




**REVISTA DEL
HOSPITAL ITALIANO
DE BUENOS AIRES**

Diciembre 2018 Volumen 38 Número 4

Editorial
Alfie J.

Predictores de éxito después de la decanulación en pacientes adultos críticamente enfermos: un estudio de cohorte retrospectivo
Distéfano E., et al.

Construcción de espacios grupales terapéuticos en el ámbito de la internación: relato de experiencia en una unidad de mediana estancia de la ciudad autónoma de Buenos Aires
Tononi R., et al.

Relato de experiencia: educación para la salud con adolescentes
Burdiso N., et al.

Lipoma obstructivo de Laringe
Ruggeri C. S., et al.

Tratamiento con Pulsed Dye Laser de mancha de vino oporto: seguimiento a 10 años
Crivaro P., et al.

¿Existe relación entre el uso de anticoncepción hormonal y el riesgo de sufrir cáncer de mama?
Belardo M. A.

Incidencia de la enfermedad tromboembólica venosa adquirida en la internación
Vázquez F. J., et al.

La hiperglucemia de estrés durante la internación se asocia con mayor incidencia de diabetes durante el seguimiento posterior al alta
Grande Ratti M. F., et al.



Por Emilio Varela
Parque María Luisa, Sevilla, España



 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

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



REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Director

Dr. José Alfie

Comité Editorial

Dr. Federico Angriman (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Alberto Bonetto (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Lic. Silvia Carrió (Instituto Universitario Hospital Italiano), Dr. Eduardo Durante (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dra. Paula Enz (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Diego Faingold (Instituto Universitario Hospital Italiano, Argentina), Lic. Virginia Garrote (Instituto Universitario Hospital Italiano, Argentina), Dr. Sung Ho Hyon (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Pablo Knoblovits (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. León Daniel Matusevich (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dra. Rosa Pace (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Gastón Perman (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dra. María Lourdes Posadas Martínez (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Joaquín Álvarez Gregori (Universidad de Salamanca, España), Dr. Alberto Alves de Lima (Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Argentina), Dr. Miguel de Asúa (CONICET, Argentina), Dr. Félix Cantarovich (Hospital Necker, Francia), Dr. Aristides Andrés Capizzano (University of Iowa, EE. UU.), Dra. María Cristina Fernández (Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Argentina), Dr. Marcelo García Dieguez (Asociación Médica de Bahía Blanca, "Dr. Felipe Glasman", Argentina), Dr. Prof. Robert Knobler (Vienna General Hospital, Austria), Dr. Roberto Lambertini (Sanatorio Sagrado Corazón, Argentina), Dr. Juan Florencio Macías Nuñez (Universidad de Salamanca, España), Prof. Dr. Jorge Manrique (Consejo Académico de Ética en Medicina, Argentina), Dr. Roberto Manson (Duke University, EE.UU.), Dr. Santiago Méndez Alonso (Hospital Universitario Puerta de Hierro, España), Dr. Gabriel Musante (Hospital Universitario Austral, Argentina), Dr. Juan Pose (Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Uruguay), Dra. Carla Venturi (Hospital Clinic, España), Dra. María del Carmen Vidal y Benito (CEMIC, Argentina), Dr. José de Vinatea (Clínica San Pablo, Perú).

Consejo honorario

Luis J. Catoggio, José M. Ceriani Cernadas, Juan A. De Paula, Marcelo Figari, Roberto Kaplan, Marcelo Mayorga, Titania Pasqualini, Mario Perman, Enrique R. Soriano, Jorge Sívori. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Coordinación Editorial

Mariana Rapoport. Instituto Universitario Hospital Italiano, Buenos Aires. Argentina

Corrección de textos

Prof. María Isabel Siracusa, Buenos Aires. Argentina.

Editor responsable

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

Perfil de la Revista

Publicación científica trimestral del Instituto Universitario del Hospital Italiano que publica trabajos originales relevantes para la medicina y las áreas relacionadas. Se aceptan contribuciones en idioma español o inglés de autores tanto pertenecientes a la Institución como externos a ella.

Su propósito es brindar a los profesionales de la salud artículos útiles para actualizarse en todas las especialidades médicas, incluyendo aspectos tales como la investigación básica y las humanidades, en su expresión bioética, educativa y artística en relación con la medicina.

Scope

Quarterly scientific publication of the Instituto Universitario del Hospital Italiano that publishes original works relevant to medicine and related areas. Contributions in Spanish or English are accepted from authors both belonging to the Institution and external to it.

Its purpose is to provide health professionals with articles useful for update readings in all medical specialties, including other aspects such as basic research and the humanities, as bioethics, medical education and arts.

Sociedad Italiana de Beneficiencia en Buenos Aires

Consejo Directivo Ejercicio 2018/2019

Presidente: Sr. Elio Squillari
Vicepresidente Primero: Ing. Franco Livini
Vicepresidente Segundo: Arq. Aldo Brunetta
Consejeros: Roberto Baccanelli,
Roberto Bonatti, Roberto Chioccarelli,
Guillermo Jaim Etcheverry, Atilio Migues,
Renato Montefiore, Darío Mosca,
Eduardo Tarditi

Hospital Italiano de Buenos Aires

Director Médico: Dr. Marcelo Marchetti
Director de Gestión: Ing. Horacio Guevara
Vice-Director Médico de Gestión Operativa:
Dr. Juan Carlos Tejerizo
Vice-Director Médico de Planeamiento
Estratégico:

Dr. Fernán González Bernaldo de Quirós
Vice-Director Médico de Plan de Salud:
Dr. Leonardo Garfi
Vice-Director Médico Hospital Italiano de
San Justo Agustín Rocca: Dr. Esteban Langlois
Directores Honorarios: Dres. Jorge Sívori,
Héctor Marchitelli, Atilio Migues

Consejo de Administración Fundación Instituto Universitario

Presidente: Arq. Aldo Brunetta
Vicepresidente: Ing. Franco Livini
Vocales: Sr. Roberto Baccanelli,
Prof. Dr. Guillermo Jaim Etcheverry,
Ing. Jorge Firpo, Dr. Eduardo Tarditi.
**Instituto Universitario Hospital Italiano
de Buenos Aires**
Rector: Prof. Dr. Marcelo Figari
Rector Honorario: Prof. Dr. Osvaldo Blanco,
Prof. Dr. Enrique M. Beveraggi
Vicerrector: Dr. Diego Faingold
Secretaría Académica: Dra. María Laura Eder
Secretaría Administrativa y de Gestión
Financiera: Cdr. Alberto Llebara
Consejo Académico: Prof. Dr. José María
Ceriani Cernadas, Prof. Dra. Mercedes Liliana
Dalurzo, Prof. Dr. Héctor Marchitelli
Prof. Dr. Lucas Otaño, Prof. Dra. Rosa Angelina
Pace, Prof. Dr. Alberto Velazquez, Prof. Dr.
Gabriel Waisman, Prof. Lic. Victoria Rosso, Dra.
Elsa Nucifora, Dra. Susana Llesuy

Instrucciones para autores, ver: <http://www.hospitalitaliano.org.ar/revista/>

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

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

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



DICIEMBRE 2018
VOL. 38 N° 4

SUMARIO | SUMMARY

EDITORIAL / EDITORIAL

131 Alfie J.

ARTÍCULO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

132 **Predictores de éxito después de la decanulación en pacientes adultos críticamente enfermos: un estudio de cohorte retrospectivo**

Predictors of success after decannulation in critically ill adult patients: a retrospective cohort study

Distéfano E., et al.

139 **Construcción de espacios grupales terapéuticos en el ámbito de la internación: relato de experiencia en una unidad de mediana estancia de la ciudad autónoma de Buenos Aires**

Construction of therapeutic group spaces during hospitalization: experience in a medium-stay unit in the Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tononi R., et al.

EDUCACIÓN MÉDICA | MEDICAL EDUCATION

149 **Relato de experiencia: educación para la salud con adolescentes**

Experience report: health education with teenagers

Burdisso N., et al.

CASO CLÍNICO | CLINICAL CASE

154 **Lipoma obstructivo de Laringe**

Obstructive Larynx Lipoma

Ruggeri C. S., et al.

158 **Tratamiento con *Pulsed Dye Laser* de mancha de vino oporto: seguimiento a 10 años**

Pulsed dye laser treatment of vascular malformation, 10 years follow up

Crivaro P., et al.

PREGUNTAS AL EXPERTO | ASK THE EXPERT

161 **¿Existe relación entre el uso de anticoncepción hormonal y el riesgo de sufrir cáncer de mama?**

Is there a relationship between the use of hormonal contraception and the risk of breast cancer?

Belardo M. A.

EL HOSPITAL ITALIANO EN MEDLINE | HOSPITAL ITALIANO IN MEDLINE

163 **Incidencia de la enfermedad tromboembólica venosa adquirida en la internación**

Incidence of venous thromboembolic disease acquired during hospitalization

Vázquez F. J., et al.

165 **La hiperglucemia de estrés durante la internación se asocia con mayor incidencia de diabetes durante el seguimiento posterior al alta**

Hyperglycemia of stress during hospitalization is associated with a higher incidence of diabetes during follow-up after discharge

Grande Ratti M. F., et al.

167 **Reglamento general de presentación de artículos**

Editorial

Eduardo Distéfano y sus colaboradores, del Centro Agustín Rocca, del Hospital Dr. Ramón Carrillo y del Hospital Municipal de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete, analizan los predictores de fracaso de la decanulación en una cohorte retrospectiva de adultos críticamente enfermos.

Por su parte, Rosana Tononi y colaboradores analizan la implementación de un dispositivo grupal con pacientes en rehabilitación internados en la Unidad de Mediana Estancia del Hospital Italiano de Buenos Aires, basado en la teoría de Pichon-Rivière.

Natividad Burdisso, Carla Morganti y Nadia Musarella, integrantes del equipo de salud del Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón, describen un programa de educación para la salud en un colegio de la comunidad de Bajo Boulogne. La localización de lipomas en laringe e hipofaringe es infrecuente. Carlos Santiago Ruggeri y Ana Legris del Servicio de Otorrinolaringología describen el abordaje transoral de un lipoma obstructivo implantado en la profundidad del espacio paraglótico, a nivel de la cuerda vocal.

Las manchas en vino de Oporto son malformaciones capilares que comúnmente se localizan en cabeza y cuello. El láser actúa destruyendo selectivamente la vasculatura. Paula Crivaro y colaboradores, del Servicio de Dermatología, describen el caso de una niña que experimentó una sustancial mejoría con el tratamiento mediante *láser de colorante pulsado*, sin evidenciar recurrencia en 10 años de seguimiento.

María Alejandra Belardo responde si existe relación entre el uso de anticoncepción hormonal y el riesgo de sufrir cáncer de mama.

La hiperglucemia de estrés se asocia a mayor riesgo de diabetes y de mortalidad. María Florencia Grande Ratti y María Paula Russo, del Servicio de Clínica Médica, analizaron el riesgo de desarrollar diabetes en una cohorte de pacientes que experimentaron hiperglucemia de estrés durante la internación.

En el HIBA funciona ininterrumpidamente desde el año 2006 el Registro Institucional de enfermedad tromboembólica venosa. Fernando Javier Vázquez y María Florencia Grande Ratti, del Servicio de Clínica Médica, analizaron la incidencia de enfermedad tromboembólica venosa (trombosis venosa profunda o embolia de pulmón o ambas) en pacientes hospitalizados.

Dr. José Alfie
Director de la Revista

Predictores de éxito después de la decanulación en pacientes adultos críticamente enfermos: un estudio de cohorte retrospectivo

Eduardo Distéfano, Silvina Picón Fuster, Claudia Destefanis, Matías Gaggioli, Magdalena Botto, María Celeste Villafañe, Gretel Baez, Marcos Forcillo, Sebastián Bertozzi y Alejandro Da Lozzo

RESUMEN

Introducción: la traqueostomía es una práctica frecuente dentro de las unidades de cuidados intensivos (UCI). El proceso de decanulación y el tiempo utilizado en ella resultan de interés clínico, mientras que los factores asociados al proceso y la dificultad en dicho proceso han sido poco estudiados.

Objetivos: describir características clínicas y epidemiológicas de la población en estudio y su evolución desde el momento del ingreso en la UCI hasta el alta hospitalaria. Informar la incidencia de fallo de decanulación y analizar los factores de riesgo independientes asociados a la imposibilidad de esta.

Materiales y métodos: estudio observacional de cohorte retrospectivo de pacientes internados en la UCI del Hospital Italiano de San Justo Agustín Rocca que requirieron traqueostomía durante su estadía. Utilizando la historia clínica informatizada se registraron variables epidemiológicas previas al ingreso en la UCI y datos evolutivos durante la internación. El período analizado fue desde el 5 de enero de 2016 hasta el 17 de diciembre de 2017. Se utilizaron modelos de regresión logística para la evaluación de potenciales predictores.

Resultados: se reclutaron 50 pacientes, y todos fueron incluidos en el presente análisis. La edad promedio fue de 66 años (desvío estándar [DE] \pm 15,5) y el 66% fueron hombres. El 42% fue decanulado durante el seguimiento. La incidencia en el fallo de decanulación fue del 4,77% (intervalo de confianza [IC] 95% 0,85-22,67). La mediana de tiempo hasta la decanulación desde la desvinculación de la asistencia ventilatoria fue de 17 días. En el análisis univariado hubo diferencias estadísticamente significativas en tipo de diagnóstico de ingreso en UCI y en el alta vivo hospitalaria al comparar pacientes decanulados versus no decanulados. En el análisis multivariado de regresión logística se halló el tipo de diagnóstico de ingreso en UCI como predictor independiente de imposibilidad de decanulación.

Conclusiones: el motivo de ingreso clínico en UCI fue un factor predictor independiente asociado al fracaso de la decanulación y esto, posiblemente, está relacionado con la condición clínica y el estado general al ingreso, en comparación con los pacientes que ingresaron por causas quirúrgicas. No se hallaron comorbilidades ni antecedentes que se relacionen con el fracaso de la decanulación.

Palabras clave: traqueostomía; decanulación, unidad de cuidados intensivos, mortalidad.

PREDICTORS OF SUCCESS AFTER DECANULATION IN CRITICALLY ILL ADULT PATIENTS: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY ABSTRACT

Introduction: the tracheostomy remains a very common surgical procedure done in the intensive care unit (ICU). The process of decannulation is of scientific interest with its associated factors not being sufficiently studied.

Objectives: to describe the clinical and epidemiological characteristics of the population and their relationship to effective decannulation. To report the cumulative incidence of decannulation failure and success. To analyze independent risk factors associated with decannulation failure.

Materials and methods: the present was a retrospective cohort of adult patients in the ICU at Hospital Italiano de San Justo who required tracheostomy during their in-hospital stay. Epidemiological variables were recorded before ICU admission and during their hospital stay using data from the electronic medical record. The inclusion period was 2 years long. We used descriptive statistics and logistic regression models to compare the proportion of patients who could be decannulated versus those who could not.

Results: 50 patients were enrolled in the present study. Their mean age was 66 (\pm 15.5) years and 66% of patients were male. 21 patients (42%) achieved to be decannulated. The cumulative incidence of decannulation failure was 4.77% (95% CI: 0.85-22.87). Median time from weaning to decannulation was 17 days. In univariate analysis, statistically significant differences were found in ICU admission diagnosis ($p < 0.001$) and hospital discharge alive ($p < 0.001$) when comparing decannulated versus not decannulated patients. In multivariate logistic regression analysis, ICU admission diagnosis was found to be an independent predictor of decannulation failure ($p < 0.01$).

Conclusions: clinical ICU admission diagnosis was an independent predictor associated with decannulation failure. This could be related to differences in baseline morbidity and clinical condition of these patients compared with surgical patients. However, no individual morbidities or clinical conditions were found to be associated in decannulation failure.

Key words: tracheostomy, decannulation, intensive care unit, mortality.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(4): 132-138.

Recibido: 11/06/18

Aceptado: 18/10/2018

Servicio de Rehabilitación y Cuidados Críticos (E.D, S.P.F., C.D., M.G., M.B., M.C.V., G.B., M.F., S.B.), Servicio de Cirugía General (A.D.L.). Hospital Italiano Centro Agustín Rocca. Buenos Aires, Argentina
Correspondencia: eduardo.distefano@hospitalitaliano.org.ar

INTRODUCCIÓN

La traqueostomía (TQT) es una práctica frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)¹⁻⁴. Su realización tiene como objetivo disminuir las complicaciones asociadas a la intubación orotraqueal^{5,6} y en algunos casos reducir el tiempo de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y por ende la estancia en la UCI⁷⁻⁹. Es necesario un análisis de las características de los pacientes a los que se les efectúa la TQT en UCI, ya que existe poca literatura acerca de esas características y de los factores asociados al fracaso de la decanulación y a la mortalidad en este grupo de pacientes. No existen certezas en cuanto a la mejor manera de retirar la cánula de traqueostomía, cuándo realizarlo¹⁰, la necesidad de ciertas mediciones objetivables al momento de decidir la decanulación y si solo la clínica presente en el paciente al momento de realizar el procedimiento resulta suficiente¹¹. Además, existe poca información acerca de los factores asociados al fracaso de la decanulación de los pacientes y a la mortalidad asociada a este fracaso en las UCI.

En adición, resulta importante mencionar que, en el Hospital Italiano de Buenos Aires, la mayoría de las traqueostomías se realizan de manera percutánea¹², salvo casos puntuales. Esto diferencia nuestro medio del resto de los trabajos previamente publicados acerca del tema en el país. Consiguientemente, presentamos los resultados de nuestro estudio descriptivo de las variables epidemiológicas y clínicas al momento del ingreso de los pacientes en UCI y su evolución hasta el alta hospitalaria, informando la incidencia del fallo de la decanulación. Asimismo, analizamos aquellos factores de riesgo independientes asociados al fracaso de la decanulación, y la mortalidad en esta población de pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional y analítico de una cohorte retrospectiva de pacientes internados en la UCI de adultos del Hospital Italiano de San Justo Centro Agustín Rocca (HICAR). Se analizaron los pacientes internados en la UCI que requirieron traqueostomía en su estadía en área cerrada entre el período que va desde el 5 de enero de 2016 al 12 de diciembre de 2017. De este listado de pacientes se revisó la información de la historia clínica electrónica para obtener los datos necesarios para la realización del estudio, tarea que llevaron a cabo kinesiólogos especialistas en cuidados respiratorios del Servicio de Rehabilitación y Cuidados Críticos del hospital.

Se incluyeron en forma consecutiva todos los pacientes mayores de 18 años que ingresaron y requirieron la realización de una traqueostomía en su estadía en dicha área. Se excluyeron aquellos pacientes con datos incompletos en la historia clínica necesarios para su análisis y los que ingresaron traqueostomizados a dicha área desde otro centro o desde su internación domiciliaria.

Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, índices de gravedad (APACHE II, SOFA, Índice de Comorbilidad de Charlson [ICC]), antecedentes patológicos previos, internaciones previas en UCI, fecha de ingreso en UCI, fecha de egreso, estancia en UCI, diagnóstico de ingreso (clínico vs. quirúrgico), fecha de intubación orotraqueal, número de tubo utilizado, cantidad de días de requerimiento de ARM, reintubación, fecha de realización de traqueostomía, tipo de traqueostomía utilizada, su diámetro interno, motivo de realización de la traqueostomía, días de uso de ARM previo a la traqueostomía, días de ARM postraqueostomía, cambio de cánula y motivos principales, evaluación de pico flujo tosido, presión inspiratoria máxima, presión espiratoria máxima, *blue dye test*, videodeglución y *feest*, decanulación, fecha de decanulación, recanulación y motivo de recanulación, días utilizados desde el fin de ARM hasta la decanulación, días totales de traqueostomía y alta vivo hospitalaria. El seguimiento de los pacientes incorporados al estudio se hizo desde el ingreso en UCI hasta el alta hospitalaria.

Se analizó la mortalidad de todos los pacientes incluidos en el estudio. Definimos decanulación como el proceso de retirada de la cánula de traqueostomía de la vía aérea incluido el proceso de evaluación de las competencias de la vía aérea superior para cumplir las funciones en ausencia de esta.

Definimos recanulación como el proceso de recolocación de la cánula de traqueostomía dentro de la vía aérea por motivos médicos que lo justifiquen. Definimos fallo de decanulación el proceso de recanulación dentro de las primeras 48 horas de decanulado. Cabe mencionar que el servicio de la UCI de nuestro Hospital presenta un protocolo de desvinculación de la ventilación mecánica y de decanulación y que dicho proceso no fue modificado durante la realización del presente estudio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En el análisis descriptivo, las variables cuantitativas se expresaron como media y desvío estándar (DE) y en mediana y rango intercuartílico (RIQ) según corresponda. Para la comparación entre los pacientes decanulados y no decanulados se utilizó la prueba de Student o prueba de Mann-Whitney, según la distribución de los datos, y para las variables cualitativas se utilizó Chi cuadrado o Fisher según supuestos. La normalidad de las variables cuantitativas se evaluó mediante métodos gráficos (histograma, boxplot y qq plot) y mediante prueba de Shapiro Wilks. Para evaluar los factores asociados a la imposibilidad de decanulación se realizó un análisis de regresión logística, se expresaron los *odds ratio* (OR) crudos y ajustados con su intervalo de confianza (IC) de 95%. Se consideró un nivel de significancia estadística menor del 5%; todos los valores de P informados son a dos colas y el análisis estadístico se realizó con el *software* STATA 13.0®.

RESULTADOS

Se reclutaron 50 pacientes y todos fueron incluidos en el análisis. (Fig. 1). El promedio de edad fue de 66 años (DE± 15,5) y la mediana de 69 años (RIQ 55-76). Del total de la muestra, 33 eran hombres (66%). Los puntajes (*scores*) de gravedad medidos fueron APACHE II, SOFA e índice de comorbilidad de Charlson con los siguientes resultados: todos los pacientes incluidos tuvieron un valor de media

de APACHE II al día del ingreso de 25,62 (DE±7,09), un valor de media de SOFA de 8,37 (DE±3,91) y un valor de media de Charlson de 4,72 (DE±2,88). El índice de Charlson fue estratificado entre pacientes con Charlson ≤2 (18%, 9 pacientes) y pacientes con Charlson ≥3 (82%, 41 pacientes).

En el cuadro 1 se detallan las características de los pacientes incluidos en el análisis. Se consideró diagnóstico

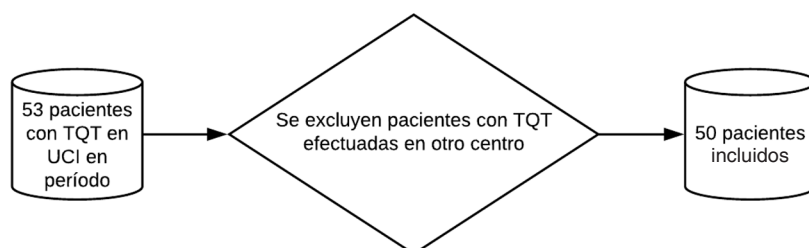


Figura 1. Flujo de pacientes

Cuadro 1. Características de la población incluida en el análisis

Variable basal	Todos los pacientes incluidos N = 50	
Edad - media (DE)	66 (15,5)	
Antecedentes previos al ingreso en UCI - no. (%)		
Cardiovasculares	31	62
Internación previa en UCI	23	46
Tabaquismo	19	38
Enfermedades metabólicas	15	30
Enfermedades respiratorias	14	28
Neurológicos	13	26
Oncológicos	13	26
Diagnóstico clínico al ingreso en UCI - N° (%)	42	84
- Respiratorio	13	31
- Neurológico	11	26
- Sepsis	8	19
- Otros	10	24
Diagnóstico quirúrgico al ingreso en UCI - N° (%)	8	16
- Cirugía abdominal	3	37,5
- Cirugía torácica	3	37,5
- Neurocirugía	2	25
Motivo de TQT - N° (%)		
- Intubación prolongada (>7 días)	38	76
- Destete dificultoso	6	12
- Incapacidad protección de vía aérea	3	6
- Obstrucción vía aérea superior	3	6

clínico al ingreso en UCI a las causas médicas incluyendo el politraumatismo no quirúrgico, mientras que causa quirúrgica a los pacientes que se sometieron a cirugías programadas y no programadas.

En el cuadro 2 se detallan los principales eventos medidos como estancia en UCI, días de asistencia respiratoria mecánica y días totales de traqueostomía al comparar entre pacientes decanulados y no decanulados.

En su estadía hospitalaria a los pacientes se les realizaron 44 cambios de cánula; las causas principales fueron disminución de diámetro (45,83%), desnaturalización de materiales (20,83%) y colocación de cánula sin balón o fonatoria (16,67%).

Se lograron decanular 21 pacientes (42%) al final de este análisis. La incidencia acumulada de fallo de decanulación fue de 4,77% (IC 95% 0,85-22,67). Este porcentaje representa a un paciente (n=1) de un total de 21 pacientes que alcanzaron la decanulación. El paciente recanulado —que había sido laringectomizado— es un paciente cuyo motivo de traqueostomía fue obstrucción de vía aérea superior; la técnica de traqueostomía utilizada fue quirúrgica a diferencia del resto de los pacientes a los que se les aplicó la técnica percutánea. La recanulación se hizo por decisión estrictamente médica con el objetivo de mantener el ostoma abierto para optimizar la humidificación de la vía aérea. Los otros dos pacientes que también ingresaron por el motivo de obstrucción de vía aérea superior tuvieron resolución quirúrgica y posterior decanulación exitosa y alta vivo hospitalaria.

El tiempo desde la desvinculación de la ARM hasta la decanulación fue 21 días de media (DE \pm 16,89) con una mediana de 17 días (RIQ \pm 6,5-31,5).

Cuadro 2. Principales eventos medidos en el total de la población

	Variable
Estancia en UCI (días)#	37 (19,55)
- No decanulados	39,66 (23,17)
- Decanulados	34,85 (16,48)
Días de ARM#	23 (14,92)
- No decanulados	19,55 (30,21)
- Decanulados	14,33 (14,40)
ARM pre TQT (días)#	12 (7,24)
ARM pos-TQT (días)*	11,5 (6-21)
Días totales de TQT ¹¹ hasta el alta hospitalaria	
- No decanulados (N)	52,68
- Decanulados (N)	40,29

#Media y desvío estándar, *Mediana y rango intercuartílico, N: número total.

En el análisis univariado, la variables tipo de diagnóstico de ingreso en UCI y alta vivo hospitalaria mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (decanulados vs. no decanulados). El resto de las variables no mostraron diferencias significativas. Esto se detalla en el cuadro 3. Dentro del grupo de pacientes con diagnóstico clínico de ingreso, el 87,50% de los pacientes que ingresaron por sepsis, el 67% de los que ingresaron por causa neurológica y el 67% de los que ingresaron por neumonía no pudieron ser decanulados. El 56% de quienes fueron reintubados por un nuevo evento no pudieron ser decanulados. Además, el 70% de los pacientes con antecedentes oncológicos previos al ingreso en UCI no pudieron ser decanulados y un 46% de los que se traqueostomizaron (n=23) habían tenido una internación previa en UCI. De estos pacientes, el 30% (n=7) pudieron ser decanulados. Edad, sexo, APACHE II, SOFA, Charlson, antecedentes previos a UCI e internación previa en UCI, estadía en UCI, días totales de ARM, días totales de TQT, reintubación y motivo de TQT no mostraron diferencia estadísticamente significativa en el análisis univariado al buscar asociación con la imposibilidad en la decanulación.

De las comparaciones múltiples entre los tipos de diagnóstico al ingreso se encontraron diferencias estadísticas en la proporción de decanulados y no decanulados entre los diagnósticos médicos (aquellos que ingresaron en el área cerrada por causa clínica y politraumatismo no quirúrgico) y quirúrgicos (aquellos que ingresaron por causa quirúrgica en el área cerrada).

Aquellos pacientes que fueron decanulados presentaron un menor riesgo de mortalidad que aquellos que no fueron decanulados (0% vs. 65,5%).

Finalmente, el análisis multivariado definió el diagnóstico de ingreso clínico como único predictor independiente asociado a la imposibilidad de decanulación. En el cuadro 4 se observan los OR crudos de cada predictor para el diagnóstico clínico.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio muestra que el tipo de diagnóstico al ingreso en la unidad de cuidados intensivos puede ayudar a predecir la imposibilidad de la decanulación. Además intenta clarificar conceptos poco estudiados en las UCI sobre esta subpoblación de pacientes¹³ y su evolución buscando identificar factores que puedan asociarse con la imposibilidad de la decanulación y la mortalidad. Es de notar que no se incluyeron los pacientes que no fueron traqueostomizados en la institución o que ingresaron ya traqueostomizados en la UCI por ser pacientes con dependencia permanente a ARM o con enfermedades crónicas que imposibilitan plantearse iniciar el camino hacia la decanulación. Excepto uno de los pacientes, el resto fue sometido a traqueostomía percutánea, pudiendo este ser un factor diferencial¹².

Cuadro 3. Comparación entre pacientes que fueron decanulados y aquellos que no lo fueron

Variable	No decanulados N=29	Decanulados N=21	P valor
Edad mediana (RIQ)	75 (57-78)	66 (55-74)	0,392
Hombres N (%)	19 (65,52%)	14 (66,67%)	0,933
APACHE II media (DE)	27 (7,55%)	23,52 (5,96)	0,075
SOFA media (DE)	8,05 (3,12)	8,59 (4,39)	0,631
Charlson media (DE)	5,03 (3,16)	4,28 (2,45)	0,369
Charlson >= 3	24	17	1,000
Antecedentes cardiovasculares (%)	62,07	61,90	0,991
Antecedentes respiratorios (%)	31,03	23,81	0,574
Antecedentes neurológicos (%)	34,48	14,29	0,108
Antecedentes metabólicos (%)	34,48	23,81	0,486
Antecedentes oncológicos (%)	31,03	19,05	0,340
Internación previa en UTI (%)	57,17	33,33	0,126
Días totales en UTI	34,86 (DE 16,48)	39,67 (DE 23,17)	0,399
Días totales en ARM	22,79 (DE 11,30)	23,81 (DE 19,12)	0,829
Días totales de TQT	52,68 (DE 40,50)	40,29 (DE 30,17)	0,055
Tipo diagnóstico ingreso			
Médico (%)	67,50	32,50	< 0,001
Quirúrgico (%)	0	100	
Alta vivo hospitalaria (%)	26,92	100	< 0,001

Cuadro 4. Factores asociados a la imposibilidad de la decanulación

Variable	OR crudo	IC 95%	pvalor
Sexo masculino	0,89	0,29-3,11	0,933
Edad	1,00	0,97-1,04	0,706
APACHE II	1,08	0,97-1,04	0,054
Charlson >=3	1,13	0,26 -4,83	0,807
Internación previa en UCI	2,46	0,77-7,89	0,130
Diagnóstico clínico	17,23	1,94-152,49	0,010

En nuestra cohorte, el porcentaje total de pacientes decanulados fue elevado y similar a lo descrito en otros trabajos donde se informaron valores que van desde 31 al 44%^{1,14}. Es de destacar que, en el trabajo “Decanular”, los pacientes referidos desde la UCI presentaron un 29% menos de probabilidad de no decanularse, que aquellos que eran referidos desde un Centro de Desvinculación de Ventilación Mecánica Respiratoria (CDVMR). Es decir que el estar en una UCI hace más factible la decanulación que en un CDVMR¹⁵.

Los días requeridos desde la desvinculación de la ARM hasta la decanulación (17 días de mediana y 21 días de media) presentan similares valores a otros trabajos como los de Scrigna¹⁴ y Leung¹⁶. La tasa de reanulación fue de 4,75% (n=1), similar a lo publicado por otros autores^{3,11, 17-19}. Estos valores demuestran que, una vez que el paciente cumple ciertos criterios y es decanulado, la incidencia de fracaso y la necesidad de reanulación son bajas. A diferencia de otros trabajos como el de Scrigna¹⁴ y “Decanular”¹⁵, la edad, el sexo, los antecedentes respiratorios

y el índice de comorbilidad de Charlson no se mostraron como predictores en la dificultad para la decanulación.

Un hallazgo poco avalado con la bibliografía actual es haber encontrado, en el análisis multivariado, el motivo de ingreso clínico en la UCI como factor predictor de la no decanulación. La mayoría de los pacientes que ingresaron por sepsis, causa neurológica o neumonía no pudieron ser decanulados al igual que aquellos que se reintubaron. Todo esto podría asociarse a la gravedad de la patología de ingreso y su evolución en la UCI. Si bien los antecedentes al ingreso en UCI no mostraron diferencias estadísticamente significativas, los antecedentes oncológicos y aquellos pacientes que ya habían tenido una internación previa en UCI (46% fueron traqueotomizados y solo un 30% de estos lograron ser decanulados) presentaron bajos porcentajes de decanulación. La gravedad de las patologías de aquellos que ingresaron por causa médica asociada a sus antecedentes podría ser piedra angular para explicar la imposibilidad de la decanulación debido a su compleja evolución.

Al analizar en el seguimiento de los pacientes a los que lograron ser decanulados versus los que no lo fueron, se observó que los pacientes del grupo decanulado tuvieron una mortalidad significativamente menor, es decir, actúa como factor protector coincidente con los trabajos Scrigna¹⁴ y "Decanular"¹⁵. Sin embargo, el seguimiento de los pacientes se hizo solo hasta el alta hospitalaria sin controlar la evolución de su supervivencia posterior al alta. El grupo de no decanulados registró una importante tasa de mortalidad y, por ende, no logró el alta vivo hospitalaria; la imposibilidad de decanulación podría estar asociada al estado clínico de gravedad de estos pacientes. Este último

punto debería resaltarse ya que resulta probable que, más que un efecto causal protector de la decanulación, el hallazgo represente confusión por la severidad basal. Es decir, aquellos pacientes que tienen una severidad mayor de enfermedad son menos propensos a ser decanulados y, al mismo tiempo, presentan una mayor tasa de mortalidad basal. Más aún, la mortalidad puede actuar como un evento competitivo impidiendo la decanulación.

Entre las limitaciones del estudio podemos mencionar que se realizó sobre una base de datos secundaria del Hospital Italiano de Buenos Aires; sin embargo, permite una disponibilidad de amplia cantidad de datos sobre los antecedentes al ingreso en UCI y su evolución y seguimiento hasta el alta hospitalaria, registrando todas las variables posibles de evolución y reduciendo los potenciales sesgos de información. Cabe mencionar que se utilizaron amplios criterios de inclusión: todos aquellos que ingresaron en UCI y requirieron ser traqueostomizados, intentando evitar incurrir en sesgo de selección diferencial.

Finalmente, sería interesante realizar estudios prospectivos que evalúen estos puntos y profundicen mejor la evaluación de factores como el diagnóstico al ingreso y su relación con la imposibilidad de la decanulación y la mortalidad.

CONCLUSIONES

El motivo de ingreso clínico en UCI fue un factor predictor de no decanulación y esto, posiblemente, está relacionado con la condición clínica de ingreso y el estado general del paciente comparados con los de ingreso por causas quirúrgicas. No se hallaron comorbilidades que se relacionen con la no decanulación.

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

REFERENCIAS

- O'Connor HH, Kirby KJ, Terrin N, et al. Decannulation following tracheostomy for prolonged mechanical ventilation. *J Intensive Care Med.* 2009; 24(3):187-94.
- Engels PT, Bagshaw SM, Meier M, et al. Tracheostomy: from insertion to decannulation. *Can J Surg.* 2009; 52(5):427-33.
- Stelfox H, Hess D, Schmidt U. A North American Survey of Respiratory Therapist and Physician Tracheostomy Decannulation Practices. *Respir Care.* 2009; 54(12):1658-64.
- Tobin AE, Santamaria JD. An intensivist-led tracheostomy review team is associated with shorter decannulation time and length of stay: a prospective cohort study. *Crit Care.* 2008; 12:R 48. doi:10.1186/cc6864.
- Epstein SK. Late complications of tracheostomy. *Respir Care.* 2005; 50:542-9.
- Heffner JE, Miller KS, Sahn SA. Tracheostomy in the intensive care unit. Part 2: Complications. *Chest.* 1986; 90:430-6.
- Rumbak MJ, Newton M, Truncate T, et al. A prospective, randomized, study comparing early percutaneous dilational tracheostomy to prolonged translaryngeal intubation (delayed tracheostomy) in critically ill medical patients. *Crit Care Med.* 2004; 32:1689-94.
- Dunham CM, Ransom KJ. Assessment of early tracheostomy in trauma patients: a systematic review and meta-analysis. *Am Surg.* 2006; 72:276-81
- Engels P, Bagshaw S, Meier M, et al. Tracheostomy: From insertion to decannulation. *Can J Surg.* 2009; 52(5): 427-33.
- Heffner J. Tracheostomy decannulation: marathons and finish lines. *Crit Care.* 2008; 12(2):128.
- Villalba D, Lebus J, Quijano A, et al. Retirada de la cánula de traqueostomía. Revisión bibliográfica. *Revista Argentina de Terapia Intensiva.* 2014; 31(1).
- Da Lozzo A, Smith DE, Giannasi S, Figari M, Vassallo B. Traqueostomía percutánea: experiencia inicial del Hospital Italiano de Buenos Aires. 81.º Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires, 2010.
- Chelluri L, Rotondi A, Sirio C, et al. Donahoe M, Pinsky M. 2-month mortality and functional status of critically ill adult patients receiving prolonged mechanical ventilation. *Chest.* 2002; 121:549-58.
- Scrigna M, Plotnikow G, Feld V, et al. Decanulación después de la estadía en UCI:

Análisis de 181 pacientes traqueostomizados. *Rev Am Med Resp.* 2013; 13(2):58-63.

15. Diaz Ballve P, Villalba D, Andreu M, et al. Decanular. Factores predictores de dificultad para la decanulación: Estudio de cohorte multicéntrico. *Rev Am Med Resp.* 2017; 17(1):12-24.

16. Leung R, MacGregor L, Campbell D, et

al. Decannulation and survival following tracheostomy in an intensive care unit. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2003; 112(10):853-8.

17. Hernández G, Fernández R, Sánchez-Casado M, et al. Tracheostomy tube in place at intensive care unit discharge is associated with increased ward mortality. *Respir Care.* 2009; 54:1644-52.

18. Stelfox H, Crimi C, Berra L, Noto A, Schmidt U, Bigatello L. Determinants of tracheostomy decannulation: an international survey. *Crit Care.* 2008; 12(1): R26. doi: 10.1186/cc6802.

19. Choate K, Barbetti J, Currey J. Tracheostomy decannulation failure rate following critical illness: a prospective descriptive study. *Aust Crit Care.* 2009; 22:8-15.

Construcción de espacios grupales terapéuticos en el ámbito de la internación: relato de experiencia en una unidad de mediana estancia de la ciudad autónoma de Buenos Aires

Rosana Tononi, Adriana Dawidoski, Jimena Vicens, Morena Díaz e Irene Ventriglia

RESUMEN

Este relato de experiencia describe el desarrollo de un dispositivo grupal de socialización en el abordaje de pacientes complejos en rehabilitación a partir del año 2016 en una Unidad de Mediana Estancia (UME) del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se partió de reconocer la posibilidad de trabajar en el marco de la psicología social de Pichon-Rivière adaptando la técnica del grupo operativo para ámbitos hospitalarios que generan alto nivel de estrés, desfuncionalización y disrupción de la vida cotidiana. En este relato describimos la conformación, en esta UME, de grupos operativos terapéuticos de pacientes con deterioro físico, cognitivo o en cuidados paliativos. La metodología para el análisis de esta experiencia se basó en el registro prospectivo narrativo de cada encuentro grupal. Presentamos una reflexión teórica sobre las adaptaciones al encuadre y a la planificación de cada actividad grupal, para lograr continuidad y pertenencia grupal, en los grupos operativos desarrollados en este tipo de contexto hospitalario.

Palabras clave: atención integral de salud, psicología social, socialización, Argentina.

CONSTRUCTION OF THERAPEUTIC GROUP SPACES DURING HOSPITALIZATION: EXPERIENCE IN A MEDIUM-STAY UNIT IN THE CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

ABSTRACT

This experience report describes the development of a socialization group device in the approach of complex patients in rehabilitation from 2016 on a Medium-Stay Unit (MSU) of the Hospital Italiano de Buenos Aires. It started by recognizing the possibility of working within the social psychology framework of Pichon-Rivière by adapting the technique of the operative group for hospital environments with high level of stress, defunctionalization and disruption of daily life. In this report we describe the conformation in this MSU of therapeutic operative groups of patients with physical, cognitive or palliative care impairment. The methodology for the analysis was based on the prospective narrative record of each group meeting. We present a theoretical reflection on the adaptations to the framing and the planning of each group activity. This allowed us to achieve continuity and group belonging in the operative groups developed in this hospital context.

Key words: comprehensive health care, social psychology, socialization, Argentina.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(4): 139-148.

“En tiempos de incertidumbre y desesperanza, es imprescindible gestar proyectos colectivos desde donde planificar la esperanza junto a otros.”

Enrique Pichon-Rivière

INTRODUCCIÓN

El Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) dentro de sus líneas de acción orientadas hacia la atención de la población adulta mayor crea la Unidad de Mediana Estancia

(UME) en el año 2016, que es una unidad de cuidados intermedios dedicada a la atención de adultos en situación de fragilidad. Constituye un espacio de transición al alta para la recuperación funcional a través de un abordaje integral, incorporando los aspectos médicos, psicológicos, sociales y ambientales en la atención.

Un evento agudo, como neumonía, fractura de cadera o accidente cerebrovascular, requiere internación hospitalaria para su intervención y tratamiento. Esto conforma un fenómeno disruptivo en la vida cotidiana de las personas con efectos en el orden físico, emocional y social, provocando pérdidas en las funciones motoras y cognitivas. Por lo tanto, es necesaria una instancia de cuidados integrales que permitan la adaptación activa a los diversos escenarios de su vida cotidiana.

Recibido: 18/07/18

Aceptado: 22/11/18

Acciones Directas en la Comunidad (R.T.). Área de Salud Poblacional. Departamento de Investigación (A.D., J.V., M.D.). Acciones Directas en la Comunidad del Plan de Salud (I.V.). Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Correspondencia: rotononi@gmail.com

La UME surge como una zona de transición entre la hospitalización aguda y el domicilio o residencia y tiene como objetivo general garantizar la recuperación funcional a través de la continuidad de cuidados progresivos e integrales. En ese sentido, los objetivos generales de la UME son lograr las altas efectivas, disminuir reinternaciones y mejorar la calidad de atención y de vida de la población atendida.

La UME está conformada por un equipo interdisciplinario de atención, cuyos integrantes son enfermeros, médicos, kinesiólogos, una nutricionista, una psicogerontóloga, una fonoaudióloga y una psicóloga social.

En septiembre de 2016, en el marco de la UME, se decide implementar un dispositivo grupal de estimulación integral organizado en talleres semanales en los cuales se realizan actividades de estimulación cognitiva, artística y de socialización. Este dispositivo es planificado y coordinado por una psicóloga social y un terapeuta ocupacional, dentro del marco conceptual de Enrique Pichon-Rivière¹. La intención del espacio grupal es trabajar desde la creatividad y la afectividad para producir un cambio hacia el bienestar de los pacientes desde esa condición concreta de existencia que le toca transitar a cada uno². Utilizando diferentes técnicas de intervención se intenta empoderar a los pacientes para que logren vincularse con su entorno, posibilitando redes de contención y acompañamiento entre ellos mismos.

El objetivo de este trabajo es describir y reflexionar sobre la experiencia de la implementación de dicho dispositivo grupal para la estimulación integral y la socialización de adultos mayores internados en la UME. Con la intención de poder ampliar la discusión respecto de las transformaciones que los ámbitos sanitarios deberían realizar para el logro de una atención integral, este trabajo espera aportar a experiencias similares en otros contextos.

METODOLOGÍA

El ámbito donde se desarrolló la intervención fueron las instalaciones de la UME del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires, que se encuentra en un hospital de comunidad ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dentro de estas instalaciones, el Plan de Salud alquila un sector con 8 habitaciones y 16 camas. Se dispone de sectores compartidos, como una sala de estar, un jardín y un patio con pérgolas, en los cuales se pueden llevar a cabo actividades con los pacientes y familiares. La UME está coordinada por un médico de planta del servicio de Clínica Médica. El equipo de atención está conformado por dos médicos del servicio de Clínica Médica del HIBA que rotan entre uno y dos meses, mientras que los otros profesionales se desempeñan de manera permanente en esta unidad. Desde el punto de vista edilicio, es un ámbito abierto, luminoso, que cuenta con parte de edificación antigua y un jardín bordeado de árboles en el que se encuentra

la pérgola. Sus habitaciones son luminosas, edificadas especialmente para que se pueda observar el jardín lindero. La población del estudio se refiere a los pacientes internados, sus familiares y cuidadores, que participaron del dispositivo. En la UME ingresan pacientes estables clínicamente que cursan un episodio médico o quirúrgico que ocasiona pérdida de funcionalidad. En su mayoría son adultos mayores en situación de fragilidad o en cuidados paliativos o en ambas instancias.

El período de análisis del estudio representó un recorte temporal de las primeras siete semanas de implementación de la intervención, a partir del mes de septiembre de 2016.

El estudio se basó en el registro de crónicas de cada encuentro tomando los hechos en forma literal según sucedieron e incluyendo las impresiones del momento. En una etapa posterior, las crónicas fueron analizadas a partir de los emergentes de cada encuentro y resignificándolas en el contexto del marco teórico propuesto.

Con el fin de preservar la identidad de los pacientes que participaron de este estudio se consultó al Comité de Ética de Protocolos de Investigación del HIBA, que recomendó: modificar los nombres personales, evitar la mención de situaciones que pudieran identificar a los pacientes y resguardar el nombre de la institución donde se implementa la UME del HIBA, no siendo necesario solicitar retrospectivamente la firma de consentimiento informado.

SALUD Y ENFERMEDAD DESDE LA TEORÍA DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE PICHON- RIVIÈRE

Para este trabajo partimos del Esquema Conceptual Referencial y Operativo, que se fundamenta en la psicología social desarrollada por Pichon- Rivière¹.

Esta teoría postula que las primeras relaciones sociales forman vínculos que son internalizados por el sujeto, formando un mundo interno compuesto por estructuras vinculares internalizadas³.

Desde esta perspectiva se define al sujeto como emergente de las relaciones vinculares, siendo un ser de necesidades que solo se satisfacen socialmente en relaciones que lo determinan. En este esquema conceptual, la unidad mínima de análisis es el vínculo, definido como una estructura compleja en donde el sujeto interactúa con el objeto mediante procesos de comunicación y aprendizaje. En todo vínculo interviene un tercero—contexto— que puede ser facilitador u obstaculizante de aquello que organiza y da sentido a ese vínculo (la tarea). En esta propuesta teórica, el sujeto es sano en la medida en que logra aprehender la realidad desde una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar esa realidad transformándose a la vez él mismo. La enfermedad será caracterizada por la detención, deterioro y empobrecimiento de estos procesos de comunicación, transformación y aprendizaje.

A través del trabajo grupal, las personas tienen la posibilidad de vivenciar nuevas experiencias vinculares, que posibilitan reformular estereotipos que generan alienación. Para Pichon-Rivière, aprendizaje es toda forma de cambio de conducta interna y externa que enriquece la personalidad. La teoría pichoniana constituyó un aporte fundamental para comprender los grupos, inaugurando una nueva manera de entender e intervenir en el campo de lo grupal⁴.

EL GRUPO OPERATIVO COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

La manera de poner en práctica estos conceptos es a través de la técnica de Grupos Operativos: “nos referimos a un dispositivo técnico, a un conjunto de procedimientos de intervención en el acontecer grupal”⁵. El Grupo Operativo se define como un conjunto restringido de personas ligadas por constantes de tiempo y espacio, articuladas por su mutua representación interna, que se proponen implícita o explícitamente una tarea que es su finalidad⁶.

En el trabajo del Grupo Operativo se busca movilizar el Esquema Referencial del sujeto, especialmente en sus aspectos inconscientes, buscando la transformación de las formas estereotipadas de pensar y sentir, ampliando así sus posibilidades vinculares. Las posibles transformaciones ocurren a través del aprendizaje grupal, dando lugar a procesos comunicativos y a interacciones que facilitan el vínculo.

La técnica de Grupos Operativos se utiliza ampliamente en el ámbito de la salud, como estrategia para promover el protagonismo de los pacientes en el proceso terapéutico y en el desarrollo de redes vinculares de contención y acompañamiento, en contextos donde tradicionalmente las intervenciones son de carácter individual. En los últimos años, diversas experiencias han implementado este marco teórico en el ámbito de la salud mental⁷, en pacientes con enfermedades crónicas⁸, en el acompañamiento de grupos familiares o de adolescentes en situación de vulnerabilidad social^{4,5}. Estos trabajos concluyen en la potencialidad de la técnica de los Grupos Operativos a fin de que los pacientes generen autonomía frente a la dolencia y logren el fortalecimiento de los vínculos.

Para la construcción del taller de estimulación integral en la UME partimos de la necesidad de trabajar con la disrupción que produce la internación en la vida cotidiana de las personas. Se espera que participando en cada encuentro grupal desde la afectividad y, en ese afectar-se, pueda producirse en esta nueva cotidianidad un movimiento hacia el bienestar.

EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL TALLER DE ESTIMULACIÓN INTEGRAL

El Taller de Estimulación Integral comenzó a funcionar en septiembre del año 2016 y a los fines del presente trabajo

se describe el proceso ocurrido durante las siete primeras semanas.

En ese período de los sucesivos encuentros participaron entre 3 y 6 pacientes y de 1 a 3 familiares por grupo, con edades entre 35 y 85 años, y variadas comorbilidades (ACV, fractura de cadera, cáncer, politraumatismos, deterioro cognitivo leve)*.

En el siguiente apartado se describe el desarrollo del espacio grupal a partir de crónicas narrativas, redactadas desde la perspectiva y las vivencias de la coordinadora del taller.

El comienzo

Nos reunimos con los profesionales que nos transmiten un escenario difícil: pacientes con poca comunicación entre ellos y con escasas redes de contención y acompañamiento de familiares o amigos.

El acuerdo inicial al que llegamos refiere únicamente a los aspectos operativos: acordamos un día y un horario de reunión, y también cómo trasladar a los pacientes que no pueden valerse por sí mismos al espacio acordado (Cuadro 1).

Música y construcción

Para el primer encuentro no sabíamos con quiénes nos íbamos a encontrar, ni las patologías, ni las edades, ni la condición de cada uno. Llevamos al encuentro como propuesta trabajar en torno a algo en común, universal: la música, con la idea de hacer un bingo musical. A medida que fueron llegando los pacientes, cada uno a su propio ritmo y forma de movilización, nos contaban qué música le gusta a cada uno, expresando sus reticencias para participar de la actividad. En medio del bullicio que se genera, cada uno se va instalando en una ronda. Fuimos facilitando los encuentros presentándolos entre sí; no se conocían, ni conocían sus nombres, ni tenían el hábito de saludarse. Planteamos que se trata de organizar un espacio para construir entre todos, y que cada uno plantee sus gustos musicales. Alguien comenta que le gusta una canción que no recuerda, otro comienza a cantarla, y rápidamente todos se suman, formando un coro. Así se arma el primer grupo, el primer encuentro. Cantamos dos canciones más entre todos, el grupo se cierra cuando se anuncia que está lista la comida. La atención se disipa, los pacientes se orientan hacia el almuerzo, su otro centro de interés (Cuadro 2).

El viaje

El segundo encuentro, si bien cambió la conformación de los integrantes del grupo, se fue organizando en términos de lo que en psicología social se denomina “encuadre de los encuentros”. En ese sentido, nos fue grato encontrar en

*Según la escala CDR (Sid EO, et al. (2008). Texas Alzheimer's Research Consortium. Staging Dementia Using Clinical Dementia Rating Scale Sum of Boxes Scores A Texas Alzheimer's Research Consortium Study. Arch Neurol. 65(8):1091-5.

Cuadro 1. Primera reunión con el equipo de la UME: encuadre del dispositivo

Nos encontramos con la directora médica de nuestro equipo para definir las líneas de intervención que pensábamos plantearle al equipo de profesionales de la UME. A la hora acordada ingresamos en el espacio de internación, un espacio nuevo dentro de una vieja edificación. Nos recibió el equipo de profesionales: los médicos, la supervisora de enfermería y el kinesiólogo. Recorrimos el lugar, un espacio luminoso, agradable, con ventanas a un jardín. Nos juntamos para conversar sobre la posibilidad de armar un dispositivo de intervención para los pacientes internados; nos comentaban que el día se les hace larguísimo, que se aburren, que el único tema es la enfermedad. Que los fines de semana son deprimentes, los familiares no los visitan y se sienten solos, que el mayor problema es que están demasiado tiempo internados y con familias incontinentes. Nos contaron que el 30% de los pacientes no tiene una red familiar de acompañamiento, que hay que trabajar con las expectativas de los familiares. Además, los pacientes solamente pueden interactuar con el compañero de habitación y no cuentan con espacios que habiliten otros vínculos sociales, están instalados en la enfermedad y no pueden hablar de otra cosa; los pacientes paliativos tienen actividades pero nadie se ocupa de los que no son terminales. En este primer encuentro acordamos con el equipo de profesionales encuadrar la actividad los días martes a las 11:00, horario elegido por la necesidad de contar con el kinesiólogo para realizar el traslado de los pacientes desde sus habitaciones al hall principal donde realizamos los encuentros.

Fuente: elaboración propia. Fragmento del registro narrativo del día 13/09/2016.

Cuadro 2. Primer encuentro grupal: conformación del grupo operativo trabajando a partir de gustos musicales

Con ayuda de los médicos fuimos seleccionando en función de sus posibilidades a los pacientes con los cuales íbamos a trabajar ese día. Se los fue invitando para juntarse en el hall central, fueron llegando de a uno. La primera que llegó fue Luisa, una mujer entre 70 y 80 años caminando con el andador. Nos contó la historia de su casa, que se inundó y se quedó adentro sola, sin salir. El proyecto de ella era sacar todo, arreglar toda la casa. Ahora quiere "salir bien de este lugar [el Hospital], seguir haciendo lo que hacía, como escuchar música clásica, a Marta Argerich y Daniel Barenboim". Se acercan varios pacientes, todos en silla de ruedas. Graciela, acompañada de su hermana Susana, nos cuenta que tienen muchos proyectos para hacer juntas, como ir a Trelew y pasear, que les gustan el tango y el folclore. "Mercedes Sosa", dice Graciela.

Juana llega diciendo que le gusta la música pop, que ella cantaba pero ahora no, porque no tiene memoria. Ingresó otra paciente acompañada por sus dos hijos. Le decimos que se puede quedar para ver de qué se trata y no participar; la hija dice que no, agarra la silla de ruedas y se la lleva.

Por último, se acerca Juan, no puede hablar, se alimenta con un botón gástrico y con la única mano que puede mover nos comunica que le gusta toda la música.

Seguimos hablando de canciones, poco a poco fueron recordando, tarareando, se fueron acercando los profesionales del equipo que estaban en las habitaciones atendiendo a otros pacientes y terminamos cantando todos, "El día que me quieras". Fue un momento emocionante seguido de aplausos.

Los invitamos a que pensarán qué les gustaba hacer, que este era un espacio de ellos, que entre todos íbamos a ir armando un proyecto para compartir juntos los martes. Susana dijo que podrían ser juegos, como el "al Don Pirulero" [canción popular] y le preguntamos si alguien lo conocía. Empezó Susana y los demás se fueron sumando, empezaron a cantar y hacer la mímica de los instrumentos con las manos. En un momento, Juana dice que está la comida y nos despedimos hasta el próximo martes con una ronda de nombres.

Fuente: elaboración propia. Fragmento del registro narrativo del día 20/09/2016.

la sala a algunos pacientes preparados para empezar a trabajar. Mientras otros pacientes iban llegando, se realizó la siguiente intervención: se les preguntó qué fotos llevamos con nosotros que nos conectan con un momento placentero, de disfrute. Néstor, un nuevo integrante, comienza a describir el paisaje de la foto que recordaba de un viaje. Mientras lo hacía, su expresión se iba transformando, su mirada tomaba brillo. Su emoción motivó al resto del grupo a continuar describiendo sus “fotos internas”, produciendo un viaje interior hacia un lugar placentero. A medida que pasó el tiempo del encuentro, la mayoría de los integrantes pudo compartir recuerdos de viajes, reviviendo con el grupo esos momentos de disfrute y emoción. Planteamos al grupo que el revivir esos recuerdos puede funcionar como un recurso potencial para los momentos de dolor, tensión o aburrimiento en el transcurrir de la internación. Reafirmando el planteo realizado, la hija de Juan comenta que resultó positivo para su padre, cuando estaba en terapia intensiva, relatarle viajes y momentos que disfrutaron juntos, y proponen compartir fotos en el próximo encuentro (Cuadro 3).

El mismo lugar que siempre parece otro

Cada encuentro es distinto del anterior; las actividades que planificamos las tenemos que ir adaptando a la situación que se nos presenta. En este tercer encuentro estaban presentes Luisa y Juan. Se sumaron a la ronda, por primera vez, Antonio –quien sufrió un accidente y es difícil comunicarse con él porque no escucha– y Raúl, un hombre joven politraumatizado por un accidente. Raúl, que hace varios años que está hospitalizado, nos cuenta

de su familia, de sus hijos adolescentes, de su niñez. El kinesiólogo y la enfermera nos comentan que los pacientes esperan los martes, que les cuentan a sus familiares de los encuentros, de las canciones. Luisa pregunta si habíamos traído la música: estas instancias nos permitieron darnos cuenta de que había elementos que podían darle continuidad al trabajo grupal. Por otro lado, la propuesta de la música y la propuesta de las fotos familiares que había traído Juan en la reunión anterior nos daban idea del tipo de elementos que podían direccionar la tarea⁹. La actividad fue posible porque la hija de Juan trajo la *tablet* con las fotos que había propuesto él en el encuentro anterior, y así fuimos conociendo a su familia, nietos, viajes, amigos. Las fotos familiares habilitaron la posibilidad de hablar sobre la relación de padres e hijos, sobre la “amorosidad” de algunas madres y sobre la “rigurosidad” del padre de Luisa (Cuadro 4).

Un pacto para vivir, caricias que curan

Cuando los pacientes nos ven llegar se van acercando de a poco, de acuerdo con sus posibilidades funcionales, con silla de ruedas, bastón, andador. Se va armando la ronda de los martes con algunos integrantes conocidos y otros que se acercan por primera vez. A Luisa la habían trasladado a un geriátrico, a Juan al central para hacerse un estudio. Trabajamos con un memotest gigante, que tiene la facilidad de poder desplegar las fichas en el piso, pero el tema central en este cuarto encuentro fueron las caricias, que las caricias curan. Terminamos cantando tangos con el médico y el kinesiólogo hasta que finalizamos la jornada emocionados entonando... “Un pacto para vivir” (Cuadro 5).

Cuadro 3. Segundo encuentro: iniciativas emergentes que habilitan continuidad en la tarea

La situación era diferente con respecto a la del martes pasado: Luisa se había caído y estaba dolorida, fuimos a buscar a Graciela y nos dijo que quería estar en silencio, que la disculpáramos. Tampoco estaba Susana, su hermana. Juan nos esperaba con su hija en el hall, junto a Juana. El kinesiólogo le propuso a Néstor que se sumara. Néstor es un hombre adulto que está internado desde hace cinco meses; hace dos meses lo trasladaron del central, donde estuvo en terapia con respirador. Nos contó que tiene 4 hijos que vienen a verlo los fines de semana porque en la semana trabajan.

La reunión fue transitando entre Austria, París, la muralla china que recorrió Juan y los *shoppings* de Juana, “déjame de iglesias, de italianas vestidas de negro con cara de triste, iyo quiero ir al *shopping!*” decía. Para cerrar retomamos el tema de la música. Néstor dijo que a él le gusta el tango y le propusimos hacer un bingo musical: poníamos una canción y ellos adivinaban el título. Cantábamos algunas canciones hasta que vinieron a buscar a Néstor porque había venido el cirujano a verlo. De a poco se fue apagando el grupo. Juan nos dice: “Para el próximo martes podemos traer fotos de nuestra familia para compartir”. Su hija aclara: “Tiene cuatro hijos pero siete nueras, se lleva bien con todos, él es así...”

Fuente: elaboración propia. Fragmento del registro narrativo del día 27/09/2016.

Cuadro 4. Tercer encuentro: continuidad a través de las fotos familiares y la música de la guitarra

Graciela y Juana ya no estaban, les dieron el alta. Néstor se había ido al central a hacer unos estudios; quedaban Luisa y Juan para trabajar. Nos comentan el kinesiólogo y la enfermera que los pacientes en la semana hablan de lo que hicieron el martes, que les cuentan a los familiares que estuvieron cantando. Veo a Luisa dispuesta a salir de su habitación, me dice: "¿Y la música?" y le contesto: "Luisa, trajimos música, ¡¡¡sí que preparate!!". Se sumó Juan con la hija, que no deja ni un momento de hacerle caricias. Se acercan Raúl y Antonio y llega el kinesiólogo con la guitarra; se van sumando los médicos y enfermeras. Empieza a percibirse la melodía de "Sobreviviendo", de Víctor Heredia; enseguida empezaron a cantar y aplaudir al compás de la melodía hasta que una mujer con guardapolvo blanco se asomó por la puerta de vidrio, que separa el espacio de los encuentros e hizo un gesto que todos entendimos que era que dejáramos de cantar.

Antonio, antes de irse a la habitación por los dolores que le provocaba estar sentado, nos dice que le gustan Troilo, Piazzola y, como cantor, Alberto Varela. Nos despedimos hasta el próximo encuentro.

Fuente: elaboración propia. Fragmento del registro narrativo del día 04/10/2016.

Cuadro 5. Cuarto encuentro: la necesidad de caricias

Lo veo a Antonio, sentado al lado de la ventana. Lo saludo, le digo lo bien que lo veo, qué diferente está con respecto a la semana anterior. Sonríe asintiendo con la cabeza, me pide que lo ayude a pararse, que está cansado de estar quieto. Antonio no escucha bien, es difícil que pueda seguir la interacción del grupo.

Se acerca Raúl, sonriendo, en la silla de ruedas, junto con Rosa, una paciente en cuidados paliativos, también en silla de ruedas, acompañada por su hijo. "Mi hijo es músico", dice Rosa. Voy a buscar a María, que es la cuidadora de una paciente que no conocemos. María nos cuenta que la paciente está tan dolorida que no puede salir y se le llenan los ojos de lágrimas.

Néstor esta vez pudo participar, cuenta que le sacaron dos muelas y que no la pasó nada bien. Se habla de análisis, de tubos, les contamos que a Luisa le dieron el alta.

Se habla de mimos, que los mimos curan. Raúl dice que le gustaría que su mujer lo acaricie, que eso lo curaría, que en lugar de morfina cada cuatro horas necesitaría esas caricias.

María cuenta que le hizo a su paciente caricias con talco, que se le fue el dolor y se pudo dormir. El hijo de Rosa no deja de acariciarla, me dice: "Mi mamá no escucha, por eso se pierde en la reunión". "¿Alguno conoce el memotest?", pregunto. La mayoría desconocía el juego. Desparramamos los cartones de colores en el piso, les decimos que vamos a trabajar la memoria y la asociación, "voy a poner boca arriba los cartones para que miren las imágenes y vean donde están los iguales... ¿listo?". Se percibía un momento de tensión, se apresuraban para seguir mirando atentamente mientras que iba dando vuelta los cartones. "¡Uy, qué difícil!", se escucha. "¿Quién empieza?" Rosa dice "¡Yo!".

Así fueron encontrando los pares iguales, con momentos de alegría y aplausos cuando alguno lo lograba. Luis, un paciente nuevo, muy callado, que estaba con su hija, rápidamente encontró el par. Raúl se enojaba porque no lo lograba. Terminamos con risas y aplausos. En ese momento llegaron el kinesiólogo y el médico con su guitarra, empezaron a cantar: "Cambalache", "La balsa", "El extraño de pelo largo". Terminamos con "Un pacto para vivir". ...Solo Un Pacto Para Vivir...

Fuente: elaboración propia. Fragmento del registro narrativo del día 11/10/2016.

Un día de campo

Cada martes llegamos a la UME y es otro el escenario. Rápidamente tenemos que adaptarnos y pensar estrategias para tratar de armar el dispositivo dentro de las posibilidades de los pacientes que están presentes. Ese día, todo era incierto: los médicos y las enfermeras corrían de un lado al otro, había una situación de emergencia con un paciente que tenía convulsiones. Pensamos suspender la reunión y pasar por las habitaciones y armar algo ahí. Los médicos insistieron para que no dejáramos de hacer la ronda de los martes, porque los pacientes la esperan. Así fuimos trasladando, con la ayuda del kinesiólogo, a los pacientes hasta el jardín del hospital. Llevamos una pelota con papelitos pegados que contienen letras de canciones y al sacar cada papel fueron recordando las letras, tarareándolas, hablando de la tristeza de los tangos, de los duelos no elaborados. Nos despedimos hasta el siguiente encuentro y terminamos cantando con el kinesiólogo y el médico que ese día habían llevado su guitarra para el cierre musical (Cuadro 6).

La vuelta a casa de Juan

Cuando llegamos, Juan estaba listo para irse a su casa pero nos hacía señas para que supiéramos que se quedaba en la actividad con nosotros. De a poco se fue armando la ronda de los martes; habíamos preparado unos frasquitos con olores diferentes, para trabajar con el sentido del olfato, sus asociaciones y las imágenes que evocan.

Raúl relacionó el aroma a café con el día de su accidente: esa mañana –antes de salir– su mujer le preparó un café... ese olor le producía tristeza, pero él se aguantaba y no lloraba. Hablamos del llanto, de lo cultural, “que los hombres no lloran”, que el llanto es una descarga de tensiones. Relataron las diferentes maneras de descargar tensiones que tenía cada uno, y siguieron asociando olores con imágenes.

Esta vez para el cierre musical habíamos llevado instrumentos. Fui repartiendo las letras de las canciones y un instrumento de percusión para cada uno. Cuando empezamos a cantar “Luna cautiva” se acercan otros dos pacientes: un hombre con una sonda vesical y una mujer con una bota en

Cuadro 6. Quinto encuentro: aceptación institucional del dispositivo de intervención

Cuando llegamos, vemos pasar al médico serio, apurado; sin mediar palabra nos acercamos a la enfermera para preguntarle qué estaba pasando; ella nos dice que había estado preparando a los pacientes para nuestra reunión y en ese momento Antonio empezó a tener convulsiones. Además, faltaban Juan, porque lo tenían que llevar al central para hacer una radiografía, y Raúl, que no había podido dormir porque Antonio, su compañero de cuarto, se quejó toda la noche. Propusimos suspender el encuentro y pasar por las habitaciones a visitar a los pacientes; una médica nos dice que nos están esperando, que no los podemos dejar sin reunión, “Juan puede hacerse el estudio otro día”, afirma.

Al ver el día soleado se nos ocurrió hacer el encuentro afuera, en el jardín. Para llegar al jardín hay que atravesar primero un pasillo, luego el hall donde hacemos las reuniones y finalmente bajar una rampa. “Solo hay tres sillas de ruedas”, dice el kinesiólogo... “Bueno, no importa, los vamos llevando y pasando a una silla común”.

Se armó la ronda, sacamos una pelota grande de colores llena de papelitos pegados; en cada papelito había un fragmento de la letra de una canción: “...que juntos un día nos viste pasar...”, “...sentir que es un soplo...”, “...hace tiempo que sueño con ella...”.

Les damos la consigna del juego: “La pelota va a rodar, cada uno le pega con lo que puede y en un momento agarran un papelito y lo leen: ¿Se acuerdan cuál es el título de esa canción?”.

Fueron leyendo y tarareando canciones, relatando recuerdos que quedaron enlazados a canciones, se habló de la tristeza de los tangos, de los duelos no elaborados, de quedar pegados al pasado.

Llegan el médico y el kinesiólogo con su guitarra; su preocupación en ese momento pasaba por las partituras, porque se les volaban las hojas con el viento. “Los martes no puedo faltar”, dice la hija de Luis. Empiezan cantando una canción que “sepamos todos”: “América” de Nino Bravo, “La masa”, después una de Diego Torres, y terminamos con “Uno busca lleno de esperanzas”.

El médico dice: “¿Y si el próximo martes armamos una mesa para almorzar acá afuera?”.

Fuente: elaboración propia. Fragmento del registro narrativo del día 18/10/2016.

el pie, preguntando si pueden bailar. Ingresan al centro de la ronda y bailan amorosamente. Nuevamente, el hospital se iba transformando como todos los martes. Sin embargo, este no era un martes cualquiera, sino que era el último día de Juan en el hospital. Juan había sido un integrante protagonista que le daba continuidad al grupo. Su partida, por un lado, generaba alegría en los compañeros y, por otro, la tristeza de no verlo más.

Terminamos el encuentro con "Chacarera de un triste". Juan se despidió, llorando, y emocionado le dice a Raúl que siga, que tenga fuerza, que él va a poder. Le decimos que un martes nos venga a visitar, que lo vamos a extrañar. Y nos preguntamos cómo sería el próximo encuentro después de Juan.

DISCUSIÓN

Repensando conceptos fundantes de la teoría de Pichon-Rivière para la construcción de un espacio grupal en la UME: adaptación activa, transformación en la construcción

En este relato de experiencia presentamos la construcción de un dispositivo grupal de intervención con pacientes en rehabilitación internados en una unidad de mediana estancia. El dispositivo estuvo fundamentado en la teoría de psicología social de Pichon-Rivière. En este sentido, sobre la base del marco teórico de la psicología social, entendemos que la subjetividad de la vida cotidiana se construye en la interacción de los vínculos. Como refiere Ana Quiroga, una de las referentes de esta teoría:

*"La vida cotidiana es la forma de desenvolvimiento que adquiere día tras día nuestra historia individual. Implica reiteración de acciones vitales, en la distribución diaria del tiempo. Por eso sostenemos que cotidianidad es espacio, tiempo y ritmo. Se organiza alrededor de la experiencia, de la acción, del aquí de mi cuerpo y del ahora de mi presente. La vida cotidiana nos muestra un mundo subjetivo, que yo experimento. Pero a la vez ese mundo es intersubjetivo, social, compartido. Para cada uno de nosotros 'mi mundo' es un mundo vivo con otro"*².

De acuerdo con lo planteado anteriormente, nuestro objetivo se dirigió a posibilitar la adaptación activa a la realidad como criterio de salud, interviniendo desde el arte, la música, la pintura y el juego, y articulando lo lúdico con lo terapéutico para posibilitar el despertar de la potencialidad creadora. El dispositivo grupal pretende que estas personas internadas en rehabilitación puedan poner en palabras sensaciones, afectos y emociones, vivenciadas en el devenir del proceso de internación.

Actualmente existen otras iniciativas en la Argentina a nivel hospitalario para trabajar lúdica y/o creativamente con los pacientes internados a fin de favorecer el proceso de recuperación. Las principales experiencias conocidas se encuentran en población pediátrica, pero menos en

población adulta. Las más reconocidas en nuestro país se han desarrollado en instituciones psiquiátricas.

También se llevan a cabo intervenciones como las realizadas por los Payamédicos¹¹, quienes adaptaron la técnica del payaso teatral al ámbito hospitalario, mediante recursos psicológicos y artísticos. Otra experiencia es la de la Asociación Civil "C.H.A.P."¹² centrada en la expresión artística, en la que se coordinan talleres con niños internados en hospitales pediátricos y sus familias, con el objetivo de transformar lo traumático y el nerviosismo de la sala de espera en energía creativa. En ambos casos se trata de abordajes en los que, si bien hay momentos de reuniones grupales, el dispositivo de intervención no es el grupo, sino el juego en un caso, el arte en el otro; ambas iniciativas buscan desdramatizar el medio hospitalario, mejorar la relación médico-paciente y ofrecer momentos de distracción recuperando los aspectos sanos de las personas hospitalizadas.

En relación con la salud mental, se ha desarrollado la experiencia de Cooperanza, en el ámbito del Hospital Psiquiátrico José T. Borda¹³. Este dispositivo, que también se fundamenta en la psicología social de Pichon-Rivière, propone un abordaje integral e interdisciplinario, que consiste en talleres de orientación artístico-lúdica (taller de plástica, literario, juegos y música) que se realizan una vez por semana, en los que participan pacientes y expacientes, y se invita a la comunidad en general. Este proyecto se contraponen a la lógica manicomial, que impone un abordaje individual del paciente centrado en la enfermedad. En Cooperanza, los pacientes logran mejorar su condición de vida en cuanto a socialización y pertenencia al contexto grupal, pasando "de ser un sujeto pasivo a ser un sujeto activo, creador y deseante"¹³.

En el caso de este dispositivo del hospital Borda se trabaja con una población cuya patología es homogénea, y que presenta posibilidades de continuidad en el grupo por los extensos períodos de internación de los pacientes en la institución. A diferencia de esta experiencia, en el taller de estimulación integral de la UME fue necesario realizar adaptaciones al dispositivo grupal, ya que los supuestos de continuidad y pertenencia, que caracterizan a la técnica de Grupos Operativos, se encuentran condicionados: por un lado se trata de un grupo con heterogeneidad de problemáticas físicas y cognitivas, lo que establece límites fácticos a las propuestas posibles, y, por el otro, el grupo presenta alta movilidad y discontinuidad en la participación. Esto plantea desafíos específicos a la técnica de los Grupos Operativos, el encuadre y la continuidad, lo que llevó a la necesidad de un proceso de planificación específicamente adaptado.

SOBRE EL ENCUADRE DEL GRUPO

Uno de los pilares fundamentales de la teoría pichoniana es el concepto de grupo centrado en una tarea: la técnica

de trabajo grupal tiene una direccionalidad que está dada por la tarea¹⁴ siendo esta la que da sentido al grupo. Como menciona Ana Quiroga: “el sentido, porqué y para qué de la interacción, está dado por necesidades y un hacer, tarea, praxis, relacionados con esas necesidades”²⁵.

El encuadre es el conjunto de características de espacio, tiempo y contexto que se mantienen constantes para que la tarea se desarrolle en un marco de contención y acompañamiento que albergue y sostenga. Si bien las variables de espacio y tiempo podían mantenerse (la institución, el lugar físico donde se iban a llevar a cabo los encuentros, el día y el horario), el contexto del taller en la UME estaba en constante movimiento, por lo cual resultaba difícil instalar un encuadre que permitiera el desarrollo del proceso de aprendizaje y generación de vínculos. Esto planteaba cómo lograr armar un grupo de pertenencia en un contexto de tanto movimiento, donde los integrantes iban variando por diferentes causas: fallecimientos, altas, traslados para estudios o intervenciones quirúrgicas, o simplemente no asistían al encuentro por falta de motivación para salir de la cama y participar de las actividades propuestas.

En este sentido, los profesionales de la institución conformaron el conjunto de constantes que generaron el espacio continente para el trabajo grupal ya que, una vez que aceptaron la intervención, contribuían durante la semana a su continuidad incentivando y motivando a los pacientes a participar del espacio grupal. Esta instancia resulta particularmente importante para este perfil de pacientes ya que la palabra del médico constituye una referencia central en la nueva cotidianidad en la que se encuentran.

SOBRE LA CONTINUIDAD Y LA PERTENENCIA GRUPAL

Al igual que con el encuadre, la continuidad resultó un desafío en la implementación de este dispositivo. Como todas las semanas se incorporaban al taller pacientes nuevos, los coordinadores desarrollaron una propuesta de interacción de todos los integrantes, en la que los más antiguos contaban a los más nuevos de qué se trataba el espacio y restituían a través de sus relatos las actividades que veníamos realizando. Estas instancias permitieron construir una trama grupal de relaciones que daban continuidad a la tarea, de manera que los que tenían la oportunidad de participar en pocas reuniones podían proyectarse hacia el encuentro siguiente con la planificación grupal de la próxima actividad. La expectativa generada en este lapso temporal de una semana a otra constituía en sí misma un proyecto de vida para algunos pacientes en contextos de tanta fragilidad.

SOBRE LA DIFICULTAD EN LA PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

La planificación de cada actividad representó una complejidad adicional, ya que para los encuentros llevábamos al menos tres propuestas para adaptarnos a las diferentes

patologías y al número de los integrantes. En este sentido, no resulta lo mismo desarrollar una actividad cuando hay integrantes que no escuchan, que no caminan, que no pueden trabajar con las manos (saludar, gesticular, etc.), o que tienen patologías psiquiátricas.

Por ejemplo, adaptamos las actividades para que pudiera utilizarse el piso como mesa y de esa manera se podía trabajar desde las sillas de ruedas. Esto puede verse en el relato de las crónicas “Un pacto para vivir, caricias que curan” con la dinámica del memotest y en el juego de asociación de canciones con una pelota gigante que se relata en “Un día de campo”. Se requerían también materiales especiales como lápices y pinceles adaptados a la dificultad en la motricidad fina de los integrantes del grupo.

EXPLORANDO LOS LÍMITES DEL DISPOSITIVO IMPLEMENTADO

Si bien el trabajo es complejo por el estado de salud delicado de los pacientes, las condiciones físicas espaciales y la dificultad de consolidar la continuidad del grupo, en el ámbito de la UME se logró constituir un dispositivo grupal de intervención. Sin embargo, no se logró su continuidad por fuera del contexto de internación al alta de los pacientes. Por lo tanto, se trata de un dispositivo acotado en el transitar de la rehabilitación; y, si bien para varios pacientes en cuidados paliativos es el trayecto final de su vida, otros egresan a residencias geriátricas donde posiblemente también requieren abordajes no solo individuales sino grupales de intervención.

Por otro lado, hemos notado la manifestación de ciertos cambios y emergentes que reflejan la movilización de cuestiones internas de los pacientes ante el transitar de su proceso de tratamiento. Esto se manifestó en reflexiones que han surgido frente al futuro inmediato o mediano, el cuestionamiento sobre conceptos existenciales, el surgimiento de la cooperación y acompañamiento entre ellos y la generación de vínculos que trascienden los momentos que plantea el dispositivo. En este sentido, el dispositivo grupal no permite trabajar en profundidad los emergentes individuales que surgen a partir de las actividades grupales; en esta experiencia, las actividades fueron retomadas desde la perspectiva de trabajo individual por el área de psicogerontología, articulando el trabajo interdisciplinario en el contexto de esta unidad de internación compleja.

REFLEXIONES FINALES

Como conclusión entendemos que la construcción de estos espacios resulta útil en contextos hospitalarios donde se encuentra en juego la posibilidad de la recuperación, como es el caso de la UME, ya que el dispositivo habilita un transitar diferente en el proceso de rehabilitación.

En este relato de experiencia hemos presentado el proceso de construcción del espacio grupal que actualmente se ha consolidado, llevándose a cabo tres encuentros semanales

en los que participan alrededor de siete personas por taller. La construcción de estos espacios grupales lleva a reflexionar de una manera crítica sobre el modelo de aislamiento que propone la lógica hospitalaria en el momento de internar a un paciente; este tipo de dispositivo permite reconocer a los pacientes como sujetos de derecho, a partir de trabajar sobre los vínculos entre los mismos pacientes y con su contexto más cercano, que incluye a los profesionales del hospital. En esta línea, el diagnóstico médico no es condición ni se constituye en criterio de inclusión en el grupo, sino que se trata de un encuentro entre un espacio que habilita la participación y el deseo del paciente de formar parte del grupo; en palabras de la

teoría de Pichon-Rivière, la condición para formar parte de un grupo es “estar vivo”¹.

El hecho de conformar un proyecto de “vida” de una semana a la otra en un contexto de fragilidad extrema es la idea que tal vez mejor sintetiza el espíritu de lo que se logró desarrollar con esta intervención.

Agradecimientos

Al terapeuta ocupacional Lucas Vuosso y al equipo de profesionales de la UME del HIBA, por facilitar y acompañar el proceso de construcción del Taller de Estimulación Integral. Al Dr. Fernando Fabris por colaborar en la lectura crítica de este artículo. A la Licenciada Julieta Arroyo, del Programa Sociosanitario del HIBA por colaborar en la lectura crítica de este artículo.

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

REFERENCIAS

1. Pichon-Rivière E. El Proceso Grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I). Buenos Aires: Editorial Nueva Visión; 1985.
2. Pampliega de Quiroga A, Racedo J. Crítica de la vida cotidiana. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 1993.
3. Morais Maia A. O Atendimento em Grupo Operativo. Vínculo-Revista do NESME. 2017; 14(1):1-8.
4. Fabris F. El instituto Argentino de Estudios Sociales (IADES) y la producción teórica de Pichon-Rivière. Disertación doctoral. Universidad de Flores, 2009. Disponible en: http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/1310/hologramatica16_v1pp23_42.pdf.
5. Pampliega de Quiroga A. Crisis, procesos sociales, sujeto y grupo: desarrollos en psicología social a partir del pensamiento de Enrique Pichon-Rivière. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 2005. pp. 110-2.
6. Iziqúe Bastos ABB. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. Psicol inf. [online]. 2010, vol.14, n.14, pp. 160-169.
7. Vallejos Jiménez F. Espacio grupal para pacientes psicóticos en un centro de salud mental. Apuntes Psicol. 2006; 24(1-3):331-43.
8. Soares SM, Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. Esc. Anna Nery. 2007; 11(1):52-57
9. Fabris F. Tarea, pretarea y proyecto. [Internet]. 2015 [citado 18 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://milnovecientoosesentayocho.blogspot.com.ar/2015/01/tarea-pretarea-y-proyecto-fernando.html>
10. Pichon-Rivière E, Pampliega de Quiroga A. Psicología de la vida cotidiana. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión; 1985. p. 13.
11. Payamédicos Asociación Civil. Payamédicos. [Internet]. 2013 [citado 24 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.payamedicos.org/>
12. C.H.A.P. Curar Haciendo Arte con Pequeños Asociación Civil. C.H.A.P. [Internet]. 2006 [citado 24 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.chap-ong.org/>
13. Asociación Civil Cooperanza. Cooperanza. [Internet]. 1985 [citado 26 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/dubai/12/bp4328.html>
14. Pichon-Rivière E. La Noción de Tarea en Psiquiatría (en colaboración con el Dr. A. Bauleo). En: Pichon-Rivière E. El Proceso Grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I). Buenos Aires: Editorial Nueva Visión; 1985.

Relato de experiencia: educación para la salud con adolescentes

Natividad Burdisso, Carla Morganti y Nadia Musarella

RESUMEN

A partir de los trabajos asistenciales y comunitarios realizados por el equipo de salud del Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón en la comunidad de Bajo Boulogne a la que pertenece, y del intercambio con instituciones escolares y organizaciones barriales de la zona, detectamos la aparición de comportamientos poco saludables y riesgosos en los y las adolescentes de la comunidad. Dado que las intervenciones de educación para la salud en este grupo etario son fundamentales debido a que tienden a promover aspectos positivos en el desarrollo de los adolescentes, y favorecen su formación como multiplicadores de hábitos saludables, decidimos desarrollar un programa de educación para la salud en un colegio de la comunidad de Bajo Boulogne.

Palabras claves: educación para la salud, salud en la escuela.

EXPERIENCE REPORT: HEALTH EDUCATION WITH TEENAGERS

ABSTRACT

From the experience obtained in assistance and community work carried out by the health team at Family and Community Medicine Center (San Pantaleon) in the Bajo Boulogne community, and of the exchange with school institutions and community centers, we detected the appearance of unhealthy and risky behaviors in the adolescents of the community. The interventions in health education with teenagers are necessary because they promote positive aspects in teenager's development and allow their formation as health promoters. So that we decided to develop an education program for teenager's health at a school in the community of Bajo Boulogne.

Key words: education for health, health at school.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(4): 149-153.

INTRODUCCIÓN

Se relata la experiencia del desarrollo de un programa de educación para la salud para adolescentes llevado a cabo por un equipo de salud, conformado por una psicóloga y dos médicas de familia, pertenecientes al Centro de Medicina Familiar y Comunitario (CMFyC) San Pantaleón. Dicha institución es un centro de salud de atención primaria que se gestó como un programa de la Fundación MF. Está ubicado en la localidad de Bajo Boulogne, partido de San Isidro, provincia de Buenos Aires. Además de las tareas asistenciales que realiza el equipo de salud, se llevan a cabo distintas actividades de prevención y promoción de la salud, que tienen como base un abordaje interdisciplinario e intersectorial entre el centro de salud y otras instituciones educativas, religiosas, organizaciones barriales, el municipio, etc. Estas actividades se planifican de acuerdo con las necesidades detectadas en nuestra comunidad y se abordan a través de la educación para la salud.

A partir de los trabajos asistenciales y comunitarios realizados a lo largo de 16 años de recorrido del centro de salud, detectamos comportamientos poco saludables y riesgosos en los adolescentes de la comunidad. Entre los motivos de consulta observamos infecciones de transmisión sexual (ITS), relaciones sexuales sin protección, abuso de sustancias tóxicas y consumos problemáticos, escasos hábitos de vida saludables, sedentarismo, aislamiento, así como violencia en los vínculos interpersonales.

Durante el intercambio continuo con instituciones educativas y diversas organizaciones barriales de la comunidad de Bajo Boulogne, los integrantes del equipo de dichos centros nos consultan preocupados por problemas que observan en los jóvenes de la comunidad y sus estilos de vida poco saludables, solicitando de manera frecuente al CMFyC programas de acción comunitaria con grupos de adolescentes. Entre los problemas planteados por dichos actores se pueden mencionar: el consumo de sustancias, la falta de cuidados relacionados con su salud sexual y reproductiva, trastornos del estado de ánimo y violencia entre el grupo de pares.

Es por esta razón que fuimos convocados por una institución educativa del barrio para desarrollar un programa de educación para la salud con alumnos de cuarto año del nivel secundario.

Recibido: 3/08/18

Aceptado: 23/04/19

Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón. Buenos Aires, Argentina
Correspondencia: natividad.burdisso@hospitalitaliano.org.ar

Los adolescentes atraviesan una etapa del desarrollo en la que influyen los factores biológico, psicológico y social, las tendencias socioeconómicas, y reciben influencias culturales específicas. Experimentan un acelerado desarrollo físico e intenso desarrollo emocional y social, donde la influencia de los padres, maestros, amigos y medios de comunicación social tienen un importante papel en la definición de valores y en el comportamiento¹. En este sentido, los adolescentes pueden desarrollar conductas de riesgo o, por el contrario, aprender hábitos de vida saludable y ser promotores de salud en sus grupos de pares. Desde este lugar, las intervenciones en educación para la salud en este grupo etario son fundamentales debido a que tienden a promover aspectos positivos en el desarrollo de otros jóvenes y favorece que actúen como promotores de salud dentro de sus escuelas, su familia y en el seno de la comunidad en la que viven.

Si bien la educación para la salud (EpS) puede entenderse como una construcción social, que hace que los significados y definiciones que se le den dependan de los modelos y contextos en los que fue y es implementada, se puede establecer una generalidad y definir la EpS como un proceso de enseñanza-aprendizaje que, a partir de actividades planificadas y programadas, tiene como objetivo favorecer el cuidado y la mejora de la salud de las personas². El modelo de EpS al cual hace referencia este trabajo reconoce el papel activo de los sujetos en el proceso de aprendizaje y la influencia de factores sociales, ambientales y de desigualdad económica en la salud de las poblaciones. A partir de este abordaje se busca fortalecer la autonomía y el protagonismo de los sujetos para cuidar su salud, a través de la construcción de conocimientos que favorezcan la toma de decisiones saludables.

“Los adolescentes ya no son niños, pero aún no son adultos. Necesitan ayuda y oportunidades para desarrollar sus capacidades psicosociales y físicas y, cuando se les da la oportunidad, hacen una contribución esencial no solo a su propio desarrollo saludable, sino también al desarrollo de la sociedad” (Organización Mundial de la Salud, 1990).

Es esencial que los adolescentes, en el pleno ejercicio de su derecho a la participación, sean promotores de habilidades para la salud. Así, pueden motivar la participación de sus pares en los temas que les interesen, ser multiplicadores de información y promover el desarrollo de actitudes y habilidades que les permitan empatizar con los demás, negociar y manejar conflictos, pensar críticamente y tomar decisiones informadas vinculadas a su salud. En ese sentido, es particularmente valioso el proceso de educación para la salud que se da entre pares.

Por supuesto, no todos los adolescentes son iguales ni se hallan en las mismas situaciones de vida. Abordar la salud implica enfrentarse a un amplio espectro de temas. Sin embargo, en este proyecto, a través de dinámicas

participativas se pretende explorar los intereses y recursos de cada grupo conociendo e incorporando aspectos que, más allá del tema propuesto, pueden dar lugar a otros que sean relevantes para ellos. La identificación de los deseos y necesidades de los adolescentes es una pista ineludible a la hora de pensar estrategias para impulsar conductas de cuidado y prevención apropiadas para esta etapa de la vida y para su desarrollo como personas. A la par, y tal como reconoce la Convención sobre los Derechos del Niño, los adolescentes tienen la capacidad de procesar información por sí mismos y deben gozar de cierta autonomía para tomar sus propias decisiones en un entorno de formación y protección, en sintonía con el ejercicio del resto de sus derechos.

DESARROLLO

Diseño

Durante el año 2017 se llevó a cabo un programa de Educación para la Salud Integral del adolescente con alumnos de cuarto año del nivel secundario del Colegio Plácido Marín*, ubicado en Bajo Boulogne, partido de San Isidro. El proyecto se desarrolló en forma de taller complementario por la tarde, semanal, durante 9 meses. El programa de Educación para la salud se incluyó como parte del currículo institucional y se articuló con la asignatura Salud y adolescencia. Las coordinadoras del programa fueron dos médicas de familia y una psicóloga pertenecientes al CMFyC.

Objetivos

Los objetivos propuestos para el proyecto fueron:

- favorecer y estimular el desarrollo integral de los adolescentes para que puedan desplegar todas sus capacidades físicas, psicológicas y sociales,
- fortalecer la concientización y toma de decisiones responsables para reducir las situaciones de riesgo a las que se pueden exponer,
- generar espacios de formación de jóvenes promotores de salud,
- fortalecer el trabajo interinstitucional del centro de salud y la institución educativa, y
- favorecer la accesibilidad de los y las adolescentes al centro de salud.

* El Colegio Plácido Marín pertenece al Grupo Educativo Marín, con reconocida trayectoria en San Isidro, desde el cual nace y recibe su apoyo y acompañamiento. Tiene el desafío de poder colaborar en el crecimiento y desarrollo de sus alumnos y alumnas, y ser un actor de transformación social con una propuesta educativa de calidad y accesible, destinada principalmente a las familias que viven en la zona de Bajo Boulogne con recursos escasos y diferente accesos.

Acciones

Inicialmente se establecieron reuniones con el equipo de directivos y docentes del Colegio Plácido Marín, donde se realizó un intercambio de percepciones en relación con las problemáticas frecuentes de los adolescentes a los que iba destinado el taller. Los problemas identificados en estos encuentros fueron los siguientes: la escasez de concientización sobre los cuidados de su cuerpo, el consumo de sustancias, los trastornos del estado de ánimo, la violencia entre el grupo de pares y la poca accesibilidad del grupo de adolescentes al sistema sanitario. Por esta razón tanto los directivos de la institución escolar como los del centro de salud decidieron desarrollar un programa de EpS para adolescentes e incorporar el taller en el currículo escolar a fin de favorecer el contacto de los adolescentes con el sistema sanitario y, de esta forma, el acceso de este grupo etario al centro de salud.

Los primeros encuentros con el grupo de jóvenes se destinaron al establecimiento del vínculo entre ellos y las coordinadoras para generar un espacio de confianza y respeto mutuo donde los adolescentes se sintieran libres de opinar, preguntar y expresarse, y, de esta forma, llevar a cabo un diagnóstico inicial de necesidades y problemáticas planteadas por ellos mismos. Luego de esta fase se priorizaron los problemas planteados y se planificaron las actividades para cada encuentro, los cuales se realizaron con modalidad de taller, dentro de la institución educativa, además de actividades en diferentes ámbitos comunitarios. Las técnicas participativas seleccionadas para cada uno de los encuentros se pensaron para fomentar la reflexión, el intercambio entre pares y con las talleristas, y favorecer la participación de los adolescentes. Algunas de las técnicas empleadas fueron: *collages*, dramatizaciones, dinámicas lúdicas, cine-debate y *mindfulness*.

Además de los talleres se planificaron acciones directas en la comunidad junto a los adolescentes. El objetivo fue que los jóvenes pudieran transmitir a sus pares y el resto de la comunidad educativa las temáticas trabajadas previamente en los talleres, tomando ellos un papel clave como promotores y multiplicadores de salud.

RESULTADOS

Se realizaron en total 24 talleres, de frecuencia semanal, entre los meses de abril y noviembre de 2017. Participaron alrededor de 25 alumnos, de 15 a 16 años, en cada encuentro. Cada uno duró entre 90 y 120 minutos.

Para la priorización de los temas abordados en los talleres nos basamos en los aspectos que los adolescentes plantearon como de interés grupal, así como también en lo que consideramos, junto con el personal educativo, central de abordar según las problemáticas y necesidades observadas en el grupo. Estos temas fueron: primeros auxilios, cambios físicos y emocionales en la adolescencia, autocuidado y hábitos saludables, consumos problemáti-

cos, autoconcepto, proyectos para el futuro, planificación familiar, comunicación, promoción de habilidades de buen trato entre pares, modos positivos de vinculación en los noviazgos adolescentes, prevención de violencia en los noviazgos adolescentes y perspectiva de género.

Las actividades de participación comunitaria permitieron que los adolescentes desarrollaran un papel activo dentro de la comunidad, llevando a cabo funciones de promoción de la salud como “multiplicadores” de los conocimientos aprendidos a lo largo de los talleres. Una de estas actividades la llevaron a cabo con alumnos de nivel primario del mismo colegio, en la cual desarrollaron tareas de promoción de alimentación saludable. Para ello, durante algunos encuentros, idearon actividades lúdicas acordes con diferentes edades del nivel educativo primario, que luego llevaron a cabo para fomentar la alimentación saludable. Con estas actividades se llegó a 180 alumnos del colegio, desde primero a sexto grado. En la segunda actividad comunitaria, algunas alumnas participaron en el *Festival de salud del CMFyC San Pantaleón* que se realiza anualmente, donde fueron las coordinadoras de juegos destinados a la promoción de una alimentación saludable con alumnos de varios jardines de la comunidad de Bajo Boulogne que se acercaron a participar del festival. El alcance que se tiene con el Festival de la Salud es de 300 alumnos que forman parte de las distintas escuelas primarias y de nivel inicial de la zona.

Para la última actividad de difusión, el grupo de adolescentes organizó una charla de concientización en conmemoración del *Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*, destinada al resto de la escuela secundaria. Trabajaron en dos grupos, uno se abocó a la producción de folletos de prevención de la violencia en parejas adolescentes y el otro grupo preparó “escenas teatrales” donde representaban diferentes situaciones violentas en el seno de una familia, pareja y entre amigos para luego debatir con el resto del alumnado sobre la temática. Los beneficiarios de esta actividad fueron 150 alumnos de 13 a 18 años que forman parte del alumnado del Colegio Plácido Marín.

CONCLUSIONES

Aspectos positivos

Sobre la base de los objetivos planteados, los resultados obtenidos fueron favorables ya que se logró en los talleres fomentar la concientización de los adolescentes acerca de aspectos relacionados con su salud. Al mismo tiempo se logró mejorar la accesibilidad del equipo de salud a la comunidad adolescente, debido a que algunos alumnos realizaron consultas en el centro de salud.

Los aspectos abordados en los talleres permitieron que los adolescentes pudieran reflexionar y construir saberes sobre aspectos que necesitan y les generan interés, estimulando así el desarrollo integral para el despliegue de sus capa-

ciudades y promoviendo la toma de decisiones responsables. Se observó en la mayoría de los alumnos, desde el inicio del proyecto, una importante capacidad de análisis y síntesis. Se logró la participación de los jóvenes en actividades de difusión dentro y fuera de la escuela cumpliendo el papel de multiplicadores dentro de la comunidad educativa y del barrio. Otro aspecto positivo para remarcar es la flexibilidad en el manejo de la planificación inicial, algo que fue necesario ya que durante el transcurso de los encuentros se observaron tratos negativos entre pares, por lo que se consideró necesario planificar encuentros destinados a temáticas de buen trato y comunicación positiva.

Dificultades

Entre las limitaciones que se presentaron a lo largo de los talleres, algunas surgieron al planificar el programa y otras durante su desarrollo. Por un lado, fueron pocos los encuentros con los directivos, docentes, tutores y preceptores del grupo destinados a fijar objetivos claros, metas alcanzables y definir el modo de evaluación de dichos objetivos y metas. Si bien las temáticas para abordar fueron elegidas sobre la base de las necesidades y problemáticas planteadas por los y las adolescentes, no se realizaron reuniones posteriores con el equipo escolar para redefinir los objetivos.

Durante el desarrollo del programa podemos destacar la poca articulación de las actividades con los preceptores y tutores de los alumnos y cierta dificultad para sostener el proyecto en conjunto con otros docentes del colegio en relación con ciertas temáticas para abordarlas en forma transversal.

Como análisis de nuestra práctica como educadores de la salud en el ámbito escolar planteamos las dificultades que presentamos al intentar mantener los espacios de participación y aprendizaje activo por parte de los y las adolescentes. Si bien en cada encuentro propusimos actividades destinadas a generar esos espacios de participación para la construcción conjunta del conocimiento, en los momentos en que los adolescentes estaban dispersos y no se conectaban con las propuestas asumíamos un papel informativo y de transmisión de conocimientos que obstaculizaba el aprendizaje activo y participativo por ellos mismos, lo que nos desviaba del objetivo del programa y del enfoque de la Educación para la Salud. En relación con esto remitimos a Paulo Freire: "Enseñar no es transferir conocimiento, sino crear las posibilidades para su producción o construcción".

Aprendizajes

A partir de esta experiencia creemos necesario mejorar el abordaje en conjunto con docentes y talleristas de otras materias afines para poder integrar los conocimientos y trabajar en forma coordinada, realizar actividades fuera de la institución escolar que nos permitan la extensión a la comunidad (visitas al centro de salud, a comedores y otras instituciones barriales, caminatas al barrio); implementar

otras metodologías de enseñanza como el aprendizaje basado en proyectos para favorecer la participación activa, crítica, de los adolescentes y favorecer la construcción del conocimiento con ellos.

DISCUSIÓN

Con esta experiencia llevamos a cabo un modelo de atención que fomenta el desarrollo integral de los adolescentes a través de un dispositivo educativo donde se plantean técnicas participativas orientadas a las necesidades y problemáticas enunciadas por ellos mismos. Esta forma de abordaje de los problemas y necesidades de salud de la población adolescente permiten una articulación de la clínica y la perspectiva comunitaria.

A esto se suma que el desarrollo de talleres por profesionales de la salud en las escuelas mejora el acceso de los adolescentes al sistema de salud siendo una prestación de servicio alternativa e innovadora.

Esta experiencia nos permite repensar la atención integral del adolescente desde su acceso a los sistemas de salud y nuestro papel como profesionales de la salud, la articulación con el centro educativo para llevar a cabo actividades de promoción de la salud al lograr insertarnos dentro del currículo formativo para trabajar junto a los adolescentes temáticas relacionadas con la educación para la salud y todo lo que ello implica. A partir de este análisis nos propusimos crear un consultorio específico para la atención del adolescente con las características distintivas que ellos requieren y necesitan. El grupo adolescente no percibe los recursos de salud como accesibles, por barreras para acceder a los servicios existentes, entre otras causas, determinadas tanto por el sistema como por construcciones culturales propias de este grupo. La creación de ese espacio específico amigable para ellos dentro de nuestro centro de salud tiene como objetivo saltar la barrera de la dificultad que tienen los adolescentes para ese acceso y poder realizar un seguimiento de la situación de salud del grupo adolescente del barrio con la misión de disminuir los factores de riesgo biopsicosociales con el armado de redes de intervención junto a un equipo interdisciplinario como contamos en nuestro equipo de salud. En tal sentido podemos mencionar la articulación clínico-comunitaria: desde el trabajo clínico realizamos el seguimiento que podemos establecer en cada individuo y/o familia, y, desde la perspectiva comunitaria, ponemos en marcha dispositivos que funcionan como lugares de referencia para las instituciones de la comunidad y los profesionales de salud; espacios disponibles, accesibles, inclusivos, abiertos, que se sostienen a lo largo del tiempo; brindamos respuestas colectivas alternativas desde el sistema de salud y abordamos problemáticas comunitarias relevantes a nivel epidemiológico. Todo esto incluye el carácter no solo asistencial sino también preventivo-promocional de las intervenciones y los vínculos y lazos comunitarios que estos dispositivos generan y refuerzan³.

Se debe promover una activa participación social en todo el proceso de gestión. Los jóvenes, las familias, y principalmente nuestra articulación lograda en la institución educativa, deben servirnos para la identificación de los problemas, y para el diseño y puesta en práctica de las propuestas de solución. Este tipo de cogestión debe darse como respuesta al interés y compromiso que asuman los

adolescentes como individuos o grupo, las familias y las instituciones o sectores sociales (escuelas, colegios, clubes, etc.) en el desarrollo de las actividades.

AGRADECIMIENTOS

Al Colegio Plácido Marín, a Dra. María Graciela Rezzónico y Lic. Gisela Schwartzman.

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

REFERENCIAS

1. Ros Rahola R, Morandi Garde T, Cozzetti Sueldo E y cols. La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. En: Buil Rada C. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Cap. 1. España: Sociedad. Barcelona: Española de Contracepción; 2001. p. 27.
2. Guía de dispositivos de intervención en educación para la salud. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud. Ministerio de Salud de Buenos Aires, 2013
3. Parra MA. Articulaciones entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 34(1): 30-7. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a04

Lipoma obstructivo de laringe

Carlos Santiago Ruggeri y Ana Legris

RESUMEN

Los lipomas de laringe son tumores benignos de crecimiento lento, pero pueden producir síntomas graves como disnea inspiratoria, apneas del sueño y disfagia.

Se describe el caso clínico de un paciente con un lipoma extenso de laringe e hipofaringe que consultó por disfagia y disnea inspiratoria intermitente, y que fue tratado con éxito mediante un abordaje transoral con microscopio asistido con cauterio y láser de CO₂.

Palabras clave: lipoma, laringe, disnea.

OBSTRUCTIVE LARYNX LIPOMA

ABSTRACT

Laryngeal lipomas are benign, slow-growing tumors, but they can produce severe symptoms such as inspiratory dyspnea, sleep apnea, and dysphagia.

We describe the clinical case of a patient with an extensive lipoma of the larynx and hypopharynx who consulted for dysphagia and intermittent inspiratory dyspnea, and who was successfully treated by a transoral approach with microscope and assisted with cauterio and CO₂ laser.

Key words: lipoma, larynx, dyspnea.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(4): 154-157.

INTRODUCCIÓN

Los lipomas afectan con más frecuencia a hombres entre los 45 y 60 años, y en general no se presentan en niños ni adolescentes. En el 80% de los casos se originan en el tejido celular subcutáneo del sector posterior del cuello, hombros y espalda, pero un 20% de los casos se presentan en lugares poco frecuentes como cavidad oral, espacio parafaríngeo, hipofaringe, glándula parótida, cordón espermático y aparato genital femenino.

En laringe e hipofaringe son muy infrecuentes y pueden manifestarse con síntomas iniciales de disnea intermitente y apneas obstructivas del sueño.

CASO CLÍNICO

Hombre de 63 años que consultó por disnea durante los esfuerzos y disfagia de 15 meses de aparición.

Tuvo una disminución de peso de 10 kilos.

Por videorinofibrolaringoscopia se observó un tumor cubierto por mucosa normal que ocupaba la hipofaringe. Al toser o bajar la cabeza, el tumor ascendía y ocupaba la región glótica provocando disnea intermitente (Fig. 1).

Por tomografía computarizada se observó una neoplasia que ocupaba toda la hipofaringe y el esófago superior y, por resonancia magnética con contraste, una lesión localizada en la hipofaringe y el esófago con un probable sitio de implantación en el espacio paraglótico, sin signos de vascularización (Fig. 2).

Se realizó un abordaje quirúrgico transoral con microscopio utilizando láser de CO₂ y cauterio.

Se extrajo material de la lesión para estudio histológico por congelación y no se identificaron células atípicas.

Se reseco el tumor por partes debido a su extenso tamaño, identificando y extirpando la zona de implantación en la profundidad del espacio paraglótico izquierdo.

Fue de utilidad el uso de tijeras protegidas, conectadas al electrocauterio, para resecar adecuadamente el sitio de implantación del lipoma y preservar la función de la cuerda vocal (Fig. 3).

El paciente no tuvo complicaciones, pero permaneció internado en unidad de cuidados intensivos intermedios durante 3 días.

El diagnóstico del estudio histopatológico diferido fue lipoma fusocelular (las células fueron positivas con CD34 y negativas con actina músculo liso, desmina y proteína-S100).

Los controles por videoestroboscopia no detectaron persistencia del tumor, y la motilidad de las cuerdas vocales fue normal (Fig. 4).

Recibido 14/12/18

Aceptado 28/12/18

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Correspondencia: carlos.ruggeri@hospitalitaliano.org.ar

La resonancia magnética de control no evidenció tumor.

DISCUSIÓN

Los lipomas son los tumores benignos de origen mesenquimático más frecuentes. Solo el 15% se localiza en la

región de cabeza y cuello y la mayoría de ellos se originan en el tejido subcutáneo del sector posterior del cuello.

La localización en laringe e hipofaringe es infrecuente: representa solo el 0,6% de los tumores benignos.

Se presentan como neoplasias submucosas sésiles o pediculadas, cubiertas por tejido normal de aspecto circular

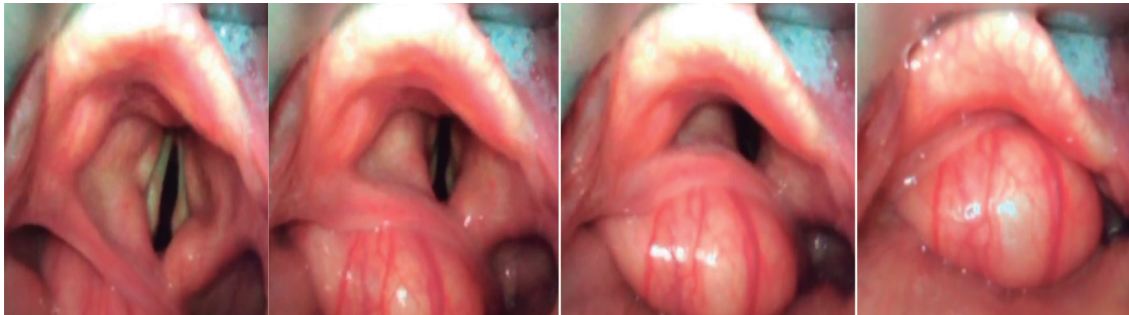


Figura 1. Endoscopia: al realizar la maniobra de Valsalva se observa cómo el lipoma pediculado asciende del esófago y obstruye la supraglotis y la glotis.

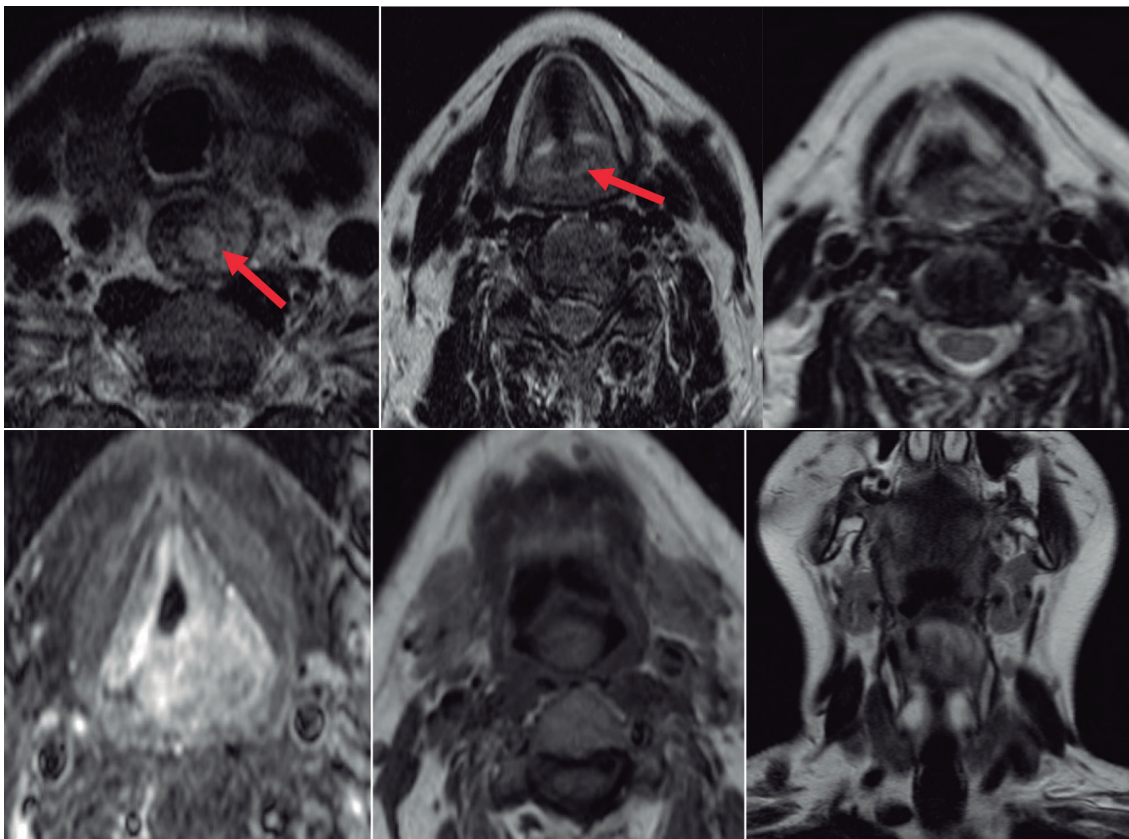


Figura 2. Resonancia magnética: se observa el tumor que asciende desde el esófago y la hipofaringe (flechas) y obstruye la glotis y la supraglotis.

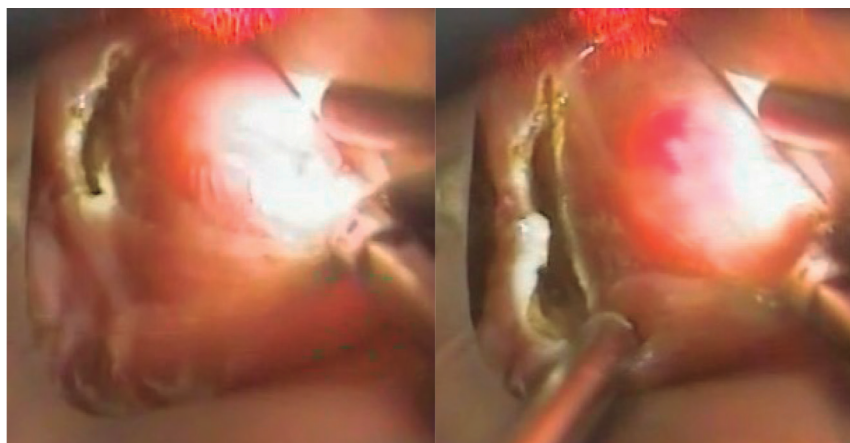


Figura 3. Resección transoral con láser de CO2 y cauterio: visión con microscopio.

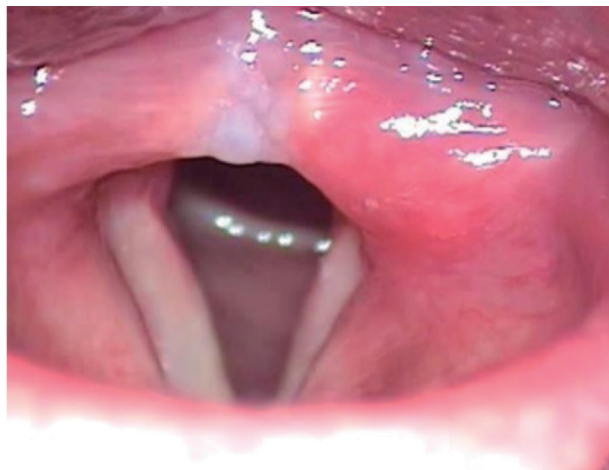


Figura 4. Videostroboscopia de laringe posoperatoria: no se observa tumor.

u ovoide, y pueden crecer lo suficiente para producir alteraciones deglutorias, fonatorias y disnea.

Se originan con más frecuencia en la supraglotis: bandas ventriculares, repliegues aritenoepiglóticos, epiglotis y aritenoides¹.

Pueden crecer de la “grasa blanca” y denominarse lipomas o de la “grasa marrón” y llamarse hibernomas.

Histológicamente, los lipomas están formados por adipocitos maduros con el citoplasma lleno de grasa y núcleos localizados en la periferia. Su vascularización es reducida y tienen abundante tejido conectivo y fibras de colágeno. Los hibernomas tienen mayor vascularización y poseen una importante inervación de nervios simpáticos².

Las variantes histológicas de los lipomas incluyen el fusocelular, el angioliipoma, el pleomórfico, el angiomioliipoma y el lipoblastoma benigno. Solo el tipo fusocelular ha sido descrito en la laringe³.

El diagnóstico diferencial con los liposarcomas es difícil, sobre todo con el bien diferenciado que es el más frecuente en la laringe, por su similitud con los lipomas.

La histología de los lipomas muestra adipocitos de diferentes tamaños, macrófagos y necrosis; la ausencia de macrófagos y de variación en el tamaño de los adipocitos es sugestiva de liposarcomas bien diferenciados⁴.

El pronóstico de los liposarcomas depende del grado histológico de malignidad.

El lipoma fusocelular está constituido por una mezcla de tejido adiposo y células fusiformes. Las células fusiformes son relativamente uniformes, con un solo núcleo alargado y prolongaciones citoplasmáticas bipolares estrechas; las células se disponen en haces cortos y toman disposición en empalizada. Depositan una matriz mucoide mezclada con un número variable de fibras de colágeno. El patrón vascular es poco llamativo y algunos tumores pueden mostrar un patrón hemangiopericitoide.

Las reacciones de inmunohistoquímica muestran positividad para CD34 en las células fusiformes y ocasionalmente también exhiben positividad con proteína S-100⁵.

Algunos trabajos describen como síntoma inicial de los lipomas de laringe la disnea inspiratoria y las alteraciones respiratorias obstructivas del sueño⁶⁻⁸.

La resonancia magnética puede ayudar a diferenciar el lipoma del liposarcoma, al detectar la presencia de hemorragia y necrosis (liposarcomas) y al existir una supresión grasa completa y falta de nódulos y septos en los lipomas, aunque es muy difícil hacer el diagnóstico diferencial por las imágenes entre estas dos formas histológicas⁹.

El tratamiento de los lipomas de laringe e hipofaringe es quirúrgico. Pueden utilizarse abordajes externos: laringofisura, faringotomía lateral, etc., o abordajes transorales que tienen menos morbilidad.

La excelente visualización que se obtiene a través de laringoscopios convencionales o bivalvos con el uso del microscopio o de endoscopios hace que el abordaje transoral sea el de elección, salvo en los casos de pacientes con dificultades en la apertura bucal o en quienes, por características anatómicas particulares, sea complejo lograr una adecuada exposición de la laringe-hipofaringe. La asistencia para realizar la cirugía de equipamientos que permitan operar con adecuada hemostasia es fundamental (láser de CO2 con superpulso, cauterio).

Es importante en lipomas pediculados detectar el sitio de implantación del tumor para resecarlo en forma completa. En el caso descrito, la neoplasia se implantaba en la

profundidad del espacio paraglótico, a nivel de la cuerda vocal.

CONCLUSIONES

Los lipomas son tumores benignos infrecuentes en la laringe e hipofaringe.

Crecen lentamente pero pueden ocasionar disnea obstructiva inspiratoria como síntoma de inicio.

El tratamiento quirúrgico por vía transoral con microscopio asistido con láser de CO2 o con cauterio o con ambos es la técnica de elección para reseca estos tumores, por la excelente visualización y la adecuada hemostasia que se obtiene, y la baja morbilidad que produce en los pacientes.

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

REFERENCIAS

1. Méndez Sáenz MA, Villagómez Ortiz VJ, Villegas González MJ, et al. Dyspnea and dysphagia associated to hypopharyngeal fibrolipoma: A case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2017; 16:30-33.
2. Wenig BM. Lipomas of the larynx and hypopharynx: a review of the literature with the addition of three new cases. *J Laryngol Otol*. 1995; 109:353-357.
3. Nonako S, Enomoto K, Kawabori S, et al. Spindle cell lipoma within the larynx: a case report with correlated light and electron microscopy. *J Oto-Rhino-Laryngol Rel Spec*. 1993; 55:147-149.
4. Paolo DTA. Adipocytic tumors. In: Bone and soft tissues pathology. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2010. pp. 97-118
5. Kodiyan J, Rudman JR, Rosow D, et al. Lipoma and liposarcoma of the larynx: Case reports and literature review. *Am J Otolaryngol*. 2015; 36(4):611-615.
6. Mattioli LR, Guerra de Sousa CI, Brandão Machado R, et al. Laryngeal Lipoma - A Case Report. *International Intl. Arch. Otorhinolaryngol*. 2008; 12(1):133-136.
7. De Vincentiis M, Greco A, Mascelli A, et al. Lipoma of the larynx: A case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2010; 30(1):58-63.
8. Khorsandi Ashtiani MT, Yazdani N, Saeedi M, et al. Large Lipoma of the Larynx: A Case Report. *Acta Med Iran*. 2010; 48(5):353-6.
9. O'Donnell PW, Griffin AM, Eward WC, et al. Can Experienced Observers Differentiate between Lipoma and Well-Differentiated Liposarcoma Using Only MRI? *Sarcoma*. 2013; 2013:982784.

Tratamiento con *Pulsed Dye Laser* de mancha de vino oporto: seguimiento a 10 años

Paula Crivaro, María Luz Bollea Garlatti, Damián Ferrario y Luis Daniel Mazzuocolo

RESUMEN

Las manchas de vino de oporto son un tipo de malformación capilar que afecta del 0,3 al 0,5% de la población. Están presentes desde el nacimiento como máculas o placas eritematosas en la piel o mucosas. Sin tratamiento, las lesiones tienden a oscurecerse con la edad, tornándose rojizas o color púrpura, y pueden desarrollar engrosamiento nodular o un granuloma piógeno asociado. Los tratamientos con láser proporcionan mejoría mediante la destrucción selectiva de la vasculatura. Se han utilizado una variedad de láseres vasculares selectivos, pero el tratamiento de primera elección es el láser de colorante pulsado. Los mejores resultados se obtienen cuando el tratamiento es instaurado tempranamente.

Palabras clave: mancha de vino oporto, láser, malformación vascular capilar, láser de colorante pulsado, *pulsed dye laser*.

PULSED DYE LASER TREATMENT OF VASCULAR MALFORMATION, 10 YEARS FOLLOW UP ABSTRACT

Port wine stains are a type of vascular malformation that affects 0.3% to 0.5% of the population. They are present from birth as erythematous macules or plaques on the skin or mucous membranes. Without treatment, these lesions tend to darken with age, becoming reddish or purple and may develop nodular thickening or an associated pyogenic granuloma. Laser treatments might provide an improvement by selective destruction of the vasculature. A variety of selective vascular lasers may be employed, with the pulsed dye laser as the gold standard treatment. Better results are obtained when the treatment is established early.

Key words: port-wine stain, laser, vascular malformation, pulsed dye laser.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(4): 158-160.

INTRODUCCIÓN

Las manchas de vino oporto (MVO) se encuentran presentes desde el nacimiento, afectan a ambos sexos por igual y el patrón de herencia es generalmente esporádico. Las localizaciones más comunes son la cabeza y el cuello, en particular los dermatomas V1 y V2. El tronco y las extremidades también pueden encontrarse afectados. La coloración de las lesiones se debe a un mayor contenido de hemoglobina en la piel, secundaria a la dilatación de los capilares y vénulas poscapilares en las regiones afectadas. A diferencia de los tumores vasculares, estas malformaciones capilares no exhiben proliferación sino una dilatación vascular, crónica y progresiva. La MVO se diagnostica clínicamente mediante el examen físico, en el cual se observa una mácula o placa eritematosa o eritematoviolácea que debe estar presente desde el nacimiento. Es frecuente que, a lo largo de los años, las lesiones se tornen más oscuras e hipertróficas. La evaluación médica debe incluir la detección de glaucoma cuando se ve

afectada la distribución V1 del nervio facial, ya que hasta un 10% de los pacientes pueden sufrir de esta condición. También debe descartarse el síndrome de Sturge-Weber, el cual consiste en una variedad de hallazgos, entre ellos malformación capilar a nivel facial sobre todo a nivel del dermatoma V1¹, afectación vascular de las leptomeninges, glaucoma del ojo homolateral y posibles convulsiones o retraso mental. La resonancia magnética es la modalidad de detección más utilizada. El tratamiento temprano con láser tiene como objetivo prevenir la progresión de la MVO y sus comorbilidades asociadas: hipertrofia cutánea, desfiguración de la arquitectura del tejido normal, granulomas piógenos asociados², y alteración en la autoestima y la calidad de vida.

El láser es actualmente el método de elección en el tratamiento de las MVO. Al poseer longitudes de onda que oscilan entre 585-595 nm, permite que la luz actúe en forma selectiva en la profundidad de la lesión sin perder afinidad sobre la oxihemoglobina, con un mínimo daño térmico residual.

CASO CLÍNICO

Presentamos a una paciente femenina de 10 años de edad que desde el nacimiento presentaba una mácula eritematoviolácea que comprometía la totalidad de la hemicara izquierda (Fig. 1). Se descartó el compromiso ocular

Recibido: 22/01/19

Aceptado: 22/03/19

Servicio de Dermatología. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Correspondencia: paula.crivaro@hospitalitaliano.org.ar



Figura 1. Día 0. Mácula eritematoviolácea que comprometía la totalidad de la hemicara izquierda, presente desde el nacimiento.



Figura 3. Luego de 3 sesiones con láser de colorante pulsado (PDL).



Figura 2. Luego de 1 sesión con láser de colorante pulsado (PDL).



Figura 4. Luego de 3 sesiones con láser de colorante pulsado (PDL). Se observa franca mejoría y ausencia de recurrencias, a lo largo de 10 años de seguimiento.

y neurológico mediante evaluación por oftalmología y resonancia magnética a los 3 meses de vida.

En conjunto con sus padres se decidió iniciar tratamiento con láser de colorante pulsado (PDL) de 595 nm con un pulso de 0,5-1 milisegundos, 6-8 J/cm² de fluencia y un *spot* de 10 mm previa colocación de anestesia tópica con prilocaína y lidocaína.

Se realizaron 6 sesiones mensuales.

El enfriamiento epidérmico con sistema de refrigeración con aire se utilizó para reducir el malestar asociado al

procedimiento, y se aplicaron geles descongestivos luego de las sesiones para minimizar el eritema y la púrpura.

Los controles se realizaron mensualmente el primer año y luego cada 6 meses; se obtuvo un resultado cosméticamente aceptable por la paciente y sus padres.

Los resultados fueron favorables desde el comienzo y mejoraron aún más con el tiempo durante este seguimiento de 10 años, en los cuales no se observaron recurrencias (Figs. 2 a 4).

CONCLUSIÓN

Las deformidades cutáneas en los niños pueden tener un impacto negativo en el desarrollo social y la autoestima. El tratamiento de estas lesiones cutáneas desfigurantes a una edad temprana garantiza mejores resultados cosméticos³ y disminuye la secuela psicosocial. Destacamos los buenos resultados y la ausencia de recurrencias a lo largo 10 años

con la utilización del láser de colorante pulsado, el cual mediante la fototermólisis selectiva parece tener el mayor margen de seguridad y eficacia en el tratamiento de las manchas en vino oporto tanto en la población pediátrica como adulta⁴. Los médicos deben familiarizarse con las numerosas indicaciones de la terapia con láser para poder así garantizar los mejores regímenes de tratamiento.

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

REFERENCIAS

1. Melancon JM, Dohil MA, Eichenfield LF. Facial port-wine stain: when to worry? *Pediatr Dermatol.* 2012;29(1):131-3.
2. Updyke KM, Khachemoune A. Port-Wine Stains: A Focused Review on Their Management. *J Drugs Dermatol.* 2017;16(11):1145-1151.
3. Ashinoff R, Geronemus RG. Flashlamp-pumped pulsed dye laser for port-wine stains in infancy: earlier versus later treatment. *J Am Acad Dermatol.* 1991;24(3):467-72.
4. Yu W, Ying H, Chen Y, et al. In Vivo Investigation of the Safety and Efficacy of Pulsed Dye Laser with Two Spot Sizes in Port-Wine Stain Treatment: A Prospective Side-by-Side Comparison. *Photomed Laser Surg.* 2017;35(9):465-471.



María Alejandra Belardo

Jefa de Sección de Climaterio, Servicio de Ginecología
Jefa de Sección de Endocrinología Ginecológica, Servicio de Ginecología
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL USO DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL Y EL RIESGO DE SUFRIR CÁNCER DE MAMA?

El artículo publicado en diciembre de 2017 por Mørch y cols. en el *New England Journal of Medicine* puso nuevamente en controversia la posible relación entre el aporte hormonal y el riesgo de cáncer de mama, lo que genera preocupación no solo a la comunidad médica, sino también a las usuarias de anticonceptivos hormonales (AH). En este estudio prospectivo de cohortes, el actual o el uso reciente de la anticoncepción hormonal se asoció con un mayor riesgo de cáncer de mama comparado con el riesgo entre las mujeres que nunca habían usado anticonceptivos hormonales, con poca evidencia de grandes diferencias entre combinaciones específicas de anticonceptivos orales. Además, el riesgo aumentó con la duración de su empleo. En este artículo se evaluó la asociación entre el uso de la anticoncepción hormonal y el riesgo de cáncer de mama invasivo en un estudio de cohorte prospectivo en el que se incluyeron mujeres de Dinamarca de entre 15 y 49 años que no tenían antecedentes de cáncer ni tromboembolismo venoso y que no habían recibido tratamiento de fertilidad. Según se detalla en el artículo, fueron seguidas 1,8 millones de mujeres en promedio por 10,9 años (un total de 19,6 millones de personas-años). Durante ese lapso de seguimiento ocurrieron 11 517 casos de cáncer de mama. Al comparar con mujeres que nunca habían usado anticoncepción hormonal, el *riesgo relativo* de cáncer de mama entre todas las usuarias actuales y recientes de anticoncepción hormonal fue 1,20 y este riesgo aumentó de 1,09 en mujeres que la habían usado menos de 1 año a 1,38 en aquellas con más de 10 años de uso ($P = 0,002$). Después de la interrupción de los AH, el riesgo de cáncer de mama fue aún mayor entre las mujeres que habían usado anticonceptivos hormonales durante 5 años o más vs. las mujeres que no habían usado anticonceptivos hormonales. Respecto de otros tipos de anticoncepción hormonal como el SIU (dispositivo intrauterino que libera el progestágeno

levonorgestrel), el trabajo refiere que mujeres que actual o recientemente usaron SIU también tenían un mayor riesgo de padecer cáncer de mama en relación con las mujeres que nunca habían usado AH (riesgo relativo, 1,21, IC 95%, 1,11 a 1,33).

Pocos estudios han evaluado la anticoncepción solo con progestágenos y el riesgo de cáncer de mama. En una cohorte de 93 843 mujeres que usaron el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel se observó un riesgo relativo de cáncer de mama de 1,19 (IC del 95%, 1,13 a 1,25), en comparación con la incidencia general entre las mujeres finlandesas menores de 55 años y se encontró una estimación de riesgo similar. La ausencia de una asociación entre la duración del uso del sistema intrauterino liberador de levonorgestrel y el riesgo de cáncer de mama podría explicarse porque el sistema proporciona una dosis decreciente de progestágenos liberados según el tiempo transcurrido desde su inserción. Los estudios sugieren una captación considerable sistémica de levonorgestrel en mujeres que usan el sistema intrauterino, con concentraciones plasmáticas en algunas mujeres que son similares a las de mujeres que usan píldoras con levonorgestrel solo.

La diferencia en el riesgo de cáncer de mama entre mujeres que nunca usaron AH y aquellas usuarias actuales y recientes de cualquier AH fue de 13 por 100 000 años-persona (95% CI, 10 a 16), o, dicho de otra manera, significa aproximadamente un cáncer de mama adicional por cada 7690 mujeres que usan anticoncepción hormonal durante 1 año. Por otro lado, debemos tener en cuenta, al momento de comunicar datos acerca de anticoncepción, que los embarazos no planificados y entre ellos los no deseados que se encuentran en estrecha relación con la interrupción voluntaria del embarazo y la mortalidad materna constituyen un verdadero problema de salud pública y un desafío para los trabajadores de la salud.

Al discutir sobre la seguridad de los AH debemos tener en cuenta ciertas implicancias y sesgos. Por ejemplo, que las usuarias de AH son más proclives a realizar controles ginecológicos y de esta forma diagnosticar más tempranamente las diferentes neoplasias ginecológicas. También debemos recordar los efectos beneficiosos no contraceptivos del uso de AH en la disminución de riesgo de cáncer de ovario

y endometrio, en el manejo del síndrome de ovario poliquístico, en la regulación de los ciclos menstruales y en el manejo del síndrome disfórico premenstrual, entre otros. En diferentes estudios se ha observado el riesgo de cáncer de mama en usuarias de AH con la disminución de otras neoplasias, y se ha concluido que existe un descenso global no significativo tanto de las neoplasias en general como de la mortalidad en usuarias de AH frente a las no usuarias. El artículo es informativo y descriptivo; sin embargo, comienza con una puesta en escena del papel de los estrógenos en el cáncer de mama y concluye sin mencionar que el estudio no demostró el de los estrógenos en el cáncer de mama.

Mørch atribuye el hecho de que “el estrógeno promueve el desarrollo del cáncer de mama” a un trabajo publicado en el año 2007 y analiza los posibles mecanismos por los cuales los gestágenos dispararían la *inducción del cáncer de mama por el estrógeno* recordando que la acción del estrógeno sobre el cáncer de mama podría diferir dependiendo de si actúa en las células normales o en las células cancerosas.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que la incidencia de esta patología en mujeres menores de 35 años, que es la población que usa con mayor frecuencia AH, es extremadamente baja, y que este riesgo aumenta en mujeres mayores de 40 años, y dependerá de otros múltiples factores como el IMC (índice de masa corporal), el consumo de alcohol, el tabaquismo y antecedentes familiares de cáncer de mama, que a veces no son contemplados a la hora de seleccionar y evaluar a la población.

Los autores concluyen que el riesgo de cáncer de mama fue más alto entre las mujeres que utilizan hoy o lo hicieron recientemente anticoncepción hormonal en comparación con las mujeres que nunca la habían usado, y que este ries-

go aumentó con una mayor duración de uso; sin embargo, los aumentos absolutos en el riesgo fueron pequeños.

Por lo tanto, como conclusión, si bien el riesgo relativo de cáncer de mama parecería estar aumentado en usuarias de anticoncepción hormonal vs. no usuarias, el riesgo absoluto continúa siendo bajo y este riesgo disminuye luego de discontinuarla, para volver a ser nulo después de 5 a 10 años libres de anticoncepción. Resaltamos la importancia de la evaluación completa de la paciente y el riesgo individual de eventos adversos a la hora de brindar un asesoramiento a nuestras pacientes.

No obstante, este estudio tiene algunas limitaciones. No se adaptó la información a variables como edad de la menarca, lactancia, consumo de alcohol, o actividad física e índice de masa corporal. Algunas de estas variables se espera que continúen influenciando a la mujer de riesgo después de la interrupción de los anticonceptivos hormonales.

El número estimado de cánceres de mama asociados con anticoncepción hormonal no incluyó casos diagnosticados después de la interrupción del uso a largo plazo. Aun así, la cantidad estimada de cáncer de mama entre mujeres premenopáusicas que fueron atribuibles a la anticoncepción hormonal es probable que sea bajo. Este riesgo debe ser evaluado en el contexto de los sabidos beneficios de los anticonceptivos hormonales como la buena eficacia anticonceptiva y los riesgos reducidos de cáncer de ovario, endometrio y tal vez colorrectal (al menos para anticonceptivos orales que se utilizaron comúnmente en los años 1970 y 1980).

Teniendo en cuenta que el diagnóstico de cáncer de mama es interpretado como una sentencia de enfermedad crónica y hasta de muerte, debemos ser cautelosos a la hora de interpretar y transmitir los datos.

Conflictos de interés: la autora declara no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Mørch ST, Fielding S, Hannaford PC, et al. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N Engl Med.* 2017; 377:2228-39.

- Pasqualini JR. Progestins and breast cancer. *Gynecol Endocrinol.* 2007; 23 (Suppl 1):32-41.

- Soini T, Hurskainen R, Grénman S, Mäenpää J, et al. Cancer risk in women using

the levonorgestrel releasing intrauterine system in Finland. *Obstet Gynecol.* 2014; 124:292-9.

Incidencia de la enfermedad tromboembólica venosa adquirida en la internación

Fernando Javier Vázquez y María Florencia Grande Ratti

Grande Ratti MF, Posadas-Martínez ML, Vicens J, González Bernaldo de Quirós F, Vázquez FJ, Giunta DH. Incidence of hospital-acquired venous thromboembolic disease. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2018;75(2):82-87.

COMENTARIO

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV), que incluye a la trombosis venosa profunda (TVP) y a la embolia de pulmón (EP), sigue siendo la principal causa prevenible de muerte intrahospitalaria¹ y la tercera causa de mortalidad cardiovascular detrás del infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular².

Si bien existen estrategias eficaces de prevención de ETV³ (como la profilaxis en determinadas situaciones clínicas o quirúrgicas), particularmente en pacientes hospitalizados⁴, la adherencia a ellas es habitualmente subóptima⁵. Para poder mejorar la adecuación de las estrategias de profilaxis antitrombótica en pacientes internados es fundamental, de antemano, conocer la epidemiología local, ya que cada centro asistencial tiene incidencias diferentes según las características de los pacientes que atiende, y no deberíamos tener que depender de la extrapolación de datos publicados en otros centros o de otros países.

Adicionalmente, la mayoría de los estudios epidemiológicos informan las incidencias poblacionales⁶ y, en los casos de pacientes internados, los informes se refieren a pacientes internados por la interconurrencia de un episodio de ETV (habitualmente de alto riesgo) aunque desarrollado en el ámbito ambulatorio, pero no desarrollado como complicación de la misma internación⁷. Otros estudios refieren una mezcla de casos ambulatorios con los desarrollados durante la internación⁸.

Dado que existe poca información publicada acerca de la incidencia de ETV en pacientes hospitalizados y no hemos encontrado bibliografía alusiva a la incidencia de ETV en la Argentina, nos propusimos conocer con

precisión la magnitud del problema local, como diagnóstico situacional basal y necesario para luego permitir abordar el problema con estrategias específicas. El objetivo de nuestro estudio fue estimar la tasa de incidencia de ETV institucional (en el Hospital Italiano de Buenos Aires [HIBA]) durante la hospitalización, en dos grupos de pacientes: aquellos con patología de base quirúrgica y aquellos con patología médica.

Para obtener datos fiables sobre la tasa de incidencia de cualquier patología se requiere un sistema sofisticado de detección de los casos, evaluación de estos, inclusión y seguimiento. A fin de lograr este nivel de exactitud no puede dependerse únicamente de la información obtenida de bases secundarias, como las bases administrativas o de registros médicos históricos, ya que estos presentan dificultades en cuanto a las definiciones y pueden subestimar o sobreestimar las incidencias. En el HIBA funciona ininterrumpidamente desde el año 2006 el Registro Institucional de ETV (RIET), que –de manera estandarizada– incluye prospectivamente a todos los pacientes en los cuales se ha diagnosticado una TVP y/o EP de forma objetiva. Un registro puede definirse como un sistema elaborado de captura de casos, recolección individualizada (previo consentimiento informado oral), continua y sistemática de los datos inherentes a los casos de ETV a los fines del RIET particularmente. Los registros cuentan con un sistema complejo de evaluación, inclusión y seguimiento de los pacientes. El RIET se controla de manera periódica a través de indicadores de calidad (por ejemplo: cantidad de pacientes potencialmente incluíbles, número de pacientes incluídos, porcentaje de pérdidas y causas, tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la inclusión de los casos, y seguimiento telefónico de estos)⁹. Todo ello permite obtener datos fiables y en tiempo real, de información local sobre esta patología. Las dificultades de organización y mantenimiento de un registro son: complejidad técnica (metodología de establecimiento y organización, existencia de manuales de operación, indicadores) o de recursos (división de tareas y fun-

Recibido: 17/10/18

Aceptado: 31/10/18

Servicio de Clínica Médica (F.J.V.). Área de Investigación en Medicina Interna (M.F.G.R.). Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina
Correspondencia: fernando.vazquez@hospitalitaliano.org.ar

ciones, inversión económica y recursos humanos necesarios para su mantenimiento).

Un buen registro es un instrumento relativamente económico para conocer la situación epidemiológica, identificar grupos de población con tasas sobresalientes, apuntar al reconocimiento de factores de riesgo, conocer la evolución de los casos en el seguimiento posterior al alta y reflexionar (para evaluar y planificar mejoras) sobre el enfoque de prevención, diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

Este estudio ha demostrado una tasa de incidencia de ETV de 0,49 casos cada 1000 días/pacientes hospitalizados. Adicionalmente, la incidencia se incrementa de forma progresiva con la edad, en particular después de los 40 años, hasta una tasa de 1 por cada 100 días/pacientes internados cuando los pacientes tienen 80 años o más. Por otro lado, también queda demostrado que en los pacientes con patología quirúrgica de base, la

tasa de incidencia es inferior, aunque no despreciable. En conclusión, el desarrollo de ETV como complicación durante una internación es aún un problema de salud muy importante, independientemente del motivo de internación. Estos hallazgos deben hacernos tomar conciencia de la importancia de categorizar el riesgo individual de trombosis y de sangrado de cada paciente, aplicar las recomendaciones internacionales y locales –guías de práctica clínica institucionales adoptadas por el HIBA¹⁰ de forma adecuada, con el objetivo de reducir su incidencia y la morbimortalidad asociada a ella. Si bien este estudio es unicéntrico y toma pacientes exclusivamente atendidos en el HIBA, teniendo en cuenta que no existen datos locales de la Argentina y que la sofisticación de la metodología utilizada por el Registro Institucional de ETV es difícil de replicar, creemos que el aporte al conocimiento de este estudio es no solo original sino sumamente relevante para extrapolar.

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

REFERENCIAS

1. Stein PD, Henry JW. Prevalence of acute pulmonary embolism among patients in a general hospital and at autopsy. *Chest*. 1995; 108:978-81.
2. Douma RA, Kamphuisen PW, Büller HR. Acute pulmonary embolism. Part 1: epidemiology and diagnosis. *Nat Rev Cardiol*. 2010; 7:585-96.
3. Chatsis V, Visintini S. Early Mobilization for Patients with Venous Thromboembolism: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2018.
4. Hill J, Treasure T, Guideline Development Group. Reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital: summary of the NICE guideline. *Heart*. 2010; 96:879-82.
5. Vázquez FJ, Lifschitz E, Watman R, et al. [Venous thromboembolic prophylaxis. Guidelines for adults in Argentina]. *Medicina*. 2013; 73(Suppl 2):1-26.
6. Heit JA, Melton LJ 3rd, Lohse CM, et al. Incidence of venous thromboembolism in hospitalized patients vs community residents. *Mayo Clin Proc*. 2001; 76:1102-10.
7. Khanna R, Maynard G, Sadeghi B, et al. Incidence of hospital-acquired venous thromboembolic codes in medical patients hospitalized in academic medical centers. *J Hosp Med*. 2014; 9:221-5.
8. Vázquez FJ, Posadas-Martínez ML, Vicens J, et al. Incidence rate of symptomatic venous thromboembolic disease in patients from a medical care program in Buenos Aires, Argentina: a prospective cohort. *Thromb J*. 2013; 11:16.
9. Posadas-Martínez ML, Rojas LP, Vázquez FJ, et al. Statistical Process Control: A Quality Tool for a Venous Thromboembolic Disease Registry. *J Registry Manag*. 2016; 43:82-6.
10. Vázquez FJ, Watman R, Vilaseca AB, et al. Guía de recomendaciones para la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en adultos en la Argentina. *Medicina*. 2013; 73:1-26.

La hiperglucemia de estrés durante la internación se asocia con mayor incidencia de diabetes durante el seguimiento posterior al alta

María Florencia Grande Ratti y María Paula Russo

Russo MP, Grande Ratti MF, Giunta DH, Elizondo CM. Hospitalized patients with stress hyperglycemia: incidence of diabetes and mortality on follow-up. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2018 Dec; 65(10):571-576.

COMENTARIO

La hiperglucemia de estrés (HE), fenómeno que ocurre en la internación, se define como aquel paciente con hiperglucemia hospitalaria (al menos un valor de glucemia mayor de 140 mg/dL), sin criterios diagnósticos de diabetes (o antecedente) y con hemoglobina A1c < 6,5%; se asocia con mayor incidencia de morbimortalidad (como complicaciones infecciosas o mayor estadía hospitalaria) durante el ingreso^{1,2}. Sin embargo, los resultados que exploran la HE como factor de riesgo para el desarrollo de diabetes o como marcador de mortalidad en el seguimiento posterior al alta, son motivo de controversia³. Debido a esto y a la falta de estudios locales, este estudio se propuso estimar la incidencia de diabetes y la mortalidad durante el seguimiento posterior al alta en pacientes con hospitalización previa, clasificados durante su estadía según el comportamiento glucémico como HE o normoglucemia (NG). Para obtener datos fiables construimos una cohorte retrospectiva restringida a los afiliados de la prepaga institucional (PS: Plan de Salud), dado que de esa forma aseguramos disponer del dato fiable sobre el fallecimiento del paciente o su desafiliación. Los datos relacionados con el padrón de PS permiten rescatar la información de buena calidad sobre el fallecimiento intrahospitalario (si hubiera ocurrido durante una internación) o extrahospitalario (si hubiera ocurrido en el domicilio o fuera del hospital). Este último caso queda registrado como desafiliación por fallecimiento, habitualmente informado por familiares del paciente al momento de darse de baja de la prepaga. El seguimiento de una cohorte, dependiendo del evento de interés a los fines de la investigación en cuestión, puede ser activo o pasivo. Activo es aquel en el que se utilizan contactos repetidos por diversos medios; nueva entrevista y/u obtención de nuevas muestras; cuestionarios auto-

plicables o llamadas telefónicas o ambos. El seguimiento pasivo es el que se realiza mediante búsqueda sistemática en sistemas de información de registros preestablecidos (como registros de cáncer, registros hospitalarios, registro civil, entre otros ejemplos)⁴. A los fines de este estudio, los pacientes fueron seguidos desde el alta hospitalaria del ingreso índice—se excluyeron aquellos con mortalidad intrahospitalaria como condición al cierre de esa epicrisis—hasta la aparición de: nuevo problema, diabetes, muerte, pérdida (desafiliación de la prepaga) o fecha de censura administrativa. En este sentido, el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) cuenta con la ventaja de poseer toda la información clínica (por ejemplo, diagnósticos o problemas de salud, resultados de laboratorios y otros estudios complementarios, registros de los episodios de cuidado [“evoluciones” de episodios de internación, ambulatorios programados y no programados], consumos de farmacia) y administrativa (por ejemplo, datos filiatorios y datos de facturación) recolectada y almacenada en un único repositorio de datos accesible e integrado a través de la historia clínica electrónica (HCE).

Se definió nuevo diagnóstico de diabetes a la primera fecha de uno de los siguientes criterios: nuevo problema cargado en la HCE ambulatoria, y/o nuevo consumo de insulina y/o hipoglucemiante desde el registro de farmacia, y/o HbA1c posterior al alta $\geq 6,5\%$. La recolección de datos a través de búsqueda por estrategia múltiple permite asegurar la selección de la totalidad de los casos potenciales o sospechosos. Sin embargo, para asegurar la correcta clasificación de comportamiento glucémico (HE versus NG) durante el ingreso índice, así como los verdaderos casos de diabetes durante el seguimiento, se realizó revisión manual por especialista de HCE (de una selección de pacientes al azar o aquellos casos dudosos/sospechosos, resultantes de una búsqueda terminológica de subsets: diagnósticos clínicos codificados utilizando un servidor de terminología y mapeados mediante el vocabulario controlado SNOMED).

Este estudio ha encontrado una incidencia acumulada de diabetes al año de 1,59% (IC 95%: 1,23-2,06) en

Recibido: 11/12/18

Aceptado: 18/12/18

Área de Investigación en Medicina Interna (M.F.G.R.), Servicio de Clínica Médica (M.P.R.), Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina
Correspondencia: maria.grande@hospitalitaliano.org.ar

NG y 7,39% (IC 95%: 5,70-9,56) en HE⁵. La HE se asoció significativamente con la incidencia de diabetes (HR crudo 1,33; IC 95%: 1,13-1,73; p 0,025), incluso después del ajuste por edad y sexo (HR ajustado 1,38; IC 95%: 1,06-1,78; p 0,014)⁶. La incidencia de mortalidad al año fue 10,07% (IC 95%: 9,18-11,05) en NG y 13,24% (IC 95%: 11,17-15,65) en HE. El *sub-hazard ratio* de desarrollar diabetes considerando la muerte como evento competitivo fue 1,41 (IC 95%: 1,29-1,53; p<0,001).

En conclusión, la HE es un factor de riesgo para desarrollar diabetes⁷. Si bien no hubo diferencias de mortalidad durante el seguimiento, la muerte parece comportarse como un evento competitivo al desarrollo de diabetes en esta población. Debemos considerar que los afiliados a la

prepaga institucional (PS) son mayoritariamente añosos y, más aún, aquellos seleccionados a los fines de este estudio: los que han sufrido una internación previa presentaron una mediana de edad de 78 años en HE y 73 años en NG. El hecho de haber incluido solo afiliados a la prepaga institucional asegura que se trate de una cohorte dinámica pero que se comporta como cerrada, es decir, con las siguientes ventajas metodológicas: correcta definición y clasificación del evento de interés (en este caso diabetes o muerte) y escasas pérdidas en el seguimiento.

Estos hallazgos aportan información relevante a la comunidad médica sobre la HE como factor de riesgo para desarrollar diabetes al seguimiento. Esta información es útil para la toma de decisiones y para el diseño de estrategias de seguimiento posteriores al alta.

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

REFERENCIAS

1. Corstjens AM, Van der Horst ICC, Zijlstra JG, et al. Hyperglycaemia in critically ill patients: marker or mediator of mortality? *Crit Care*. 2006; 10:216.
2. Finney SJ, Zekveld C, Elia A, et al. Glucose control and mortality in critically ill patients. *JAMA*. 2003; 290:2041-7.
3. MacIntyre EJ, Majumdar SR, Gamble J-M, et al. Stress hyperglycemia and newly diagnosed diabetes in 2124 patients hospitalized with pneumonia. *Am J Med*. 2012; 125:1036.e17-23.
4. Lazcano-Ponce E, Fernández E, Salazar-Martínez E, et al. Estudios de cohorte. Metodología, sesgos y aplicación. *Salud Pública de México*. 2000; 42:230-41.
5. McAllister DA, Hughes KA, Lone N, et al. Stress hyperglycaemia in hospitalised patients and their 3-year risk of diabetes: a Scottish retrospective cohort study. *PLoS Med*. 2014; 11:e1001708.
6. Plummer MP, Finnis ME, Phillips LK, et al. Stress Induced Hyperglycemia and the Subsequent Risk of Type 2 Diabetes in Survivors of Critical Illness. *PLoS One*. 2016; 11:e0165923.
7. Moradi S, Keshavarzi A, Tabatabaee S-M. Is Stress Hyperglycemia a Predicting Factor of Developing Diabetes in Future? *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2015; 123:614-6.



Reglamento general de presentación de artículos

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

Instrucciones generales de presentación

Todos los originales presentados quedan como propiedad permanente de *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, y no podrán ser reproducidos en forma total o parcial sin el consentimiento de esta. En el caso de que se publique el trabajo, el/los autor/es cede/n en forma exclusiva al *Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires* los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación de su trabajo, por cualquier medio o soporte.

No se aceptarán trabajos que hayan sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congresos) ni que estén en consideración para su publicación en otra revista.

Presentación de los trabajos

- En formato electrónico, a la dirección:

revista@hospitalitaliano.org.ar

Dirigido a Dr. José Alfie, Director de Revista

Se aceptarán trabajos para las Secciones:

Carta al editor, Artículo Original, Comunicaciones breves, Artículo de Revisión, Mini revisión Educación médica, Caso Clínico, Imágenes en Medicina Interna y Cirugía, Pregunta al experto, Notas sobre Estadística e Investigación, El Hospital Italiano en Medline, Videos en Medicina, Actualización y Avances en Investigación, Humanidades e Iconografía Dermatológica.

Más detalles en <https://www1.hospitalitaliano.org.ar/#/!edu/home/revista/seccion/6997>

El Comité de Revista puede recomendar al autor responsable la adaptación de su trabajo a otra sección en la etapa inicial de revisión o como consecuencia de la evaluación por pares.

Estructura de los trabajos y datos de la primera página

Autores: se deberá consignar el autor responsable del artículo al cual se dirigirá al Comité de Revista en cualquiera de las etapas del proceso de publicación. La Revista se basa en los criterios para autoría de la ICMJE (*International Committee of Medical Journal Editors*). Ingresar (http://www.icmje.org/ethical_1author.html)

Datos de los autores: nombre completo, cargo académico, servicio e institución a la cual pertenecen, institución en la que se realizó el trabajo. *Autor responsable:* datos completos, dirección postal y electrónica

Título del trabajo: en castellano e inglés; y en caso de que el título posea más de cuatro (4) palabras, un título abreviado de no más de cuatro (4) palabras para las cabeceras de las páginas.

Resúmenes: todos los trabajos deberán incluir un resumen de no más de 250 palabras en castellano e inglés.

Palabras clave: no más de 10 palabras clave en castellano e inglés. Utilizar el *Medical Subject Headings (MeSH)* de la *National Library of Medicine* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>)

Consentimiento de publicación, originalidad y conflicto de intereses: Los autores darán el consentimiento para la publicación del trabajo, asegurarán su originalidad y revelarán cualquier conflicto de intereses mediante una carta tipo solicitada a la Revista (revista@hospitalitaliano.org.ar)

Autoría: La Revista se basa en los criterios para autoría de la ICMJE (*International Committee of Medical Journal Editors*). Ingresar (http://www.icmje.org/ethical_1author.html)

Agradecimientos: Solo cuando se lo considere necesario y en relación a personas y/o instituciones. Se pueden incluir colaboradores que no cumplen los criterios de autoría, por ejemplo personas que brindaron ayuda técnica, colaboraciones en la redacción del manuscrito o las direcciones de departamentos cuya participación sea de carácter general.

Referencias: deberá contener únicamente las citas del texto e irán numeradas correlativamente de acuerdo con su orden de aparición en aquel. Las referencias a comunicaciones personales y otros datos no publicados deben colocarse entre paréntesis () en el texto (no en las Referencias). Figurarán los apellidos y las iniciales de los nombres de todos los autores (si son hasta tres), sin puntos, separados unos de otros por comas. Si son más de tres, indicar los tres primeros y agregar "et al."; la lista de autores finalizará con punto (.). A continuación se escribirá el título completo del trabajo, separado por un punto (.) del nombre abreviado según el Index Medicus de la Revista en el que se encuentra publicado el trabajo y año de aparición en aquella, seguido por punto y coma (;). Volumen en números arábigos seguido por dos puntos (:) y números de la página inicial y final, separados por un guión (-). Tratándose de libros la secuencia será: Apellido e inicial(es) de los nombres de los autores (no utilizar puntos en las abreviaturas y separar uno del otro por coma), punto (.). Título del libro, punto (.). Número de la edición, si no es la primera, y ciudad en la que fue publicado (si se menciona más de una colocar la primera) dos puntos (:). Nombre de la editorial, coma (,). Año de la publicación, dos puntos (:). Número del volumen (si hay más de uno) precedido de la abreviatura "vol.", punto y coma (;). Número de las páginas inicial y final separadas por un guión, si la cita se refiere en forma particular a una sección o capítulo del libro. Ver ejemplos en: <https://goo.gl/f7BBX6>.

Material gráfico: los gráficos, tablas, fotografías y figuras irán numerados correlativamente por orden de aparición en el texto. Todos deberán llevar un título y leyenda (las abreviaturas utilizadas deberán aclararse en la leyenda) indicadas en el archivo de texto.

Las fotografías de observaciones microscópicas llevarán el número de ampliación efectuada y una flecha que indique la orientación (ej.: á arriba); para aquellas que hayan sido modificadas de alguna manera con respecto al original deberá incluirse la foto original.

Las fotografías deberán tener una resolución igual o mayor a 300 dpi, en formato jpg y ser enviadas por mail a revista@hospitalitaliano.org.ar.

No se aceptarán fotografías de pacientes sin su autorización, ni imágenes escaneadas o tomadas de otras publicaciones sin el permiso correspondiente.

Proceso de publicación, ver <https://goo.gl/BqNwxV>

General guidelines for article submission, see

<https://goo.gl/WbC9md>



General guidelines for article submission

The Journal of the Hospital Italiano de Buenos Aires publishes original and relevant papers in the field of medicine and The Journal of the Hospital Italiano de Buenos Aires publishes original and relevant papers in the field of medicine and related areas. Contributions in Spanish or English from authors belonging to our institution and external to it are accepted.

General instructions for submission

All of the original articles are kept as permanent property of Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires, and cannot be partially or totally reproduced without proper authorization. If an article is published, the author/s exclusively concede the rights of reproduction, distribution, translation and communication by any means to the Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires.

Articles submitted must be unpublished (except those presented as summaries in congresses) and must not be simultaneously submitted to a review process in other publications. If so, they will not be accepted.

Paper submission

- In electronic format, to the following email:

revista@hospitalitaliano.org.ar

Articles must be addressed to Jose Alfie, M.D, Journal Director.

Submissions for the following Sections will be accepted:

Obituary, Letters to the editor, Articles, Review Articles, Mini Review, Medical Education, Clinical Case, Images in Internal Medicine and Surgery, Ask the Expert, Notes on statistics and research, The Hospital Italiano in Medicine, Videos in medicine, Update and Advances in Research, Humanities, Iconography Dermatologic.

More details: <https://www1.hospitalitaliano.org.ar/#/edu/home/revista/seccion/6997>

The Journal Committee might give the author a recommendation to adapt his work to be submitted to another section during the initial phase of review or as a consequence of peer evaluation.

Article structure and first page data

Authors: there must be a corresponding author to whom the Journal's Board will address during the whole process prior to publication. The Journal is based on the criteria for authorship of the ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) (http://www.icmje.org/ethical_1author.html).

Author's data should include: complete name, academic position, department and institution they belong to, institution where the work was done, zip code and e mail from the responsible author. Responsible author: complete data, postal and electronic address

Title of the article: in Spanish and English; and given the case that the title has more than four (4) words, an abbreviated title with no more than four (4) words for headings.

Summaries: all articles should include a 250 word summary in Spanish and in English.

Key words: no more than 10 key words in Spanish and English. Please use the Medical Subject Headings (MeSH) and the National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>)
Publication consent, originality and disclosures: Authors should give their consent for publication, they will assure they are original publications and will send their disclosure by means of a public letter to the Journal (revista@hospitalitaliano.org.ar)

Authorship: The Journal uses the authorship criteria from the ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors). Please refer to <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

Acknowledgements: Only when necessary and regarding persons and / or institutions. Contributors that do not qualify for authors can be included, as for example, those that helped from the technical standpoint or helped writing the article, etc.

References: they should only include those quoted in the text and will be numbered in order of appearance. References to personal communications or other unpublished data should be placed in between brackets () in the text (and not in the References). Last names and initials of all authors will be listed (if they are up to three), without end marks and separated with commas one from the other. If there are more than three authors, name the first three and then use "et al."; the author's list will end with an end mark (.) The article's complete title must be written down, separated by an end mark (.) from the abbreviated form according to the Index Medicus of the Journal where the article and the year of publication appear followed by a semicolon (;). The volume should appear in Arabic numbers followed by colon (:) and the numbers of reference both from beginning and end pages, separated by a dash (-).

If it were a book, the sequence will be: Last name and initial(s) from the authors (do not use end marks in abbreviations or separate one from the other with a comma (,)). Title of the book, end mark (.) . Edition number, if it is not the first edition and the city where it was published (if more than one is mentioned, please use the first one only) colon (:). Name of the publisher, comma (,). Year of publication, colon (:). Number of the volume (if there is more than one) with the shortening "vol.", semicolon (;). Number of pages from the initial page to the last page with a dash in the middle, whenever the quotation refers to a special section or chapter of the book. See examples at: <https://goo.gl/f7BBX6>

Graphs: Tables should be numbered by roman numerals before its title. The same applies for graphs and figures.

They should all have a title and a brief description (abbreviations and acronyms must be clarified in this description) indicated in the text's file.

Microphotographs should specify the magnification used. For those photos that have been modified in some way, the original one should also be included.

Photos should have a resolution of 300 dpi or higher and must be handed in either in CD format or sent by e mail to: revista@hospitalitaliano.org.ar.

Patient's photos without the proper authorization will not be accepted. The same applies for scanned images or images taken from other journals without the corresponding authorization.

Publishing process, <https://goo.gl/BqNwxV>