina Y. Pérez Manelli, Fernando R. Vázquez Peña y Eulogio Cordón Pozo

Este artículo descubre los emocionantes avances en neurociencia aplicados a la salud. Exploramos cómo los innovadores Modelos MIMIC superan limitaciones estadísticas en medicina, ofreciendo soluciones a complejas relaciones causales. Además destaca su aplicación en un estudio sobre calidad de vida postrasplante, demostrando su utilidad en la investigación médica moderna.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i4.344>

245 Investigación cualitativa en salud: desafíos en la redacción y publicación

María N. Vivacqua, Candela V. González y María F. Grande Ratti

El proceso de comunicación científica en investigaciones cualitativas enfrenta obstáculos como barreras financieras por altos costos, preferencia de revistas por estudios cuantitativos y una revisión por pares más rigurosa, que involucra expertos en ciencias sociales, añadiendo complejidad al proceso.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i4.383>

CONTROVERSIA

250 Más allá del índice corporal

Lucía Portos

La obesidad infantil y adolescente es un problema global creciente, que afecta la salud física y mental. Un adolescente con obesidad nos ilustra acerca de la necesidad de un enfoque interdisciplinario que incluya cambios en hábitos alimentarios y actividad física. La intervención temprana y el apoyo familiar son esenciales para mejorar la calidad de vida.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i4.432>

251 Enfoque integral para abordar la obesidad infantil y adolescente: Un camino hacia la calidad de vida familiar y prevención de salud futura

Cecilia Araujo

La obesidad infantil y adolescente es un problema global creciente, que afecta la salud física y mental. Un adolescente con obesidad nos ilustra acerca de la necesidad de un enfoque interdisciplinario que incluya cambios en hábitos alimentarios y actividad física. La intervención temprana y el apoyo familiar son esenciales para mejorar la calidad de vida.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.433>

HUMANIDADES

253 Recordando una parte de la historia de un Hospital Universitario al Servicio de la Comunidad: "La Cardiología del Hospital Italiano de Buenos Aires en el desarrollo de la Hemodinamia en la Argentina"

Tamashiro A.

Relato de la historia de la Hemodinamia y la Cardiología del Hospital Italiano de Buenos Aires que influyó en el desarrollo de la Hemodinamia en la Argentina. Se hicieron las primeras coronariografías, las angiografías con cine no cardíacas (periféricas) y el tratamiento de tumores por cateterismo. Se reseña el deseo del Dr. René Favalaro de desarrollar su actividad quirúrgica en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.336>

RESEÑA DE LIBRO

258 Fragmentos de la pandemia: Un análisis colaborativo sobre la bioética y la biotecnología

Matusevich D.

Reseña del libro "Aportes a la biotecnología y la biotecnología farmacéutica durante la pandemia: La experiencia que nos dejó el COVID-19" de Aida Sterin Prync y Adriana M. Carlucci

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.428>

CARTA AL EDITOR

259 Educación interprofesional entre Ingeniería Biomédica y Ciencias de la Salud

Mariana B. Ríos, Natalia P. Perdiz, Florencia Aversano, Marina Ulla y Marcelo R. Risk

La educación interprofesional está relacionada con escenarios educativos donde profesionales o estudiantes de diferentes áreas de conocimiento aprenden con, de y acerca del otro para mejorar la calidad del cuidado en salud. En el presente trabajo describimos nuestras experiencias educativas, llevadas a cabo en la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.392>

261 Delirios clínicos

Ricón L.

El propósito de esta comunicación es mostrar a los jóvenes profesionales que no siempre es conveniente trabajar contra el delirio sino con el delirio, porque en ocasiones forma parte de la estructura identitaria del sujeto que lo porta.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.410>

263 Discapacidad, accesibilidad e inclusión en las profesiones de salud

Cecilia A. Figari, Rocío Deza, Fabio E. Ratto y Fabiana I. Reboiras

¿Qué barreras enfrentan las personas con discapacidad que desean formarse en ciencias de la salud? Esta Carta al Editor reflexiona al respecto y presenta iniciativas de una universidad privada para garantizar el derecho a una educación superior inclusiva y accesible para todas las personas.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.421>

265 La experiencia que nos dejó el COVID-19

Sterin Prync A.E.

Comentario que reflexiona sobre la pandemia de COVID-19, destacando su impacto global y las lecciones aprendidas. Resalta la cooperación entre científicos, empresas y gobiernos, especialmente en biotecnología, para enfrentar la crisis. Además, aborda los efectos duraderos del COVID-19, como el síndrome postraumático, y la importancia de aprovechar estos avances para futuras emergencias.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.429>



INDEX

EDITORIAL

207 Differences Between Group and Individual Care Systems in Neurorehabilitation: Where Are We Headed?

Gerardo Candoni

The demand for rehabilitation is growing; however, studies demonstrating the superiority of the group format do so through statistical significance, not clinical significance. Individual rehabilitation may provide better patient-therapist interaction and, therefore, may benefit some individuals.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.407>

ORIGINAL ARTICLE

209 Voices of Parents, Guardians And/Or Caregivers Of Children Under Six Years in Relation to The Use of Screens During the Pandemic and Post-Pandemic. Qualitative Study

María A. Ribeiro, Emanuel L. Castillo, Fernanda M. Lardies Arenas, María C. Velázquez, Sandra V. García and Tatiana Dias de Carvalho

The first analysis of the opinions of families in Argentina regarding screen use during the pandemic and its subsequent recovery period. Both unfavorable and favorable aspects were highlighted, as well as the usefulness of screens in education and the potential risks to children's development

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.359>

BRIEF COMMUNICATION

217 Effectiveness of Sitting in Older Adults with Altered Consciousness Admitted to a General Ward: A Case Series

Gerardo Candoni, Daniela Lecuona and Carolina Troia

Of the eight subjects included in the study, seven showed improvements in their level of consciousness, and only one subject experienced adverse effects during the sitting program. One subject improved their level of consciousness, with these improvements measured using the revised coma recovery scale.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.337>

BRIEF REVIEW

222 Marjolin's Ulcer: Update on Concepts, Diagnosis, and Treatment

Diego Sánchez-Martínez, José Sáenz-López, María J. Merlano-Contreras, Luis Figueroa-Restrepo and Octavio Carrascal-Carrasquilla

Marjolin's ulcer is an aggressive skin neoplasia that develops in scarred lesions with chronic inflammation. Squamous cell carcinoma is the most common. Early diagnosis is crucial, with biopsy being the most sensitive method. The main treatment is surgical, although new techniques have been developed to improve prognosis.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.347>

MEDICAL EDUCATION

00 Understanding Youths: A Training Program for Leaders of University Health Programs

Agustina Mutchinick, María V. Jalley, Nicolás Cacchiarelli San Román Érica Delorenzi, Michelle D. Berk, María V. Kobelt, Valeria G. Alonso, Constanza M. Piola, Silvia M. Carrió, Tania V. Soza, Julieta Pinto, Martina Ferrari and Gisela Schwartzman

The article describes a training device for leaders of educational programs at IUHIBA. Its purpose was to identify and understand the motivations and expectations of young people studying at the institution to support their journeys in a meaningful way that aligns with the current socio-historical context.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.350>

CLINIC CASE

231 Abordaje endoscópico transpterigoideo para papiloma invertido del seno esfenoidal: Informe de un caso

Candelaria Serrano, Micaela Redivo, María del Pilar Minghera and Carlos Santiago Ruggeri

We describe the clinical case of a woman who was successfully treated with a transpterygoid endonasal approach combined with a endonasal transpterygoid approach combined with a bilateral sphenoidotomy for an inverted papilloma for an inverted papilloma located in a highly pneumatized sphenoid sinus. pneumatized sphenoid sinus. The carotid arteries were procurent and the tumor had an implantation in the parotid carotid artery. implantation in the left paraclival carotid artery.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.356>

IMAGES IN MEDICINE

236 Transpterygoid Endoscopic Approach for Inverted Papilloma of the Sphenoid Sinus: A Case Report

Agostina B. Alonzo Caldarelli, Sofía Granillo Fernández, María V. Moreno, Patricio Maier y Marcia A. Taboada

La hidradenitis palmoplantar idiopática es una dermatosis neutrofílica infrecuente que se manifiesta como pápulas, placas o nódulos eritematoedematosos dolorosos en las plantas y/o palmas de pacientes pediátricos que gozan de buena salud. Consideramos importante reconocerla ya que se trata de un trastorno benigno y autorresolutivo, que presenta múltiples diagnósticos diferenciales.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.377>

NOTES ON STATISTIC AND RESEARCH

239 MIMIC Models in Health

María F. Grande Ratti, Romina Y. Pérez Manelli, Fernando R. Vázquez Peña and Eulogio Cordón Pozo

This article uncovers exciting advances in neuroscience applied to healthcare. We explore how innovative MIMIC models overcome statistical limitations in medicine, offering solutions to complex causal relationships. It also highlights their application in a study on post-transplant quality of life, demonstrating their usefulness in modern medical research.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.344>

245 Qualitative Research in Health: Challenges in Writing and Publication

María N. Vivacqua, Candela V. González and María F. Grande Ratti

The scientific communication process in qualitative research faces obstacles such as financial barriers due to high costs, journal preference for quantitative studies, and a more rigorous peer review involving social science experts, adding complexity to the process.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.383>

CONTROVERSY

250 Beyond Body Mass Index

Lucía Portos

The weight-centered medical approach, based solely on BMI, overlooks biological, psychological, and social aspects, perpetuating stigmas and affecting self-esteem. Comprehensive and respectful evaluations, as recommended by the Ministry of Health guidelines in Argentina, are required to prevent discrimination and promote inclusive and appropriate care.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.432>

251 Comprehensive Approach to Address Childhood and Adolescent Obesity: A Path to Family Quality of Life and Future Health Prevention

Cecilia Araujo

Childhood and adolescent obesity is a growing global issue that affects both physical and mental health. An adolescent with obesity highlights the need for an interdisciplinary approach that includes changes in eating habits and physical activity. Early intervention and family support are essential to improving quality of life.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.433>

HUMANITIES

253 Remembering a Part of the History of a University Hospital in Service to the Community: 'The Cardiology Service of Hospital Italiano de Buenos Aires in the Development of Hemodynamics in Argentina'

Tamashiro A.

Account of the history of Hemodynamics and Cardiology at the Italian Hospital of Buenos Aires, which influenced the development of Hemodynamics in Argentina. The first coronary angiographies were performed, along with non-cardiac cine angiographies (peripheral) and catheter treatment of tumors. It reviews Dr. René Favalaro's desire to develop his surgical activity at the Italian Hospital of Buenos Aires.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.336>

BOOK REVIEW

258 Fragmentos de la pandemia: Un análisis colaborativo sobre la bioética y la biotecnología

Matusevich D.

Review of the book "Contributions to Biotechnology and Pharmaceutical Biotechnology During the Pandemic: The Experience Left by COVID-19" by Aída Sterin Prync and Adriana M. Carlucci

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.428>

LETTERS TO THE EDITOR

259 Interprofessional education between biomedical engineering and health sciences

Mariana B. Ríos, Natalia P. Perdiz, Florencia Aversano, Marina Ulla y Marcelo R. Risk

Interprofessional education is related to educational scenarios where professionals or students from different areas of knowledge learn with, from and about each other to improve the quality of health care. In this paper we describe our educational experiences, carried out at the Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.392>

261 Clinical Delusions

Ricón L.

The purpose of this communication is to show young professionals that it is not always advisable to work against delusion, but rather with it, because at times it is part of the identity structure of the person who carries it.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.410>

263 Disability, Accessibility and Inclusion in the Health Professions

Cecilia A. Figari, Rocío Deza, Fabio E. Ratto and Fabiana I. Reboira

What barriers do people with disabilities face when they wish to pursue studies in health sciences? This Letter to the Editor reflects on this and presents initiatives from a private university to guarantee the right to inclusive and accessible higher education for all individuals.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.421>

265 The Experience Left by COVID-19

Sterin Prync A.E.

A comment reflecting on the COVID-19 pandemic, highlighting its global impact and the lessons learned. It emphasizes the cooperation between scientists, companies, and governments, particularly in biotechnology, to address the crisis. Additionally, it discusses the lasting effects of COVID-19, such as post-traumatic syndrome, and the importance of leveraging these advancements for future emergencies.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.429>

Diferencias entre el sistema de atención grupal versus individual en neurorrehabilitación: hacia dónde vamos

Gerardo Candoni 

Servicio de Kinesiología. Clínica La Sagrada Familia. Buenos Aires, Argentina

En los últimos años se ha generado evidencia que demostró que las terapias grupales comparadas con las terapias individuales son tanto o más efectivas¹⁻⁴. Sin embargo, también existen informes que indican que la instrucción de ejercicios individuales puede ser más beneficiosa que el estándar de atención grupal para mejorar el equilibrio, pero la atención grupal puede ser mejor para las mejoras informadas por los pacientes⁵.

La demanda de los servicios de rehabilitación está creciendo, generadas por el crecimiento general de la población y por su envejecimiento². Los métodos de rehabilitación y la terapia física pueden tener impactos económicos significativos creando grandes cargas en los recursos de atención médica⁴. Las mejoras también generadas en el tratamiento grupal son: la gran mayoría refiere que prefiere continuar con esta modalidad¹; el ahorro potencial en términos de costos de atención, ya que la terapia grupal a menudo requiere menos tiempo del terapeuta en comparación con la terapia individual⁴; también permite que los pacientes reciban los beneficios de una terapia más intensiva, utilizando la misma cantidad de recursos². Otro beneficio puede ser el apoyo de los compañeros experimentado en un entorno grupal, especialmente cuando los pacientes completan los ejercicios en parejas³.

Sin embargo, aquellos estudios que demuestran ser superiores lo hacen a través de pasar el umbral para obtener una significancia estadística, aunque no logran pasar el umbral en otras dimensiones como la significancia clínica o la personal⁶.

Por lo tanto, no existiendo diferencias o siendo estas establecidas por la significancia estadística, la evidencia generada por estudios cualitativos nos permite conocer con mayor profundidad las preferencias.

Van Kessel y cols. informan que los fisioterapeutas perciben que la realización de un entrenamiento en grupo

es un buen adyuvante para no perder la terapia uno a uno⁷. Los fisioterapeutas también mencionan el aspecto positivo que advierten en los pacientes desde el punto de vista social, así como ver a otras personas con la misma discapacidad los empodera⁷. Esto coincide en gran parte con la percepción que tienen los pacientes a partir de la terapia grupal⁸. Sin embargo, otros consideran que el estar con otras personas rehabilitándose los hace perder la atención y a veces la falta de personal limitó la cantidad de ejercicio que querían hacer⁸. Otros aspectos negativos considerados por los pacientes fueron la cantidad de supervisión que recibían en la atención grupal, la menor retroalimentación (*feedback*) y la necesidad de esperar al terapeuta para poder continuar con sus ejercicios⁸.

Los fisioterapeutas percibieron que el modelo de terapia grupal era efectivo para el paciente que tenía la capacidad y la autodeterminación para llegar a las sesiones de forma independiente⁷. Además, Lahelle y cols. refirieron que los fisioterapeutas perciben que es difícil elegir ejercicios y crear buenas dinámicas en el grupo cuando sus puntos de partida difieren tanto⁹.

La creencia conductual de las personas acerca de que la fisioterapia debe ser individualizada parece contribuir a sus actitudes ambivalentes hacia la terapia de grupo⁷. Las creencias conductuales sobre la rehabilitación individual parecen creadas en gran medida por las experiencias de las personas sobre el efecto de sus propios tratamientos⁷.

Por otro lado, varias personas valoraron la oportunidad de observar el progreso de los demás e informaron que les dio esperanza y motivación para su propia recuperación⁸. Es importante señalar que las personas que estaban recibiendo terapia individual informaron que también tuvieron la oportunidad de observar a otros pacientes y experimentar la camaradería y el apoyo de sus compañeros, lo que sugiere que estos beneficios pueden no estar condicionados por el formato de la terapia⁸. La

Autor para correspondencia: gerardocandoni@gmail.com, Candoni G.

Recibido: 11/10/24 Aceptado: 22/10/24 En línea: 19/11/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i4.407>

Cómo citar: Candoni G. Diferencias entre el sistema de atención grupal versus individual en neurorrehabilitación: hacia dónde vamos. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2024;44(4):e0000407.

fisioterapia individual puede brindar oportunidades más frecuentes para la interacción paciente-terapeuta y la retroalimentación directa receptiva y, por lo tanto, puede ser la mejor opción para algunas personas⁸. Cuando se utilizan formatos de grupo, los terapeutas deben tener en cuenta esta necesidad⁸.

Bennett y cols. recomiendan que se explique y se ponga a disposición un “menú” de opciones de terapia para adaptarse a la diversidad de necesidades, preferencias y capacidades de los pacientes⁸. Por lo tanto, los médicos y proveedores de servicios deben ofrecer flexibilidad y programación personalizada en torno al tiempo, la duración y la frecuencia de la terapia, así como educación y elección en torno a la necesidad de descanso y supervisión (individual o grupal)⁸. Esta oportunidad de participar en la elección y la toma de decisiones debe ser un aspecto importante de la rehabilitación⁸.

A pesar de todos los esfuerzos mencionados anteriormente, quedan interrogantes que no se han resuelto todavía. ¿Cuál es la situación actual en la entrega de terapia física en las personas que tienen una secuela neurológica? ¿Se están teniendo en cuenta las perspectivas de los pacientes y los proveedores de salud? ¿Realizan un pago diferencial aquellos que prefieren tener una atención individual?

Es necesario considerar que el tiempo que transcurre entre la presentación de una investigación a una revista científica y su puesta en práctica es de 17 y 23 años, respectivamente¹⁰.

Traducir los descubrimientos científicos en beneficio de los pacientes más rápidamente debería ser una prioridad política de muchos sistemas de investigación en salud¹⁰.

Conflictos de intereses: el autor declara no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. Hidding A, van der Linden S, Boers M, Gielen X, et al. Is group physical therapy superior to individualized therapy in ankylosing spondylitis? A randomized controlled trial. *Arthritis Care Res.* 1993;6(3):117-125. <https://doi.org/10.1002/art.1790060303>
2. Robertson B, Harding KE. Outcomes with individual versus group physical therapy for treating urinary incontinence and low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014;95(11):2187-2198. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.07.005>
3. Renner CI, Outermans J, Ludwig R, et al. Group therapy task training versus individual task training during inpatient stroke rehabilitation: a randomized controlled trial. *Clin Rehab.* 2016;30(7):637-648. <https://doi.org/10.1177/0269215515600206>
4. Kang M, Bladon J, Sergio LE. Group format rehabilitation is equally effective as individual therapy in patients with surgically repaired rotator cuff tears. *Physiother Res Int.* 2020;25(1):e1795.
5. King LA, Wilhelm J, Chen Y, et al. Effects of group, individual, and home exercise in persons with Parkinson's disease: a randomized clinical trial. *Journal of Neurological Physical Therapy.* 2015;39(4):204-212. <https://doi.org/10.1097/NPT.000000000000101>
6. Sweeney KG, MacAuley D, Gray DP. Personal significance: the third dimension. *Lancet.* 1998;351(9096):134-136. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)06316-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)06316-2)
7. Van Kessel G, Hillier S, English C. Physiotherapists' attitudes toward circuit class therapy and 7 day per week therapy is influenced by normative beliefs, past experience, and perceived control: A qualitative study. *Physiother Theory Practice.* 2017;33(11):850-858. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1357152>
8. Bennett L, Luker J, English C, et al. Stroke survivors' perspectives on two novel models of inpatient rehabilitation: seven-day a week individual therapy or five-day a week circuit class therapy. *Disabil Rehabil.* 2016;38(14):1397-1406. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1103788>
9. Lahelle AF, Øberg GK, Normann B. A group-based, individualized physiotherapy intervention for people with multiple sclerosis-A qualitative study. *Physiother Res Int.* 2018;23(4):e1734. <https://doi.org/10.1002/pri.1734>
10. Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *J R Soc Med.* 2011;104(12):510-520. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>

Voces de padres, tutores y/o cuidadores de niños menores de seis años con relación al uso de pantallas durante la pandemia y pospandemia. Estudio cualitativo

María A. Ribeiro, Emanuel L. Castillo, Fernanda M. Lardies Arenas, María C. Velázquez,
Sandra V. García y Tatiana Dias de Carvalho
Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM). Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Objetivos: conocer las voces de padres, tutores y/o cuidadores de niños menores de seis años que residen en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), con relación al uso de pantallas, durante el período de pandemia y pospandemia.

Materiales y métodos: estudio exploratorio, con enfoque cualitativo. Se revisaron las respuestas a una pregunta abierta “¿Quisiera agregar algún comentario sobre algo que no hayamos preguntado?” de una encuesta voluntaria y anónima en línea, que estuvo dirigida a familiares de niños menores de seis años. El proceso de análisis de las narraciones provenientes de las respuestas se llevó a cabo a través del análisis de contenido, el cual se organizó en dos etapas: exploración y clasificación del material y tratamiento de los resultados obtenidos y su interpretación.

Resultados: respondieron a la pregunta 72 personas en la pandemia y 88 en la pospandemia. Beneficios y utilidad fueron considerados aspectos positivos. Riesgos y consecuencias del desarrollo, negativos en ambos períodos. En cuanto a las reflexiones, las narrativas varían desde la conciencia de la tecnología en la vida de sus niños hasta cierta culpabilidad por usar estos recursos en su crianza.

Conclusión: los resultados muestran aspectos positivos y negativos, como su uso para la educación y los riesgos para el desarrollo psicomotor y cognitivo, respectivamente. En cuanto a las reflexiones, fueron observadas desde cierta culpabilidad por usar estos recursos en la crianza de sus niños hasta la conciencia de la importancia de la tecnología en la realidad actual.

Palabras clave: tiempo de pantalla, niños, COVID-19, padres, cuidadores, análisis cualitativo.

Voices of parents, guardians and/or caregivers of children under six years in relation to the use of screens during the pandemic and post-pandemic. Qualitative study

ABSTRACT

Objective: to know the voices of parents, guardians and/or caregivers of children under six years of age who reside in the Buenos Aires Metropolitan Area (AMBA), in relation to their use of screens, during the pandemic and post-pandemic period.

Autor para correspondencia: carvalho.td1@gmail.com, Dias de Carvalho T.

Recibido: 24/05/24 Aceptado: 19/12/24 En línea: 26/12/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i4.359>

Cómo citar: Ribeiro MA, Castillo EL, Lardies Arenas FM, Velázquez MC, García SV, Dias de Carvalho T. Voces de padres, tutores y/o cuidadores de niños menores de seis años con relación al uso de pantallas durante la pandemia y pospandemia. Estudio cualitativo. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires.* 2024;44(4):e0000359

Materials and methods: exploratory study, with a qualitative approach. Responses to an open question “Would you like to add any comments about something we haven’t asked?” of a voluntary and anonymous online survey, which was aimed at relatives of children under six years of age. The process of analyzing the narratives coming from the responses was carried out through content analysis, which was organized in two stages: exploration and classification of the material and treatment of the results obtained and their interpretation.

Results: 72 people responded to the question during the pandemic and 88 during the post-pandemic period. Benefits and usefulness were considered positive aspects. Risks and consequences for development, negative in both periods. As for reflections, the narratives vary from awareness of technology in their children’s lives to a certain guilt for using these resources in their upbringing.

Conclusion: the results demonstrate positive and negative aspects, such as its use for education and the risks for psychomotor and cognitive development, respectively. Regarding the reflections, they were observed from a certain guilt for using these resources in raising their children to the awareness of the importance of technology in the current reality.

Keywords: screen time, children, COVID-19, parents, caregivers, qualitative analysis.

INTRODUCCIÓN

El impacto de la pandemia por COVID-19 ha alterado la dinámica familiar en los hogares del mundo entero. Si bien el uso de la tecnología se encuentra desde hace décadas en permanente crecimiento, durante el confinamiento tanto los adultos, como los jóvenes y niños se han visto obligados a permanecer en sus hogares y a utilizar los dispositivos electrónicos más tiempo del que acostumbraban, ya sea como medio de comunicación con sus vínculos familiares y amistades, o como herramienta para sostener la educación a distancia y necesariamente para poder desarrollar su actividad laboral¹. Además, en el período de pandemia, la imposibilidad de realizar actividades recreativas en el exterior provocó un aumento significativo de la exposición a pantallas por parte de los más pequeños¹⁻³.

Se entiende el uso de pantallas como el tiempo que los niños se encuentran expuestos a cualquier tipo de dispositivo electrónico como televisor, computadora, tableta y teléfonos celulares, independientemente del fin con el cual los utilizan. El uso de estos dispositivos en los infantes ha despertado el interés de muchos investigadores permitiendo destacar tanto aspectos positivos (mantener las actividades escolares y comunicarse con los familiares distantes) como negativos (retrasos en el desarrollo psicomotor). Durante la pandemia quedó en evidencia lo beneficioso que fue el uso de la tecnología en ese período, ya que permitió la continuidad pedagógica de forma remota¹. Asimismo, Fisch y cols. sostienen que, si el contenido es apropiado, tiene un impacto positivo en el vocabulario y comportamiento social de los infantes².

Sin embargo, la Subcomisión de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) de la Sociedad Argentina de Pediatría y la Organización Mundial de la Salud (OMS) desaconsejan el uso de las pantallas antes de los dieciocho meses de edad, y un estudio realizado por Barr y cols. ha

demostrado que los niños menores de dos años expuestos a programas para adultos pueden manifestar alteraciones en su desarrollo cognitivo³⁻⁵.

Si bien existían estudios que comparaban el uso de pantallas electrónicas por niños relacionando los efectos de la pandemia, es de gran importancia conocer las opiniones de los adultos responsables por esos niños, ya que esto dará información relevante para comprender los motivos por los cuales les facilitan las pantallas y cómo consideran su uso (aspectos positivos y negativos)^{6,7}. Otro cuestionamiento relevante es saber si, o en qué medida, la pandemia por la COVID-19 pudo haber influenciado en tales aspectos. Esos datos permitirán comparar ambos períodos y elaborar proyectos que respondan a las necesidades de la población. En tal sentido, el presente estudio cualitativo pretende conocer las voces de padres, tutores y/o cuidadores de niños menores de seis años que residen en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), con relación al uso de pantallas, durante el período de pandemia y pospandemia.

MATERIALES Y MÉTODO

Fue realizado un estudio observacional y exploratorio, con enfoque cualitativo. La lista de verificación de criterios consolidados para informar la investigación cualitativa se utilizó para diseñar e informar el estudio⁸. Fueron atendidas todas las normas éticas internacionales de investigaciones en seres humanos, según la Declaración de Helsinki, así como normas nacionales de protección de pacientes y de datos personales^{9,10}. El estudio recibió aprobación del Comité de Ética en investigación del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (394 EUPeS0/20), y todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

A través de un muestreo no probabilístico por conveniencia se invitó a los participantes a formar parte del

estudio mediante enlaces de acceso a una encuesta en línea, elaborada con la herramienta *Google Forms*[®]. Los enlaces fueron distribuidos por correo electrónico y redes sociales. Esta encuesta, desarrollada previamente por el mismo equipo de investigación como parte de otro proyecto⁶, incluyó a padres, madres, tutores legales y cuidadores de niños que completaron el cuestionario, aceptaron el consentimiento en línea seleccionando la opción “sí” y declararon estar a cargo de niños menores de seis años, también eligiendo la opción “sí”.

Para la recolección de datos se revisaron las respuestas a una pregunta abierta: *¿Quisiera agregar algún comentario sobre algo que no hayamos preguntado?* de la mencionada encuesta, cuyo objetivo fue caracterizar los hábitos de uso de pantalla, sedentarismo y la actividad física en niños menores de seis años del AMBA⁶. La recolección de datos se efectuó en dos períodos de tiempo diferentes: PANDEMIA (Aislamiento social, preventivo y obligatorio, entre los meses de agosto y octubre de 2020) y POSPANDEMIA (durante los meses de agosto a octubre de 2022). La encuesta consistió en 31 preguntas que indagaron acerca de las características sociodemográficas de los encuestados y sus hábitos con respecto al uso de pantalla, sedentarismo y la actividad física en niños menores de 6 años del AMBA.

Una vez finalizada la encuesta del segundo período, se descargó una planilla de Excel[®] por cada formulario con todas las respuestas. Como era opcional responder a la pregunta abierta, se excluyeron del análisis aquellas contestaciones cuyo contenido se correspondiera con guiones, puntos o espacios en blanco.

El proceso de análisis de las respuestas anteriormente mencionadas se llevó a cabo a través del análisis de contenido, el cual se organizó en dos etapas: una primera fase de exploración y clasificación del material y, por consiguiente, una fase de tratamiento de los resultados obtenidos y la interpretación de las narraciones de los encuestados. En la primera fase, dos integrantes del equipo (MAR y ELC, licenciados en Kinesiología y Fisiatría, con formación en metodologías cualitativas) hicieron una revisión general de las respuestas de cada planilla, aparejando las respuestas en diferentes temáticas. A continuación, elaboraron un primer cuadro, con la categorización de las diferentes temáticas en unidades de registro, según su mayor recurrencia, con el propósito de facilitar la comparación entre los períodos de pandemia y pospandemia. Para facilitar la accesibilidad visual de la categorización de las respuestas, se eligió marcar cada una con un color diferente: rojo: explícitamente aquellas respuestas que se manifestaban en contra del uso de pantallas; verde: explícitamente a favor del uso de pantallas; azul: comentarios en relación con la estructura y la valoración de la encuesta; rosa: comentarios que reflejaban experiencias personales; y naranja: reflexiones acerca del uso de pantallas. Las respuestas correspondientes a los colores rosas y azules fueron excluidas del proceso de análisis debido a que no eran pertinentes a los objetivos del trabajo.

En la segunda etapa se realizó un análisis más profundo de los datos, permitiendo el recorte de fragmentos que reflejaban las voces de los participantes. Mediante

reuniones virtuales, MAR y ELC compartieron las interpretaciones de cada narración, haciendo énfasis en hallar denotaciones que facilitarían la construcción de las ideas que reflejaran, fielmente, el pensamiento de los encuestados.

A partir de estas narraciones, fueron identificados contenidos que revelaban aspectos positivos (beneficios y utilidad) y negativos (riesgos y consecuencias desfavorables), así como sus reflexiones personales acerca del uso de pantallas por los niños. La lectura crítica, el análisis y la consiguiente interpretación de este material posibilitaron, como producto final, la confección de cuadros de comparación de las voces de los encuestados en ambos períodos, pandemia y pospandemia.

RESULTADOS

Respondieron a la pregunta 72 personas en la pandemia y 88 en la pospandemia. La tabla 1 presenta las características sociodemográficas de los participantes, así como la edad y el género de sus niños.

Fueron confeccionados dos cuadros para sintetizar los resultados de este estudio. La figura 1 contrasta los aspectos positivos (6 en pandemia y 5 en pospandemia) y negativos (5 aspectos en cada período) del uso de pantallas electrónicas por niños menores de seis años utilizando las respuestas categorizadas en verde y rojo, respectivamente. Durante el período de pandemia, los encuestados han destacado que las pantallas eran útiles como herramientas de aprendizaje, siendo dispositivos de entretenimiento y permitiendo la continuidad pedagógica en ausencia de clases escolares presenciales. Así, durante la pospandemia, han coincidido con la función educativa y de entretenimiento de los niños. No obstante, en ambos períodos señalaron la preocupación por el hecho de que el uso indiscriminado de pantallas ocasionara alteraciones en el desarrollo psicomotor de los niños, en la adquisición del lenguaje y que incrementara el riesgo de sedentarismo. En la figura 2 se presentan las voces de los padres, tutores y/o cuidadores de acuerdo con las interpretaciones que los investigadores hicieron a partir de las respuestas de la categoría de color naranja (reflexiones acerca del uso de pantallas). De este modo se exponen las unidades temáticas justificándolas con las narraciones extraídas textualmente de cada encuesta. Se ha podido apreciar que los encuestados manifiestan que la pandemia ha favorecido el uso de las pantallas a pesar de que no estaban conformes, entendiendo que vivir en la era digital nos fuerza a que sea parte de nuestra cotidianidad. De modo similar, en el período de pospandemia continúa esta tendencia a incluir a las pantallas en la vida diaria de los niños y muestran su preocupación por la falta de información por parte de los profesionales de la salud sobre los efectos del uso excesivo de pantallas en la infancia.

DISCUSIÓN

El proceso de análisis de las voces de los padres, madres y tutores participantes del estudio permite destacar aspectos negativos y positivos del uso de pantallas, tanto

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

VARIABLE		PANDEMIA N = 72 (%)	POSPANDEMIA N = 88 (%)
GÉNERO	Masculino	14 (19,4%)	17 (19,3%)
	Femenino	57 (79,2%)	71 (80,7%)
	Otro	1 (1,4%)	-
EDAD	21-30 años	10 (13,8%)	5 (5,8%)
	31-40 años	44 (61,2%)	52 (59%)
	41-50 años	16 (22,3%)	30 (34%)
	51 años o más	2 (2,7%)	1 (1,2%)
LUGAR DE RESIDENCIA	Almirante Brown	1 (1,4%)	-
	Avellaneda	-	2 (2,4%)
	Berazatagui	2 (2,7%)	-
	CABA	15 (20,8%)	29 (32,9%)
	Cañuelas	1 (1,4%)	-
	Esteban Echeverría	1 (1,4%)	-
	Ezeiza	-	1 (1,1%)
	Florencio Varela	3 (4,2%)	-
	General Las Heras	-	1 (1,1%)
	Hurlingham	1 (1,4%)	3 (3,5%)
	Ituzaingó	4 (5,5%)	13 (14,7%)
	José C, Paz	1 (1,4%)	1 (1,1%)
	La Matanza	21 (29,2%)	11 (12,5%)
	La Plata	-	1 (1,1%)
	Lomas de Zamora	1 (1,4%)	-
	Malvinas Argentinas	-	1 (1,1%)
	Merlo	2 (2,7%)	4 (4,6%)
	Moreno	-	1 (1,1%)
	Morón	11 (15,3%)	8 (9%)
	San Isidro	-	3 (3,5%)
	San Miguel	-	4 (4,6%)
	San Vicente	-	1 (1,1%)
	Tres de Febrero	8 (11,2%)	1 (1,1%)
	Otro Partido	-	3 (3,5%)
NIVEL DE ESTUDIO	Primario incompleto	1 (1,4%)	-
	Primario completo	-	-
	Secundario incompleto	1 (1,4%)	2 (2,4%)
	Secundario completo	7 (9,8%)	8 (9%)
	Terciario incompleto	5 (6,9%)	4 (4,6%)
	Terciario completo	9 (12,5%)	18 (20,4%)
	Universitario incompleto	18 (25%)	12 (13,6%)
	Universitario completo	31 (43%)	44 (50%)
GENERO DEL NIÑO	Masculino	37 (51,4%)	43 (48,2%)
	Femenino	35 (48,6%)	45 (51,8%)
EDAD DEL NIÑO	Menos de 1 año	2 (2,7%)	3 (3,4%)
	1 año y un día a 2 años	11 (15,3%)	5 (5,7%)
	2 años y un día a 3 años,	9 (12,5%)	9 (10,2%)
	3 años y un día a 4 años	15 (20,9%)	19 (21,6%)
	4 años y 1 día a 5 años	13 (18%)	21 (23,9%)
	5 años y un día a 6 años	22 (30,6%)	31 (35,2%)

USO DE PANTALLAS EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS			
Aspectos positivos (beneficios y utilidad)		Aspectos negativos (riesgos y consecuencias desfavorables)	
Pandemia	Pospandemia	Pandemia	Pospandemia
Favorecer el aprendizaje: identificar colores, reconocer animales, los números, las letras, conocimiento del cuerpo, hábitos saludables y palabras en otros idiomas.	El uso de dispositivos electrónicos a temprana edad puede ser educativo: aprendizaje de números, colores, lectura y escritura.	Riesgo de afectar el desarrollo psicomotor y cognitivo: desarrollo de lenguaje.	Exacerbación del problema en la producción de palabras.
Entretenimiento y distracción para que los padres puedan trabajar o descansar.	Es una forma de entretenimiento.	Aparición de cambios de actitudes: mayores enojos y frustración.	Alteración en la conducta.
Realizar clases virtuales o las tareas del jardín.	Una manera de comunicación para el aprendizaje.	Los niños pierden momentos de juego y aprendizaje por usar las pantallas.	Inadecuado en niños con alteraciones en el desarrollo.
Compartir momentos en familia: baile y canciones infantiles, mirar películas.	Uso de la televisión para bailar y cantar.	El uso de pantallas causa sedentarismo y empobrecimiento del movimiento.	Preocupación por la postura de los niños adoptada durante el uso de pantallas.
Desarrollar habilidades artísticas con determinadas aplicaciones. Por ejemplo: actuar a través de la aplicación Tik Tok.	Uso de tabletas con juegos de números y letras que ayudan a la motricidad del niño.	Generan adicción.	Es inapropiado.
Herramienta de trabajo: tienda en línea.			

Figura 1. Aspectos positivos y negativos del uso de pantallas.

en el período de pandemia como de pospandemia. En cuanto a las reflexiones, debemos destacar que sus narrativas permean desde la conciencia de la tecnología en la vida de sus niños hasta cierta culpabilidad por usar estos recursos en su crianza, lo cual demuestra que los cuidadores construyen su propia perspectiva con respecto al uso de pantallas en función de sus vivencias cotidianas.

Los principales aspectos positivos expresados por los participantes fueron las cuestiones de la educación y las ventajas de la tecnología para el aprendizaje en ambos períodos estudiados. El aumento del uso de la tecnología para favorecer el aprendizaje (en las actividades escolares) viene siendo discutido por diferentes organismos; es por ello, que la Asociación Americana de Pediatría menciona en una de sus revisiones que los niños mayores de 2,5 años pueden aprender y comprender a partir de programas de televisión educativos¹¹. De acuerdo con un estudio desarrollado por Fisch y cols., el correcto aprendizaje depende del contenido del programa, ya que los programas educativos han mostrado tener un impacto positivo en el vocabulario, la literatura, el comportamiento social y el

conocimiento académico². No obstante, Barr y cols. demostraron que los infantes menores de dos años pueden ver afectado su desarrollo cognitivo, especialmente el lenguaje y la función ejecutiva cerebral, si el contenido visto en la televisión es producido para un público de adultos⁵.

Es preciso señalar que el Aislamiento social, Preventivo y Obligatorio durante la pandemia por COVID-19 forzó a que los niños escolarizados debieran utilizar dispositivos tecnológicos para la continuidad pedagógica, lo cual fue percibido por los padres como un desafío, pero también como un beneficio ofrecido por las pantallas. Un estudio dirigido por Schleicher sobre el impacto de la pandemia en la educación expuso que fue fundamental la utilización de plataformas *online* que permitían las clases en tiempo real y videos para la enseñanza remota, en pos de reducir la crisis educativa mundial¹. Asimismo, otro aspecto positivo del uso de pantallas mencionado en las encuestas fue su utilidad como estrategia de distracción y entretenimiento de los niños para poder realizar diferentes actividades, las cuales varían entre responsabilidades laborales y tareas de índole doméstica.

VOCES DE LOS PADRES, CUIDADORES Y/O TUTORES		
Período	¿Qué interpretamos que sienten o piensan?	Justificación
Pandemia	Los niños pertenecen a la era tecnológica, por lo tanto, convivir entre pantallas hace que se dificulte evitar que los niños las utilicen.	• “A mí entender los niños de ahora ya nacen sabiendo cómo utilizar las pantallas, siendo imposible prohibírselas” • “No es sano, pero son de la era tecnológica... no es lo mejor, pero a veces, es inevitable” • “Negarles la tecnología a los niños es negarle el futuro... No hay nada de malo...” • “El uso de aparatos electrónicos es nefasto para la infancia... pero estamos en pleno siglo XXI y con una pandemia (con todo lo que eso implica). Por esta razón le damos un espacio (chico) al entretenimiento con dibujitos infantiles”.
	El confinamiento favoreció al uso de pantallas. Los padres se sienten obligados a ofrecer a los niños las pantallas para poder trabajar, cumplir con las tareas del hogar y/o descansar. En efecto, se observa que no están conformes con realizarlo, expresando frustración y culpa. Sin embargo, manifiestan que no encuentran otra forma para poder organizarse.	• “En tiempo de cuarentena este uso ha aumentado. No es la actividad habitual” • “(...) pero en este período de aislamiento, al no tener tanto espacio en casa, se acababan las ideas y a veces las fuerzas para entretenerlos” • “Trabajando los 2. Es la única opción. No me pone feliz y me siento frustrada por la situación de encierro”. • “en la actualidad me resulta imposible, además de que como mamá claramente me pone mal que pese tantas horas adelante de pantallas, pero es muy difícil que no las utilice tanto para mí como para él” • “Antes de ser mamá tenía la idea de que nunca les daría acceso a los dispositivos y terminé siendo presa de ello”.
Pospandemia	Los padres/madres/cuidadores entienden los riesgos o perjuicios de la utilización de pantallas, pero lo ven como algo inevitable en esta generación.	• “Me resulta inapropiado pero es una manera de entretenimiento. Nacieron en la era tecnológica” • “El uso de pantallas es inevitable ya que somos una generación virtual, y ellos nacieron en esa era.” • “Sé que el uso de las pantallas no es bueno para los niños, pero a veces es el recurso que utilizo cuando necesito hacer alguna cosa”. • “Nunca estuve de acuerdo con el uso de celular o televisión antes de los 5/6 años. Pero la pandemia, nos descompaginó todo”. • “Sé que no es bueno que use pantallas, pero a veces es la única forma que encuentro para poder trabajar”. • “Evitamos al máximo el uso de pantallas para nuestro hijo, aunque se hace muy difícil sobre todo cuando está con otros chicos que sí las usan”.
	Cómo se sienten los padres/madres/cuidadores, con respecto a la información disponible del uso de pantallas	• “Mi hijo tiene 5 meses... su pediatra ya nos avisó del uso de pantallas, así que por su edad evitamos que esté frente ellas.” • “Debería haber más información acerca de cuánto perjudica el uso de las pantallas...” • “Ningún profesional me advirtió sobre lo negativo de la utilización temprana a las pantallas electrónicas específicamente”. • “Creo que los pediatras deberían aconsejar que no se utilicen las pantallas en bebés, al menos hasta los 2 años.” • “...el acceso a la información que tenemos y a los consejos profesionales que se difunden en diversos medios, se sumaron a nuestro criterio de ser conscientes de las consecuencias negativas que puede traer.”
	Influencia del entorno	• “A veces cuando otros niños alrededor usan pantallas es difícil evitar que el nuestro no quiera hacer lo mismo”. • “A veces es complejo explicarles a nuestros niños que otros niños hacen uso de las pantallas sin límite y ellos no”. • “...si los adultos no las utilizamos frecuentemente, ellos tampoco”. • “Al tener una hermana más grande que accede a tecnología es difícil no exponerla”. • “Evitamos al máximo el uso de pantallas para nuestro hijo, aunque se hace muy difícil sobre todo cuando está con otros chicos que sí las usan”.
	Propuestas de los padres para el uso de pantallas	• “Las pantallas de alguna manera se instauró en nuestras vidas mundialmente y más con el COVID no podemos ir contra el sistema pero sí es nuestra responsabilidad como padres fijarnos de cómo utilizan nuestros niños.” • “Creo fundamental dosificar el uso de pantallas electrónicas, pero evitarlas es incorrecto ya que el mundo ronda cada vez más en base a la tecnología.”

Figura 2. Voces de los padres sobre el uso de pantallas

En referencia a los aspectos negativos, enfatizamos su impacto en el desarrollo psicomotor de los niños. Esta cuestión ha sido discutida por Madigan y cols., quienes hallaron que mayor tiempo de exposición a pantallas, a la edad de 24 meses, podría estar asociado con un menor rendimiento en las pruebas de desarrollo a los 36 meses, y, de forma similar, mayor tiempo de exposición a los 36 meses estaba asociado con bajos valores de prueba a los 60 meses¹². Conclusiones estas similares a las de Lin y cols., quienes encontraron que los retrasos cognitivos, del lenguaje y motores en los infantes se asociaron significativamente con la cantidad de tiempo que pasaban viendo televisión¹³. Además de esos resultados, es importante conocer la opinión parental del uso de pantallas con relación al desarrollo psicomotor, tal y como lo estudiaron Pedrouzo y cols.¹⁴. Ellos evaluaron a través de una encuesta y obtuvieron que más de la mitad de los padres lo consideraban beneficioso, y una pequeña parte pensaba que era perjudicial¹⁴. Esta postura frente al uso de pantallas puede ser determinante a la hora de definir su comportamiento, es decir, si decidirán exponer a su hijo o no a este tipo de tecnologías.

Los hallazgos de este trabajo nos sugieren que los padres se enfrentan a una disyuntiva entre el reconocimiento de los riesgos del uso excesivo de pantallas y la necesidad operante de ofrecerles los dispositivos para poder realizar distintas tareas laborales y domésticas, en la medida en que sugieren que los niños están creciendo en la era tecnológica, pues son nativos digitales; por lo cual resulta difícil restringirles completamente el acceso a estos. El hecho de “ocupar” a los infantes en esta actividad supone exponerlos a los perjuicios que genera. Esta problemática se manifiesta en ambos períodos, pero fue mayor durante la pandemia, probablemente debido al incremento del uso de recursos tecnológicos para mantener la conectividad de las familias con su entorno familiar, laboral y académico. También es relevante subrayar cómo el entorno influye en el momento de elegir las pantallas sobre otras posibilidades de entretenimiento; es así como, al estar rodeados de sujetos que las utilicen, se promueve en los niños la necesidad de su uso. En consecuencia, parece inevitable que esta conflictiva situación suscite en los padres cierta culpabilidad. Tras la recuperación de experiencias, estimamos que el desafío para ellos es encontrar el equilibrio entre las ventajas y desventajas de la exposición a las pantallas.

Una de las narrativas que merece ser valorada es la preocupación de los padres a causa de la falta de información disponible sobre el uso de pantallas. Particularmente refieren no haber recibido consejos y/o advertencias por parte de los profesionales de la salud. La Academia Americana de Pediatría y la Sociedad Canadiense de Pediatría sugieren a los pediatras que incorporen en sus consultas un “plan familiar de uso de tecnología”, siguiendo las recomendaciones para cada etapa del desarrollo infantil. Por esta razón, Melamud y cols. proponen que un asesoramiento coherente dentro de un contexto familiar, junto con una evidencia más sólida sobre los impactos a largo plazo del uso de la tecnología digital, permitirán a

los pediatras apoyar adecuadamente a las familias¹⁵. En efecto, es relevante comprender el papel de los profesionales de la salud como educadores, quienes, asumiendo el compromiso social de informar a las familias, deben capacitarse para brindar recomendaciones oportunas sobre el uso de pantallas para cada situación individual.

El hecho de que los niños menores de seis años utilicen las pantallas como medio de diversión o para evitar el aburrimiento, les dificulta el acceso a las experiencias que ofrece el medio, explorar con su creatividad el espacio y sus posibilidades psicomotrices a través del juego. Es crucial informar a las familias que las funciones ejecutivas esenciales para el éxito escolar, tales como pensamiento creativo y flexible, regulación emocional, control de impulsos, se aprenden mejor a través de juegos sociales y con interacción entre familia e hijos, en contraposición a una situación única enmarcada en una pantalla, que se ha relacionado con los cambios en el temperamento de los pequeños, acompañados de enojo y frustración, por no obtener los resultados de forma inmediata¹⁶.

De la misma forma que tienen importancia la alimentación y los calendarios de vacunación, los profesionales de la salud deberían –desde la concepción de Atención Primaria y Promoción de la Salud– incluir en las entrevistas y controles pediátricos, preguntas que guíen sobre el uso de las pantallas en sus pacientes y/o consultantes, y los oriente, de forma más específica, acerca de qué adaptaciones y/o modificaciones deberían hacer en las rutinas cotidianas del cuidado de los niños. Del mismo modo, promover la realización de actividad física y las pautas de sueño, de acuerdo con cada edad, según las directrices de la OMS, para no derivar en posturas inadecuadas, tanto por el sostén de las pantallas como por la ubicación de estas, aumentando los tiempos de quietud que favorecen el sedentarismo y pudiendo, asimismo, derivar en la generación de una adicción.

Sería interesante sumar las experiencias profesionales en neurodesarrollo, realizar derivación oportuna a especialistas, como los kinesiólogos y terapeutas físicos, quienes pueden evaluar y dar pautas particulares, según el caso, en un espacio de escucha atenta, donde se evalúa el contexto, al niño, su familia y sus rutinas. En este momento de adquisición de hábitos, las familias ocupan un importante papel, por lo que es imprescindible que los profesionales del área de pediatría acompañen durante todo este proceso¹⁷.

Como parte de las acciones destinadas a promover el desarrollo, se objetiva fortalecer factores protectores (lactancia materna), lectura de cuentos, reducir el tiempo de exposición a las pantallas, promover el juego, facilitar la progresiva autonomía, etc.; promover habilidades de crianza en los progenitores; realizar la capacitación del recurso humano que trabaja en salud; reforzar aspectos ambientales que resulten estimulantes para el niño: posicionamiento adecuado (postura en supino para dormir y en prono en la vigilia), hábitos de lectura y juego¹⁸.

Este estudio presenta algunas limitaciones. La primera es que la pregunta de la encuesta original que permitió la reflexión objeto de este estudio fue opcional, por lo

que no todos los participantes la contestaron. Además, si bien no se limitó un número de caracteres por respuesta, el hecho de que muchos participantes la hayan llenado desde el celular puede hacer que se expresen menos en sus opiniones, al tener que escribirlas en ese tipo de teclado. A pesar de tales cuestiones, la principal fortaleza de este estudio radica en que permite dar a conocer, por medio de un enfoque metodológico cualitativo, la posición de las familias frente a esta indudable necesidad de las pantallas electrónicas. Los estudios posteriores podrán evaluar las consecuencias en el largo plazo de los avances tecnológicos y cuánto/cómo esto afecta en la práctica la relación entre las familias.

CONCLUSIÓN

Las voces de padres, tutores y/o cuidadores de niños menores de seis años que residen en AMBA, en relación con el uso de pantallas, durante el período de pandemia y pospandemia muestran aspectos positivos y negativos, como su uso para la educación y los riesgos para el desarrollo psicomotor y cognitivo, respectivamente. En cuanto a las reflexiones, fueron observadas desde cierta culpabilidad por usar estos recursos en la crianza de sus niños hasta la conciencia de la importancia de la tecnología en la realidad actual.

Contribuciones de los autores: Recolección y análisis de datos: MAR, ELC, FMLA, MCV, SVG, TDC. Redacción del manuscrito: FMLA, MCV, SVG, TDC. Supervisión: MCV, SVG, TDC. Diseño: TDC.

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

REFERENCIAS

- Schleicher A. The impact of covid-19 education: insights from education at glance 2020 [Internet]. Paris: OECD; 2020 [citado 2024 may 20]. Disponible en: <https://web.archive.oecd.org/2020-09-08/562941-the-impact-of-covid-19-on-education-insights-education-at-a-glance-2020.pdf>.
- Fisch SM. Children's learning from educational television: Sesame street and beyond [Internet]. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2004 [citado 2024 may 20]. Disponible en: https://archive.org/details/isbn_9780805839364.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Subcomisión de Tecnologías de Información y Comunicación. Bebés, niños, adolescentes y pantallas: ¿qué hay de nuevo? Arch Argent Pediatr. 2017;115(4):404-405. <https://doi.org/10.5546/aap.2017.404>.
- Organización Panamericana de la Salud. Directrices sobre la actividad física, el comportamiento sedentario y el sueño para menores de 5 años. Washington, DC: OPS; 2019. <https://doi.org/10.37774/9789275321836>.
- Barr R, Lauricella A, Zack E, et al. Infant and early childhood exposure to adult-directed and child-directed TV programming. Merrill-Palmer Q. 2010;56(1):21-48.
- García SV, Velázquez MC, D Agostino AE, et al. Uso de pantallas, sedentarismo y actividad física en los niños menores de seis años, durante el periodo de aislamiento social preventivo y obligatorio en AMBA: encuesta en línea. Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba. 2023;80(4):456-475. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n4.40343>.
- Ponce Mancilla T, Vielma Hurtado C, Bellei Carvacho C. Experiencias educativas de niños, niñas y adolescentes chilenos confinados por la pandemia COVID-19. Rev Iberoam Educ. 2021;86(1):97-115. <https://doi.org/10.35362/rie8614415>.
- O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, et al. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014;89(9):1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>.
- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Ferney-Voltaire: AMM; 2024 [citado 2024 abr 27]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
- Argentina. [Ley 25326]. Habeas data. Buenos Aires: Boletín Nacional; 2020 nov 2 [citado 2024 abr 27]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25326-64790>.
- Anderson DR, Subrahmanyam K. Cognitive Impacts of Digital Media Workgroup. Digital screen media and cognitive development. Pediatrics. 2017;140(Suppl 2):S57-S61. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758C>.
- Madigan S, Browne D, Racine N, et al. Association between screen time and children's performance on a developmental screening test. JAMA Pediatr. 2019;173(3):244-250. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.5056>. Errata en: JAMA Pediatr. 2019;173(5):501-502. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.0515>.
- Lin LY, Cherng RJ, Chen YJ, et al. Effects of television exposure on developmental skills among young children. Infant Behav Dev. 2015;38:20-26. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.12.005>.
- Pedrouzo SB, Peskins V, Garbocci AM, et al. Screen use among young children and parental concern. Arch Argent Pediatr. 2020;118(6):393-398. <https://doi.org/10.5546/aap.2020.eng.393>.
- Melamud A, Waisman I. Pantallas: discordancias entre las recomendaciones y el uso real. Arch Argent Pediatr. 2019;117(5):349-351. <https://doi.org/10.5546/aap.2019.349>.
- Yogman M, Garner A, Hutchinson J, et al. The power of play: a pediatric role in enhancing development in young children. Pediatrics. 2018;142(3):e20182058. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2058>.
- García SV, Dias de Carvalho T. Screen use among toddlers and preschool children. Arch Argent Pediatr. 2022 Oct;120(5):340-345. <https://doi.org/10.5546/aap.2022.eng.340>.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de Crecimiento y Desarrollo. Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica. Arch Argent Pediatr. 2017;115(3):s53-s62. <https://doi.org/10.5546/aap.2017.s53>.

Efectividad de la sedestación en adultos mayores con alteración de la conciencia internados en una sala general. Serie de casos

Gerardo Candoni[®], Daniela Lecuona[®] y Carolina Troia[®]

Servicio de Kinesiología, Clínica La Sagrada Familia. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: la verticalización de los sujetos con alteración de la conciencia a través de una mesa bipedestadora o a través de la sedestación genera mejoras en su conducta, su despertar y su nivel de conciencia. El objetivo fue describir el manejo fisioterapéutico de un programa de verticalización en sujetos con alteración de la conciencia en etapa aguda y subaguda.

Materiales y método: se incluyeron aquellos que tuvieran un diagnóstico en la alteración de la conciencia y fluentes en español. Se eliminaron aquellos de los que faltara un 20% de los datos. Se realizó un programa de sedestación por 30 minutos durante 10 días y se midieron el cambio del nivel de conciencia con la escala de coma revisada y la presencia de efectos adversos.

Resultados: de los ocho sujetos incluidos en el estudio, siete mostraron mejoras en su nivel de conciencia, y solo un sujeto experimentó efectos adversos durante el programa sentado. Un sujeto fue eliminado del estudio debido a datos incompletos.

Conclusión: este estudio proporciona una descripción integral del manejo fisioterapéutico de un programa de verticalización para sujetos con alteración de la conciencia durante las etapas aguda y subaguda. La mayoría de los sujetos incluidos demostraron una mejora en su nivel de conciencia.

Palabras clave: alteración de la conciencia, escala de recuperación de coma revisada, neurorrehabilitación, posición de sedestación, rehabilitación, serie de casos.

Effectiveness of Sitting in Older Adults with Altered Consciousness Admitted to a General Ward: A Case Series

ABSTRACT

Introduction: Uprighting subjects with altered consciousness, either using a tilt table or seated positioning, enhances their behavior, arousal, and consciousness levels. The objective was to describe the physiotherapeutic management of a verticalization program in subjects with altered consciousness in the acute and subacute stages.

Materials and Methods: Subjects included were those diagnosed with altered consciousness and fluency in Spanish. Those missing 20% of the data were excluded. A seated positioning program was carried out for 30 minutes over 10 days, and changes in consciousness levels were measured using the revised coma scale and the presence of adverse effects.

Results: Of the eight subjects included in the study, seven showed improvements in their level of consciousness, and only one subject experienced adverse effects during the seated positioning program. One subject was excluded from the study due to incomplete data.

Autor para correspondencia: gerardocandoni@gmail.com, Candoni G.

Recibido: 23/01/24 Aceptado: 18/10/24 En línea: 31/10/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.337>

Cómo citar: Candoni G, Lecuona D, Troia C. Efectividad de la sedestación en adultos mayores con alteración de la conciencia internados en una sala general. Serie de casos. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2024;44(4):e0000337.

Conclusion: This study provides a comprehensive description of the physiotherapeutic management of a verticalization program for subjects with altered consciousness during the acute and subacute stages. The majority of the subjects included demonstrated an improvement in their level of consciousness.

Keywords: Alteration of consciousness, Revised Coma Recovery Scale, Neurorehabilitation, Sitting position, Rehabilitation, Case series.

INTRODUCCIÓN

La alteración de la conciencia es un trastorno mental orgánico en el que existe un deterioro de la capacidad para mantener la conciencia de uno mismo, del entorno, y para responder a los estímulos ambientales¹. Se estima que la prevalencia y la incidencia es de 5/100 000 personas y 5/100 000 personas al año, respectivamente². Aunque muchas personas recuperan la conciencia rápidamente, algunas permanecen con alteración de esta durante períodos prolongados³.

La rehabilitación ha demostrado que disminuyen la mortalidad, la discapacidad y el nivel de cuidado de los familiares³. La estimulación ayudaría al paciente a despertarse y promovería el entrenamiento de partes del cerebro no utilizadas anteriormente⁴.

La disfunción de los hemisferios cerebrales o la formación reticular del tronco encefálico puede derivar en esta condición¹. Las alteraciones en el sistema activador reticular (SAR) puede generar alteraciones en el sueño, la atención, el aprendizaje y la memoria⁵. Además, el SAR está involucrado en la conciencia para la percepción sensorial, así como la intención del movimiento, los cuales son esenciales para la formulación de sensaciones y movimientos⁵.

Varios estudios previos han demostrado que la verticalización a través de una mesa bipedestadora genera mejoras en su conducta⁶, su despertar⁷ y su nivel de conciencia⁸.

En Australia, durante el período agudo de internación, los fisioterapeutas mencionaron que menos del 70% usan mesas bipedestadoras como estrategia terapéutica y, entre aquellos que no las usan, uno de los motivos fue la falta de tiempo en casi el 18%⁹.

El proceso de verticalización también se puede lograr también a través de la sedestación. Se ha demostrado su efectividad en el nivel de conciencia en los sujetos con alteraciones de la conciencia¹⁰.

Sin embargo, la mayoría de los estudios que han demostrado algún beneficio con la verticalización como estrategia terapéutica no ha utilizado la Escala Revisada de Recuperación de Coma (CRS-R), la cual es la herramienta que genera menor incertidumbre, según el *American Congress of Rehabilitation Medicine*¹¹.

Según nuestro conocimiento, no encontramos estudios que hayan evaluado la efectividad de la sedestación en adultos con alteraciones de la conciencia utilizando la CRS-R y hayan evaluado la seguridad.

La versión previa de este artículo fue depositada en el servicio de *preprint Research Square* bajo licencia CC BY 4.0¹².

Objetivos

Describir un programa de sedestación en adultos con alteración de la conciencia en etapa aguda y subaguda, los cambios en el estado de conciencia y la seguridad según la CRS-R.

MATERIALES Y MÉTODO

Diseño del estudio

Serie de casos.

Lugar y participantes

El estudio fue llevado a cabo a través de la recolección de datos de los pacientes con alteración de la conciencia en la sala de internación de la Clínica La Sagrada Familia, CABA. El período revisado fue 1.º de febrero de 2022 hasta junio de 2022.

Los sujetos incluidos fueron:

1. Aquellos que tenían diagnóstico de alteración de la conciencia. El diagnóstico fue establecido a través de la CRS-R¹¹

2. Hispanohablantes.

Fueron eliminados del análisis aquellos de los cuales faltaban datos en un 20% de las variables, para evitar posibles sesgos de selección.

No hubo criterios de exclusión.

Intervención

Los sujetos evaluados recibieron un programa de verticalización a través de un protocolo de intervención de sedestación durante diez días, 30 minutos diarios, en días de semana. Dos fisioterapeutas estuvieron a cargo, en sujetos sin control cefálico; uno de ellos controlaba la orientación de la cabeza y el cuello. Se utilizaron almohadones con el objetivo de mejorar la posición.

Los criterios para empezar la intervención fueron: presión sistólica entre 100 y 220 mm Hg, saturación de oxígeno (SpO₂) > 90%, frecuencia cardíaca mayor de 40 y menor de 100 latidos por minuto y temperatura menor de 38,5 °C o mayor de 35 °C.

Los parámetros de seguridad para detener la sedestación fueron: presencia de hipotensión ortostática, aumento de 30 latidos por minuto de la frecuencia cardíaca basal, o una frecuencia cardíaca igual a 40 latidos por minuto o menor y presencia de taquipnea.

En caso de no contar con monitorización de la presión arterial, se tomaron en cuenta los últimos dos criterios para considerar la detención de la intervención por ese día.

La medición del nivel de conciencia se realizó el día 0 y 11 de la intervención.

Recolección de datos

Los sujetos fueron identificados a través de la búsqueda de historias clínicas electrónicas.

Los datos fueron recolectados de una base de datos por un investigador y validados por otros dos investigadores y fueron presentados individualmente, dado que este tipo de diseño no busca evaluar la eficacia de un tratamiento.

Variables recolectadas

Variables clínico-demográficas: se recolectaron edad, sexo, tiempo de evolución, etiología, traqueostomía, alimentación, craniectomía, medicación, cantidad de anticomieles, resangrado, vasoespasmo, estado convulsivo, nivel de conciencia, sesiones.

Variable de resultado primario: fue la CRS-R, versión Argentina¹³. CRS-R (subpuntaje auditivo, visual, motor, oromotor, comunicación y despertar).

Intervención y eventos adversos/complicaciones: finalización, motivo, hipotensión ortostática, frecuencia de hipotensión, taquicardia, frecuencia de taquicardia, bradicardia, frecuencia de bradicardia, taquipnea y frecuencia de taquipnea.

Consideraciones éticas

El estudio fue realizado después de la aprobación por parte del Comité en Ética e Investigación de la Universidad Abierta Interamericana (número del protocolo: 1810). En todo momento, se garantizó el anonimato de los participantes y la protección de sus datos.

RESULTADOS

Se incluyeron ocho sujetos, de los cuales uno no completó la evaluación final debido a su derivación a otra institución. Las características clínicas y demográficas se observan en la tabla 1. El sujeto 5 intercurrió en dos oportunidades con hipotensión ortostática ante la sedestación. Con respecto a la evolución, una vez finalizada la intervención, seis (85,7%) sujetos presentaron un aumento en el puntaje total de CRS-R. El sujeto 4 presentó un cambio en el estado de conciencia pasando de síndrome vigil sin respuesta a estado de mínima conciencia. El sujeto 5 presentó modificaciones en subpuntajes de la escala, sin alcanzar variaciones en el puntaje total. Los resultados de las evaluaciones al inicio y fin de las intervenciones en cada sujeto se muestran en la tabla 2.

DISCUSIÓN

Se describió la implementación de un programa fisioterapéutico de verticalización en sujetos con alteración de la conciencia, obteniendo cambios del estado de conciencia en un sujeto y una mejora en el puntaje total de CRS-R en seis de ocho sujetos. El 100% de los sujetos presentó modificaciones en los subpuntajes de dicha escala. El sujeto 3 presentó mejoras en la puntuación total de CRS-R a pesar de registrar el mayor tiempo de evolución, por lo que es posible que se produzcan cambios en el estado de conciencia de forma indiferente al tiempo de evolución.

Moriki y cols. evaluaron los cambios en el nivel de conciencia después de la sedestación en sujetos con afecciones cerebrales diversas medido con la Escala de coma de Glasgow (GCS), e informaron una mejora significativa en la posición sentada en comparación con la supina¹⁰. Toccolini y cols. informaron mejoras en la GCS y en el estado de alerta a través del contacto visual, ante una intervención de bipedestación pasiva en mesa basculante⁸. Pese a la implementación de otra escala, nuestros resultados concuerdan con estas investigaciones.

Además, Krewer y cols. evaluaron la influencia de la movilización temprana mediante una mesa basculante y un dispositivo escalonado de verticalización en sujetos con alteración del estado de conciencia¹⁵. En dicho estudio, ambos grupos mejoraron significativamente el estado de conciencia durante el período de intervención de tres semanas a través de la CRS-R, reflejando que la verticalización parece ser beneficiosa y debería administrarse a sujetos con dicha condición¹⁵. Resulta relevante evaluar en un estudio controlado aleatorizado esta línea de tratamiento para la estimulación sensorial temprana con verticalización, ya que permitiría obtener beneficios en el estado de conciencia informado pero con una mayor accesibilidad a la estrategia terapéutica.

Durante la intervención, solo un sujeto presentó hipotensión ortostática en dos ocasiones, lo cual fue detectado y se logró la recuperación completa de su estado basal. Asimismo, Riberholt y cols. refirieron que algunos sujetos con lesión cerebral adquirida grave muestran intolerancia ortostática al movilizarlos sobre una mesa basculante. Sin embargo, observaron una diferencia significativa en el tiempo de apertura ocular luego de la intervención, por lo que es de relevancia clínica la implementación de la verticalización de manera segura y con monitorización⁷.

Las fortalezas del estudio son la realización del seguimiento de los sujetos, la implementación de la CRS-R y la factibilidad de la intervención en países con escasos recursos. Las limitaciones son la elección del tiempo de intervención y la duración de esta elegidas sobre la base de los registros disponibles de las historias clínicas. Planteamos con miras al futuro la necesidad de estudiar la permanencia de los cambios obtenidos en el tiempo, si el tamaño del efecto logrado se modifica según el tiempo de evolución y el agregado de estímulos multisensoriales.

CONCLUSIONES

Se describió un programa de sedestación en adultos con alteración de la conciencia en etapa aguda y subaguda, y los cambios en el estado de conciencia según la CRS-R. Los estímulos de verticalidad logrados por la sedestación son una intervención factible y segura.

Agradecimientos: los autores de este estudio quieren agradecer por la colaboración a Camila Gentile, Guadalupe Aguirre, Olivia Gitard y Lisandra Rougier.

Contribuciones de autores: Conceptualización, Metodología: GC, DL, CT. Validación, Escritura: GC. Visualización, Revisión: DL, CT.

Tabla 1. Características clínico-demográficas

	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7*	Sujeto 8
Sexo	M	F	F	F	F	M	M	M
Edad	70	78	71	63	83	72	65	73
Sitio de lesión	Supraten-torial	Ambas	Ambas	Supraten-torial	Supraten-torial	Supraten-torial	Supraten-torial	Ambas
Tiempo de evolución (días)	69	29	91	40	35	63	73	16
TQT	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Alimentación	GEP	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG
Craniectomía	Sí	No	No	No	No	Sí	Sí	No
Cantidad de anticomiciales	2	1	3	3	0	3	0	2
Complicaciones								
Vasoespasmo	No	No	Sí	No	No	No	No	No
Resangrado	Sí	No	No	No	No	Sí	No	No
Estatus convulsivo	No	No	Sí	Sí	No	Sí	No	No

TQT: Traqueostomía; GEP: Gastrostomía endoscópica percutánea; SNG: Sonda nasogástrica; M: Masculino; F: Femenino

Tabla 2. Evaluación de la conciencia

	Sujeto 1		Sujeto 2		Sujeto 3		Sujeto 4		Sujeto 5		Sujeto 6		Sujeto 7		Sujeto 8	
	Inicio	Fin	Inicio	Fin	Inicio	Fin	Inicio	Fin	Inicio	Fin	Inicio	Fin	Inicio	Fin	Inicio	Fin
CRS-R	3	4	8	10	9	15	6	10	13	13	6	8	14		9	12
Subpuntaje																
Auditivo	1	0	1	1	1	4	1	2	3	1	0	0	1	-	1	1
Visual	0	1	3	1	3	4	1	3	1	3	1	1	4	-	3	3
Motor	0	2	2	5	2	4	0	2	5	5	4	4	4	-	2	2
Oromotor	1	0	0	2	1	1	1	1	0	2	0	1	1	-	1	2
Comunicación	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	-	0	1
Despertar	1	1	2	1	2	2	3	1	3	1	1	1	3	-	2	3
Nivel de conciencia	SVSR	SVSR	EMC	EMC	EMC	EMC	SVSR	EMC	EMC	EMC	EMC	EMC	EMC		EMC	EMC

*Sujeto 7: sin datos de fin de evaluación debido a su derivación a otra institución. CRS-R: Escala revisada de recuperación de coma; SVSR: Síndrome vigil sin respuesta; EMC: Estado de mínima conciencia

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

REFERENCIAS

1. National Library of Medicine. MeSH. Consciousness disorders [Internet]. Bethesda, MD: NLM; 2023 [citado 2023 feb 9]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=disorder+of+consciousness>.

2. Wade DT. How many patients in a prolonged disorder of consciousness might need a best interests meeting about starting or continuing gastrostomy feeding? Clin Rehabil. 2018;32(11):1551-1564. <https://doi.org/10.1177/0269215518777285>.

3. Nakase-Richardson R, Whyte J, Giacino JT, et al. Longitudinal outcome of patients with disordered consciousness in the NIDRR TBI Model Systems Programs. J Neurotrauma. 2012;29(1):59-65. <https://doi.org/10.1089/neu.2011.1829>.

4. DeYoung S, Grass RB. Coma recovery program. Rehabil Nurs. 1987;12(3):121-124. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1987.tb00573.x>.

5. Garcia-Rill E. Arousal and movement disorders. En: Garcia-Rill E, editor. Arousal in neurological and psychiatric diseases. London: Elsevier; 2019. p.179-193.

6. Elliott L, Coleman M, Shiel A, et al. Effect of posture on levels of arousal and awareness in vegetative and minimally conscious state patients: a preliminary investigation. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2005;76(2):298-299. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2004.047357>.

7. Riberholt CG, Thorlund JB, Mehlsen J, et al. Patients with severe acquired brain injury show increased arousal in tilt-table training. Dan Med J. 2013;60(12):A4739.

8. Toccolini BF, Osaku EF, de Macedo Costa CR, et al. Passive orthostatism (tilt table) in critical patients: Clinicophysilogic evaluation. J Crit Care. 2015;30(3):655.e1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.12.018>.

9. Chang AT, Boots R, Hodges PW, et al. Standing with assistance of a tilt table in intensive care: a survey of Australian physiotherapy practice. *Aust J Physiother.* 2004;50(1):51-54. [https://doi.org/10.1016/s0004-9514\(14\)60249-x](https://doi.org/10.1016/s0004-9514(14)60249-x).
10. Moriiki T, Nakamura T, Kojima D, et al. Sitting position improves consciousness level in patients with cerebral disorders. *Open J Ther Rehabil.* 2013;1(1):1-3. <http://dx.doi.org/10.4236/ojtr.2013.11001>.
11. American Congress of Rehabilitation Medicine, Brain Injury-Interdisciplinary Special Interest Group, Disorders of Consciousness Task Force, et al. Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. *Arch Phys Med Rehabil.* 2010;91(12):1795-813. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.07.218>.
12. Candoni G, Lecuona D, Troia C, et al. Physiotherapeutic management of a sitting program for subjects with altered consciousness: a case series. *Research Square [Preprint]*, 2023 Dec 14 [citado 2024 ene 20]. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3717968/v1>.
13. Tamashiro M, Rivas ME, Ron M, et al. A Spanish validation of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). *Brain Inj.* 2014;28(13-14):1744-1747. <https://doi.org/10.3109/02699052.2014.947621>.
14. Kondziella D, Bender A, Diserens K, et al. European Academy of Neurology guideline on the diagnosis of coma and other disorders of consciousness. *Eur J Neurol.* 2020;27(5):741-756. <https://doi.org/10.1111/ene.14151>.
15. Krewer C, Luther M, Koenig E, et al. Tilt table therapies for patients with severe disorders of consciousness: a randomized, controlled trial. *PLoS One.* 2015;10(12):e0143180. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143180>.

Úlcera de Marjolin: actualización de conceptos, diagnóstico y tratamiento

Diego Sánchez-Martínez¹, José Sáenz-López², María J. Merlano-Contreras³, Luis Figueroa-Restrepo⁴ y Octavio Carrascal-Carrasquilla⁴

1. Grupo de Investigación GIBACUS. Universidad del Sinú. Seccional Cartagena. Colombia

2. Radiología e Imágenes Diagnósticas. Universidad del Sinú. Seccional Cartagena. Colombia

3. Dermatología. Universidad de Cartagena. Colombia

4. Cirugía plástica, Reconstructiva y Estética Universidad del Sinú. Seccional Cartagena. Colombia

RESUMEN

Se entiende como úlcera de Marjolin cualquier tipo de neoplasia cutánea agresiva que surge en lesiones cicatriciales con inflamación crónica. El hallazgo histopatológico más frecuente es el carcinoma escamocelular, seguido del basocelular y otro tipo de células malignas. El diagnóstico debe realizarse de manera temprana para su correcto abordaje terapéutico; el método más implementado y con mayor sensibilidad es la biopsia del tejido comprometido. El tratamiento más utilizado es el quirúrgico por medio de la escisión temprana y el uso de injertos de piel, pero con el paso del tiempo se han presentado nuevas técnicas y enfoques que cuidan la progresión de la lesión y así darle un mejor pronóstico de vida al paciente.

Palabras clave: úlcera, cicatriz, carcinoma de células escamosas, biopsia (DeCS).

Marjolin's Ulcer: Update on Concepts, Diagnosis, and Treatment

ABSTRACT

Marjolin's ulcer is any aggressive cutaneous neoplasm that arises in scar lesions with chronic inflammation. The most common histopathological finding is squamous cell carcinoma, basal cell carcinoma, or other types of malignant cells. Early diagnosis is essential for correct therapeutic management; the most widely used and sensitive method is a biopsy of the affected tissue. The most common treatment is surgical, involving early excision and skin grafting; however, over time, new techniques and approaches have been introduced to manage lesion progression, providing a better prognosis for the patient.

Keywords: Ulcer, Scar, Squamous cell carcinoma, Biopsy

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica son pocos los casos informados de malignización en cicatrices cutáneas. El término "úlcer de Marjolin" (UM) se refiere a lesiones ulcerativas que presentan degeneración neoplásica maligna sobre tejido cutáneo con procesos inflamatorios crónicos que no responden al tratamiento convencional¹. Las UM

se presentan en el 0,77-2% de las cicatrices por quemaduras y comprenden el 2% de todos los carcinomas de células escamosas². Antes, su etiología se asociaba principalmente a cicatrices por quemaduras, con una tasa del 76,5%, según la revisión de la literatura realizada en 2009 por Kerr-Valentic y cols.³. Sin embargo, la literatura actual engloba todas las neoplasias que se

Autor para correspondencia: diegosanchezmt@gmail.com, Sánchez-Martínez D.

Recibido: 3/04/24 Aceptado: 28/10/24 En línea: 27/11/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.347>

Cómo citar: Sánchez-Martínez D, Sáenz-López J, Merlano-Contreras MJ, Figueroa-Restrepo L, Carrascal-Carrasquilla O. Úlcera de Marjolin: actualización de conceptos, diagnóstico y tratamiento. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2024;44(4):e0000347.

desarrollan sobre tejido cicatricial, úlceras crónicas y procesos inflamatorios⁴. Los tumores que se identifican con mayor frecuencia son el carcinoma espinocelular y el basocelular, con una frecuencia del 88% y 12%, respectivamente. Recientemente, se han descrito otras neoplasias o coexistencia con sarcoma (5%), melanoma (6%) u otros (6%)⁴. Después de una amplia búsqueda en la literatura, solo se encontró un informe realizado por Hobbs y cols. sobre la aparición de múltiples UM sincrónicas² y no se encontraron informes asociados a fijadores externos mal cuidados⁵.

ESTADO DEL ARTE

Los primeros informes acerca de la UM fueron descritos por Aurelius Cornelius Celsius como lesiones malignas en cicatrices por quemaduras; sin embargo, fue en 1928 cuando Jean-Nicolas Marjolin describe formalmente esta degeneración en úlceras crónicas. Con posterioridad, Dvork postuló la idea de que la cicatrización prolongada de heridas paralela a la generación del estroma tumoral y al desarrollo de células atípicas en el proceso de curación de heridas podría conducir a malignidad. Otros investigadores han sugerido que el tejido cicatricial, que carece de una buena irrigación sanguínea, puede interferir con la acción de los linfocitos, que son cruciales para la identificación temprana de células cancerosas^{3,6}.

Hoy en día se han visto involucrados factores biológicos y mecánicos en el desarrollo de la UM, probando que las heridas crónicas no son simplemente procesos inflamatorios localizados, sino que pueden crear condiciones que producen degeneración maligna. Por lo anterior, "úlceras de Marjolin" (UM) se define actualmente como la formación de una neoplasia invasiva en una herida que ha sido crónicamente afectada⁶.

Anteriormente, se describía que las UM ocurrían de forma crónica, con una latencia media de 28,7 años; no obstante, se ha informado que estas pueden desarrollarse no solo de forma crónica, sino también de manera aguda. Las UM se denominan crónicas cuando aparecen 12 meses después de la lesión, y agudas cuando se presentan dentro de los primeros 12 meses, considerándose la última un caso sumamente infrecuente. No se han encontrado diferencias clínicas, histológicas o pronósticas entre ambas².

Hasta la fecha, no se ha establecido una fisiopatología concreta para el desarrollo de las UM, ya sea por quemaduras u otro tipo de heridas, pero se considera que su origen es multifactorial. Los posibles mecanismos relevantes para la aparición de esta patología se asocian al ambiente inflamatorio de las úlceras, la liberación de productos citotóxicos derivados de la actividad de los macrófagos en la herida, la alta capacidad mitótica, la mala vascularización, el pobre drenaje linfático y la teoría del co-carcinógeno, que sugiere que la lesión química y/o física estimula la proliferación de una célula maligna ya existente pero latente en un contexto inmunológicamente desfavorable del paciente, creando condiciones ideales para la carcinogénesis y formación de neoplasias como la UM^{2,7}. También se ha planteado la participación del

gen Fas en las cicatrices⁴. Las células sufren un proceso de hiperplasia basal, hiperplasia pseudoepitelial y, finalmente, cambios atípicos⁶.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

El diagnóstico se basa en el conjunto de signos y síntomas clínicos. La tríada clínica de las UM consiste en la presencia de lesiones nodulares, induración y ulceración de la lesión en un período mayor de 3 meses. Otros signos y síntomas incluyen márgenes de la herida evertidos, tejido de granulación excesivo, secreción purulenta y fétida, aumento de tamaño, sangrado al contacto, costras, perlas epiteliales y dolor^{4,5}. La localización anatómica donde se presenta con mayor frecuencia esta patología son las extremidades en un 60% de los casos, en la cabeza el 30% y el tronco el 10%⁶.

El procedimiento de referencia (estándar de oro) para el diagnóstico es el estudio histopatológico mediante biopsia, la cual está indicada en úlceras crónicas que no cicatrizan, para determinar si hay presencia de células malignas. A fin de evitar falsos negativos, es necesario tomar las biopsias a modo de mapeo tanto del borde como del fondo de la lesión para garantizar una muestra representativa que facilite un diagnóstico certero^{4,5}. Desafortunadamente, no está claro el tiempo adecuado para realizar la biopsia; algunos autores sugieren realizarla a las 3 semanas con manejo conservador, mientras que otros prefieren hacerlo después de 3 o 4 meses, ya que muchas de las úlceras donde se sitúan estas lesiones tardan varias semanas en cerrar por completo⁶. Sin embargo, cabe destacar que, ante la aparición de signos como los mencionados previamente, es preferible adelantar la toma de la muestra para obtener un diagnóstico lo más temprano posible.

Aunque no hay un protocolo de tratamiento establecido, el manejo quirúrgico es la piedra angular, que consiste en la escisión quirúrgica con márgenes de seguridad de al menos 1 centímetro, acompañada del uso de injertos de espesor parcial para cubrir el defecto^{6,6}. En cuanto a las extremidades, en aquellos pacientes que presenten invasión tumoral, gran tamaño, hemorragias o afectación de estructuras adyacentes, es preciso realizar la amputación de la zona afectada⁶. Otra alternativa para aquellos pacientes con tumores inoperables o que rechacen la cirugía es el uso de tratamientos adyuvantes como quimioterapia o radioterapia⁸. Existe controversia en cuanto a la realización de la linfadenectomía; la mayoría de autores sugiere llevar a cabo este procedimiento solo si se evidencian adenopatías palpables o tumoración comprobada, no de forma profiláctica⁶. Las variantes modificadas de los procedimientos anteriores incluyen el uso de colgajos libres, cirugía micrográfica de Mohs y criocirugía, en la que el cirujano, acompañado por el Servicio de Dermatología y/o Patología, realiza una evaluación integral del margen superficial y profundo utilizando histología de sección congelada. Si los márgenes resultan positivos, se justifica la resección o amputación; pero estas son opciones de alto costo y que requieren un equipo ade-

cuadramente capacitado⁵. Otras alternativas al manejo quirúrgico incluyen el interferón intralesional, la terapia fotodinámica y el láser de CO₂; este último parece eficaz en lesiones tempranas, de tamaño pequeño y sin invasión a tejidos profundos^{6,7}.

PRONÓSTICO, SEGUIMIENTO Y CONTROL

La supervivencia de estos pacientes depende de factores como el sitio donde se sitúan las lesiones, ya que las que se originan sobre tejido cicatricial son más agresivas y de peor pronóstico que aquellas que se originan sobre piel sana; la presentación clínica: son más agresivas las ulcerativas que las exofíticas; la localización: tienen peor pronóstico aquellas que se ubican en tronco y miembros inferiores; el tamaño; el mayor período de latencia; la histología y la existencia de metástasis ganglionar y a distancia⁴. Las tasas de supervivencia general se informan entre 66 y 80% a los 2 años, 65 al 75% a los 3 años y 34% a los 10 años; el porcentaje de recurrencia tras la cirugía oscila entre el 16 y el 37%, con un tiempo de latencia entre la exéresis y la reaparición del tumor de 4,6 meses^{2,5,8}. Las metástasis pueden ocurrir en un 22 al 35% de los casos, siendo los ganglios, los pulmones, el hígado y el cerebro los sitios donde se presentan con mayor frecuencia^{4,6}.

CONCLUSIÓN

La intención de este artículo es presentar la UM como una patología tumoral infrecuente y agresiva, que debe identificarse de manera temprana, y realizarle seguimiento y vigilancia de lesiones cicatriciales localizadas en la piel, teniendo en cuenta su evolución clinicopatológica para facilitar una intervención oportuna. De lo contrario, podría extenderse y desarrollar complicaciones como

metástasis nodular linfática, empeorando el pronóstico de los pacientes.

Contribuciones de autores: Conceptualización, Metodología, Validación, Análisis formal, Visualización, Supervisión, Administración de proyecto: DSM, LGF, OCC. Software, Investigación, Curación de datos, Redacción - Borrador original: DSM, JSL, MJM. Recursos: DSM, JSL, MJM, LGF, OCC. Redacción-Revisión y edición: DSM.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. Shah M, Crane JS. Marjolin ulcer. 2023 Jun 28. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-.
2. Martínez Jiménez HS, Guerrero Ramírez PD, Guijosa Ortega MF, et al. Marjolin's ulcer: a frequent and preventable complication. *Int J Med Sci Clin Res Stud*. 2023;3(3):403-406. <https://doi.org/10.47191/ijmscrs/v3-i3-23>.
3. Kerr-Valentic MA, Samimi K, Rohlen BH, et al. Marjolin's ulcer: modern analysis of an ancient problem. *Plast Reconstr Surg*. 2009;123(1):184-191. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181904d86>.
4. Prasetyo AT, Rizaliyana S, Saputro ID. Marjolin's ulcer: malignant transformation from burn scar. *J Rekonst Estetik*. 2021;3(1):15. <https://doi.org/10.20473/jrev.v3i1.24368>.
5. Kassir H, Moussa MK, El Hajj F, et al. Marjolin's ulcer of the forearm from 30-year-neglect of external fixator. *Int J Surg Case Rep*. 2021;80:105613. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.01.107>.
6. Segura-Marín H, Segura-Feria HJ, López-Ramos ÓA, et al. Úlcera de Marjolin, escenario final en la evolución de una Úlcera venosa crónica. *Rev Mex Angiol*. 2022;50(4):150-154. <https://doi.org/10.24875/RMA.22000029>.
7. Fahim EH, Shahidur Rahman AK, Ahmed B, et al. Clinicopathological evaluation of Marjolin's ulcer: a single center study. *J Surg Res*. 2022;5(3):549-558. <http://dx.doi.org/10.26502/jsr.10020255>.
8. Mousa AK, Elshenawy AA, Maklad SM, et al. Post-burn scar malignancy: 5-year management review and experience. *Int Wound J*. 2022;19(4):895-909. <https://doi.org/10.1111/iwj.13690>.

Juventudes: ¿logramos entenderlas? Un dispositivo de formación para referentes de programas universitarios en salud

Agustina Mutchinick¹, María V. Jalley¹, Nicolás Cacchiarelli San Román², Érica Delorenzi¹, Michelle D. Berk¹, María V. Kobelt³, Valeria G. Alonso⁴, Constanza M. Piola², Silvia M. Carrió², Tania V. Soza¹, Julieta Pinto⁵, Martina Ferrari⁵ y Gisela Schwartzman¹

1. Departamento de Educación. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

2. Departamento de Bienestar Estudiantil. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

3. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

4. Secretaría Académica. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

5. Carrera de Medicina. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: el artículo presenta y analiza una estrategia de formación docente realizada en una universidad de gestión privada en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. El dispositivo es una respuesta frente a un escenario desafiante con el cual docentes y responsables de programas educativos nos encontramos actualmente: estudiantes de carreras de grado con escasa participación en las actividades ofrecidas por la universidad y residentes que –entre sus demandas de mejores condiciones de formación y laborales– reclaman menos horas en el hospital, mejor trato de parte de quienes los supervisan, o muestran menor disposición para tomar responsabilidades adicionales. Asimismo, se multiplican las consultas a los equipos de apoyo por dificultades en la concentración, cansancio, desánimo, autoexigencia y falta de confianza en las propias capacidades. Estas escenas nos interrogan e interpelan en nuestro rol como educadores y nos invitan a indagar sobre el universo de las juventudes de hoy para acercar nuestras intervenciones a sus motivaciones y expectativas.

Desarrollo: en este marco se llevaron adelante unas jornadas que tuvieron como objetivo compartir preguntas, plantear debates y pensar posibles acciones que den respuesta a las actuales demandas de quienes se encuentran en formación en nuestra institución.

Resultados: en este artículo compartiremos el dispositivo diseñado y los resultados de su implementación. Se propuso un trayecto que partió desde una mirada individual para ir transitando hacia construcciones conjuntas, fundamentadas y situadas en nuestra propia institución.

Conclusiones: el trabajo realizado fue un primer paso en la identificación y comprensión de las decisiones y expectativas de las juventudes para poder acompañarlas en sus trayectos formativos de un modo valioso, pertinente y acorde con el actual contexto sociohistórico.

Palabras clave: juventudes, Educación Superior, Ciencias de la Salud, dispositivo.

Autor para correspondencia: agustina.mutchinick@hospitalitaliano.org.ar, Mutchinick A.

Recibido: 24/04/24 Aceptado: 05/11/24 En línea: 20/11/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i4.350>

Cómo citar: Mutchinick A, Jalley MV, Cacchiarelli San Román N, Delorenzi É, Berk MD, Kobelt MV, Alonso VG, Piola CM, Carrió SM, Soza TV, Pinto J, Ferrari M, Schwartzman G. Juventudes: ¿logramos entenderlas? Un dispositivo de formación para referentes de programas universitarios en salud. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2024;44(4):e0000350

Understanding Youths: A Training Program for Leaders of University Health Programs

ABSTRACT

Introduction: The article presents and analyzes a teacher training strategy implemented in a private university in the city of Buenos Aires, Argentina. This initiative responds to a challenging scenario currently faced by educators and educational program leaders: undergraduate students show limited participation in the activities offered by the university, and residents are demanding better training and working conditions, including fewer hours in the hospital, better treatment from supervisors, or show less willingness to take on additional responsibilities. Additionally, there is a growing number of support consultations regarding difficulties with concentration, fatigue, discouragement, self-imposed pressure, and a lack of confidence in their abilities. These situations prompt us, as educators, to reflect on and examine the world of today's youth to better align our interventions with their motivations and expectations.

Development: In this context, we held a series of sessions aimed at sharing questions, fostering debates, and considering possible actions to address the current demands of those in training at our institution.

Results: In this article, we will share the designed program and the results of its implementation. The approach began with an individual perspective and gradually progressed toward collaborative, well-grounded constructs rooted in our institution.

Conclusions: This work was a first step in identifying and understanding the decisions and expectations of young people to support them in their educational journeys in a meaningful, relevant way that aligns with the current socio-historical context.

Keywords: Youths, Higher Education, Health Sciences, Initiative.

INTRODUCCIÓN

Gestionar una Institución de Educación Superior requiere reconocer las particularidades de la población estudiantil, sus intereses y expectativas para acompañar sus trayectorias. Es posible que en el devenir de conocer y comprender las singularidades de quienes estudian, se ponga en juego diversidad de miradas sobre lo que necesitan y cómo se espera que transiten los espacios educativos. Sumado a esto, se observa baja participación de estudiantes de carreras de grado en las actividades ofrecidas por la universidad y residentes que –en sus demandas de mejores condiciones de formación y laborales– incluyen menos horas en el hospital y mejor trato de parte de quienes los supervisan, a la vez que menor disposición para tomar responsabilidades adicionales. Asimismo, se multiplican las consultas a los equipos de apoyo por dificultades en la concentración, cansancio, desánimo, autoexigencia y falta de confianza en las propias capacidades. Estas escenas nos interrogan e interpellan en nuestro rol como educadores y nos invitan a indagar sobre el universo de las juventudes de hoy para acercar nuestras intervenciones a sus motivaciones y expectativas.

Los escenarios en los cuales los jóvenes transitan, producto en parte de las transformaciones estructurales producidas por las reformas liberales del último cuarto del siglo XX y el desarrollo tecnológico acelerado, se encuentran atravesados por un nuevo clima de época caracterizado, entre otros aspectos, por la falta de seguridades sobre la reproducción en el mismo nivel social, por la necesidad de una formación permanente, por la

desprofesionalización de las profesiones¹⁻³. Por lo tanto, no es extraño que las maneras de ubicarse frente a su formación sean distintas de aquellas que tenían sus predecesores.

Entendemos la juventud como una categoría que se construye en el juego de las relaciones sociales. Al igual que la infancia, la adultez y la vejez, la juventud no se define exclusivamente por la edad ni se entiende igual en diversos contextos. Es decir, los comportamientos, compromisos y expectativas de las personas son diferentes en función del contexto social, tecnológico, económico y cultural en el que viven. Por lo tanto, más que juzgar a los jóvenes de hoy por aquello que hacen o dejan de hacer, es necesario comprenderlos en relación con la situación histórica y social que condiciona sus maneras de vivir⁴. Al reconocer las condiciones cambiantes en diversos contextos sociohistóricos podemos comprender en parte las dificultades comunicacionales y relacionales que existen entre las distintas generaciones en general y, en particular, las que suceden entre quienes participamos en la formación en instituciones de Educación Superior.

Este artículo presenta una estrategia de formación docente realizada en la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires (UHIBA), que cuenta actualmente con 8 carreras de grado, más de 30 de posgrado y gestiona más de un centenar de formaciones en servicio en ámbitos asistenciales de un hospital.

A partir de las inquietudes presentadas, un equipo interdisciplinario de la universidad formado por profesionales de la Secretaría Académica y de los Departamentos de Bienestar Estudiantil, de Educación y de

Posgrado y por estudiantes de la carrera de medicina, integra un grupo de investigación que indaga la temática de las juventudes en el espacio universitario en el campo de la salud. Dicho trabajo se focaliza en jóvenes que se encuentran formándose en instituciones universitarias de grado y en programas de residencias en ciencias de la salud. En sinergia con esa investigación, este equipo diseñó e implementó un dispositivo de formación⁵ para referentes docentes de todos los programas formativos de la institución.

En este artículo compartiremos el dispositivo diseñado, los resultados de su implementación y reflexiones que esperamos contribuyan a seguir ideando experiencias inclusivas y convocantes.

DESARROLLO

Las III Jornadas Institucionales de Formación Docente *¿Juventudes: ¿logramos entenderlas? Expectativas y decisiones de estudiantes y residentes* tuvieron lugar en octubre de 2023. Se convocó a participar durante dos días a quienes lideran carreras de grado, de posgrado y residencias en nuestra institución. La intención fue reconocer las características de las juventudes que se forman en la Institución, problematizar las concepciones actuales acerca de la temática⁶ y apropiarse de nuevos saberes y repensar dimensiones de la vida universitaria en las que sea posible trazar líneas de intervención para acompañar a las juventudes. Todo ello en diálogo e interacción entre colegas.

Las jornadas se desarrollaron en cuatro grandes momentos:

1. Indagación y puesta en juego de ideas previas
2. Conceptualizaciones desde el campo de la sociología (a cargo de Marcelo Urresti, con reconocida trayectoria en esta temática)
3. Articulación entre las ideas propias, las conceptualizaciones y el contexto institucional
4. Proyección de líneas de trabajo institucionales

Los bloques 1, 2 y 4 se estructuraron como talleres con un diseño acorde con los principios de formación docente ya consolidados en experiencias previas⁶. Detallamos a continuación el sentido de cada uno.

1. El primer bloque puso el foco en indagar y explicitar las concepciones previas sobre las juventudes a la vez que sensibilizar en la temática. Las personas poseen conceptos que muchas veces tienen escasas relaciones entre sí y que conforman teorías (intuitivas o falsas) que pueden constituir obstáculos para el aprendizaje. Por ello es necesario explicitarlas, ponerlas en tensión y reflexionar sobre ellas⁷. Sobre este principio se planteó una actividad en varios momentos:
 - a. Buscar imágenes que representaran tanto a la juventud actual como a la de generaciones anteriores e intercambiar sobre las imágenes elegidas, aprovechando su potencial simbólico y sintético.
 - b. En grupos conformados aleatoriamente, con una dinámica de tribunas, debatir sobre las siguientes posiciones preasignadas: “Los jóvenes de hoy son mejores que cuando nosotros éramos jóvenes” o

“Nosotros como jóvenes éramos mejores que los jóvenes actuales”.

- c. Reflexionar sobre los argumentos del debate⁸ y elaborar preguntas para “llevar” a la conferencia que seguía a continuación.

De este modo, las diferentes miradas en torno a un mismo objeto ayudan a entender la complejidad de los hechos y favorecen el respeto por las diferencias. Al recoger distintas opiniones y escuchar ejemplos y contraejemplos que justifican los puntos de vista opuestos se favorece un proceso cognitivo que ayuda a entender el problema. A su vez, las preguntas del cierre querían crear un espacio de diálogo y reciprocidad⁷. Como plantea Perkins⁹, esa reciprocidad es la condición necesaria para favorecer el desarrollo de procesos reflexivos que generen construcción de conocimiento en el marco de una enseñanza para la comprensión. Con esas ideas, problematizaciones y preguntas en mente, se propuso participar del espacio siguiente.

2. La conferencia a cargo de Marcelo Urresti, sociólogo experto en la temática, tuvo como objetivo brindar conceptualizaciones teóricas del campo de la sociología para una mayor comprensión de las juventudes que se forman en la educación superior en el campo de la salud. Para situar su exposición en la especificidad de la salud y la realidad institucional, el equipo organizador tuvo previamente intercambios con el especialista. Entre sus ideas principales destacó las modificaciones que están teniendo lugar desde la última mitad del siglo pasado en las profesiones liberales, en la educación, en la comunicación digital y en los valores que se sostienen y priorizan, lo cual genera formas distintas de ser joven en la actualidad.
3. El tercer bloque invitó a retomar las reflexiones y preguntas del primer bloque y revisarlas a partir de las conceptualizaciones de la conferencia. Luego se solicitó: “Representar una escena que evidencie la relación entre las ideas de la conferencia y situaciones cotidianas con quienes se forman en nuestros espacios de formación”. Cada grupo elaboró su escena considerando una categoría teórica desarrollada en la conferencia:

- La desprofesionalización de las profesiones
- Los valores materialistas y posmaterialistas
- Los vínculos y comunicación de y con las nuevas generaciones

Esta actividad permitió revisar preguntas previas a partir de las conceptualizaciones, y situar ahora la temática en los propios ámbitos de desempeño docente. La reflexión plenaria permitió, a través de la interpretación de las escenas representadas, la consolidación de ideas para operar en la realidad cotidiana.

4. El cuarto momento recogió lo realizado durante las Jornadas y se enfocó en acciones posibles de implementar. Se propuso:
 - a. Bosquejar líneas de acción para trabajar la comunicación, comprensión y acercamiento con estudiantes, residentes, colegas u otros actores

jóvenes. Para andamiar el proceso de producción se dispusieron algunas preguntas: ¿Por qué es valioso proponer “esto” a tus estudiantes/residentes/colegas? ¿Qué acciones deberían acompañar las líneas de trabajo propuestas? ¿Quiénes serían sus responsables? ¿En cuál te gustaría sumarte desde tu rol institucional? ¿En qué tiempos podría desarrollarse? ¿Identificás antecedentes que sería valioso retomar?

- b. Registrar los recursos (materiales o “personas aliadas”) con los que se cuenta y aquellos necesarios para llevar adelante la propuesta.
- c. Responder: “¿Qué le contarías el lunes a tu equipo respecto de lo que aprendiste en las jornadas?”. Esta actividad tuvo la intención de poner de relieve las ideas centrales que cada participante “se llevó” de las jornadas y evidenciar su rol en la transferencia de lo aprendido a sus equipos de trabajo.

En síntesis, este dispositivo propuso actividades diversas pero articuladas que, en sucesivas aproximaciones¹⁰, crearon condiciones para que quienes participaron pudieran reconocer y trabajar sobre sus saberes, ponerlos en tensión, dialogar con conceptualizaciones provenientes de la investigación e incluso descubrir “categorías” para describir situaciones que ya conocían o experimentaban. El propósito último fue reflexionar sobre los conceptos situándolos en el propio contexto y fortalecer lazos entre profesionales de la misma institución.

“El protocolo del presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación Universitaria de la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires (número de protocolo 0011-23) resolviendo que el mismo ‘no presenta objeciones éticas’”.

RESULTADOS/ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

De las jornadas participaron 47 directivos y docentes del IUHIBA de 8 carreras de grado, 12 programas de residencias, 5 especializaciones, 2 maestrías, 2 doctorados y 8 áreas de gestión institucional. A la conferencia, que era abierta a otros formadores de la Institución, concurrieron 64 personas.

Utilizando como organizadores los bloques de actividad, se analizan los resultados de la puesta en marcha del dispositivo.

• *Bloque 1-¿De qué hablamos cuando hablamos de juventudes?*

Las actividades permitieron evidenciar las representaciones de la comunidad docente y poner en discusión la idea de la juventud como una entidad monolítica, reflexionar sobre cómo difieren las actuales juventudes de las generaciones anteriores y caracterizar a las actuales reconociendo que son productoras y producto de la sociedad.

Las principales reflexiones surgidas de la actividad de tribunas evidenciaron por parte de los jóvenes de hoy:

- el cuestionamiento a los mandatos sociales y a los valores de las generaciones pasadas (de trabajo, de familia, de los tiempos que deben dedicar a sus responsabilidades),
- el hallar placer como prioridad en las actividades que realizan.

Allí surgió un debate sobre si ello implica falta de compromiso con las tareas o si su compromiso es con otras actividades y espacios personales, diferentes de aquellos de las generaciones pasadas. En palabras de quienes participaron:

“Antes teníamos más proyectos a largo plazo, ideales y proyectos colectivos. Se permitía construir espacios más grupales y menos individuales”.

“El compromiso tiene una métrica distinta, la escala de valor es distinta. Hay un compromiso de los jóvenes a su manera, con su métrica, con ellos mismos, con el disfrute”.

“La juventud actual distribuye mejor la vida, no es todo trabajar, no es todo placer, es mejor distribuido”.

Apareció con frecuencia la idea de que las nuevas juventudes son diferentes porque la realidad también lo es. “No podemos mantener los mismos patrones ni los mismos paradigmas porque el mundo cambió.” Las juventudes actuales “tienen otro contexto muy complejo” en el cual deben vivir y formarse. También se mencionó la importancia de no pensar en términos dicotómicos de bueno y malo: “las juventudes son diferentes, ni mejores ni peores, son valiosas y potenciales”; “El debate de antes y ahora atrasa, siempre es contextual y subjetivo”. En esta línea los desafíos que surgen para las personas adultas son “no exigirles que tienen que aprender o ser como nosotros/as queremos que sean”, desterrar prejuicios, acompañar, buscar posiciones intermedias, dialogar, entender, alojar. Por último, vale aclarar que varios participantes mostraron preocupación por lo que consideran una “dependencia tecnológica”.

• *Bloque 3 - Las juventudes en los programas de formación*

A través de la reflexión y dramatización de escenas, se integraron conceptualizaciones de la conferencia de Urresti con percepciones y experiencias. Quienes participaron reflejaron la desprofesionalización de las profesiones, los valores materialistas y posmaterialistas, y los vínculos y la comunicación de y con las nuevas generaciones en las siguientes escenas:

- Una elección de jefe de residentes sin residentes salientes con interés en ocupar el puesto.
- Una cirugía muy interesante fuera de horario y que ningún residente quisiera quedarse a presenciarla, pidiendo que la filmen para verla luego virtualmente.
- Clases presenciales y virtuales donde a un docente le es muy difícil mantener la atención y participación de los estudiantes.
- Una residente que comunica a su familia que decidió abandonar su formación poniendo en cuestionamiento el mandato familiar, en pos de la búsqueda de la libertad y felicidad.
- Un joven le cuenta a su familia que elegirá la carrera de Medicina y es cuestionado ya que se plantea que la medicina no es rentable.
- Un paro donde se reclaman salarios y condiciones de trabajo dignos.

Durante la reflexión, en relación con la *desprofesionalización de las profesiones*, se mencionó la desvalorización que sufren las profesiones del campo de la salud y cómo eso afecta el interés de las juventudes que se forman actualmente.

“La profesión de médico se fue desvalorizando. La idea de no generar mucho dinero, tener muchos trabajos, guardias y consultorios. Esas cosas que ven de nosotros todo el tiempo y no les da ganas de repetir.” “Va pasando el tiempo y siempre es un poco más difícil comprarse un departamento, parece que no vas a llegar a eso. Independencia limitada. Eso prolonga la juventud. Antes los profesionales ganaban mejor, entonces invertían el mismo tiempo y tenían mejor calidad de vida.”

“Antes había competencia por quien quería ser jefe y ahora hay que rogarles.”

Respecto de *los valores materialistas y posmaterialistas*, se manifestaron diferencias entre los valores de ambas generaciones, que en ocasiones se contraponen y dificultan el diálogo. Una cuestión que surgió repetidamente es que los adultos consideran que los jóvenes conciben las profesiones de la salud como un trabajo, no como un proyecto de vida. Es una de las actividades que tienen, no la única ni (en algunos casos) la más importante. Su bienestar es una variable que ocupa para las nuevas generaciones un lugar central de su vida. Entonces el esfuerzo que depositan estudiantes y residentes no se acerca al que sus docentes esperan:

“...no les interesa operar los sábados”.

“Ahora lo piensan como un trabajo, nosotros lo pensábamos como un proyecto de vida, valía la pena el esfuerzo, era una experiencia trascendental”.

“Es parte de su bienestar poner límites con los horarios, tienen otra forma de ver la vida”.

Sobre *los vínculos y la comunicación de y con las nuevas generaciones*, se señalaron dificultades para relacionarse con los jóvenes, con sus elecciones. “Eligen otro camino que no es el que nosotros les planteamos” y el “desafío es escuchar, aprender e intentar entender”.

Por último, asomaron reflexiones vinculadas a la responsabilidad de la Institución y de los equipos docentes ante este cambio generacional ¿Qué hacen las instituciones con estas nuevas ideas y valores que traen las juventudes y son centrales para entender sus trayectorias formativas? ¿Qué hacemos para acoger y acompañar a estas nuevas generaciones? Preguntas que anticiparon el trabajo en el siguiente bloque.

• *Bloque 4 -Intervenciones y propuestas de trabajo*

En el momento de capitalizar lo aprendido y proyectar líneas de intervención surgieron ideas generales, más cercanas a principios de acción que propuestas concretas. Se centraron principalmente en:

- ❖ Convocar a estudiantes y residentes a ser parte de la reflexión y elaboración de propuestas y realizar con toda la comunidad evaluaciones periódicas para analizar el cumplimiento de las metas deseadas.
- ❖ Incluir a los jóvenes en formación en áreas de gobernanza.
- ❖ Fomentar la pertenencia con la institución.
- ❖ Trabajar en pos de tener un buen clima laboral.
- ❖ Ofrecerles incentivos a corto plazo que les sean de interés o consideren de valor, tales como la participación en congresos, y espacios de esparcimiento.

- ❖ Establecer una comunicación y escucha verdaderas.
- ❖ Brindar mayor autonomía para que los residentes manejen sus tiempos.

Resulta de interés, además, compartir algunas ideas presentadas por el especialista Marcelo Urresti, ya que permitirán comprender mejor las conceptualizaciones con las que dialogaron quienes asistieron a las jornadas.

La conferencia hizo foco en las juventudes que transitan las instituciones de Educación Superior de grado y de posgrado. A continuación presentamos las principales ideas abordadas:

La juventud es una categoría construida socialmente. La idea de juventud empieza a existir en el siglo XIX y se consolida como grupo específico a mediados del siglo XX. La juventud se enuncia como moratoria social, donde hay madurez biológica y psicológica, pero no social, como un período de juego, de experimentación, en el que no tienen definida su vida como adultos. En esta moratoria, el joven atraviesa un conjunto de transiciones hacia la adultez:

- De los estudios al trabajo
- De la dependencia económica a la independencia material
- De la dependencia habitacional al hogar propio
- Maduración psicoafectiva y constitución de la pareja propia
- De la posición de hijos a la posición virtual de padres

Estas transiciones son más largas o más cortas según las sociedades y los estratos sociales de dichas sociedades.

- Las transformaciones de las últimas décadas en las profesiones, el ámbito educativo, la comunicación digital y los criterios para definir el valor de las experiencias son constitutivas del espacio social en el que se desenvuelven estas juventudes y permiten explicar (en parte) sus maneras de transitar su formación.
- Las profesiones están en decadencia desde hace aproximadamente 30 años: de autonomía, de reconocimiento y de remuneración. Se comienzan a ver desde hace unos años los síntomas de una desprofesionalización de las profesiones. Están perdiendo sus privilegios, se vivencia la caída de la autoridad del saber técnico especializado, el aumento de la desconfianza sobre los saberes expertos y la asalarización de los profesionales.
- En lo educativo hay una necesidad constante de actualización: cada vez hay que estudiar más tiempo (proliferación de maestrías y doctorados) y cada vez se prolonga más el poder estabilizar una carrera profesional.
- Respecto de la comunicación, hay una tendencia hacia la individualización, que modifica la relación con la información, el aprendizaje y la formación, ahora disponibles en la red de manera gratuita y personalizada según los intereses individuales. La revolución digital ha unificado todos los medios de comunicación, transformando los contenidos

en formatos digitales y el consumo de estos en formato “on demand”.

- Se constituye una nueva subjetividad que contrasta con aquella concepción basada en el esfuerzo, la disciplina y la acumulación de riqueza a largo plazo. Las nuevas generaciones buscan el equilibrio entre su vida personal y laboral. Estos nuevos valores, entendidos como “posmateriales”, se vinculan con la búsqueda del bienestar integral y con la valoración de la libertad por sobre la seguridad en el marco de una temporalidad cortoplacista. Las juventudes de hoy muestran una sensibilidad y emotividad distinta; son socializadas a través de un mandato centrado en la búsqueda de la felicidad, con una actitud más flexible hacia el cambio y la renuncia. La idea del “yo primero” parece prevalecer sobre el compromiso con los demás y altera la dinámica de las relaciones interpersonales. No tiene que ver con el individualismo, sino con el “narcisismo” de las nuevas generaciones.

En síntesis, tal como lo plantea Urresti, el camino de las juventudes hacia la adultez se ve afectado por cambios significativos en la sociedad actual. Se vive en una sociedad que requiere una formación permanente, donde la estabilización de la carrera profesional y la independencia material son más tardías y los vínculos afectivos son menos duraderos.

Es interesante mencionar que el carácter abierto de la conferencia permitió la participación de otros actores institucionales, que luego solicitaron al equipo gestor de las jornadas nuevos espacios de reflexión para el abordaje de la temática.

Como dispositivo integral, las Jornadas lograron acercar “a responsables de la formación de grado y posgrado” herramientas para profundizar la comprensión de las juventudes que se forman en nuestra universidad y, a la vez, permitieron comenzar a delinear principios de acción para dialogar, acercar posiciones y ampliar la escucha.

CONCLUSIONES

Los desencuentros intergeneracionales inspiraron la necesidad de identificar y comprender las decisiones y expectativas de las juventudes para poder acompañarlas en sus trayectos formativos de un modo valioso, pertinente y acorde con el actual contexto sociohistórico. Las jornadas fueron un importante primer paso, un espacio que permitió compartir preguntas, plantear debates y pensar posibles acciones que den respuesta a las actuales demandas de quienes se encuentran en formación en nuestra Institución.

A lo largo de dos días se propuso un trayecto que partió desde una mirada individual para ir transitando hacia construcciones conjuntas, fundamentadas y situadas en nuestra propia Institución.

Esperamos que este dispositivo sea un aporte para ser utilizado/replicado/adaptado a otras instituciones o espacios que lo consideren valioso. Aspiramos, además, a que quienes participaron puedan compartir en sus espacios de pertenencia estas reflexiones. Desde el equipo de investigación se intentará dar continuidad para identificar qué nuevas acciones pueden favorecer estos intercambios y sostener la búsqueda de intervenciones que reconozcan los principios de acción relevados. Cabe destacar que varios responsables que participaron en las jornadas manifestaron interés por replicar el dispositivo con sus equipos de trabajo.

Contribuciones de los autores: Conceptualización, Metodología, Investigación, Recursos: AM, MVJ, NCSR, ÉD, MDB, MVK, VGA CMP, SMC, GS. Escritura-Borrador original: AM, NCSR, ÉD, MDB, MVK, VGA, CMP, SMC, TVS. Escritura-Revisión y edición: AM, MVJ, GS. Administración del proyecto: AM, NCSR. Recursos: TVS. Investigación: JP, MF.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. CEPAL. División de Desarrollo Social. Juventud y cohesión social en Iberoamérica: un modelo para armar. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2008.
2. Maldonado MM. Noviazgo, emotividad y conflicto: relaciones sociales entre alumnos de la escuela media argentina. RMIE Rev Mex Invest Educ. 2005;10(26):719-737.
3. Campillo Díaz M, Sáez Carreras J. La universidad desde sus imágenes: profesionalización, desprofesionalización o proletarización en la universidad contemporánea. Athenea Digital. 2013;13(1):121-137.
4. Urresti M. Paradigmas de participación juvenil: un balance histórico. En: Balardini S, comp. La participación social y política de los jóvenes en el horizonte del nuevo siglo. Buenos Aires: CLACSO; 2000. p. 117-206.
5. Anijovich R, Cappelletti G, Mora S, et al. Transitar la formación pedagógica: dispositivos y estrategias. Ciudad de Buenos Aires: Paidós; 2009.
6. Schwartzman G, Eder ML, Roni C. Formación docente en y para la universidad: dispositivos y prácticas en ciencias de la salud. REDU Rev Docen Univ. 2014;12(4):179-201.
7. Litwin E. El oficio de enseñar: condiciones y contextos. Buenos Aires: Paidós; 2008.
8. Schön D. La formación de profesionales reflexivos. Barcelona: Paidós; 1992.
9. Perkins D. ¿Qué es la comprensión? En: Wiske MS, comp. La enseñanza para la comprensión. Buenos Aires: Paidós; 1999. p.69-92.
10. Carlino P. Escribir, leer, y aprender en la universidad: una introducción a la alfabetización académica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2005.

Abordaje endoscópico transpterigoideo para papiloma invertido del seno esfenoidal: Informe de un caso

Candelaria Serrano¹, Micaela Redivo², María del Pilar Minghera² y Carlos Santiago Ruggeri¹

1. Rinosinusología y Base de Cráneo, Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

2. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una mujer que tuvo un papiloma invertido en el seno esfenoidal.

El esfenoides fue muy neumatizado y el papiloma invertido se extendió a un receso lateral del seno, más allá de la arteria carótida interna paraclival, que fue proclivente.

Se hizo un abordaje endonasal unilateral, combinando una esfenoidotomía bilateral con septectomía posterior con un abordaje transpterigoideo, para exponer el receso lateral neumatizado del esfenoides localizado detrás de la pared posterior del maxilar.

El papiloma invertido fue resecado en forma completa, sin evidencia de recurrencias.

Palabras clave: papiloma invertido, seno esfenoidal, cirugía endoscópica, abordaje transpterigoideo.

Transpterygoid Endoscopic Approach for Inverted Papilloma of the Sphenoid Sinus: A Case Report ABSTRACT

We describe a clinical case of a woman with an inverted papilloma in the sphenoidal sinus.

The sphenoid was highly pneumatized, and the inverted papilloma extended into a lateral recess of the sinus beyond the paraclival segment of the internal carotid artery, which was prominent.

We performed a unilateral endonasal approach, combining a bilateral sphenoidotomy with a posterior septectomy and a transpterygoid approach to expose the lateral pneumatized recess of the sphenoid located behind the posterior wall of the maxilla.

We resected completely the inverted papilloma with no evidence of recurrence.

Keywords: inverted papilloma, sphenoidal sinus, endoscopic surgery, transpterygoid approach

INTRODUCCIÓN

El papiloma invertido (PI) es un tumor benigno que se origina de la mucosa de las fosas nasales y senos paranasales. Se caracteriza por su agresividad local, tendencia a la recurrencia, malignización y posible relación con la infección por el virus del papiloma humano¹.

El epitelio tiene un patrón de crecimiento invertido, se invagina y crece dentro del estroma subyacente, pero la membrana basal permanece intacta².

El compromiso aislado del seno esfenoidal es muy raro y la resección completa del tumor es desafiante por las posibilidades que tiene el tumor de erosionar el hueso y extenderse a estructuras vitales adyacentes como el nervio óptico, los nervios oculomotores y la arteria carótida interna. También las variantes anatómicas del esfenoides, como una excesiva neumatización con amplios recesos laterales, dehiscencia o prominencia de la arteria carótida interna, del nervio óptico o los septos que se insertan en

Autor para correspondencia: carlos.ruggeri@hospitalitaliano.org.ar, Ruggeri CS.

Recibido: 21/05/24 Aceptado: 1/09/24 En línea: 10/10/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.356>

Cómo citar: Serrano C, Redivo M, Minghera MP, Ruggeri CS. El problema del suicidio. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2024;44(4):e0000356.

el segundo par craneal o en la arteria carótida pueden incrementar las dificultades de la resección quirúrgica y las complicaciones.

Describimos el caso de una mujer que tuvo un papiloma invertido aislado en el seno esfenoidal, con neumatización lateral distal a la arteria carótida paraclival.

Fue tratada con éxito mediante un abordaje endonasal transpterigoideo al esfenoides con asistencia de endoscopios.

La poca frecuencia de la localización del papiloma invertido en el esfenoides, la realización del abordaje transpterigoideo para acceder al receso lateral del seno esfenoidal, ocupado por el tumor, y la implantación del tumor en la arteria carótida nos parecieron de relevancia para describir el caso clínico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 54 años consultó por obstrucción nasal izquierda y rinorrea hialina de 10 meses de aparición. Mediante endoscopia nasal se observó una lesión polipoidea en el tercio posterior de la fosa nasal izquierda.

En la tomografía computarizada de macizo facial se diagnosticó un tumor polipoideo que ocupaba la mitad del seno esfenoidal y el tercio posterior de la cavidad nasal izquierda con extensión a rinofaringe. El esfenoides tuvo una neumatización lateral bilateral y no se detectó erosión ósea. Se observaron las arterias carótidas procidentes y septos que se insertaron en ellas (Fig. 1).

Se realizó una biopsia por vía endonasal con endoscopios.

El informe histopatológico fue: papiloma invertido nasosinusal.

En la resonancia magnética con contraste se observó una lesión isointensa en T1, de aspecto cerebriforme con realce poscontraste que ocupaba el seno esfenoidal izquierdo y el tercio posterior de la cavidad nasal (Fig. 2).

Se indicó tratamiento quirúrgico, realizando –bajo anestesia general– un abordaje endonasal-transmaxilar-transpterigoideo con esfenoidotomía izquierda asistido con endoscopios.

Se hicieron una antrastomía maxilar y etmoidectomía anterior y posterior con resección del cornete medio, y se fresó la base de la apófisis pterigoides, ampliando la esfenoidotomía izquierda previa, para exponer el tumor dentro del esfenoides y en su receso lateral. Se resecó el PI disecándolo del sitio de implantación en la arteria carótida paraclival izquierda.

Al finalizar la cirugía se colocó matriz hemostática y no se utilizó taponaje nasal (Fig. 3).

La paciente permaneció internada en sala común y recibió el alta hospitalaria 24 horas después. Tuvo una buena evolución y en los controles con endoscopia en consultorio; mediante resonancia magnética no se detectaron recurrencias del papiloma invertido durante un seguimiento de 1 año (Fig. 4).

DISCUSIÓN

El papiloma invertido se origina con mayor frecuencia en la pared nasal lateral.

Su localización aislada en el seno esfenoidal es infrecuente (entre el 1 y el 12,7%)^{3,4}.

Al originarse dentro del seno esfenoidal puede ser asintomático durante mucho tiempo hasta que erosiona la pared anterior y produce obstrucción nasal o cefaleas por compresión.

La tomografía computarizada de macizo facial diagnóstica una ocupación parcial o total del seno esfenoidal y puede detectar zonas de hiperostosis que, para algunos, indican el sitio de implantación del tumor y zonas de erosión ósea^{5,6}.

Se puede determinar el grado de neumatización del seno y la presencia de recesos laterales que se extienden por detrás de la pared posterior del maxilar y variantes

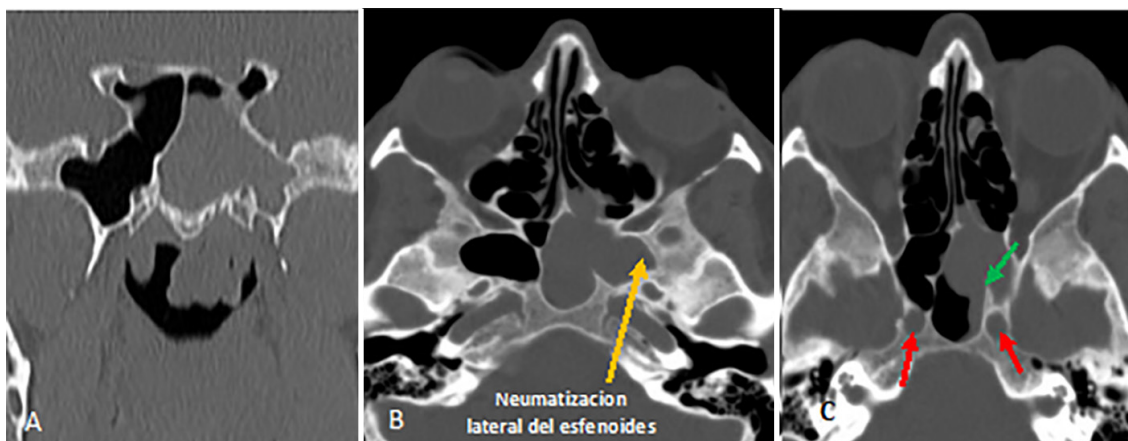


Figura 1. Tomografía computarizada de macizo facial. **A.** Corte; **B y C.** Corte axial: se observa la ocupación del seno esfenoidal izquierdo con extensión de aspecto polipoideo a la rinofaringe. El seno esfenoidal tiene una neumatización lateral (flecha amarilla) y se ven las arterias carótidas procidentes dentro del seno (flechas rojas) con un tabique óseo insertado en la arteria (flecha verde).

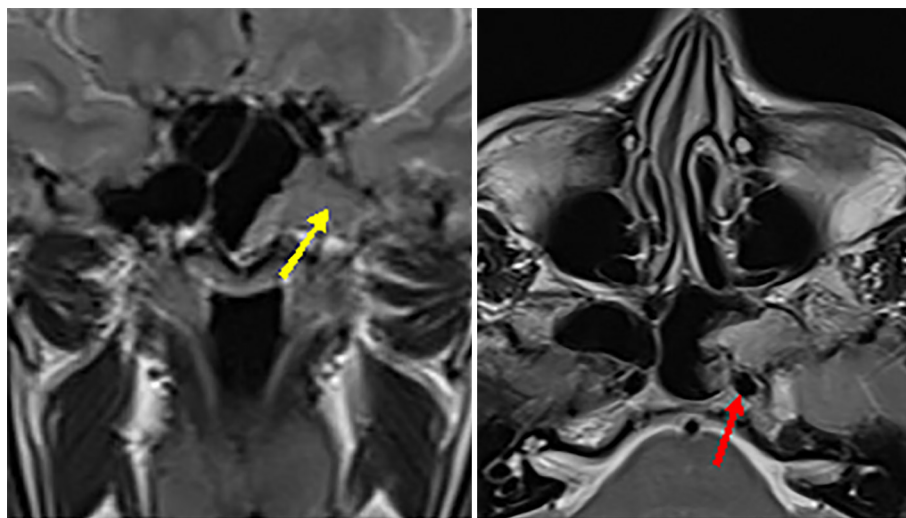


Figura 2. Resonancia magnética (cortes coronales y axiales) después de la biopsia endonasal: se observa el papiloma invertido en el seno esfenoidal izquierdo con extensión al receso lateral (flecha amarilla), las arterias carótidas internas procidentes dentro del seno esfenoidal y la arteria carótida izquierda en contacto con el tumor (flecha roja).

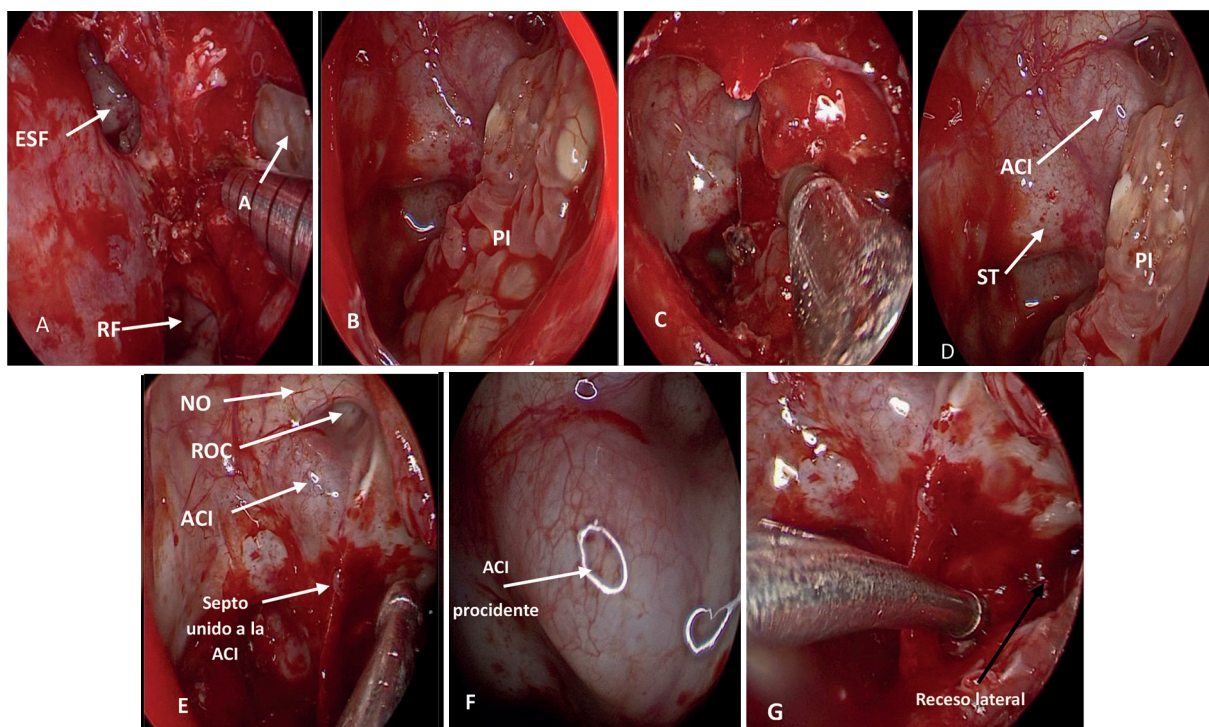


Figura 3. Esfenoidotomía parasfenoidal bilateral con septectomía posterior y abordaje transpterigoideo (visión endoscópica). **A.** Corredor nasal donde se observa la antrostomía maxilar (AM), la esfenoidotomía (ESF), rinofaringe (RF) y la turbinectomía media. **B.** Se observa el papiloma invertido (PI) sobre el sector izquierdo del seno esfenoidal a través de la esfenoidotomía bilateral. **C.** Fresado de la base de la apófisis pterigoides para mejorar la visión del PI en el receso esfenoidal lateral izquierdo. **D.** Se ven el PI, la arteria carótida interna (ACI) procidente y la silla turca (ST). **E.** Arteria carótida interna procidente (ACI), receso óptico-carotideo (ROC), nervio óptico (NO) y septo que se inserta en la arteria carótida. **F.** Arteria carótida interna procidente (ACI). **G.** Receso lateral sin PI al finalizar la cirugía.

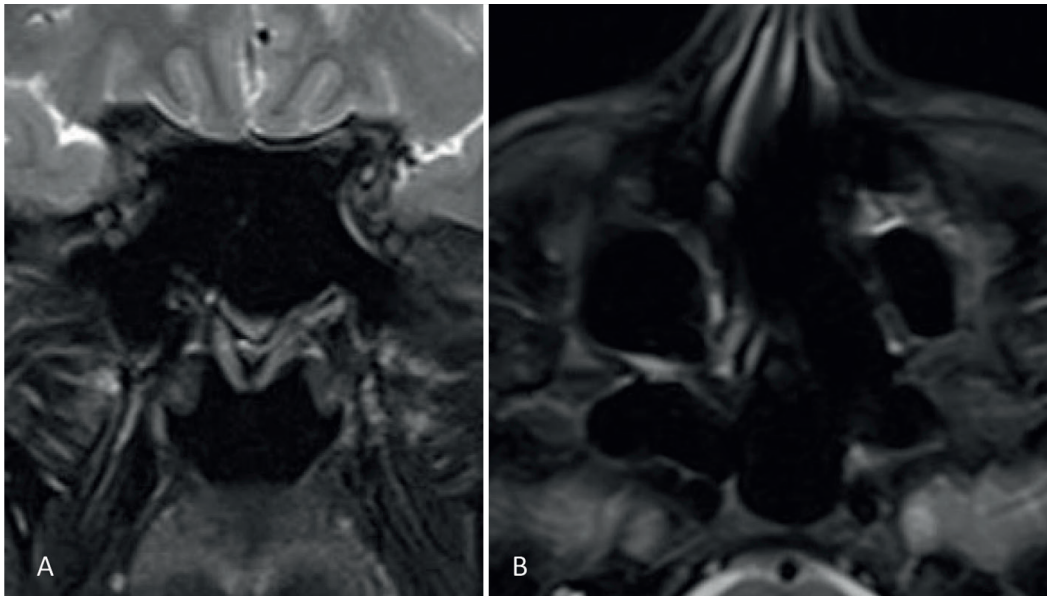


Figura 4. Resonancia magnética corte coronal (A) y corte axial (B) No se observa recurrencia del papiloma invertido en el seno esfenoidal.

anatómicas como arterias carótidas o nervios ópticos proclidentes o dehiscentes, septos que pueden insertarse en la arteria carótida o nervios ópticos. Esto resulta fundamental para planificar el mejor abordaje quirúrgico endonasal.

La resonancia magnética diagnostica mejor la extensión intracraneal y permite diferenciar el PI del moco retenido.

El acceso endonasal con videoendoscopia permite una visión con magnificación y con ángulo; es la mejor técnica quirúrgica para exponer el seno esfenoidal.

La resección del PI debe ser completa para reducir las recurrencias.

La implantación del tumor sobre la arteria carótida, el piso de la silla turca, las paredes laterales del esfenoides, la excesiva neumatización y la erosión del hueso son factores que influyen sobre la posibilidad de obtener un adecuado control local y pueden incrementar las complicaciones⁷.

La disección de un corredor nasal realizando una antrostomía maxilar, etmoidectomía anterior y posterior y una esfenoidotomía paraseptal unilateral o bilateral con septectomía posterior es la técnica más utilizada.

Cuando el seno esfenoidal tiene una neumatización excesiva puede ser difícil acceder a los recesos laterales,

más allá de la carótida paraclival, utilizando solamente la esfenoidotomía.

La combinación de la esfenoidotomía con un abordaje transpterigoideo permite acceder a los sectores laterales del seno y realizar una resección completa del PI.

El abordaje transpterigoideo también es útil para acceder a otras regiones de la base del cráneo como el seno cavernoso, la fosa craneal media, el ápex petroso, la rinofaringe o a la fosa infratemporal (Fig. 5)^{8,9}.

Los equipos de navegación intraoperatoria o Doppler pueden ser de utilidad para mejorar la precisión de la cirugía y reducir las complicaciones, aunque en el caso descripto no fueron utilizados.

Contribuciones de autores: Conceptualización: CSR. Metodología, Software, Validación, Análisis formal, Investigación, Recursos, Curación de datos, Redacción-Revisión y edición, Visualización, Administración de proyecto: CSR, CS, MM, MR. Redacción - Borrador original: CSR. Supervisión: CSR.

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

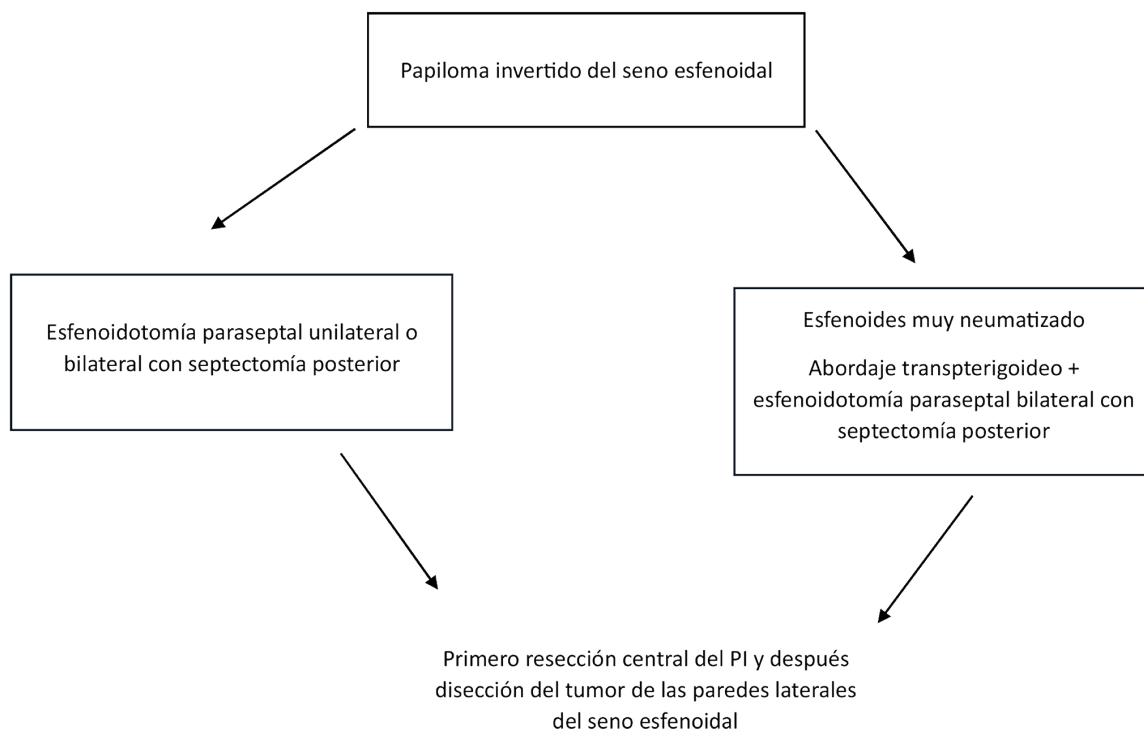


Figura 5. Técnica quirúrgica endonasal con endoscopios al seno esfenoidal según neumatización y disección del papiloma invertido

REFERENCIAS

1. Tong CCL, Palmer JN. Updates in the cause of sinonasal inverted papilloma and malignant transformation to squamous cell carcinoma. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2021;29(1):59-64. <https://doi.org/10.1097/MOO.0000000000000692>
2. Lund VJ, Howard DJ, Wei IW. Epithelial epidermoid tumors. En: Lund V, Howard DJ, Wei IW. *Tumors of the nose, sinuses and nasopharynx.* Stuttgart: Thieme; 2014. p. 77-92.
3. Guillemaud JP, Witterick IJ. Inverted papilloma of the sphenoid sinus: clinical presentation, management, and systematic review of the literature. *Laryngoscope.* 2009;119(12):2466-2471. <https://doi.org/10.1002/lary.20718>.
4. Lawson W, Kaufman MR, Biller HF. Treatment outcomes in the management of inverted papilloma: an analysis of 160 cases. *Laryngoscope.* 2003;113(9):1548-1556. <https://doi.org/10.1097/00005537-200309000-00026>.
5. Lee DK, Chung SK, Dhong HJ, et al. Focal hyperostosis on CT of sinonasal inverted papilloma as a predictor of tumor origin. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2007;28(4):618-621.
6. Zabolotnyi D, Zabolotna D, Zinchenko D, et al. Diagnosis and treatment of patients with sinonasal inverted papilloma. *Georgian Med News.* 2020;(306):31-37.
7. Suh JD, Ramakrishnan VR, Thompson CF, et al. Inverted papilloma of the sphenoid sinus: risk factors for disease recurrence. *Laryngoscope.* 2015;125(3):544-548. <https://doi.org/10.1002/lary.24929>.
8. Locatelli D, Pozzi F, Karligkiotis A, et al. Transnasal endoscopic transthyroid-ptyergoid sphenoid approach. En: Stamm AC, editor. *Transnasal endoscopic skull base and brain surgery.* 2nd ed. New York, NY: Thieme; 2019. p. 421-428.
9. Vinciguerra A, Guichard JP, Verillaud B, et al. Extended sphenoidotomy combined with transpterygoid approach for sphenoidal sinus inverted papilloma. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2023;280(12):5369-5378. <https://doi.org/10.1007/s00405-023-08106-6>.

Hidradenitis palmoplantar idiopática: presentación de 2 casos

Agostina B. Alonzo Caldarelli[✉], Sofía Granillo Fernández[✉], María V. Moreno[✉], Patricio Maier[✉] y Marcia A. Taboada[✉]

Unidad de Dermatología. Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina

Caso 1: un niño sano de 8 años consultó por dolor en planta de pies de 5 días de evolución. Refirió haber usado calzado ajustado los días previos. Al examen físico presentó placas eritematoedematosas poco definidas en cara lateral y plantar de ambos pies (Fig. 1).

Caso 2: un niño de 10 años sin antecedentes consultó por dolor en planta de pies de una semana de evolución. Refería haber realizado ejercicio intenso días previos. Al examen físico presentó placas eritematoedematosas bien demarcadas en la mitad anterior de plantas de pies (Fig. 2).

Con sospecha diagnóstica de hidradenitis palmoplantar idiopática se indicaron, en ambos casos, analgésicos y reposo con resolución completa del cuadro en 3 y 4 semanas, respectivamente. Ninguno presentó recidivas durante los 5 años de seguimiento.

La hidradenitis palmoplantar idiopática (HPPI) es una dermatosis neutrofílica poco frecuente descrita inicialmente por Stahr y cols. en 1994. Afecta plantas –y menos frecuentemente palmas– de pacientes sanos sin antecedentes de consumo de medicación sistémica, entre 1 y 15 años de edad. Se trata de una enfermedad benigna y autolimitada, pero recurrente hasta en un 50% casos, por lo que también se la denomina hidradenitis palmoplantar recurrente de la infancia¹⁻⁵.

De patogenia incierta, presenta mayor incidencia durante los meses calurosos. Se postula que, en los pacientes pediátricos, las glándulas sudoríparas inmaduras serían más sensibles al traumatismo mecánico o térmico, y su rotura generaría la liberación de secreción glandular al tejido circundante, desencadenando un proceso inflamatorio con quimiotaxis de neutrófilos¹⁻⁵. Otros desencadenantes postulados son el antecedente de vacunación reciente, las reacciones de hipersensibilidad o la infección por pseudomonas, entre otros⁵. Clínicamente se manifiesta con pápulas, placas o nódulos dolorosos



Figura 1. Región media plantar y cara lateral de pie izquierdo con placas eritematoedematosas de límites poco definidos.

Autor para correspondencia: dra.alonzoagostina@gmail.com, Alonzo Caldarelli AB

Recibido: 6/08/24 Aceptado: 16/10/24 En línea: 20/11/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.377>

Cómo citar: Alonzo Caldarelli AB, Granillo Fernández S, Moreno MV, Maier P, Taboada MA. Hidradenitis palmoplantar idiopática: presentación de 2 casos. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2023;44(4):e0000377



Figura 2. Placas eritematoedematosas bien delimitadas en región plantar de ambos antepiés.

bilaterales o unilaterales, de aparición abrupta, ubicados en planta de pies y/o en palma de manos, sin otros signos ni síntomas asociados¹⁻⁵.

Con reposo y analgésicos suele ser autorresolutiva al cabo de 3-4 semanas y no se requieren mayores estudios para alcanzar el diagnóstico. Sin embargo, es importante realizar un seguimiento estrecho para detectar posibles recurrencias¹⁻⁵.

Ante cuadros clínicos atípicos, dudas diagnósticas o evolución tórpida, la biopsia de piel está indicada para confirmar el diagnóstico. El estudio histológico muestra la presencia de un infiltrado inflamatorio neutrofílico alrededor de las glándulas ecrinas, tanto en el ovillo como en el conducto excretor, y la presencia de abscesos neutrofilicos en el ovillo glandular. A diferencia de la hidradenitis ecrina neutrofílica, no se evidencia siringo-metaplasia escamosa¹⁻⁵.

Entre los diagnósticos diferenciales principales se destacan el eritema multiforme, la vasculitis, la celulitis infecciosa y el eritema nodoso. El estudio histológico permite diferenciarlos, ya que el eritema multiforme muestra un patrón citotóxico liquenoide, la vasculitis presenta necrosis de las células endoteliales, degeneración fibrinoide y leucocitoclasia, y el eritema nodoso muestra una paniculitis septal sin vasculitis, hallazgos ausentes en la HPPI¹⁻⁵.

Aportamos dos nuevos casos de esta entidad infrecuente, con el objetivo de reconocer sus manifestaciones clínicas características para evitar realizar pruebas diagnósticas invasivas que generen mayor morbilidad debido a que se trata de un cuadro benigno y autorresolutivo que afecta a niños sanos¹⁻⁵. Es importante destacar que, a diferencia de lo descrito en la literatura, ninguno de nuestros pacientes presentó recidivas hasta la fecha.

REFERENCIAS

1. Sánchez-Aguilar D, Rodríguez L, Flórez A, et al. Hidradenitis palmoplantar idiopática. *Actas Dermosifiliogr.* 1999;90(7):378-388.
2. González-Hermosa MdR, González-Güemes M, González-Pérez R, et al. Hidradenitis palmoplantar idiopática. *Actas Dermosifiliogr.* 2003;94(10):660-662.
3. Robinson R, Larralde M, Santos-Muñoz A, et al. Palmoplantar eccrine hidradenitis: seven new cases. *Pediatr Dermatol.* 2004 ;21(4):466-468. <https://doi.org/10.1111/j.0736-8046.2004.21410.x>.
4. López Blázquez M, Lozano Masdemont B, Mora Capín A, et al. Hidradenitis palmoplantar idiopática: ¿es siempre necesaria la biopsia? *Acta Pediatr Esp.* 2017;75(1-2):e8-e10.
5. Barradah RK. Pseudomonas-contaminated pool triggering an episode of idiopathic palmoplantar hidradenitis. *Case Rep Dermatol.* 2021;13(2):411-416. <https://doi.org/10.1159/000516355>.

Modelos MIMIC: de la neurociencia a las ciencias de la salud

María F. Grande Ratti¹, Romina Y. Pérez Manelli¹, Fernando R. Vázquez Peña² y Eulogio Cordon Pozo³

1. Área de Investigación en Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica, 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 Organización de Empresas II. Universidad de Granada. España

RESUMEN

En medicina, muchas veces se encuentran situaciones donde la regresión (lineal o logística) no es viable, por contar con constructos latentes o factores que incluyen diversas variables observadas, ya que tratan de reflejar o estimar fenómenos complejos multidimensionales. Esta limitación dio lugar a la búsqueda de metodologías estadísticas alternativas, como un subtipo de Modelos de Ecuaciones Estructurales denominados modelos MIMIC (del inglés, por *Multiple Indicators Multiple Causes*), utilizado originalmente en neurociencias. En esta entrega se explica qué son estos modelos, para qué sirven, así como se mencionan los programas para su aplicación, y la interpretación de resultados. Se ejemplifica con un estudio sobre la calidad de vida de personas que recibieron un trasplante, destacando la representación gráfica y la importancia de la parsimonia en los modelos. Estos modelos permiten incluir factores y variables sueltas en simultáneo, resolviendo relaciones causales complejas, por lo cual resultan herramientas útiles en la investigación médica.

Palabras clave: modelización de ecuaciones estructurales, modelos estadísticos, método estadístico, mecanismos de evaluación de la atención sanitaria.

MIMIC Models: from Neuroscience to Health Sciences

ABSTRACT

In medicine, situations are often encountered where regression (linear or logistic) is not feasible, due to latent constructs or factors that include several observed variables, since they try to reflect or estimate complex multidimensional phenomena. This limitation led to the search for alternative statistical methodologies, such as a subtype of Structural Equation Models called MIMIC (Multiple Indicators Multiple Causes) models, originally used in neurosciences. In this issue we explain what these models are, what they are used for, as well as the programs for their application, and the interpretation of results. It is exemplified with a study on the quality of life of people who received a transplant, highlighting the graphical representation and the importance of parsimony in the models. These models allow the simultaneous inclusion of factors and single variables, solving complex causal relationships, making them useful tools in medical research.

Keywords: structural equation modeling, models, statistical, statistical method, health care evaluation mechanisms.

Autor para correspondencia: maría.grande@hospitalitaliano.org.ar, Grande Ratti MF.

Recibido: 16/07/24 Aceptado: 27/08/24 En línea: 10/10/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.344>

Cómo citar: Grande Ratti MF, Pérez Manelli RY, Vázquez Peña FR, Cordon Pozo E. Modelos MIMIC: de la neurociencia a las ciencias de la salud. Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2024;44(4):e0000344

INTRODUCCIÓN

La neurociencia cognitiva ha inspirado una serie de avances metodológicos en salud porque utiliza técnicas populares para resumir datos de comportamiento que incluyen puntuaciones, en donde la dimensionalidad de los ítems y la calidad de la información a menudo quedan sin explorar en profundidad¹. Por ejemplo, el instrumento PHQ-9 es ampliamente utilizado para diagnosticar y determinar la gravedad de la depresión en atención primaria². Sin embargo, la puntuación total se obtiene sumando el valor de cada una de las respuestas; y luego existen puntos de corte que representan depresión leve, moderada, moderadamente grave y grave (con 5, 10, 15 y 20 puntos, respectivamente). En este escenario, se recolectan 9 ítems independientes, cuyo contenido permite construir una variable numérica continua global, que a su vez se interpreta y se informa como categórica múltiple y ordinal. Se pasa de la granularidad a constructos, a través de transformaciones y operacionalización de variables.

Antes de seguir avanzando, definiremos “variables” y “factores”, debido a que tienen funciones clave en la estructura y el análisis. Los factores se refieren a los constructos latentes que no son directamente observables, pero que en la práctica se infieren a partir de las variables. Es el dominio que las integra, representan los conceptos teóricos subyacentes, y, por consiguiente, permiten reducir la cantidad de datos para analizar. En cambio, las variables son las mediciones concretas y observables que se registran directamente y que se utilizan para medir esos constructos latentes. Clásicamente se pueden dividir en dos tipos: dependientes (Indicadores) porque indican el estado del factor latente; e independientes (Causas) porque causan el factor latente. Por ejemplo, si el factor fuera “salud mental”, los indicadores podrían ser respuestas a encuestas sobre ansiedad y depresión, mientras que las causas podrían incluir variables como nivel de estrés y situación económica. Por ende, los factores son influenciados por las causas, y medidos a través de los indicadores.

Adicionalmente, repasaremos la clasificación de las variables según su naturaleza (o tipo de dato). Pueden ser: A) Cualitativas o Categóricas, aquellas que describen cualidades o características, y Nominales (no tienen un orden intrínseco; p. ej., hombre/mujer) u Ordinales (tienen jerarquía; p. ej., nivel educativo); B) Cuantitativas o Numéricas, aquellas que representan cantidades, y pueden ser Discretas (toman valores enteros y finitos; p. ej., número de hijos) o Continuas (pueden tomar cualquier valor en un rango; p. ej., edad, peso o glucemia).

En medicina es muy frecuente el uso de variables dicotómicas, con aproximación demasiado simplista (p. ej., hospitalización sí/no). Recordemos que las variables dicotómicas (o binarias) solo pueden tomar dos valores distintos (p. ej., enfermedad presente o ausente). Por ende, en más de una ocasión nos encontramos con situaciones en las que quisiéramos diseñar un modelo que permita incluir conjuntamente factores (compuestos por diversas variables) y variables sueltas (p. ej., género, edad). Para estos casos, pensamos en utilizar herramientas como la

regresión (logística o lineal), pero no podemos hacerlo por los factores; o pensamos en elaborar un Modelo de Ecuaciones Estructurales clásico (MEE es una técnica estadística multivariante para probar y estimar relaciones causales a partir de datos y suposiciones cualitativas sobre la causalidad), pero tampoco podemos hacerlo por las variables sueltas.

Los modelos lineales o logísticos no siempre son apropiados en todos los escenarios, debido a ciertas limitaciones inherentes a estas técnicas y los supuestos subyacentes. Aunque ambos métodos se utilizan para hacer predicciones, difieren en el tipo de variable dependiente que modelan. La regresión lineal se utiliza para modelar la relación entre una variable dependiente continua y una o más variables independientes (que pueden ser continuas o categóricas). La regresión logística se utiliza para modelar la probabilidad de ocurrencia de un evento binario en función de una o más variables independientes. Sin embargo, ambas utilizan una variable dependiente y una o varias variables independientes. Son todas variables observadas y no trabajan con factores o variables latentes. No permiten: A) que una variable sea dependiente e independiente a la vez, en el mismo modelo; ni B) hacer incidir una variable sobre otra, y a la vez esta última sobre la primera (modelos denominados “no recursivos”). Por otro lado, los MEE tradicionales tampoco permiten trabajar con variables sueltas (no factorizadas).

La alternativa que hoy en día permite responder a esta complejidad es usar los Modelos MIMIC (del inglés *Multiple Indicators Multiple Causes*). Aunque se han aplicado con éxito en investigaciones de salud mental³ y geriátricas⁴, hay muchas otras secciones donde aún no se han aplicado, a pesar de tratarse de un enfoque metodológico conocido desde hace tiempo⁵. Sin embargo, la posibilidad de utilizarse con variables ordinales, con el programa Lisrel, fue conocida fundamentalmente a partir de las conferencias de Jöreskog, dadas en Alemania durante el año 2001. Tomando este evento como inicial, la evolución de los estimadores por distribución asintótica libre (del inglés ADF, por *Asymptotically Distribution-Free*) ha sido crucial. Estos no necesitan el supuesto de normalidad multivariada y, por consiguiente, permiten trabajar con variables ordinales, que habitualmente no la presentan. El primero fue el *Weighted Least Squares* (WLS), en Lisrel; luego surge el *Diagonally Weighted Least Squares* (DWLS)⁶, permitiendo trabajar incluso con menores tamaños muestrales.

Actualmente encontramos, en Mplus y R Lavaan, el WLSMV o el DWLS Robusto⁷, que consiguen un desempeño aceptable, en todas las condiciones, incluso con tamaños muestrales pequeños, con un mínimo de 100 observaciones⁸.

¿Qué son y para qué sirven los modelos MIMIC?

Se trata de MEE que permiten trabajar con factores (variables latentes) y variables sueltas (no factorizadas), brindando la posibilidad de hacer regresiones múltiples tanto con factores como con variables, en simultáneo. Es una técnica que implica el uso de variables latentes que son predichas por variables observadas⁹.

La idea principal detrás de los modelos MIMIC es poder incorporar, en el modelo, variables observadas, como dependientes o independientes, de las variables latentes. Para entender esto, primero deberíamos recordar las definiciones de variables latentes, es decir, aquellas no observadas directamente, pero se asume que influyen en las variables observadas, y de variables observadas, aquellas medidas que se registran directamente. Por ejemplo, un estudio menciona que el constructo “dislipidemia” está compuesto sobre diferentes mediciones séricas de colesterol¹⁰ (Fig. 1).

¿Por qué es importante trabajar con factores?

Cuando queremos estimar constructos o indicadores complejos, resultaría insuficiente hacerlo con una sola variable. Por ejemplo ¿podemos estudiar “Síndrome metabólico”, “Calidad de vida”, o “Hábitos saludables” con una sola variable? En la práctica clínica es común abordar estos fenómenos utilizando un enfoque multidimensional, que implica la medición y la consideración de diversas variables (factores), debido a que son conceptos complejos.

A veces, también queremos darle más estabilidad al modelo y, por lo tanto, preferimos el uso de factores. Por ejemplo, si estamos usando como variable independiente “nivel de colesterol total”, sería más estable utilizar “perfil lipídico”, incluyendo las mediciones de LDL y triglicéridos, si esto fuera apropiado desde lo conceptual.

Sin embargo, en otras disciplinas (como psicología o administración de empresas), es más común encontrar estudios que solo contienen factores y, por lo tanto, usan MEE clásicos. Pero, en medicina, casi siempre tenemos variables difíciles de factorizar, al menos en la mayoría de los estudios clínicos, como por ejemplo edad o género, o dicotómicas (p. ej., falleció o no).

Dibujo en un ejemplo real

Un estudio de corte transversal incluyó la percepción autoinformada de 361 personas que recibieron un trasplante de órgano sólido, evaluando calidad de vida a través de herramientas como EuroQol (instrumento de medición de la calidad de vida relacionada con la salud, en el cual cada persona valora su estado de salud) y SF-36v2 (otro instrumento de medición de la calidad de vida relacionada con la salud, en el que, también, cada persona valora su propio estado de salud). Asimismo incluyó variables observables no factorizadas, como edad, género, nivel educativo, cantidad de trasplantes y tiempo en años del último trasplante.

El primer instrumento incluye una Escala Visual Analógica utilizada en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, herramienta que permite a los encuestados expresar su percepción subjetiva sobre su salud mediante la colocación de una marca en una línea horizontal, que va de 0 (representando la peor salud imaginable) a 100 (representando la mejor salud imaginable).

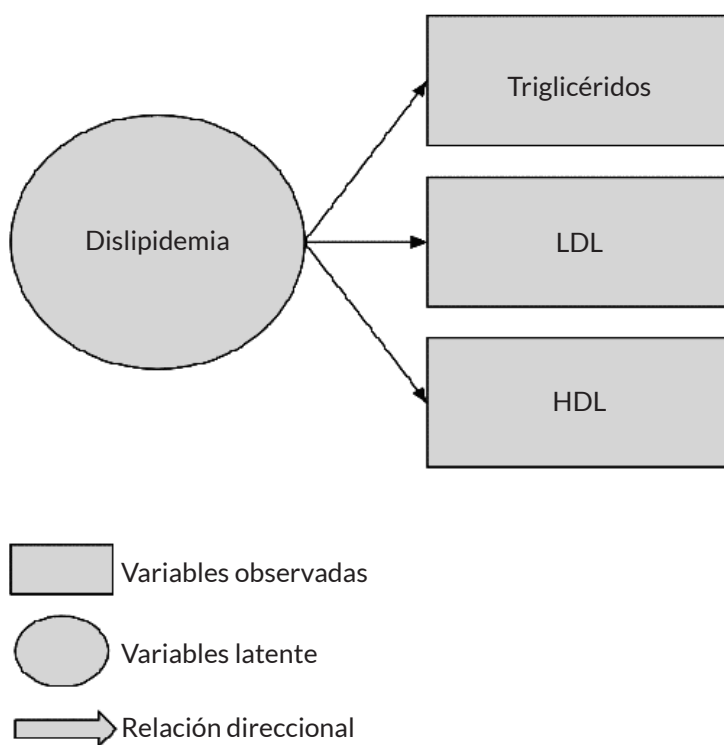


Figura 1. Constructo latente (dislipidemia) compuesto sobre variables observadas (mediciones de colesterol). LDL: lipoproteína de baja densidad. HDL: lipoproteínas de alta densidad. Fuente: elaboración propia, adaptación de original¹⁰.

El segundo instrumento consta de 36 preguntas que se agrupan en 8 dimensiones de salud: salud general, vitalidad, función física, papel físico, dolor corporal, salud mental, papel emocional y función social.

El indispensable primer paso es pensar y hacer un dibujo, que generalmente se refiere a especificar la estructura del modelo, incluyendo las relaciones entre las variables latentes y observadas, así como las relaciones causales entre las variables. Esto implica esquematizar gráficamente el modelo, buscando entender la relación entre una variable latente y sus indicadores observados, considerando también la influencia de variables externas o covariables. En la representación gráfica (Fig. 2), las variables latentes se suelen representar como óvalos o círculos (en color azul), mientras que las variables observadas (indicadores) se representan como rectángulos (en color verde); las flechas, entre ellas, indican las relaciones causales.

Modelo parsimonioso

Este término se refiere a la preferencia por aquellos modelos más simples y concisos cuando se explican los datos, sin sacrificar en gran medida la capacidad de ajuste, buscando evitar la complejidad innecesaria¹¹. Es decir, se busca un modelo que logre el equilibrio entre ajustarse bien a los datos y ser lo más simple posible.

Programas estadísticos

Los modelos MIMIC se pueden estimar en muchos paquetes estadísticos, por ejemplo R Lavaan, Stata, MPlus y SAS, donde los resultados obtenidos son altamente convergentes¹². La especificación y pruebas relativamente simples de los modelos MIMIC se pueden dividir en tres pasos secuenciales:

- (1) Dibujar el modelo MIMIC, que permite visualizar de manera clara la estructura, y cómo las variables

latentes y los indicadores observados están interrelacionados, lo que facilita la comprensión del modelo y su interpretación.

- (2) Desarrollar un modelo parsimonioso, que se ajuste bien para la muestra en su conjunto, de modo tal que los índices sean significativos y con magnitud suficiente.
- (3) Interpretar y generalizar los resultados con precaución, teniendo en cuenta las limitaciones y los supuestos del modelo. Se trata de evaluar lo bien que nuestros datos se han “ajustado” al modelo propuesto, información provista por la prueba de chi-cuadrado, los índices *ad hoc* y la significancia de los parámetros y/o coeficientes estimados. Se conoce que, en este tipo de estudios con regresiones, conviene utilizar los coeficientes estandarizados para no tener inconvenientes de interpretación con el tipo de unidades que usemos para categorizar las variables (Fig. 3). En este caso, los coeficientes estandarizados de los modelos MIMIC se interpretan como los estimadores beta de las regresiones lineales.

Ventajas de los MEE

Usando modelos MIMIC tendremos unas ventajas adicionales que son poco conocidas en el ámbito médico, aunque frecuentemente usadas en otras disciplinas:

- Las variables pueden ser independientes y dependientes a la vez. Es decir, no hay variables exclusivamente independientes y exclusivamente dependientes. Una variable o factor A puede ser independiente en su relación con un factor B, y dependiente a su vez de una variable Z¹³.
- Existen también los modelos no recursivos. La variable A incide sobre la variable B, y a su vez la variable B incide sobre la variable A. Estos modelos, por ejemplo, se usan en violencia intrafamiliar. En

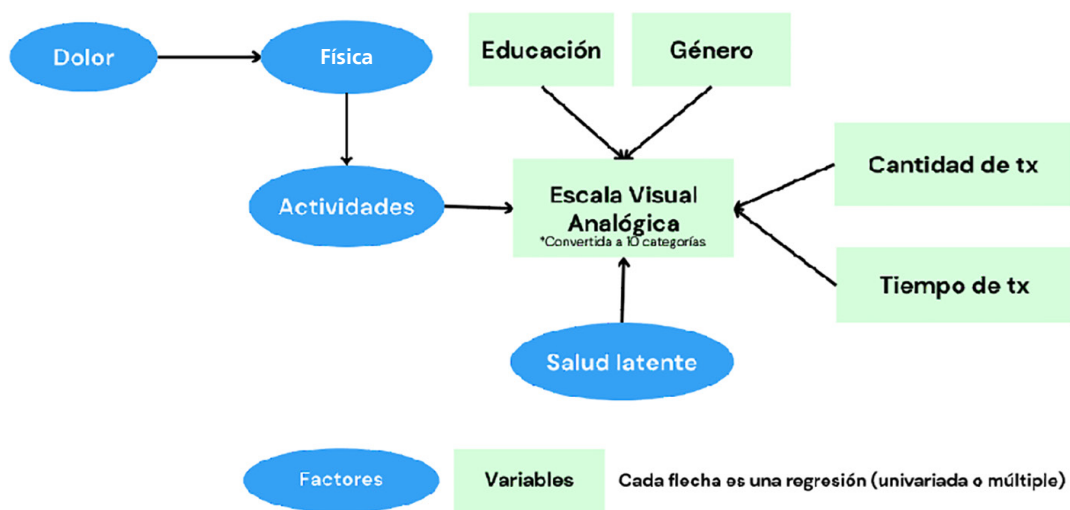


Figura 2. Una de las representaciones gráficas de un proyecto real, basado en calidad de vida autoinformada por personas que han recibido un trasplante (tx). Fuente: elaboración propia.

Regressions:						
	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)	Std.lv	Std.all
salud ~						
comosiento	-0.099	0.083	-1.192	0.233	-0.071	-0.070
actividades	0.157	0.078	2.015	0.044	0.122	0.121
saludlatente	0.833	0.098	8.460	0.000	0.517	0.510
x11	0.055	0.021	2.588	0.010	0.055	0.149
x5	-0.004	0.005	-0.890	0.373	-0.004	-0.052
x3	0.059	0.117	0.503	0.615	0.059	0.029
actividades ~						
emocional	0.041	0.053	0.774	0.439	0.050	0.050
física	0.649	0.054	12.070	0.000	0.744	0.744
emocional ~						
dolor	-0.698	0.048	-14.428	0.000	-0.627	-0.627
física ~						
dolor	-0.990	0.042	-23.417	0.000	-0.944	-0.944

Figura 3. Uno de los **resultados** del modelo MIMIC (en el caso real), utilizando R Lavaan. Nos interesan fundamentalmente los valores que arrojan las columnas “Std. all” (coeficientes estandarizados) y “P (>|z|)” (valor de p). x11 = estudios formales de los pacientes, en años, x5 = edad de los pacientes, en años, x3 = género de los pacientes

cambio, el clásico modelo recursivo es aquel en el cual las relaciones causales entre las variables son unidireccionales y acíclicas, es decir, no hay retroalimentación entre las variables^{14,15}.

CONCLUSIONES

Los modelos MIMIC son herramientas analíticas útiles para comprender y modelar relaciones complejas entre variables latentes y observadas, considerando la posibilidad de múltiples factores causales.

Financiamiento: el presente proyecto no obtuvo financiamiento de ninguna índole.

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

Contribuciones de los autores: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Software: MFG, RYPM, FRVP. Metodología, Administración del proyecto: MFG y FRVP. Supervisión, Validación, Visualización, Redacción –borrador original, Redacción– revisión y edición: MFG, RYPM, FRVP, ECP.

REFERENCIAS

1. Rosen AFG, Auger E, Woodruff N, et al. The multiple indicator multiple cause model for cognitive neuroscience: an analytic tool which emphasizes the behavior in brain-behavior relationships. *Front Psychol.* 2022;13:943613. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.943613>.

2. Costantini L, Pasquarella C, Odone A, et al. Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): a systematic review. *J Affect Disord.* 2021;279:473-483. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.131>.

3. Liu T, Peng MM, Wong FHC, et al. Differential associations between depressive symptom-domains with anxiety, loneliness, and cognition in a sample of community older chinese adults: a multiple indicators multiple causes approach. *Innov Aging.* 2023;7(7):igad075. <https://doi.org/10.1093/geroni/igad075>.

4. Rubio L, Dumitrache CG, García AJ, et al. Coping strategies in Spanish older adults: a MIMIC model of socio-demographic characteristics and activity level. *Aging Ment Health.* 2018;22(2):226-232. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247416>.

5. Jöreskog KG, Goldberger AS. Estimation of a model with multiple indicators and multiple causes of a single latent variable. *J Am Stat Assoc.* 1975;70(351):631-639. <https://doi.org/10.1080/01621459.1975.10482485>.

6. Muthén BO. Goodness of fit with categorical and other nonnormal variables. En: Bollen KA, Long JS, editors. *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage; 1993. p. 205-234.

7. Muthén B, du Toit SH, Spisic D. Robust inference using weighted least squares and quadratic estimating equations in latent variable modeling with categorical and continuous outcomes: technical report [Internet]. Los Angeles, CA: University of California; 1997 [consulta 2024 mar 01]. Disponible en https://www.statmodel.com/download/Article_075.pdf.

8. Flora DB, Curran PJ. An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychol Methods.* 2004;9(4):466-491. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.9.4.466>.

9. Schumacker RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling. 3rd ed. New York, NY: Routledge; 2012.

10. Tekwe CD, Carter RL, Cullings HM, et al. Multiple indicators, multiple causes measurement error models. *Stat Med.* 2014;33(25):4469-4481. <https://doi.org/10.1002/sim.6243>.

11. Espinoza-Bello M, Galindo-Vázquez Ó, Jiménez-Ríos MA, et al. Propiedades psicométricas de la Escala de Evaluación Funcional para el Tratamiento del Cáncer, versión próstata (FACT-P), en pacientes mexicanos. *Cir Cir.* 2020;88(6):745-752. <https://doi.org/10.24875/CIRU.19001755>.
12. Chang C, Gardiner J, Houang R, et al. Comparing multiple statistical software for multiple-indicator, multiple-cause modeling: an application of gender disparity in adult cognitive functioning using MIDUS II dataset. *BMC Med Res Methodol.* 2020;20(1):275. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01150-4>.
13. Littlewood Zimmerman HF. *Mi primer modelamiento de ecuación estructural LISREL*. 3ª ed. México: DF; 2022 [consulta 2024 mar 01]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/364844144_Mi_primer_modelamiento_de_ecuacion_estructural_LISREL.
14. Zaky HHM, Armanious DM, Kalliny MA. Applying the structural equation model approach to study the simultaneous relationship between women's empowerment and mental disorder in Egypt. *BMC Womens Health.* 2024;24(1):26. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02863-6>.
15. Moral de la Rubia J, López Rosales F. Modelo recursivo de reacción violenta en parejas válido para ambos sexos. *Bol Psicol.* 2012;(105):61-74.

Investigación cualitativa en salud: desafíos en la redacción y publicación

María N. Vivacqua¹ , Candela V. González¹  y María F. Grande Ratti² 

Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

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

RESUMEN

En salud, el proceso de comunicación científica para investigaciones cualitativas conlleva múltiples obstáculos: a) barreras financieras por altos costos de procesamiento de artículos que no son cubiertos por las instituciones, obligando a investigadores a recurrir a fondos personales o subvenciones; b) algunas revistas pueden preferir estudios cuantitativos y/o no aceptar cualitativos, lo que limita las opciones; c) la revisión por pares puede ser más rigurosa, involucrando expertos en ciencias sociales, que añade otra capa de complejidad.

Las autoras resumen los principales desafíos y brindan algunas recomendaciones que guían hacia una redacción y publicación exitosa. Se requiere: adaptar el lenguaje técnico a una audiencia acostumbrada a enfoques cuantitativos; sintetizar para cumplir con restricciones del recuento de palabras (proceso largo y dificultoso), seleccionar cuidadosamente los datos y las citas que se van a incluir. El equilibrio adecuado entre teoría y hallazgos garantiza no sacrificar la profundidad y riqueza que caracterizan el abordaje cualitativo.

Palabras clave: investigación cualitativa, comunicación académica, sesgo de publicación, revisión de la investigación por pares, políticas de apoyo y financiación de la edición de publicaciones científicas.

Qualitative Research in Health: Challenges in Writing and Publication

ABSTRACT

In health, the scientific communication process for qualitative research involves multiple obstacles: (A) financial barriers due to high article processing costs that are not covered by institutions, forcing researchers to rely on personal funds or grants; (B) some journals may prefer quantitative studies and not accept qualitative ones, limiting options; (C) peer review may be more rigorous, involving experts in social sciences, which adds another layer of complexity.

The authors summarize the main challenges and provide recommendations that can guide us toward successful writing and publication. It is necessary to adapt technical language for an audience accustomed to quantitative approaches, synthesize information to meet word count restrictions (a long and challenging process), and carefully select the data and quotes to include. The appropriate balance between theory and findings ensures that the depth and richness characteristic of the qualitative approach do not get sacrificed.

Keywords: qualitative research; academic communication; publication bias; peer review of research; support policies and funding for scientific publishing.

Autor para correspondencia: maria.grande@hospitalitaliano.org.ar, Grande Ratti MF.

Recibido: 22/08/24 Aceptado: 17/10/24 En línea: 28/10/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.383>

Cómo citar: Vivacqua MN, González CV, Grande Ratti MF. Investigación cualitativa en salud: desafíos en la redacción y publicación. Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2024;44(4):e0000383

DESAFÍOS EN LA PUBLICACIÓN DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD

Un proyecto de investigación solo estará completo una vez que se hayan publicado los resultados, siendo una responsabilidad ética de investigadores¹. Sin embargo, esta comunicación científica conlleva múltiples desafíos inherentes al propio proceso de publicación, entre las que se encuentran barreras económicas, por los cargos de procesamiento de las revistas científicas (del inglés APCs, por *article processing charges*). Desafortunadamente, muchas instituciones no cubren el costo de publicar en formatos de acceso abierto; y por lo tanto, los autores deben usar fondos personales o provenientes de subvenciones².

En salud, la redacción de un manuscrito de investigación cualitativa tiene otras limitaciones adicionales: (a) algunas revistas pueden preferir estudios cuantitativos y/o no aceptar estudios cualitativos, (b) el proceso de revisión por pares puede ser más riguroso o llevado a cabo por expertos en ciencias sociales (p. ej., antropología, sociología, comunicación), (c) se requiere un trabajo laborioso de construcción para adaptar el lenguaje técnico y especializado a los lectores (acostumbrados a cuantitativos) y (d) las exigencias de un formato de publicación académica habitualmente admite un recuento máximo de palabras, generando un enorme reto en la escritura.

DESAFÍOS EN LA ESCRITURA DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD

Cumplir con las expectativas de las revistas.

Existen directrices estrictas sobre el formato, la longitud y el estilo para cada revista en particular, que pueden limitar la forma en que se escribe.

Por lo general, la sección destinataria suele ser “artículo original”, definido como un manuscrito que presenta resultados de investigaciones que no han sido publicados previamente. Dependiendo de las áreas de enfoque y políticas editoriales, los tipos de investigaciones más comunes incluyen estudios cuantitativos (experimentales, observacionales, de intervención), cualitativos, y mixtos.

Estructura del manuscrito

La estructura para cualitativos sigue siendo el formato IMRaD (acrónimo de las secciones Introducción, Métodos, Resultados y Discusión)³. Sin embargo, se presentan algunas particularidades y diferencias con la investigación cuantitativa, que detallamos a continuación.

Introducción. El “marco teórico” es una sección fundamental que proporciona el fundamento conceptual sobre el cual se basa la investigación, que establece el contexto académico y conceptual del estudio, que fundamenta el estudio y guía el análisis e interpretación de los datos⁴. Esta sección se organiza de manera tal que fluya lógicamente, guiando al lector a través de los conceptos y teorías de manera coherente (p. ej., pueden incluirse secciones que aborden antecedentes históricos y principales corrientes teóricas).

Métodos. Debería describir detalladamente el diseño (p. ej., teoría fundamentada, etnográficos, narrativos,

fenomenológicos o investigación-acción), la selección de la muestra y detalles sobre el reclutamiento de participantes, la recopilación de datos (instrumentos, marco temporal y ámbito de estudio) y el análisis.

La redacción clara y eficiente apunta a que quien lea el escrito tenga información sobre las decisiones que tomaron los investigadores, justificando cada elección⁴. Los datos pueden incluir audios, videos, imágenes, textos u observaciones de campo⁵. Se deben consignar el manejo de los datos y las consideraciones éticas (p. ej., cuándo se eliminarán entrevistas, cómo se garantiza la confidencialidad)⁶. Los tamaños muestrales suelen ser pequeños y determinados por la saturación de discurso^{6,7}.

Esta sección resulta fundamental para demostrar la rigurosidad y la validez del estudio. Debe describirse el tratamiento que dio al “corpus empírico” construido, e implementar la “triangulación” siempre que se pueda (p. ej., uso de múltiples fuentes de datos, métodos y teorías), para aumentar credibilidad.

Resultados. Es posible que este apartado sea renombrado como “Hallazgos”, o que se añadan subtítulos (subtemas) en función de los temas, códigos o categorías⁸, debiendo responder a la pregunta de investigación⁵. Se suelen incluir fragmentos textuales (*verbatim*s) con el fin de aclarar la relación entre los datos y la interpretación⁸, que requieren contextualización⁴.

Esta sección no debería incluir referencias bibliográficas, sino limitarse a los relatos de los sujetos/participantes.

Discusión. Este contenido debe conectar y vincular los hallazgos con la literatura existente (puede ser necesario retomar teorías y definiciones conceptuales), haciendo hincapié en la transferibilidad de los resultados (alcance y limitaciones)⁴. La investigación cualitativa se centra en comprender fenómenos específicos dentro de contextos particulares, lo que puede no ser replicable en otras situaciones o con diferentes grupos de personas⁵.

Conclusiones

Este apartado no siempre está presente. Algunas revistas lo solicitan como subtítulo de Discusión, hacia el final del informe. Redactar las conclusiones de un cualitativo requiere un enfoque reflexivo y estructurado, ya que deben resumir los puntos clave del estudio (sin introducir nueva información), conectándolos con el marco teórico, la/s pregunta/s de investigación y objetivo/s, y las implicaciones prácticas.

EJEMPLO REAL DE REDACCIÓN⁹:

- Objetivo: explorar las percepciones, preocupaciones y necesidades del personal de salud en una Central de Emergencias de Adultos (CEA) de la Argentina.
- Conclusiones: la identificación de las problemáticas realizadas por los propios actores de la CEA resultó un método pertinente para generar un proceso de cambio de gestión colectiva, promover la reflexión y concientizar, permitir identificar áreas de mejora, diseñar estrategias y propuestas concretas.

Equilibrar la teoría y los hallazgos

Es esencial integrar adecuadamente el marco teórico con los hallazgos. Se requiere una presentación precisa de la teoría que guió la investigación, pero dejando suficiente espacio para exponer los resultados y su interpretación. Es fácil caer en la trampa de ser demasiado descriptivo o, por el contrario, de no proporcionar suficiente contexto para que la interpretación sea clara, concisa y convincente.

Sintetizar la riqueza de los datos

Se trata de ser conciso sin sacrificar el significado o la matización de los resultados en cuanto al volumen y la selección de las citas más pertinentes. Considerar que los estudios cualitativos suelen generar una gran cantidad de datos ricos y detallados, como transcripciones de entrevistas, notas de campo y análisis temáticos. Sin embargo, el espacio limitado obliga a elegir cuidadosamente la porción que mejor represente los hallazgos.

Lenguaje claro y preciso

Es crucial mantener la claridad y la coherencia en la redacción científica (con un hilo conductor y contexto para lectores), especialmente cuando se resumen conceptos complejos en tan pocas palabras.

RECOMENDACIONES PARA INFORMAR UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Título

Debe capturar la esencia del estudio de manera clara, precisa y atractiva, reflejando tanto el tema central como el enfoque cualitativo, para optimizar su recuperación con los motores de búsqueda. También es frecuente que se incluyan más datos del contexto en el cual fue realizado, como locación y marco temporal.

Pregunta/s

Está descrita una herramienta de estrategia de búsqueda alternativa al formato PICO (Población, Intervención, Comparación, Resultado) para las investigaciones cualitativas y de métodos mixtos, denominada SPIDER, que incluye Muestra, Fenómeno de interés, Diseño, Evaluación, Tipo de investigación^{10,11}.

Objetivo/s

La investigación cualitativa nos permite comprender fenómenos, experiencias, sentimientos, emociones o procesos desde una perspectiva profunda y contextual. Por ende, los objetivos deben estar alineados con la naturaleza exploratoria y descriptiva del enfoque cualitativo⁶. Conviene usar verbos que sugieran profundidad y matices en la exploración del fenómeno (Tabla 1) y tener en cuenta la factibilidad (es decir, que sean realistas dado el tiempo, recursos y métodos que se utilizarán). Asimismo, es conveniente redactarlos de manera que permitan la flexibilidad y la posibilidad de descubrir aspectos no anticipados al inicio del estudio.

Tabla 1. Guía para redactar objetivos de investigación cualitativa*

Investigación cualitativa	Investigación cuantitativa
Explorar	Estimar
Describir	Cuantificar
Entender	Reportar
Interpretar	Medir
Investigar	Analizar
Analizar	Comparar
Examinar	Relacionar
Comprender	
Identificar	

*Elaboración propia.

Tablas

Un artículo cualitativo suele ser más extenso (5000-7000 palabras) que los cuantitativos (3000-5000 palabras)¹², aunque esto en la práctica depende de las normas de cada revista.

Debido a la extensión máxima del texto principal (que habitualmente excluye resumen, agradecimientos, bibliografía, tablas y figuras), los informes cualitativos suelen presentar muchos resultados narrativos en tablas, ya que no se contabilizan en el recuento. Se puede realizar, por ejemplo, una descripción general de los hallazgos principales agrupados en categorías, subcategorías y dimensiones temáticas (p. ej., Tabla 2).

Es probable que también se utilicen tablas para presentar la guía de entrevistas o la hoja de ruta de preguntas disparadoras, y para presentar las características cuantificadas de los sujetos participantes (haciendo uso de estadística descriptiva) (p. ej., Tabla 3)¹².

Figuras

Aunque los estudios cualitativos se basan principalmente en datos textuales y relatos narrativos, las figuras pueden complementar el análisis y ayudar a los lectores a comprender mejor ciertos aspectos del estudio, o a visualizar datos complejos como modelos teóricos (p. ej., "Mapas Conceptuales" que representan visualmente las relaciones entre conceptos clave).

Bibliografía

Por convención, las referencias bibliográficas suelen informarse con el sistema de numeración correlativa y formato Vancouver, basado en el estilo de la NLM (del inglés *National Library of Medicine*).

Pautas de informe

Es de buena práctica anticiparse a las preguntas y las críticas frecuentes por parte de los revisores. Así como los

Tabla 2. Guía para informar resultados en tablas de una investigación cualitativa

	Tema	Descripción	Fragmentos textuales
Conceptos teóricos	Palabra clave del tema en cuestión	Definición o explicación para dar contexto al lector	Verbatims explícitos: “.....” (descripción de entrevistado)
Ejemplo real ⁹	Problemas de privacidad	Entendida como el derecho de las personas/pacientes	“Permanentemente te están tocando o abriendo la puerta” (dice un residente de Clínica Médica sobre la atención en guardia)

Elaboración propia.

Tabla 3. Guía para informar características de los participantes

n: 25		
Edad, en años		14,96 (DE 1,5)
Género, n (%)	Femenino	11 (44%)
	Masculino	14 (56%)
Estado civil de los padres, n (%)	Casado	20 (80%)
	Divorciado	4 (16%)
	Nunca casado	1 (4%)

DE: desvío estándar.
Elaboración propia, adaptada de real: Johnson AC, et al. A qualitative study of adolescent perceptions of electronic cigarettes and their marketing: Implications for prevention and policy. Children's Health Care. 2017; 46 (4):379-92¹³.

cuantitativos siguen las pautas STROBE para informe de estudios observacionales¹⁴, los cualitativos pueden usar las normas más conocidas como SRQR (de *Standards for Reporting Qualitative Research*, publicada en 2014) y COREQ (de *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*, publicada en 2007). Se trata de listas de verificación que contienen 21 y 32 elementos, respectivamente, que intentan mejorar la transparencia mediante la estandarización en la presentación de informes¹⁵.

Lecciones aprendidas

- Comprender los elementos que integran un artículo de investigación cualitativa.
- Familiarizarse y leer otros estudios cualitativos publicados en revistas académicas.
- Trabajar en varias etapas de escritura y reescritura, en función de ir logrando consistencia interna.
- Practicar la reflexividad y mantenerse consciente de los sesgos como investigador durante todo el proceso.
- Perder el miedo y animarse: publicar puede ser laborioso, pero es una meta posible y alcanzable.

Contribuciones de las autoras: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Software; Metodología, Administración del proyecto; Supervisión, Validación, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición: MNV, CVG y MFG.

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

REFERENCIAS

1. Pérez-Rodríguez M, Palacios-Cruz L, Rivas-Ruiz R, et al. Investigación clínica XXIV. Del juicio clínico a la ética en la investigación en humanos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014;52(6):666-672.

2. Kilgallon JL, Khanna S, Dey T, et al. Open(ing) access: top health publication availability to researchers in low- and middle-income countries. Ann Glob Health. 2023;89(1):40. <https://doi.org/10.5334/aogh.3904>.

3. Peh WC, Ng KH. Basic structure and types of scientific papers. Singapore Med J. 2008;49(7):522-525.

4. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, et al. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014;89(9):1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>.

5. Castleberry A, Nolen A. Thematic analysis of qualitative research data: Is it as easy as it sounds? Curr Pharm Teach Learn. 2018;10(6):807-815. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.03.019>.

6. Burnard P. Writing a qualitative research report. *Accid Emerg Nurs.* 2004;12(3):176-181. <https://doi.org/10.1016/j.aen.2003.11.006>.
7. Sant M. WASP (Write a Scientific Paper): qualitative research and evidence based practice: implications and contributions. *Early Hum Dev.* 2019;133:37-42. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.03.009>.
8. O'Sullivan TA, Jefferson CG. A review of strategies for enhancing clarity and reader accessibility of qualitative research results. *Am J Pharm Educ.* 2020;84(1):7124. <https://doi.org/10.5688/ajpe7124>.
9. Grande-Ratti MF, Perez-Manelli RY, Herrera AG, et al. Investigación-acción participativa sobre percepciones, preocupaciones y necesidades de los profesionales de salud en una central de emergencias de Argentina. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2022;25(3):242-258. <https://doi.org/10.12961/aprl.2022.25.03.02>.
10. Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qual Health Res.* 2012 Oct;22(10):1435-1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>.
11. Methley AM, Campbell S, Chew-Graham C, et al. PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:579. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0>.
12. Korstjens I, Moser A. Series: practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):120-124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>.
13. Johnson AC, Mays D, Hawkins KB, et al. A qualitative study of adolescent perceptions of electronic cigarettes and their marketing: implications for prevention and policy. *Child Health Care.* 2017;46(4):379-392. <https://doi.org/10.1080/02739615.2016.1227937>.
14. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth.* 2019 Apr;13(Suppl 1):S31-S34. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_543_18.
15. Dossett LA, Kaji AH, Cochran A. SRQR and COREQ reporting guidelines for qualitative studies. *JAMA Surg.* 2021;156(9):875-876. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0525>.

Los editores de la *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires* les queremos ofrecer 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 obesidad a dos prestigiosas referentes del tema, con enfoques contrapuestos, a partir de una situación clínica. A continuación compartimos las reflexiones de la abogada Lucía Portos y la Dra. Cecilia Araujo, quienes abordarán el siguiente escenario hipotético:

La consulta una familia con un adolescente de 14 años que necesita un certificado de salud para asistir a un campamento.

Luego de la entrevista y el examen físico, el médico constata que se trata de un adolescente que no ha presentado problemas significativos de salud, realiza una dieta hipercalórica y su índice de masa corporal es 31. Ambos padres son obesos y el paciente ha intentado bajar de peso en algunas ocasiones hace algunos años.

El médico sugiere modificar los hábitos alimenticios y aumentar la actividad física. Sin embargo, tanto el adolescente como sus padres reaccionan negativamente, interpretando el comentario como una interferencia en su proyecto de vida y en su derecho a vivir según sus propias creencias y características físicas.

Mas allá del índice de masa corporal

Lucía Portos 

Subsecretaria de Políticas de género y diversidad sexual, Ministerio de las Mujeres, políticas de género y diversidad sexual, Provincia de Buenos Aires. Abogada (Universidad de Buenos Aires). Diputada reelecta de la Provincia de Buenos Aires (2013-2019) y Consejera de la Magistratura. Argentina.

Las recomendaciones de salud que se hacen a las personas en contexto de una consulta tienen que tener en consideración, antes que nada, el motivo de consulta del paciente. En este caso, el adolescente requiere un certificado de salud para poder asistir a un campamento, certificado que se emite luego de un examen físico donde se constata que el solicitante no tiene problemas de salud que le impidan participar de esa actividad. Se infiere que la consulta en este caso es puntual y no está enmarcada en una relación habitual entre médico y paciente que permita no solo establecer un vínculo de confianza sino hacer una evaluación integral y permanente del estado de salud.

Es importante considerar que la salud es un fenómeno multidimensional, “somático (biológico), psicológico y también social”¹ y que un amplio consenso científico ha reconocido recientemente el Estigma Social del Peso como una tendencia a juzgar, estereotipar y maltratar a las personas por su peso, generando un sesgo en la atención a los pacientes. Esto lleva a una intervención médica “pesocentrista” que elude una evaluación integral de la salud del paciente y refuerza mandatos estéticos corporales que pueden producir una grave afectación de la salud

mental, especialmente en los adolescentes. Por otro lado, la evaluación de la salud y el consejo posterior surgido únicamente del número que arroja el índice de masa corporal resulta absolutamente insuficiente y remarca ese paradigma pesocentrista, dado que esta herramienta no toma en consideración ningún otro factor de evaluación de la salud de las personas que no sea su peso y su altura.

Es evidente que, en este caso, quien consulta y su familia han atravesado en reiteradas ocasiones el frustrante proceso de acercarse al sistema de salud y ser juzgados inmediatamente por su peso, sin considerar otros factores para su análisis y obviando que “Un reciente informe de la OMS proporciona datos como que un 63% de los niños/as de edad escolar con obesidad experimentan mayor probabilidad de ser objeto de acoso, el 54% de los adultos con obesidad informan ser objeto de estigma por parte de sus compañeros de trabajo, o que el 69% de los adultos con obesidad informan de experiencias de estigma por parte de profesionales sanitarios”². El profesional que recibe la consulta debe considerar un abordaje respetuoso, sin que el sesgo “gordofóbico” se esconda debajo de un consejo bien intencionado que refuerce los estereotipos culpabilizantes que muchas veces se descargan sobre las

Autor para correspondencia: despachoportos@gmail.com, Portos L.

Recibido: 31/10/24 Aceptado: 17/11/24 En línea: 2/12/2024

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i4.432>

Cómo citar: Portos L. Más allá del Índice de Masa Corporal. La salud o la enfermedad no es el peso. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires.* 2024;44(4): e0000432

personas gordas y, en este caso, los adultos responsables de su cuidado.

Hay numerosa bibliografía que indica que el estigma social del peso se basa en una suposición errónea de que el tamaño corporal es una decisión individual vinculada casi exclusivamente a “malos” hábitos alimentarios, y que, por lo tanto, las personas solo necesitan “tomar la decisión” de cambiarlos para lograr un cuerpo acorde con la norma de la delgadez³. De hecho, en este caso, el paciente refiere haber intentado bajar de peso en algunas ocasiones anteriores y haberse frustrado en ese proceso, dado que habitualmente solo se sugiere una restricción de la ingesta de calorías, sometiendo a las personas a “pasar hambre” y aumentar la actividad física sin hacer ninguna evaluación de las consecuencias que las dietas restrictivas tienen para la salud mental y física de las personas y sin considerar que estos mismos sesgos gordofóbicos las alejan del deporte ya que los cuerpos grandes son señalados como no aptos para esas actividades. Esta dimensión resulta fundamental en el caso de estudio, dado que el paciente se encuentra pronto a ir a un campamento escolar, ámbito donde el cuerpo se pone en juego de una manera muy expuesta y que es propicio a que esos mismos estereotipos se desplieguen generando dinámicas de acoso.

Actualmente, el Ministerio de Salud de la Nación considera, desde las Guías de Prácticas Clínicas de abordaje del sobrepeso y la obesidad, que todas estas aristas deben tenerse en cuenta a la hora de una evaluación: “Esta nueva conceptualización implica abordar la obesidad y el sobrepeso no solo como una característica fisiológica, sino a la incidencia que tienen los factores sociales y psíquicos en la existencia humana. Es decir, con el cambio de enfoque se hace lugar al impacto de la malnutrición, las violencias sistémicas, la diversidad funcional, los consumos problemáticos, las formas de precarización de la vida pensadas desde los accesos mínimos al alimento, la

frustración e insatisfacción, que tienen un correlato con ese concepto integral de la salud”⁴.

En definitiva, en este caso que estudiamos surge patentemente aquello que los activismos por la diversidad corporal denuncian desde hace décadas, cuando quien asiste a una consulta médica tiene un cuerpo más grande que la media, se despliegan todos los prejuicios que son parte de la formación hegemónica de los profesionales de la salud quienes consideran que parte de su tarea es decirles a las personas cómo deben vivir su vida, reproduciendo prácticas violentas cuya finalidad última es la normalización de las personas, forzándolas a encajar en paradigmas alejados de la realidad sin tener en cuenta cómo estos discursos impactan en la autoestima, más aún en el caso de adolescentes, y en la salud mental. Estas cuestiones también deberían ser tenidas en cuenta por los profesionales de la salud para medir el impacto de sus palabras y evitar que las personas se alejen del sistema solo por no encontrar respuestas adecuadas a sus demandas y necesidades.

REFERENCIAS

1. Navarro V. Concepto actual de salud pública. En: Martínez Navarro F, ed. Salud pública. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1999 [citado 2024 oct 31]. p. 49-54. Disponible en: <https://ifdcsanluis-slu.infod.edu.ar/sitio/material-de-estudio-del-ano-2013/upload/navarro.pdf>.
2. Solmi F, Sharpe PhD H, Gage SH, et al. Changes in the prevalence and correlates of weight-control behaviors and weight perception in adolescents in the UK, 1986-2015. *JAMA Pediatr.* 2021;175(3):267-275. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.4746>.
3. Sánchez Carracedo D. El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: una revisión narrativa. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2022;69(10):868-877. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.12.002>.
4. Contrera L, Moreno ML. Cuadernillo de sensibilización sobre temáticas de diversidad corporal gorda [Internet]. [La Plata]: Argentina. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual; 2022 [citado 2024 oct 31]. Disponible en: <https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/gestor/uploads/CUADERNILLO%20C2%B0%20pC3%BABlico%20general.pdf>.

Enfoque integral para abordar la obesidad infantil y adolescente: Un camino hacia la calidad de vida familiar y prevención de salud futura

Cecilia Araujo

Médica de Planta, Sección de Nutrición y Diabetes, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Miembro del equipo de Terapias Cetogénicas, Hospital Alemán y CINNES. Miembro de PROFENI. Docente de la USAL. Argentina

La obesidad infantil y adolescente es un problema de salud pública creciente en el mundo. Según

la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de la obesidad en niños y adolescentes ha

Autor para correspondencia: araujoce80@gmail.com, Araujo C.

Recibido: 22/10/24 Aceptado: 17/11/24 En línea: 2/12/2024

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i4.433>

Cómo citar: Araujo C. Enfoque integral para abordar la obesidad infantil y adolescente: Un camino hacia la calidad de vida familiar y prevención de salud futura. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires.* 2024;44(4): e0000433

aumentado de manera alarmante en las últimas décadas. La obesidad no solo se asocia con problemas de salud física, sino también afecta el bienestar psicológico y social de los jóvenes. En este contexto, el abordaje nutricional se convierte en una herramienta esencial para promover hábitos saludables, evitar o tratar complicaciones asociadas a ella y mejorar la calidad de vida de los adolescentes y de sus familias.

En el caso presentado, tenemos un adolescente de 14 años con un índice de masa corporal (IMC) de 31, lo que indica obesidad. A pesar de que no consulta por problemas de salud, es importante un adecuado interrogatorio y la solicitud de estudios para pesquisar probables complicaciones asociadas a la obesidad.

El historial de intentos fallidos para perder peso, junto con el hecho de que ambos padres también son obesos, sugiere un entorno familiar que puede estar perpetuando hábitos poco saludables. La recomendación del profesional de salud de modificar los hábitos alimentarios y aumentar la actividad física, lejos de ser una intromisión, es un llamado a la conciencia sobre la importancia de la salud a largo plazo.

La obesidad es una condición compleja que resulta de una interacción de factores genéticos, metabólicos, conductuales y ambientales. Desde la perspectiva de la nutrición se deben considerar los hábitos alimentarios y el nivel de actividad física como factores fundamentales. Un enfoque interdisciplinario es esencial para abordar la obesidad en los adolescentes, teniendo en cuenta no solo la alimentación, sino también la actividad física, la salud mental y el entorno social y familiar.

La adolescencia es una etapa crucial para la formación de hábitos que perdurarán en la vida adulta. La intervención temprana en esta etapa puede prevenir la aparición de enfermedades relacionadas con la obesidad, como diabetes tipo 2, hipertensión y dislipidemias, entre otras. Además, la obesidad está asociada con problemas de salud mental, como ansiedad y depresión, lo que resalta la importancia de un abordaje interdisciplinario que contemple tanto el bienestar físico como el psicológico.

El rechazo de los padres y del adolescente a la recomendación del especialista podría ser un reflejo de la falta de comprensión sobre las consecuencias de la obesidad y la necesidad de un cambio en el estilo de vida. Es fundamental adoptar un enfoque empático y educativo, ayudando a la familia a entender que la salud no se limita a la apariencia física.

Una parte vital del proceso de intervención es la comunicación efectiva. Los profesionales de la salud deben ser capaces de transmitir su mensaje de manera clara y compasiva, evitando juicios o críticas. La educación sobre nutrición y la importancia de una alimentación balanceada son fundamentales para empoderar a los adolescentes y sus familias en la toma de decisiones informadas.

Además, es importante ofrecer recursos y apoyo continuo, como grupos de apoyo familiar o talleres de cocina saludable, para fomentar un ambiente positivo y motivador entre pares. Al involucrar a toda la familia en el proceso, se crea un espacio donde todos pueden aprender y crecer juntos, facilitando cambios duraderos en los hábitos de vida.

CONCLUSIÓN

El abordaje de la obesidad en los adolescentes debe ser integral, basado en la educación, la comunicación efectiva y el apoyo familiar. Las recomendaciones del especialista en nutrición no son una interferencia, sino una guía hacia un estilo de vida más saludable y sin complicaciones a mediano y largo plazo. Es esencial trabajar con los adolescentes y sus familias para empoderarlos en la toma de decisiones sobre su salud, fomentando cambios que puedan mejorar su calidad de vida a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Fiechtner L, Perkins M, Biggs V, et al. Comparative effectiveness of clinical and community-based approaches to healthy weight. *Pediatrics*. 2021;148(4):e2021050405. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-050405>.
- Kanellopoulou A, Antonogeorgos G, Douros K, et al. The association between obesity and depression among children and the role of family: a systematic review. *Children (Basel)*. 2022;9(8):1244. <https://doi.org/10.3390/children9081244>.
- Marshall S, Taki S, Laird Y, et al. Cultural adaptations of obesity-related behavioral prevention interventions in early childhood: a systematic review. *Obes Rev*. 2022;23(4):e13402. <https://doi.org/10.1111/obr.13402>.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2024;403(10431):1027-1050. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2).
- Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, et al. Economic impacts of overweight and obesity 2nd edition with estimates for 161 countries [Internet]. London: World Obesity Federation; 2022 [citado 2024 oct 20]. Disponible en: <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Economic-Impacts-2-V2.pdf>.

Recordando una parte de la historia de un Hospital Universitario al Servicio de la Comunidad: “La Cardiología del Hospital Italiano de Buenos Aires en el desarrollo de la Hemodinamia en la Argentina”

Alberto Tamashiro

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

RESUMEN

A principios de los años sesenta, bajo la dirección del Servicio de Cardiología del Hospital Italiano, se comenzaron hacer estudios hemodinámicos con un modesto equipo de rayos X con pantalla fluoroscópica. Entre los años 1964-65 se instaló un angiógrafo, el primero en la Argentina con intensificador de imágenes, cámara de TV y cine de 35 mm. Con el tiempo, la hemodinamia fue adquiriendo su propia identidad convirtiéndose de hecho en un Servicio Hospitalario autónomo. Con el nuevo equipo comenzaron a hacerse las primeras coronariografías del país, las arteriografías de miembros inferiores y otros estudios no cardiológicos con cine en lugar de placas radiográficas, lo cual permitió obtener una visión dinámica. También posibilitó guiar los catéteres hasta los órganos con tumores para hacer quimioterapias selectivas intraarteriales. De este modo, la hemodinamia fue cobrando prestigio en el país y se hubiera completado con la posibilidad del ingreso del Dr. René Favaloro al Hospital y que se frustró a pesar sus deseos.

Palabras clave: hemodinamia, Hospital Italiano, historia, cateterismo, angiografía.

Remembering a Part of the History of a University Hospital in Service to the Community: ‘The Cardiology Service of Hospital Italiano de Buenos Aires in the Development of Hemodynamics in Argentina’

ABSTRACT

In the early 1960s, under the direction of the Cardiology Service at the Italian Hospital, hemodynamic studies began with a modest X-ray equipment featuring a fluoroscopic screen. Between 1964 and 1965, an angiography machine was installed, the first in Argentina with an image intensifier, a TV camera, and a 35mm cine. Over time, hemodynamics acquired its own identity, becoming a de facto autonomous hospital service. With the new equipment, the first coronary angiographies in the country were performed along with arteriographies of the lower limbs and other non-cardiological studies using cine instead of radiographic plates, which allowed for a dynamic view. It also enabled guiding catheters to organs with tumors to perform selective intra-arterial chemotherapies. In this way, hemodynamics gained prestige at the national level and would have been crowned with the possibility of Dr. René Favaloro joining the hospital, which unfortunately did not materialize despite his wishes; a mention of this event was made during the development of this article.

Key words: Hemodynamics, Hospital Italiano, History, Catheterization, Angiography.

Autor para correspondencia: alberto.tamashiro@hospitalitaliano.org.ar, Tamashiro A.

Recibido: 23/01/24 Aceptado: 16/05/24 En línea: 26/12/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.336>

Cómo citar: Tamashiro A. Recordando una parte de la historia de un Hospital Universitario al Servicio de la Comunidad: “La Cardiología del Hospital Italiano de Buenos Aires en el desarrollo de la Hemodinamia en la Argentina”. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2024;44(4):e0000336

INTRODUCCIÓN

El Hospital Italiano de Buenos Aires ha experimentado, desde sus comienzos, un sostenido crecimiento hasta llegar a ser en la actualidad una de las instituciones más prestigiosas en lo referente a la asistencia de pacientes, y desarrollo científico y docente. El desarrollo de la Cardiología junto con la Hemodinamia tuvo su propio protagonismo en ese crecimiento y, como consecuencia, su prestigio se extendió en el ámbito nacional.

Este artículo tiene el objetivo de destacar los nombres que deben ser recordados y que fueron los protagonistas de una historia épica por su modo de trabajo con los equipamientos de entonces y la interrelación que lograron con los otros Servicios del Hospital. También se propone mencionar los nombres de destacados médicos en el ámbito de la Cardiología de esa época, y hechos y anécdotas interesantes a nivel nacional e internacional que acompañaron a lo largo del desarrollo de la Hemodinamia.

MÉTODO

Muchos de los eventos mencionados son contribuciones gentilmente cedidas por los doctores Carlos A. Garlando y Edgardo Marecos, testigos de estos hechos. Finalmente, un gran número de los eventos históricos recordados se han podido cotejar con información disponible y abierta al público.

DESARROLLO

La Hemodinamia del Hospital se fue desarrollando junto con la Cardiología y la Cirugía Cardiovascular desde los años sesenta. En esa época se recibían pacientes de distintos lugares de la provincia de Buenos Aires para interconsultas quirúrgicas y cardioversiones.

El Servicio de Cirugía Cardiovascular estaba integrado por el jefe, Dr. Fidel Donato, el subjefe, Dr. Amadeo Pisanú, y los doctores Helio Ferrari, César Brea, Enrico Bertolozzi. El Dr. Ricardo Pichel estuvo encargado de la circulación extracorpórea desde 1964. Era un gran lector, siempre estaba con algún libro en la mano; leía temas de física, química, epistemología, filosofía, e incluso la Biblia. Años después fue el primer Rector de la Universidad Favaloro¹. El Servicio de Cirugía Cardiovascular estaba dedicado principalmente a los reemplazos valvulares, vasculopatías periféricas, cardiopatías congénitas y colocación de marcapasos. Un doble reemplazo valvular fue un acontecimiento importante, al punto que salió publicado en los diarios. Pero después fue eclipsado por el primer trasplante cardíaco realizado por el Dr. Cristian Barnard en Sudáfrica¹.

El Dr. Francisco Romano era el jefe del Servicio de Cardiología. En él había un anexo que se llamaba Consultorio de Hemodinamia, atendido por los doctores Juan A. Caprile y Raúl Oliveri, que evaluaban a los pacientes prequirúrgicos y posquirúrgicos. El Dr. Caprile era el jefe de Hemodinamia y procedía del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

Por su experiencia en los accesos vasculares, el Dr. Carlos A. Garlando –por entonces residente de cirugía cardiovascular– fue invitado a unirse al equipo de Hemodinamia.

Desde ese momento su carrera médica se orientó definitivamente a la hemodinamia.

Con un viejo equipo de rayos ubicado en el sector de Cirugía Cardiovascular se hacían los estudios hemodinámicos con pantalla fluoroscópica. Tenía transformadores de bocha suspendidos de los que –con la humedad– saltaban chispas; parecía una película de Frankenstein, según mencionaban los presentes. No había conciencia sobre protección radiológica. Los operadores estaban expuestos a la radiación directa. El Dr. Garlando, años más tarde, padeció una leucopenia de 3000 glóbulos blancos, hecho que lo obligó a dejar la actividad durante un tiempo. Los pacientes derivados para cateterismos presentaban cardiopatías congénitas y valvulopatías. Se los evaluaba con registros de electrocardiogramas y presiones en las distintas cavidades del corazón y esos datos se grababan en tiras continuas de papel con un aparato de dos canales. Las imágenes eran visualizadas directamente en la pantalla fluoroscópica con poca resolución y sin posibilidad de grabarlas.

Entre los años 1964 y 1965, Hemodinamia se trasladó a un sector de Radiología ocupado actualmente por parte del Servicio de Farmacia. Allí se instaló por gestión de los doctores Caprile y Oliveri, un equipo de radiología Siemens único en la Argentina en ese entonces, provisto de un generador modelo Gigantus® de 1000 mA y 150 Kv con intensificador de imágenes Sirecon Duplex® de 6 y 9 pulgadas y cámara de TV. Para la obtención de imágenes venía instalada una cámara de cine Arriflex® de 35 mm con cine continuo de 48 cuadros por segundo, una cámara Odelca® para cardiopatías congénitas mediante la cual se obtenían imágenes con películas de 70 mm a 6 placas por segundo, un seriógrafo para estudios digestivos, un escamoteador con chasis debajo de la mesa para aortogramas abdominales y arteriografías de miembros inferiores con placas. Poco tiempo después, estos estudios se hicieron con equipos de cine. Los estudios se efectuaban con catéteres angiográficos con punta ciega y agujeros laterales llamados Rodríguez Álvarez, que se introducían por disección de la arteria humeral a nivel del pliegue del codo.

Con el intensificador de imágenes y la cámara de TV fue posible ver las imágenes radioscópicas en tiempo real con buena definición. Asimismo se podía dirigir el avance de los catéteres y controlar la inyección del material de contraste durante la filmación. Así comenzó la nueva era para la obtención de las imágenes radiológicas.

Los estudios más frecuentes eran los aortogramas y las arteriografías de miembros inferiores. Se filmaba en forma dinámica el recorrido de las arterias opacificadas con el material de contraste desde la aorta hasta el pie, obviándose la técnica con placas al acecho.

Los procedimientos por cateterismo eran una novedad en esos tiempos y reemplazaron la técnica por punción directa.

Gradualmente siguieron pedidos de estudios para otros territorios, como angiografías renales con asesoramiento de Jorge Sciappapietra, el urólogo y nefrólogo del Hospital; los estudios de vasos del cuello guiados

por el Dr. Enrico Bertolozzi, cirujano cardiovascular, y las arteriografías cerebrales con la colaboración de los neurocirujanos del Hospital, doctores Tramontano y Raúl Matera. Nuestro amigo y luego jefe del Servicio de Neurología, Dr. Lucio Serra, nos enseñó a interpretar las arteriografías cerebrales e informar sobre ellas. Los estudios de vasos del cuello y las arteriografías cerebrales por cateterismo solucionaron las limitaciones de los estudios por punciones: con un solo procedimiento era posible hacer las arteriografías de los cuatro vasos del cuello y cerebrales en las distintas posiciones radiológicas, sin anestesia general y evitando además la incomodidad del paciente y las complicaciones en el sitio de las punciones.

Las experiencias con respecto a las arteriografías renales fueron expuestas en las 5.^{as} Jornadas Rioplatenses de Urología realizadas en la ciudad de Montevideo en 1969 y las 2.^{as} Jornadas de Clínica Médica en Buenos Aires, 1970. En las reuniones científicas realizadas por el Servicio de Hemodinamia del Sanatorio Güemes en junio de 1971 se presentaron los temas "Aortogramas y arteriografía de miembros inferiores", "Arteriografías renales" y "Arteriografías selectivas de los 4 vasos de cuello". En mayo del mismo año se presentó el primer caso de colocación de filtro de vena cava con el dispositivo Mobin Uddin® para prevención de la tromboembolia pulmonar en la Sociedad Argentina de Cirujanos de la AMA. Los títulos mencionados fueron presentados por el Dr. Garlando.

El tratamiento de las neoplasias mediante infusión de fármacos por vía intraarterial amplió el espectro de las posibilidades de la hemodinamia. Mediante la radioscopia en tiempo real permitió guiar los catéteres hasta los vasos del tumor e inyectar selectivamente las drogas antitumorales y/o sustancias embolizantes.

El Dr. Garlando expuso sus resultados en presentaciones y publicaciones:

- Investigación sobre quimioterapia por infusión continua intraarterial en el cáncer avanzado: Primer Congreso Latinoamericano de Quimioterapia Antineoplásica. Buenos Aires, 1966.

- Quimioterapia intraarterial mediante infusión continua en neoplasias avanzadas.

- La vía intraarterial, quimioterapia de tumores en diversas localizaciones².

- Investigación de imágenes radiológicas en tumores renales: 1.^{er} Congreso Latinoamericano de Cancerología. Asunción, 1969.

- La arteriografía renal selectiva. Su valor diagnóstico en los tumores renales: 5.^{as} Jornadas Rioplatenses de Urología. Montevideo, 1969, y 2.^{as} Jornadas de Clínica Médica en Buenos Aires, 1970.

La demanda de estudios angiográficos extracardiácos por cateterismo con cine fue cada vez más frecuente y se extendió gradualmente con la instalación de nuevos equipos de cine en los distintos centros del país.

Los hemodinamistas eran prácticamente los únicos disponibles para hacer las prácticas por cateterismo. La necesidad hizo, entonces, que comenzaran a hacer rutinariamente las angiografías extracardiácas. En la actualidad los hemodinamistas están colegiados bajo el nombre de

Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas (CACI). En aquellos años había equipamientos disponibles, pero los radiólogos que hacían angiografías eran pocos. Los más relevantes eran la Dra. Gloria Díaz y el Dr. Julio C. Salvidea de la Sección Angiografía del Servicio de Radiología del Hospital Rawson.

Los doctores Carlos Garlando y Carlos Fiore comenzaron a hacer los estudios valvulares mediante cateterismo derecho e izquierdo por vía braquial con los catéteres conocidos en ese entonces, Rodríguez Álvarez y Courmand, y los catéteres marcapasos transitorios; se completaban con registros de presiones y electrocardiograma con un equipo Samborn® multicanal a cargo del Dr. Gianni Corrado, quien posteriormente desarrolló la Sección de Electrocardiografía y Electrofisiología del Hospital Italiano. Con el mismo equipo Samborn, los doctores Pedro Cossio (h) y Eduardo Ferreirós también podían realizar fonomecanografías.

En esa época, el Dr. Alfredo González Martín de la provincia de Mendoza estaba vinculado con los cirujanos cardiovasculares y originó la relación con el equipo de cardiólogos. A fines de 1966, el Dr. Juan A. Caprile, cardiólogo pediatra, invitó al Dr. González Martín a participar de un curso sobre "Cateterismo Cardíaco y Hemodinamia"; en esa circunstancia fue uno de los primeros en hablar del acceso por la vía femoral. Desde ese momento comienza una relación con la Sección Hemodinamia del Hospital Italiano. A su vez, el Dr. González Martín invitó al Dr. Garlando para hacer una angioplastia renal en la ciudad de Mendoza. Comenzó así la difusión de la metodología.

En la historia de los comienzos de la coronariografía en el Hospital Italiano merecen agregarse algunos comentarios porque fue desarrollándose dentro de una atmósfera nacional e internacional con hechos y anécdotas interesantes. En 1958, el Dr. F. Mason Sones realizó la primera coronariografía en la Cleveland Clinic en forma accidental. Para mostrar la eficacia y seguridad del método, en 1962 presentó la experiencia de 1020 coronariografías efectuadas durante cuatro años. Así el Dr. René Favaloro, cirujano cardíaco argentino de la Cleveland Clinic, pudo desarrollar la técnica del *bypass* coronario que se llevó a cabo por primera vez en 1967 y cambió radicalmente el tratamiento de la cardiopatía isquémica.

La coronariografía en sus inicios no fue totalmente aceptada. Para contrarrestar las críticas, el Dr. Sones se hizo una coronariografía y, cuando fue invitado a una conferencia en el Hospital Italiano, mostró su propio estudio coronariográfico (era normal).

En 1966 llegó al Hospital el Dr. Enrique Fierenz, argentino, formado en la Cleveland Clinic, quien hizo las primeras cinecoronariografías del país con películas de 35 mm, cuatro años después de la primera publicación del Dr. Sones. Los médicos del Hospital le preguntaban incrédulos al Dr. Marecos, residente de Cardiología, "cómo era eso de la coronariografía".

En 1966, por gestión del Dr. Raúl Oliveri se inauguró la Unidad Coronaria, la segunda del país (la primera fue inaugurada por el Dr. Carlos A. Bertolasi en 1965, en el Hospital Argerich de la ciudad de Buenos Aires), que se

convirtió en fuente de derivación de pacientes para hemodinamia. Rápidamente se desarrolló una investigación sobre la fisiopatología de la falla de bomba en el infarto de miocardio al lado de la cama, que mereció el Premio de la Sociedad Argentina de Cardiología.

Con los aportes de la Unidad Coronaria del Hospital y los estudios coronarios comenzaron los ateneos, al principio los jueves y luego se pasó a los martes a las 21 en el salón de Ortopedia. Se presentaban los casos del Hospital y de otros centros. Había una gran concurrencia a pesar del horario; era habitual la presencia de destacados médicos como los doctores Luis de la Fuente, Mauricio Rosembaum, Marcelo Lazzari, Julio Elizari, Carlos Bertolasi, Ricardo Esper, J. D'Oliveira (del Hospital Militar), Pedro Cossio, Amuchástegui (de la provincia de Córdoba), Bernardo Boskis, Luis Becú (anatomopatólogo del Hospital de Niños de renombre internacional) y Enrique Almonacid, presidente del Colegio Argentino de Angiología y director del curso bianual de la especialidad.

Las películas de cine de 35 mm solo se podían evaluar con un proyector de 16 mm, por lo cual se tenían que reducir a ese formato con un equipo especial para ser proyectadas. Un tiempo después se consiguió el proyector de 35 mm Tagarno®, único existente en el país. Es un aparato que permite proyectar una película a diferentes velocidades con parada de cuadro y con avance y retroceso cuadro por cuadro.

Era un proyector de alta calidad al punto de que el Dr. de la Fuente, que había elogiado el beneficio del proyector, y otros médicos concurrían a los ateneos para proyectar sus propias películas. El Dr. Carlos Salgado, director del Hospital Fernández en ese entonces, también venía al Servicio para ver los estudios realizados en su hospital. El Dr. Salgado, años más tarde, fue secretario de la Comisión Directiva del Colegio de Hemodinamia.

La coronariografía era el tema principal en las exposiciones de los congresos. El Dr. Fierenz organizó presentaciones y cursos sobre el tema: en el 7.º Congreso de Cardiología (1967) realizado en el Aula Magna de la Facultad de Medicina, donde presentó: "Cinearteriografía coronaria selectiva". Por su parte, el Dr. Fiore aportó "Cineangiocardiógrafa en la insuficiencia mitral" y el Dr. Garlando, "Cineangiocardiógrafa en la insuficiencia aórtica".

A fines de 1967, el Dr. Fierenz volvió a los Estados Unidos por razones familiares y, a principios de 1968, fue reemplazado por el Dr. Enrique Efraín Leguizamón, argentino, también formado en la Cleveland Clinic, pero permaneció poco tiempo en el Hospital. No obstante, reunieron suficiente material para presentar y ganar el Premio de Cardiología "Dr. Luis Sívori" de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1970.

Los doctores Garlando y Fiore se encargaron de hacer los estudios coronarios con la experiencia adquirida con los doctores Fierenz y Leguizamón.

El Dr. René Favalaro había valorado las condiciones del Hospital para ejercer sus actividades. Vino por primera vez al país a fines de 1964 junto con su esposa; el Dr. Garlando, a pedido del Dr. Donato, jefe de Cirugía, los

esperaba en el aeropuerto de Ezeiza cada vez que venían al país. Permaneció diez días en la Argentina y, en ese lapso, hizo varias operaciones de Vineberg (la operación consiste en el autotrasplante de la arteria mamaria interna izquierda, introduciendo el extremo abierto de esta arteria en un túnel efectuado en el espesor de la pared del ventrículo izquierdo con el objeto de originar colaterales que se conectan con el árbol coronario. Es una técnica que se realizaba antes del *bypass* coronario).

Era su deseo volver a la Argentina, razón por la cual hubo conversaciones con los cirujanos doctores. Donato y Pisanú. Volvió al año siguiente. Manifestaba que deseaba operar en el Hospital Italiano por tener sangre italiana (era descendiente de sicilianos). También tuvo conversaciones con el Dr. Juan B. Borla, director del Hospital. En 1967, el Dr. Favalaro ya era médico de planta de la Cleveland Clinic y había hecho el primer *bypass* coronario. En cada uno de sus regresos hizo presentaciones mostrando los resultados de este método aplicado en la Cleveland Clinic. En su tercer viaje vino con recomendación de los doctores José María Mainetti y Alfonso R. Albanese, cirujanos referentes de la Argentina. Como el Hospital contaba con antecedentes de dos Servicios de la misma especialidad se propuso formar dos Servicios de Cirugía Cardiovascular, cada uno con su correspondiente jefatura. Pero definitivamente no se llegó a un acuerdo. Sin embargo, el Dr. Favalaro siguió viniendo al Hospital para operar algunos casos.

Entre otras anécdotas, el Dr. Garlando refirió que, cada vez que el Dr. Favalaro y su esposa llegaban al país, al llegar al Servicio de Cirugía Cardiovascular lo tenían sentado en la recepción esperando para ser atendido por los jefes. ¡El cirujano prestigiado universalmente tenía la humildad de esperar sentado hasta que lo atendieran! Finalmente, el Dr. Favalaro regresó definitivamente a la Argentina para iniciar sus actividades en 1971 en el Sanatorio Güemes dejando los Estados Unidos en pleno auge de su carrera. En 1969, Favalaro y el grupo de la Cleveland Clinic habían presentado en el Congreso de la Society of Thoracic Surgeons los resultados de la significativa cifra de 570 pacientes operados a menos de dos años del primer *bypass*. Se frustró así la gran oportunidad de desarrollar, en Hospital Italiano, el centro cardiovascular más importante a nivel internacional.

No obstante, la evolución de la Hemodinamia siguió su curso. En enero de 1972, el Dr. Guillermo Pujadas se hizo cargo del Servicio de Hemodinamia. Pero es el comienzo de una nueva etapa que merece ser considerada en otro momento.

Conviene recordar algunos sucesos y personajes relacionados con el desarrollo de la Hemodinamia de nuestra institución.

- A comienzos de los años sesenta, la Hemodinamia comenzó a hacer sus estudios precariamente con un viejo equipo de rayos. Fue un desarrollo conjunto con los Servicios de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

- 1958: el Dr. Mason Sones realizó la primera coronariografía en forma accidental.

- 1962: el mismo Dr. Mason Sones publica su experiencia con 1020 coronariografías.

- 1964: el Dr. Ricardo Pichel fue el encargado de la circulación extracorpórea en el Hospital Italiano. Con posterioridad fue el primer Rector de la Universidad Favaloro.

- 1964-65: se instaló un equipo de radiología Siemens® único en la Argentina, con intensificador de imágenes, cámara de TV y cine de 35 mm.

- 1964: el Dr. René Favaloro vino por primera vez al país desde los Estados Unidos con el objetivo de trabajar en nuestra institución. Tiempo después retornó en varias ocasiones con la misma intención.

- 1965: al incorporar un equipo con el intensificador de imágenes y la cámara de TV y cine de 35 mm se inició un nuevo método para hacer estudios extracardíacos con cine de 35 mm.

- 1966: comenzó el tratamiento de las neoplasias mediante quimioterapia intraarterial por cateterismo a cargo del Dr. Carlos A. Garlando.

- 1966: el Dr. Raúl Oliveri inauguró la Unidad Coronaria, la segunda del país.

- 1966: a la llegada del Dr. Enrique Fierenz se hicieron las primeras coronariografías del país con cine de 35 mm.

- 1968: el Dr. Enrique Efraín Leguizamón continuó con el desarrollo de la coronariografía, pero poco tiempo después también volvió a los Estados Unidos. Los doctores Garlando y Fiore se encargaron de hacer los estudios coronarios con la experiencia adquirida de sus antecesores.

- 1970: los doctores Leguizamón, Garlando y Fiore ganan el Premio de Cardiología: Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires "Dr. Luis Sívori".

- En 1971: el Dr. Favaloro vuelve definitivamente a la Argentina en pleno auge de su carrera, para operar en

el Sanatorio Güemes después de varios intentos para incorporarse a nuestra institución.

CONCLUSIONES

Este artículo trata sobre la situación de la Cardiología del Hospital Italiano de Buenos Aires en el desarrollo de la Hemodinamia en la Argentina. En la línea de su crecimiento se relatan hechos interesantes y se nombran personajes notables de la medicina cardiológica que, con su intervención directa o la sola presencia, prestigiaron la Cardiología y la Hemodinamia. El deseo insistente del Dr. René Favaloro de desarrollar su actividad quirúrgica en nuestra institución avala de por sí su reputación:

- Primeras coronariografías en la Argentina.

- Divulgación de la angiografía dinámica en los estudios periféricos por cine.

- Angiografías y quimioterapia intraarterial de tumores.

- Destaca a los doctores Carlos A. Garlando y Carlos Fiore, los primeros hemodinamistas formados en el Hospital Italiano.

Agradecimientos: Dres. Carlos A. Garlando y Edgardo Marecos por los datos aportados. Dr. Hernán Doval por sugerencias. Dr. José A. Díaz por las correcciones realizadas.

Conflictos de interés: el autor declara no poseer conflictos de interés relacionados con el contenido del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. Marecos E. Mi residencia en el Hospital Italiano. Corrientes: el autor; 2021.
2. Garlando CA. La vía intra arterial: quimioterapia de tumores en diversas localizaciones. Rev Argent Cancerol. 1968;10:2.



Aportes a la biotecnología y la biotecnología farmacéutica durante la pandemia: La experiencia que nos dejó el COVID-19

Aída Sterin Prync, Adriana M. Carlucci
delhospital Ediciones, 2024. 344 páginas
ISBN: 978-987-8349-65-7

FRAGMENTOS DE LA PANDEMIA: UN ANÁLISIS COLABORATIVO SOBRE LA BIOÉTICA Y LA BIOTECNOLOGÍA

Uno de los grandes logros del libro coral que comento es su capacidad para ser varios textos en uno. No solo se trata de un trabajo colaborativo entre alumnos y docentes, sino también de un relato que recoge experiencias y vivencias en tiempos de pandemia, mientras se ofrece al mismo tiempo una fuente valiosa de reflexiones biotecnológicas y éticas provenientes directamente del mundo de la investigación.

Aída Sterin Prync y Adriana Carlucci asumen con maestría la compleja tarea de coordinar diversas voces y opiniones, logrando que el resultado final no sea una simple suma de escritos desarticulados, sino un manual de lectura fluida y coherente.

El libro se divide en dos partes. En la primera se presenta una serie de escritos centrados en el diagnóstico y tratamiento del COVID-19. Sin embargo, hay uno en particular que merece atención especial: el trabajo de Alejandro Trombert titulado “*La pandemia y el futuro de la*

bioética”. En este texto, el autor acierta al reflexionar sobre el papel crucial que deben desempeñar los comités de ética en la toma de decisiones relacionadas con la salud, subrayando su relevancia en tiempos de crisis.

La segunda parte del libro está compuesta por una serie de entrevistas con destacados actores del ámbito biotecnológico, quienes fueron protagonistas clave durante la pandemia. Al darles voz, el libro nos permite comenzar a armar el rompecabezas de uno de los momentos más complejos que ha atravesado la humanidad.

Este ejercicio, por un lado, busca comprender lo que sucedió y cómo se resolvieron los desafíos, y, por otro, invita a realizar el necesario trabajo de duelo por aquellos que no pudieron superar esta gran crisis global. En definitiva, constituye un paso importante hacia la reflexión sobre modelos científicos y tecnológicos humanistas, esenciales para poder adaptarnos a los diversos desafíos que la humanidad podría enfrentar en el futuro.

Daniel Matusevich

Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina.

Autor para correspondencia: daniel.matusevich@hospitalitaliano.com.ar, Matusevich D.

Recibido: 2/12/24 Aceptado: 10/12/24 En línea: 18/12/2024

DOI: <https://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.428>

Cómo citar: Matusevich D. Fragmentos de la pandemia: Un análisis colaborativo sobre la bioética y la biotecnología. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2024;44(4):e0000428

Educación interprofesional entre Ingeniería Biomédica y Ciencias de la Salud

Al editor:

La educación interprofesional (EIP) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la ocurrencia “cuando los estudiantes o miembros de dos o más profesiones aprenden con, de y sobre los demás” para mejorar la colaboración y la calidad de la atención¹.

Se ha comprobado que la EIP, a través de escenarios educativos, promueve el desarrollo de conocimientos y habilidades que contribuyen con el aprendizaje y las prácticas colaborativas, mejorando el trabajo en equipo y la comunicación eficaz, el respeto y el conocimiento sobre las incumbencias y competencias de cada disciplina. Si se utiliza a lo largo de la formación profesional, en lugar de componentes aislados del currículo educativo, la EIP puede fortalecer la capacidad de los recursos humanos del sector de la salud, mejorar los resultados y así fortalecer los sistemas de salud² permitiendo que los estudiantes “... puedan aprender de otras profesiones, respetarlas y conocer las funciones mutuas para abordar problemas de salud”³.

La cooperación entre ingenieros y profesionales de la salud en el desarrollo de tecnología médica es esencial para avanzar en la innovación sanitaria y mejorar los resultados en el cuidado de la salud. Permite combinar el conocimiento técnico y analítico de los ingenieros con la experiencia práctica y clínica de los profesionales de la salud, generando soluciones avanzadas tanto clínicas como tecnológicas.

Desde la carrera de Ingeniería Biomédica (IBM) estamos promoviendo escenarios educativos para que nuestros estudiantes interactúen con profesionales o estudiantes de otras disciplinas. En las asignaturas Introducción a la Práctica de Investigación y Desarrollo I y II y Fisiología Cuantitativa II, con los estudiantes de tercer año trabajamos en el desarrollo de prototipos, con el

objetivo de dar solución a los problemas planteados por profesionales del Instituto de Medicina Traslacional e Ingeniería Biomédica (IMTIB-UHIBA-CONICET), de la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires (UHIBA) o de los Servicios del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). La solución requiere de nuestros estudiantes poner en práctica todos los conocimientos obtenidos durante la carrera, además de interactuar con los profesionales de la salud o investigadores. Esta combinación del conocimiento técnico y analítico de los ingenieros con la experiencia práctica y clínica de los profesionales de la salud o la científico-tecnológica de los investigadores, permite generar soluciones avanzadas tanto clínicas como tecnológicas. Entre los desarrollos podemos destacar los siguientes proyectos integradores interdisciplinarios con desarrollo de transferencia tecnológica: Acople paraocular de microscopio invertido (IMTIB), Sistema de monitorización continua de temperatura y humedad en tiempo real con sistema de alarma para *ultrafreezer* (Biobanco), Sistema de monitorización continua de temperatura y humedad en tiempo real con sistema de alarma para el Bioterio (IMTIB), Muñeco de RCP con simulador de ECG, Ortesis de movilización para la extensión pasiva de muñeca y dedos (HIBA).

Desde la asignatura Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) se promueve la relación universidad-empresa a partir de la transferencia de la práctica profesional a la clase y del estudio de cómo mejorar el aprendizaje de competencias técnicas y transversales, por medio de retos reales o prácticas en empresas, Servicios del HIBA o grupos de investigación del IMTIB o del HIBA. El objetivo de esta asignatura es introducir a los estudiantes de IBM en un escenario profesional, enfrentarlo con el desafío de estudiar, discutir y resolver problemas en el contexto empresarial, formándose en la redacción, ejecución y presentación de proyectos durante 200 horas.

Autor para correspondencia: marianab.rios@hospitalitaliano.org.ar, Ríos MB.

Recibido: 16/09/24 Aceptado: 24/09/24 En línea: 09/10/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.392>

Cómo citar: Ríos MB, Perdiz NP, Aversano F, Ulla M, Risk MR. Educación interprofesional entre Ingeniería Biomédica y Ciencias de la Salud. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2024;44(4):e0000392

Desde el año 2023, y durante 2024, estudiantes de las carreras de Licenciatura en Producción en Bioimágenes e Ingeniería Biomédica, comparten el espacio del aula, desarrollando actividades de investigación y trabajos prácticos en el contexto de dos asignaturas. Comparten contenidos comunes: las asignaturas Técnicas para la Obtención y para el Procesamiento de Imágenes I, y Procesamiento de Señales e Imágenes Biomédicas, correspondientes a las carreras de Licenciatura en Producción de Bioimágenes e Ingeniería Biomédica, respectivamente.

Consideramos que la interacción de ingenieros y profesionales de la salud durante su formación es crucial para el desarrollo de tecnología médica y la mejora de la atención médica. Esta sinergia puede conducir a innovaciones significativas en diagnóstico, tratamiento, gestión de datos y atención remota, mejorando la calidad y eficiencia de la atención sanitaria. Al trabajar juntos ingenieros y profesionales de la salud desde el proceso de formación, permite que puedan enfrentar mejor los desafíos actuales y futuros en el campo de la salud, beneficiando a pacientes y profesionales por igual.

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

Mariana B. Ríos¹, Natalia P. Perdiz¹,
Florence Aversano², Marina Ulla² y Marcelo R. Risk¹

¹ Carrera de Ingeniería Biomédica, Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

² Carrera de Licenciatura en Producción de Bioimágenes, Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

REFERENCIAS

1. Working for health and growth: investing in the health workforce: report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [consulta 2024 sept 10]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511308>.
2. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5).
3. Herrera Miranda GL. La educación interprofesional, un enfoque innovador y prometedor en la formación de los profesionales de la salud. *Rev Ciencias Méd Pinar del Río*. 2019;23(5):611-612.

Delirios clínicos

Me propongo transmitir los resultados de mi práctica en el tratamiento de personas con ideas delirantes a través de dos ejemplos clínicos: uno con diagnóstico de parafrenia y otro con diagnóstico de esquizofrenia, en ambos casos en sujetos con alto grado de éxito en la confirmación de su vida familiar y social, y con trabajo estable.

Conocí al primero de los pacientes en los consultorios externos de un hospital del conurbano bonaerense hace unos cincuenta años. Motivo de consulta: sus síntomas maníacos le impedían realizar su trabajo como albañil, y era el sostén económico de su familia. Se trataba de una parafrenia en su forma expansiva: tenía alucinaciones psíquicas que le hacían saber que era un enviado de Dios. Su convicción se fundaba en que su nombre tenía un número de letras igual al que tenía el mensaje. Para hacerlo más claro, supongamos que el nombre fuera *Ramón Hugo Rodríguez*. Este nombre suma 17 letras. Él recibía un mensaje: *Traigo buenas nuevas*, que también suma 17 letras. Cuando me consultó advirtió que mi nombre y número de teléfono también sumaban 17 letras. Tal como él lo entendió, me dijo: “Es evidente”. Además vio alrededor de mi cabeza una corona dorada con flores. La transferencia se instaló abruptamente, yo fui la Virgen María. Si algún alumno de esa época lee este trabajo se acordará del paciente de las diecisiete letras, quien de vez en cuando me llama para preguntarme si no quiero que hable con algún grupo de alumnos. Se sentía muy cómodo relatando su experiencia. A partir de entonces lo vi en el hospital y, más tarde, en mi consultorio por supuesto sin cargo.

Un primer resultado del tratamiento fue que, con los antipsicóticos incisivos, no tuvo más alucinaciones. “Está bien Dra., pero ¿sabe?, estoy triste.” Para decirlo de una manera ilustrativa, a mí se me prendió un alerta. Mi objetivo profesional no fue nunca “curar enfermedades”, sino conseguir que la gente fuera lo más feliz posible y aprovechar las oportunidades de disfrutar de la vida. Entonces pensé que lo más importante en este caso clínico con alucinaciones *no amenazantes*, lo ideal

era que el paciente mantuviera un estado suficiente de lucidez que le permitiera trabajar, aunque el fenómeno psicótico no desapareciera del todo. Hablé con la madre y con la esposa y les expliqué cómo manejar la medicación de modo que desapareciera el aspecto maníaco que era inhibitorio para el desarrollo laboral pero sin preocuparse por las alucinaciones que no molestaban al paciente, sino lo ubicaban en una situación privilegiada como enviado de Dios. Funcionó y yo lo he seguido viendo en un principio cada mes, después cuando ellos como familia podían venir a verme. No tenía importancia que el sujeto enfrentara el fenómeno psicótico porque no se trataba de contenidos agresivos. De esta persona recibí una gran lección: se me hizo más claro que “curar enfermedades” no es una ley, sino un instrumento para conseguir el objetivo de mi ejercicio profesional. Ahora hace muchos meses que no me llama, ni siquiera sé si aún vive.

El otro paciente, con diagnóstico de esquizofrenia, fue visto hace solo 20 años después de haber sido tratado un año con psicoanálisis, tres veces por semana en diván, sin ningún alivio. Tenía solo alucinaciones auditivas a tres niveles espaciales que lo angustiaban mucho. En este caso, también el sujeto fue inmediatamente medicado con antipsicóticos incisivos. Y también aquí disminuyó la angustia, y pudimos así trabajar con mayor comodidad. Traté de no descalificar su experiencia previa. Lo seguí viendo tres veces por semana sin recurrir a interpretaciones psicoanalíticas de las descriptas como mutativas.

Cuando entendí que su vínculo era de confianza suficiente empecé a incrementar la crítica y a sugerirle –cada vez más enfáticamente– que se peleara con las voces, ya que él sabía que no venían de afuera sino de su propio interior. Planteado de este modo tenía, por una parte, cierto nivel de aceptación de mi parte ya que se pelea con alguien, dándole a él el lugar para que pudiera descalificarlas. También hablé con la pareja de padres que fueron siempre muy colaboradores. A lo largo de los 20 años que pasaron desde que lo vi la primera vez, el paciente se ha desarrollado como comerciante, es dueño

[N. del E.] El presente texto es una breve carta de lectores escrita por la experimentada médica psiquiatra y psicoanalista Lía Ricón, quien fue Jefa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires. Formadora de varias generaciones de psiquiatras, el propósito de esta comunicación es mostrar a los jóvenes profesionales que no siempre es conveniente trabajar contra el delirio sino con el delirio, porque en ocasiones forma parte de la estructura identitaria del sujeto que lo porta.

Autor para correspondencia: ricon.lia@gmail.com, Ricón L.

Recibido: 8/10/24 Aceptado: 27/10/24 En línea: 20/11/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.410>

Cómo citar: Ricón L. Delirios clínicos. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2024;44(4):e0000410

de tres negocios, se ha casado y tiene a su cargo una hija que tenía su esposa viuda y otro varón, de ambos, entrena para su deporte favorito, tiene amigos y buena vida social. Lo veo una vez por mes a pedido de su familia. Tiene una terapeuta en su localidad, pues vive lejos. El médico clínico le receta los antipsicóticos. Le pregunto por las voces y me dice que ha llegado a mandarles los problemas que él tiene para que los discutan, se ríe y me dice que no pasa nada.

En ambos fui categórica en la crítica del delirio. Debo decir además que, en ambos, mi compromiso afectivo fue muy intenso.

Como conclusión provisoria y con el objeto de acercar mi experiencia a los colegas más jóvenes, quisiera decir que todos los recursos a la mano deben ser utilizados de

un modo adecuado, contextualizado y pertinente, por ejemplo la psicofarmacología, la teoría psicoanalítica, algunos aspectos de la práctica conductista, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida de la persona total del paciente. No es necesario –a veces ni siquiera posible– que el fenómeno psicótico desaparezca; alcanza con que el sujeto pueda desarrollar su vida de acuerdo con sus deseos y posibilidades. Como médica entiendo que esto no es *restitutio ad integrum*, pero es una forma de curación que disminuye el sufrimiento y aumenta la capacidad de disfrutar.

Lía Ricón

Profesional independiente. Buenos Aires, Argentina

Discapacidad, accesibilidad e inclusión en las profesiones de salud

Se estima que 1300 millones de personas (el 16% de la población mundial) viven en situación de discapacidad¹. Además, la mayoría de las familias cuenta con algún integrante con discapacidad². En América Latina y el Caribe, el 15% de la niñez con discapacidad no asiste a la escuela y 1 de cada 2 personas adultas con discapacidad (PcD) no participa del mercado laboral³. Esto plantea una serie de interrogantes para la educación de nivel superior. ¿Llegan las personas con discapacidad a las universidades? ¿De qué manera llegan aquellas que sí lo hacen? ¿Qué cambios o acciones son necesarios a nivel institucional?

Históricamente, las PcD han sido consideradas como objetos de caridad y de cuidados desde modelos teóricos provenientes de la biomedicina. No obstante, en la Argentina desde el año 2014 tiene jerarquía constitucional la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (CDPD) de Naciones Unidas, que entiende la discapacidad como “un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”^{4,5}.

La CDPD pone el foco en la persona como sujeto de derecho y plantea un nuevo desafío: la eliminación de barreras que restringen la participación en varios ámbitos de la vida incluso en la educación superior. Los obstáculos edilicios, la señalización poco clara, una diapositiva con texto pequeño, una imagen sin descripción, un video sin subtítulos o un documento incompatible con lectores de pantalla⁶ son algunas de las barreras que pueden experimentar las PcD. Su detección y eliminación o minimización vuelve a los entornos más accesibles para todas las personas.

¿Se puede ser enfermero con una discapacidad motora? ¿Se puede ser cirujana siendo hipoacúsica? ¿Cómo se realiza una entrevista clínica siendo un profesional con discapacidad visual? Estas son algunas de las preguntas que surgen al hablar de discapacidad en las profesiones de salud. Sin embargo, es más importante pensar: ¿A qué

barreras debe enfrentarse una PcD que desea formarse en ciencias de la salud? ¿Qué apoyos podría precisar para su participación de acuerdo con su carrera?

Este cambio de interrogantes es vital para imaginar una educación que contemple la diversidad, porque las PcD son diferentes entre sí y tienen diferentes necesidades. No solo existen diversas condiciones de discapacidad, sino que dos personas con la misma condición podrían requerir distintos apoyos para la eliminación de una misma barrera. Cada situación es particular y nos obliga a diseñar ajustes razonables que respondan a situaciones individuales, sin que necesariamente impongan una carga desproporcionada o indebida para la institución.

Entonces, cuando aparecen situaciones que demandan ajustes, ¿con qué recursos institucionales contamos para brindar esos apoyos? Desde el Observatorio Social Universitario (OSU) se lleva adelante el Espacio de Diálogos Inclusivos (EDI)⁷, una instancia de comunicación dialógica entre estudiantes con discapacidad y equipos docentes y autoridades de carreras, cuyo objetivo es conocer las demandas de apoyo en cada situación de aprendizaje y participación para establecer estrategias de actuación conjuntas.

Otra de las iniciativas es la elaboración de materiales orientadores para solucionar problemáticas concretas. Se comenzó con la Guía de buenas prácticas⁸ para la accesibilidad comunicacional y con materiales de apoyo específico para favorecer el aprendizaje de personas con diversas condiciones de discapacidad. También se puso a disposición de la comunidad UHIBA e HIBA un repositorio de materiales⁹ sobre discapacidad, que está compuesto por artículos, guías, libros y material audiovisual.

Promover la inclusión de las personas con discapacidad en nuestra institución no solo requiere una reflexión sobre las barreras existentes, sino la adopción de un enfoque sensible a la diversidad que reconozca la singularidad de cada integrante de la comunidad estudiantil y profesional. Desde el Observatorio Social Universitario invitamos a quienes tengan interés en

Autor para correspondencia: cecilia.figari@hospitalitaliano.org.ar, Figari CA.

Recibido: 29/11/24 Aceptado: 16/12/24 En línea: 27/12/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i4.421>

Cómo citar: Figari CA, Deza R, Ratto FE, Reboiras FI. Discapacidad, accesibilidad e inclusión en las profesiones de salud. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2024;44(4):e0000421

sumarse a trabajar en estas temáticas, ya que para lograr una educación de calidad se necesita una institución atenta al acceso, permanencia y participación de todas las diversidades.

Cecilia A. Figari, Rocío Deza, Fabio E. Ratto y
Fabiana I. Reboiras
Observatorio Social Universitario. Universidad Hospital
Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Global report on health equity for persons with disabilities [Internet]. Ginebra, OMS; 2022 [citado 2024 abr 20]. Disponible en: [HYPERLINK "http://www.who.int/publications/i/item/9789240063600"](http://www.who.int/publications/i/item/9789240063600)www.who.int/publications/i/item/9789240063600.

2. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad [Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [citado 2024 abr 20]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/75356>.

3. Banco Mundial. Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe: un camino hacia el desarrollo sostenible. Washington, DC: Banco Mundial; 2021 [citado 2024 abr 20]. (Comunicado de prensa; no. 21/LAC). Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2021/12/02/la-inclusion-de-las-personas-con-discapacidad-clave-para-el-desarrollo-sostenible-de-america-latina-y-el-caribe>.

4. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Nueva York: Naciones Unidas; 2008 [consulta 2024 abr 20]. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

5. Argentina. [Ley N° 27044]. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Bol Oficial Rep Argentina. 2014;(33035):3. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=239860>.

6. Universidad de Alicante.Servicio de Informática. Accesibilidad Digital. Lectores de pantalla [Internet]. Alicante; la Universidad; 2022 sep 30 [citado 2024 abr 20]. Disponible en: <https://web.ua.es/es/accesibilidad/tecnologias-accesibles/lector-de-pantalla.html>.

7. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Observatorio Social Universitario. Pautas para la solicitud y el seguimiento de los EDI: Espacios de Diálogos Inclusivos. Buenos Aires: OSU; 2024 [citado 2024 abr 20]. Disponible en: <https://docs.google.com/document/d/1yHPTAlxYFxaJHhUBCH-N5iDTYhy1BcaOyAAkXAMwS-k/edit?tab=t.O>.

8. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Observatorio Social Universitario. II Guía de buenas prácticas para una comunicación inclusiva: accesibilidad y discapacidad [Internet]. Buenos Aires; OSU; 2024 [citado 2024 abr 20]. Disponible en: https://hiba.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_archivos/163/OSU/163_IIGuiaDeComunicacionInclusiva.pdf.

9. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Observatorio Social Universitario. Repositorio de materiales [Internet]. Buenos Aires; OSU; 2024 [citado 2024 abr 20]. Disponible en: <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1VBOKFHyrXkFDo7BdjM8AwMr39hDWWMN2HXkKR7ohQt8/edit?pli=1&gid=1693683188#gid=1693683188>.

La experiencia que nos dejó el COVID-19

Al Dr. Daniel Matusevich

He disfrutado mucho de la lectura del artículo “Los años que vivimos en peligro: ¿dónde están? Reflexiones de un historiador médico sobre la pandemia de COVID-19”, del Dr. Miguel de Asúa¹, y coincido plenamente con sus reflexiones. La pandemia de COVID-19, provocada por el SARS-CoV-2, fue una tragedia mundial, en parte facilitada por la globalización, que permitió una rápida propagación del virus y de la información. Las imágenes de hospitales colapsados, camiones refrigerados con cadáveres en Nueva York y las cifras de muertos y enfermos quedarán como un recuerdo doloroso en nuestra memoria colectiva. La pandemia fue un trauma que la mayoría experimentó: en un inicio con graves consecuencias, y luego, gracias a las vacunas, en formas más leves.

El encierro, la incertidumbre y el miedo dejaron secuelas profundas, especialmente en el personal de salud, quien enfrentó la primera línea. Aún hoy, persisten efectos del COVID-19, con evidencias de consecuencias patológicas, como el síndrome de COVID largo, el síndrome postraumático y el síndrome inflamatorio multisistémico. Estos efectos siguen siendo objeto de investigación y estudio.

Desde mi área de trabajo, la Biotecnología aplicada a la salud, quisiera aportar una experiencia. Como parte del aprendizaje en las asignaturas Biotecnología y Biotecnología Farmacéutica en la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires (UHIBA), todos los años, con los alumnos, escribimos resúmenes sobre el impacto de lo aprendido en distintas patologías. Con la cohorte de 2022, decidimos escribir un libro sobre la experiencia que nos dejó el COVID-19, especialmente en relación con nuestra disciplina². La primera parte se centra en lo aprendido sobre la patología, diagnóstico, tratamiento y vacunas, abordando tendencias y aprendizajes que podrían ayudar a enfrentar mejor futuras emergencias sanitarias.

La segunda parte recoge reflexiones y entrevistas con científicos, empresarios y profesionales de distintos ámbitos, quienes compartieron con nosotros sus experiencias durante la pandemia. Sin duda, fue un momento de cooperación global entre científicos, empresas y agencias regulatorias para encontrar soluciones rápidas y efectivas a los desafíos inmediatos. En Argentina, grupos de investigadores colaboraron con el entonces Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva para desarrollar rápidamente insumos, equipamiento, kits diagnósticos, medicamentos y vacunas, con un enfoque en la transferencia tecnológica que permitiera la aprobación en emergencia, de modo tal de asegurar su disponibilidad en forma rápida y segura para la sociedad. Algunos proyectos concluyeron durante la emergencia, mientras que otros siguieron desarrollándose, pero todos sumaron esfuerzos significativos y, en algunos casos, hitos tecnológicos.

La investigación nos llevó a reflexionar sobre las lecciones aprendidas, las tecnologías desarrolladas y el papel crucial de la ciencia, la biotecnología y la colaboración interdisciplinaria. Incluimos en el libro reflexiones de investigadores, desde la bioética hasta el impacto social de su trabajo y la relación entre ciencia y sociedad. Durante la pandemia, la comunidad científica actuó rápidamente, compartiendo conocimientos, las empresas produciendo insumos y los gobiernos financiando el desarrollo y distribución de vacunas.

Consideramos que no debíamos dejar pasar la oportunidad de comunicar lo que representó una experiencia tan particular para aprender de los avances logrados, así como también reconocer el sacrificio que muchos han hecho en silencio para contribuir, cada uno desde sus posibilidades, a superar esta experiencia tan difícil, destacando los nuevos puntos de vista, las estructuras emergentes y los enfoques renovados, especialmente en el ámbito de la Biotecnología Farmacéutica.

Autor para correspondencia: aida.sterin@hospitalitaliano.org.ar, Sterin Prync AE.

Recibido: 13/11/24 Aceptado: 28/11/24 En línea: 16/12/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i4.429>

Cómo citar: Sterin Prync AE. La experiencia que nos dejó el COVID 19. Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2024;44(4):e0000429

El Dr. Asúa comenta en su artículo que algunos esperábamos o deseábamos que el confinamiento y la pausa en la actividad humana llevaran a un cambio de paradigma positivo en el planeta y esto, definitivamente, no sucedió. El mundo sigue envuelto en conflictos, guerras y divisiones, y el daño ambiental continúa siendo una preocupación constante.

Sin embargo, en algunos aspectos, se lograron ciertos avances; por ejemplo, se comprobó que es posible una mayor colaboración entre ciencia e industria en beneficio de la sociedad. Aunque los progresos no fueron masivos ni perfectos, dejaron importantes huellas y abrieron caminos para futuras colaboraciones. Depende de cada uno de nosotros aprovechar las lecciones de la pandemia no solo como una enseñanza de supervivencia, sino como una oportunidad para mejorar nuestras respuestas a crisis sanitarias futuras. La experiencia del COVID-19, aunque dolorosa, nos brindó valiosos

aprendizajes que deberíamos aprovechar y convertir en crecimiento, innovación y solidaridad, para construir un futuro más preparado y resiliente.

Aída E. Sterin Prync

Departamento Bioquímica aplicada. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

Conflictos de intereses: la autora declara no tener conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. de Asúa M. Los años que vivimos en peligro ¿dónde están? Reflexiones de un historiador médico sobre la pandemia de COVID-19. Rev. Hosp. Ital. B.Aires.;44(3):e0000390. <https://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v44i3.390>
2. Sterin Prync AE, Carlucci AM. Aportes de la biotecnología y la biotecnología farmacéutica durante la pandemia: la experiencia que nos dejó el covid-19. Buenos Aires: delhospital ediciones; 2024.