



**REVISTA DEL
HOSPITAL ITALIANO
DE BUENOS AIRES**

Septiembre 2018 Volumen 38 Número 3

El paciente quemado, un desafío al sistema de salud
Aguilar A. A.

La política y el aborto: ¿Un triunfo de la democracia o un avance del populismo?
Sebastiani M.

Tras el debate sobre la legalización del aborto, ¿una oportunidad para trabajar juntos por la vulnerabilidad?
Cafferata C. M.

¿Cuál es la relación entre el síndrome de burnout, el sentido de la vida y el proyecto de vida laboral en los médicos residentes? Una perspectiva logoterapéutica
Muñoz A. M., et al.

Importancia del seguimiento de lesiones melanocíticas con dermatoscopia digital para el diagnóstico temprano de melanoma
Cura M. J., et al.

Apreciación de los médicos residentes acerca de la supervisión de sus tareas por médicos mayores
Lage M. F., et al.

Cirugía transoral en hemangiomas de laringe e hipofaringe en adultos
Figueroa E., et al.

Preguntas al experto
Sterin Prync A. E.
Cayol F.

Prostanoides para la isquemia crítica de los miembros: revisión sistemática Cochrane
Vietto V., et al.



Emilio Varela
Puesta de sol Oia, Santorini, Grecia



 **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. Hospital Italiano de 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: Ing. Roberto Bonatti,
Ing. Roberto Chioccarelli, Lic. Paolo Dal Pino,
Dr. Guillermo Jaim Etcheverry,
Sr. Renato Montefiore,
Cdr. Dario Mosca, Sr. Natale Rigano,
Sr. Elio Squillari, Sr. 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 Jaime 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 Lilliana
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)



SEPTIEMBRE 2018
VOL. 38 N° 3

SUMARIO | SUMMARY

EDITORIAL / EDITORIAL

91 Alfie J.

CARTA AL EDITOR | LETTER TO THE EDITOR

92 **El paciente quemado, un desafío al sistema de salud**
The burned patient, a challenge for the health system
Aguilar A. A.

93 **La política y el aborto: ¿Un triunfo de la democracia o un avance del populismo?**
Politics and abortion: A triumph of democracy or an advance of populism?
Sebastiani M.

95 **Tras el debate sobre la legalización del aborto, ¿una oportunidad para trabajar juntos por la vulnerabilidad?**
After the debate on the legalization of abortion, an opportunity to work together for vulnerability?
Cafferata C. M.

ARTÍCULO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

96 **¿Cuál es la relación entre el síndrome de burnout, el sentido de la vida y el proyecto de vida laboral en los médicos residentes? Una perspectiva logoterapéutica**
Which is the relationship between The Burnout Syndrome, the meaning and purpose in life, and the labour life project, in medical residents? A logotherapeutic view
Muñoz A. M., et al.

COMUNICACIONES BREVES | BRIEF COMMUNICATIONS

105 **Importancia del seguimiento de lesiones melanocíticas con dermatoscopia digital para el diagnóstico temprano de melanoma**
The importance of digital dermoscopy in follow-up of melanocytic lesions to the early diagnosis of melanoma
Cura M. J., et al.

EDUCACIÓN MÉDICA | MEDICAL EDUCATION

110 **Apreciación de los médicos residentes acerca de la supervisión de sus tareas por médicos mayores**
Medical residents' perceptions regarding skill supervision by senior staff physicians
Lage M. F., et al.

CASO CLÍNICO | CLINICAL CASE

115 **Cirugía transoral en hemangiomas de laringe e hipofaringe en adultos**
Transoral Surgery in Larynx and Hypopharyngeal Hemangiomas in Adults
Figuroa E., et al.

PREGUNTAS AL EXPERTO | ASK THE EXPERT

119 Sterin Prync A. E.
123 Cayol F.

EL HOSPITAL ITALIANO EN MEDLINE | HOSPITAL ITALIANO IN MEDLINE

126 **Prostanoides para la isquemia crítica de los miembros: revisión sistemática Cochrane**
Prostanoids for critical limb ischaemia: Cochrane systematic review
Vietto V., et al.

128 **Reglamento general de presentación de artículos**

Editorial

Hace 6 años se creó en nuestro Hospital el Área para el Tratamiento de Pacientes Quemados Críticos. Hernán Alejandro Aguilar, coordinador del área, describe el funcionamiento del hoy denominado Centro de derivación nacional de alta complejidad para la atención de grandes quemados, que funciona en el Hospital Italiano de Buenos Aires y de San Justo. Mario Sebastiani y Carlos María Cafferata exponen sus puntos de vista sobre el proyecto de aborto legal recientemente debatido en las cámaras legislativas.

María Julia Cura y colaboradores del Servicio de Dermatología describen la utilidad de la dermatoscopia digital en el diagnóstico de melanomas en estadios tempranos en pacientes seguidos por lesiones pigmentarias.

El síndrome de *burnout*, o de desgaste laboral, afecta negativamente el proyecto de vida laboral. Matías Muñoz y colaboradores identificaron desde una perspectiva logoterapéutica que uno de cada tres médicos residentes sufren ese síndrome. María Fernanda Lage, Carolina Roni y Gisela Schwartzman, del Instituto Universitario Hospital Italiano, evaluaron la opinión de los médicos residentes del Servicio de Obstetricia del Hospital Italiano sobre la función docente de los médicos de planta.

Los hemangiomas de laringe e hipofaringe son tumores infrecuentes en adultos. Eduardo Figueroa y colaboradores del Servicio de Otorrinolaringología exponen su experiencia en pacientes adultos con hemangiomas de laringe e hipofaringe tratados mediante cirugía transoral.

Las células cancerosas tienen la capacidad de evadir el sistema inmunitario. Federico Cayol, de la Sección Oncología, describe la compleja interrelación del sistema inmunitario y las células tumores, y las estrategias farmacológicas para estimular la respuesta antitumoral de las células T. Aída E. Sterin Prynck, Profesora Titular de Biotecnología de la Carrera de Bioquímica, nos explica el fundamento de la terapia CAR- T-CELL, basada en la modificación genética de los receptores de los linfocitos T del propio paciente, transformándolos en receptores de antígenos quiméricos (*Chimeric Antigen Receptor*, CAR).

Los prostanoides, por sus efectos vasodilatadores, antitrombóticos y antiinflamatorios, podrían representar una alternativa terapéutica de la isquemia crítica de los miembros. Valeria Vietto y colaboradores publicaron una revisión sistemática Cochrane la cual concluyó que, en comparación con placebo, los prostanoides no reducen la mortalidad cardiovascular ni tampoco disminuyeron las amputaciones, aunque podrían aliviar el dolor en reposo y mejorar la curación de las úlceras.

Dr. José Alfie
Director de Revista



El paciente quemado, un desafío al sistema de salud

Los pacientes quemados siempre han constituido un desafío tanto para todos los profesionales de la salud, como para los distintos sistemas de atención sanitaria públicos y privados. Estos pacientes no solo demandan profesionales de distintas disciplinas formados y calificados para su abordaje terapéutico sino también recursos económicos, tecnológicos, sanitarios y asistenciales para lograr que en algunos casos no solo salven su vida sino también se recuperen física, emocional y socialmente.

Las quemaduras ya sea desde las más insignificantes hasta las que involucran grandes partes de cuerpo pueden dejar secuelas funcionales o estéticas, o ambas, que alteran enormemente la calidad de vida de los pacientes que las sufren. En nuestro hospital, ante la demanda en principio de nuestros socios del Plan de Salud y luego de las demás prestadoras, comenzamos un proyecto para el abordaje completo e integral de estos pacientes hace ya 6 años. Para ello creamos el Área para el Tratamiento de Pacientes Quemados Críticos entre el Servicios de Cirugía Plástica, el Servicio Terapia Intensiva de adultos y el Servicio de Kinesiología.

En todos estos años hemos invertido recursos y esfuerzo en la formación académica en los más renombrados centros asistenciales de pacientes quemados del mundo (Shiners Hospital for Children, University Texas Medical Branch, Galveston, EE.UU. y Shiners Hospital of Boston, EE.UU.), participamos en numerosos cursos y congresos nacionales e internacionales representando al hospital con presentaciones y exposiciones sobre pacientes quemados. Todos los años realizamos, dentro del Simposio de cuidados críticos del Hospital Italiano de Buenos Aires, una jornada diaria sobre cicatrización y pacientes quemados, a la que asisten médicos y enfermeros de todo el país y de países limítrofes. También todos los años, en el mes de noviembre, llevamos a cabo un curso en el Instituto Universitario del hospital sobre heridas y quemaduras. Contamos, en el Hospital Italiano Central, con una habi-

tación adaptada con flujo laminar, termorregulación y una cama de balneoterapia para realizar lavados específicamente en grandes quemados. En la sede de San Justo también hemos creado un área y un equipo de profesionales altamente capacitados para la atención de grandes quemados en la Unidad de Terapia Intensiva.

Realizamos tratamientos complejos de restitución dermoepidérmica con las más novedosas técnicas quirúrgicas, usamos sustitutos cutáneos tanto transitorios como definitivos y empleamos los más novedosos apósitos para curación avanzada de heridas en piel.

Hoy en día contamos con consultorios de curaciones de cirugía plástica y kinesiología especialmente dedicados a realizar no solo el abordaje terapéutico en su conjunto sino también la contención emocional de nuestros pacientes. Además contamos con el abordaje transdisciplinario de Infectología, Nutrición, Psiquiatría, Dermatología y Enfermería, lo que nos permite tratar integralmente a los pacientes quemados y conseguir los mejores resultados posibles.

La formación y la experiencia recolectadas en estos años nos han llevado a obtener excelentes resultados tanto en el tratamiento de la etapa aguda de las quemaduras como también en la etapa crónica de rehabilitación y tratamiento de las secuelas cicatrizales.

Actualmente nuestro hospital recibe en promedio, procedentes de distintas obras sociales y prepagas, 15 pacientes quemados por mes con diferentes porcentajes y profundidad de quemaduras.

Por todo lo expuesto es que a lo largo de estos años hemos logrado posicionar tanto al Hospital Italiano de Buenos Aires como al Hospital Italiano de San Justo como centros de derivación nacional de alta complejidad para la atención de pacientes quemados, que reciben pacientes con extensas superficies de quemaduras de todo el país.

Dr. Hernán Alejandro Aguilar

Coordinador Área de Pacientes quemados críticos
Servicio de Cirugía Plástica
Hospital Italiano de Buenos Aires

La política y el aborto: ¿Un triunfo de la democracia o un avance del populismo?

Las palabras del Presidente de la República y aun las de gran parte de la sociedad fueron que la votación del pasado 14 de junio en la cámara de Diputados y del 9 de agosto en Senadores había sido un triunfo de la democracia. Lo escuché incluso de los que hubieran deseado que el aborto hubiera sido despenalizado y legalizado. Una suerte de contienda lúdica donde unos ganan, otros pierden, pero en este juego no hay empate. ¿Es este resultado una victoria para las mujeres y los embriones? La democracia ha ratificado que el aborto es un asesinato en el que hay dos asesinos, los que hacen abortos y las mujeres que abortan. Los llamados despenalizadores siempre hemos tenido que excusarnos de plantear la realidad de la interrupción de la vida del embrión, y así fue como se polarizó la discusión quedando de un lado los “abortistas” y, por el otro, los “cuidadores de las dos vidas”.

Esta definición del asesinato encuentra su raíz en el hecho de que, en nuestro país, somos persona desde el mismo momento de la concepción, por lo que cada célula nueva con 46 cromosomas es igual a cada uno de nosotros; esto puede ser comprensible para un legislador presionado y cuestionable para la filosofía o el sentido común. Asimismo, la democracia ha sostenido que la estrategia de la penalización e ilegalidad del aborto lograría disminuir el número de abortos mediante la disuasión de las mujeres a interrumpir un embarazo. La historia ha demostrado la falacia de esta aseveración.

Se lee en estos días que un primer ministro de un país europeo modificaría el plan de vacunación obligatorio. Interesante planteo ético en cuanto al consentimiento de los padres a cualquier práctica médica sobre sus hijos, y un planteo a todas luces populista acerca de los efectos sobre la salud pública. Con una óptica totalmente opuesta, se puede afirmar que la escenografía montada por este “falso debate” sobre el aborto puede calificarse como un fracaso absoluto de la democracia, sistema que debe garantizar que, en una sociedad plural, ninguna doctrina o concepción particular del bien pueda constituirse como hegemónica para el dictado del bienestar común. De modo que ninguna doctrina debería imponer sus puntos de vista sobre el aborto o cualquier otro tema por sobre quienes tienen una idea distinta. El consenso se sustenta en el respeto a la diversidad que existe en la mayoría de las personas y en su disposición a participar de la sociedad en tanto sistema equitativo de cooperación.

Este pluralismo de doctrinas, ideas, fines, valores y creencias es un fenómeno sociológico general, innegable, como la existencia misma del aborto, que no puede ser ajeno a ninguna sociedad democrática contemporánea que quiera emitir cualquier tipo de normativa.

Desde esta perspectiva, este discurso a la luz de las consecuencias negativas que históricamente se han demostrado sobre la salud y la vida de las mujeres y la nula prevención sobre el embarazo no deseado y la protección de los embriones deja al descubierto el fracaso en solucionar los problemas que aquejan a la Sociedad. Lamentablemente y pido disculpas a las mujeres; los que bregamos por una modificación de la ley no lo hemos logrado y por ello estamos en deuda. Una vez más reflexiono sobre el discurso denominado “pro vida” y sobre el nuestro.

DERECHOS DE LA MUJER

Estuvimos en favor de la despenalización puesto que creemos en los derechos de la mujer así como creemos en el derecho al voto, a la salud, a la educación. Las mujeres nos han enseñado cómo cambia su vida cuando son víctimas de un embarazo no deseado por engaño o por accidente o por la fuerza. Si una mujer no puede tomar decisiones sobre su propio cuerpo, no puede tener control de su propia vida. Cada vez que hablamos con seriedad sobre las decisiones respecto del cuerpo de la mujer, en gran parte de la sociedad la memoria se corría hacia las imágenes de las jóvenes mujeres con los pechos al aire, con pintadas en su propio cuerpo y con algún aerosol en la mano. Para algunos, una muestra de activismo y participación democrática; para otros y otras, un peligroso avance en las libertades individuales y una indebida estética.

¿EL ABORTO DEBE SER ILEGAL?

La Constitución, las leyes y los pactos con rango constitucional fueron manipulados hábilmente. La lógica del discurso fue que, para salvar la vida del embrión, se debe prohibir el aborto. Nadie ha explicado aún por qué una mujer debe ser rehén de un embarazo no deseado, pero ninguno de nosotros es obligado por la fuerza a donar un órgano a un hijo al cual le salvaríamos la vida. O en otra viñeta, estar obligados por la leyes a salvar a un bañista que se esté ahogando sabiendo nosotros nadar. La sociedad no nos exige tener conductas heroicas, pero sí se las impone a las mujeres. Y si no aceptan, se las define como asesinas y el castigo es la cárcel y la condena moral.

Interesante, además, que las mujeres se encuentren en el código penal por el aborto, mientras que los hombres solo figuran en el caso de que no pasen la debida cuota de alimentos a sus hijos. Algunos con estrechez de mira mencionan que en nuestro país las mujeres no van a la cárcel por lo que no es un argumento válido. De la misma manera sugeriría recordar que las leyes que prohíben el aborto no han logrado disminuir ni su cantidad, ni sus consecuencias. Por el contrario, han provocado el peor escenario, gracias a la clandestinidad.

SALUD PÚBLICA

Uno de los puntos más fuertes del discurso despenalizador era el valor de la salud pública en nuestra penosa historia, a diferencia del escenario de los países que habían despenalizado el aborto. Las estadísticas falaces (propias de un país sin estadísticas veraces) fueron sometidas a una tortura de números que convirtió a los despenalizadores en cuasi mentirosos. No eran 47 las muertes sino 31. Interesante, puesto que seguramente no fueron ni 47 ni 31, habida cuenta del alto índice de subregistro que posee cualquier enfermedad en nuestro país; sin embargo, lograron su objetivo. Algún desmesurado además osó decir que las muertes “no son tantas”. El hecho de que en los países en los que el aborto se encuentra despenalizado no haya ni enfermedades por aborto inseguro, ni muertes, pasó a un lugar sórdido, opacado y oscuro.

LA VISIÓN DE LA MUJER

La votación plasmó la idea de que la mujer tiene un compromiso con la sociedad. Ese compromiso la relega a la gestación, al parto, a la nutrición y a la crianza de los niños. Este escenario no es elegible: la mujer debe dejar su espacio como ciudadana al de madre. Las mujeres tienen el derecho de tener hijos, pero además deben cumplirlo. No hay derecho a no tenerlos en el imaginario popular. Sus decisiones, sus deseos y su cuerpo deben estar supeditados a la maternidad. No importa el momento, las circunstancias o su proyecto de vida. La maternidad es el destino por las buenas o por las malas.

LOS MÉDICOS O EL EQUIPO DE SALUD

Nuestra manera de pensar es muy similar a la de los políticos, pero siempre los estamos criticando dado que no somos muy buenos para mirar hacia adentro. La salud de las mujeres es un tema que debería ser primordial para la medicina en general. Sin embargo, la corrección política prima sobre los objetivos de la salud pública. El qué dirán, lo que opinarán los colegas, la jefatura, el jefe de departamento o la dirección son los termómetros de nuestras tribulaciones. De la mano de la despenalización del aborto no es tan sencillo llegar a ser profesor, académico o presidente de sociedades científicas. No sucede lo mismo en otros países aun viviendo un estado de tensión permanente en cuanto a la práctica del aborto en un contexto de legalidad. En los Estados Unidos cada vez que el aborto (su constitucionalidad a través del fallo Roe vs. Wade) pudo sufrir un revés, varias sociedades científicas se han presentado como *amicus curiae* ante el Tribunal Superior

de Justicia (equivalente a nuestra Corte Suprema de Justicia) para proteger los derechos adquiridos de las mujeres y, en todo caso, incluso ampliarlos. Entre las sociedades científicas que se han presentado se encuentran el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG - 57 000 especialistas), la Asociación Médica Americana (la entidad científica más grande de los Estados Unidos), la Academia Americana de Medicina Familiar (130 000 miembros) y la Academia Americana de Pediatría (60 000 pediatras). Todos firmaron un documento donde declaran que la salud reproductiva es esencial a la salud integral de la mujer y el acceso al aborto es un importante componente del cuidado reproductivo. En nuestro medio, las medias tintas son los colores que priman.

FUTURO

Lo definiría como absolutamente incierto. Desde un punto de vista legislativo, el resumen de las dos votaciones muestran que la mitad de los legisladores (y la mitad de ellos, mujeres) están en contra de la despenalización y la legalización. En otras palabras y sin eufemismos, han estado y votado por la clandestinidad y la penalización de la práctica. Los legisladores se han mostrado erráticos frente a este tema. Muchos mostraron conflicto de interés con las iglesias, y quedar bien con ellas fue un objetivo superior al otorgamiento de la dignidad a las mujeres. En la sociedad, el lema “la defensa de las dos vidas” cayó muy bien aunque fuera vacío de contenido en los hechos y en la historia.

Mil quinientos abortos aproximados por día, una muerte materna cada tres días, miles de internaciones por complicaciones de un aborto inseguro no han logrado sensibilizarnos de manera significativa.

Unos miran a la sociedad de una manera moral y como quisieran que ella funcionara. Otros ven la realidad y quieren modificarla. El resultado de la votación en las cámaras legislativas podrá ser democrático pero no se basa en verdades, por lo que es mi deseo desmontar esas mentiras, como un camino absolutamente necesario para poder construir una verdad.

Me pregunto... ¿la salud de la mujer debe ser un tema legislativo de mayorías o minorías sometido a una contienda de número de votos?

Dejo esta pregunta, Sr. Director, para mis distinguidos colegas del Hospital Italiano.

Dr. Mario Sebastiani
Servicio de Obstetricia
Hospital Italiano de Buenos Aires

Tras el debate sobre la legalización del aborto, ¿una oportunidad para trabajar juntos por la vulnerabilidad?

El aborto es una realidad que nos interpela como personas, como profesionales de la salud y como sociedad. Es por ello que el debate sobre su legalización llevado a cabo este año en nuestro país no nos ha sido indiferente.

Una primera lectura diría que el fruto de ese debate es una nueva división en la sociedad, una nueva “grieta” que separa posiciones enfrentadas. Pero, si bien es cierto que hay algunos puntos en que las posturas resultan irreconciliables, está en nosotros como sociedad el decidir si quedarnos en esta situación de enfrentamiento o buscar aquellos puntos en común que sirvan de puentes para unirnos y trabajar juntos en la búsqueda del bien común.

La ciencia demuestra que con la fecundación comienza la existencia de un nuevo ser, único e irrepetible. Para quienes afirmamos que ese nuevo ser es una persona con capacidades aún en potencia pero con la misma dignidad y el mismo valor que una persona nacida resulta inadmisibles aceptar que se pueda permitir libremente su eliminación. Sin duda, nuestra voluntad y deber como personas, profesionales de salud y sociedad es defender y proteger toda vida humana. Ambas vidas importan por igual: la vida de la madre y su cuidado es tan importante como la del niño por nacer. La eliminación de una vida no puede ser la solución a ninguna situación, sobre todo teniendo en cuenta que el embarazo no es una situación de enfermedad. Tampoco es válido justificar el aborto por la libertad de la madre ya que por este acto se priva de la vida a otra persona, derecho fundamental y previo al de la libertad. Pero para quienes consideran que el estatus de persona humana comienza en una etapa más tardía de la gestación todas estas afirmaciones carecen de validez. De aquí lo irreconciliable de ambas posturas.

Sin embargo, todos coincidimos en afirmar que la mujer que recurre al aborto se encuentra en una situación de vulnerabilidad y que el tener que llegar a este procedimiento no es algo deseable para nadie.

Con el término vulnerable se designa a quien se encuentra en un estado o circunstancia desfavorable, o que padece desventajas, carencias, o se encuentra bajo circunstancias que afectan el goce y ejercicio pleno de sus derechos fundamentales. El nuevo Código Civil realiza un tratamiento de la vulnerabilidad basada en derechos y poniendo énfasis en la dignidad, en la construcción de capacidades y en la

atribución de poder a las mismas personas vulnerables a fin de fortalecer su capacidad de respuesta.

Hasta ahora podemos identificar a dos grupos vulnerables: la mujer que cursa un embarazo no deseado y el niño aún no nacido. Pero en cuanto a la mujer con un embarazo no deseado es preciso reconocer que generalmente la situación de vulnerabilidad es anterior y que justamente es una situación de vulnerabilidad social, psicoemocional o afectiva ya existente la que lleva a que cuando ocurre, el embarazo sea no deseado. Resulta fundamental tener en cuenta esto ya que es allí adonde debe estar dirigido nuestro mayor esfuerzo y el trabajo en común.

Estos tres grupos de personas vulnerables: la mujer en situación de vulnerabilidad social, psicoemocional o afectiva, la mujer previamente vulnerable que está ahora cursando un embarazo y el niño que aún no ha nacido merecen por igual una atención y protección especial por parte de cada uno de nosotros como personas y profesionales de la salud, de la sociedad y del Estado. Es imprescindible diseñar, llevar a cabo y sostener políticas, planes y acciones concretas que promuevan y potencien las capacidades propias tanto de la mujer como del niño para que puedan fortalecerse en la respuesta y superar la situación, integrarse al entorno y trazar y llevar a cabo sus proyectos de vida. Políticas, planes y acciones que deben ser en el campo de la salud de la mujer y materno-infantil, de familia, de vivienda, de trabajo, de educación general, de educación sexual integral, de protección y de acompañamiento de la mujer embarazada, mientras dure el embarazo y, después del parto, de adopción, de protección y cuidado del niño. Necesitamos proponernos como objetivo que no haya más situaciones de embarazos no deseados.

El aborto, la eliminación del ser probablemente más indefenso y vulnerable como solución ante la situación de vulnerabilidad de la mujer con un embarazo no deseado, ¿no sería el fracaso de una sociedad y un Estado que esquivan involucrarse en el verdadero origen del problema? Queda en todos y en cada uno de nosotros elegir de qué forma seguir construyendo nuestra sociedad y nuestra nación y la de nuestros hijos y nietos.

Dr. Carlos María Cafferata

Servicio de Clínica Médica,
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

BIBLIOGRAFÍA

- Valente LA. El nuevo derecho civil y ética de los vulnerables. Revista Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, UNLP. 2015; 12(45):1-21..

¿Cuál es la relación entre el síndrome de *burnout*, el sentido de la vida y el proyecto de vida laboral en los médicos residentes?

Una perspectiva logoterapéutica

Agustín Matías Muñoz, Virna Fossati, Julián Gustavo Llera,
María Florencia Grande Ratti y Carolina Andrea Antonietti

RESUMEN

Introducción: el síndrome de *burnout* (BO) suele afectar a médicos residentes, debido al estrés laboral crónico. Desde un marco logoterapéutico, la pérdida de un sentido de la vida (SV) es el denominador más común de todas las formas de perturbación emocional, y el BO podría enmarcarse dentro de un proyecto de vida laboral (PVL) con enrolamiento enajenante. El objetivo principal del trabajo es evaluar la relación entre el BO, el SV y el PVL, en los programas de residencia del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Población y métodos: se evaluaron residentes de 6 programas de residencia del Hospital Italiano de Buenos Aires, a través de un cuestionario. El BO se midió con el “Maslach Burnout Inventory” (MBI). El SV se midió con el “Purpose in Life Test” (PIL Test). El PVL se midió con la Escala de PVL de la Dra. Isabel Pérez Jáuregui.

Resultados: participaron 104 residentes. El 28,8% de los evaluados mostraron BO, el 18,3% falta de SV y el 30,8% un PVL inauténtico con sobreadaptación. Tanto la falta de SV como el PVL inauténtico con sobreadaptación se asociaron en forma estadísticamente significativa con BO ($p < 0,01$), y la presencia de cualquiera de estas alteraciones aumentó en casi 18 veces (*odds ratio* [OR] crudo) la probabilidad de presentar el síndrome. Los OR ajustados de falta de SV (6,28) y PVL inauténtico (9,57) para la presencia de BO continuaron siendo estadísticamente significativos. Por último, en esta investigación pudimos determinar que las subescalas del MBI agotamiento y despersonalización se correlacionaron negativamente con el PIL Test ($r=-0,41$ y $r=-0,53$, respectivamente) y la Escala de PVL ($r=-0,45$ y $r=-0,42$, respectivamente), mientras que la subescala de realización se correlacionó positivamente en forma significativa con estas dos últimas ($r=0,63$ y $r=0,61$, respectivamente).

Conclusiones: se encontró una relación estadísticamente significativa entre BO, falta de SV y PVL inauténtico, en la residencia.

Palabras clave: síndrome de *burnout*, sentido de la vida, proyecto de vida laboral, logoterapia, residencias.

WHICH IS THE RELATIONSHIP BETWEEN THE BURNOUT SYNDROME, THE MEANING AND PURPOSE IN LIFE, AND THE LABOUR LIFE PROJECT, IN MEDICAL RESIDENTS? A LOGOTHERAPEUTIC VIEW

ABSTRACT

Introduction: The Burnout Syndrome (BO) usually affects medical residents because they are exposed to chronic labour stress. From a logotherapeutic view, the loss of meaning and purpose in life (ML) is the common denominator of all types of emotional distress, and the BO could belong to an altered labour life project (LLP) with overadaptation. The objective of this study was to evaluate the relationship between the BO, the ML, and the LLP, in residency programs at a university hospital.

Population and methods: residents from six programs at Hospital Italiano de Buenos Aires were evaluated. The BO was measured with the Maslach Burnout Inventory (MBI). The ML was measured with the Purpose in Life Test (PIL Test). The LLP was measured with the LLP Scale created by Doctor Isabel Pérez Jáuregui.

Results: one hundred and four residents participated. Out of the evaluated residents, 28.8% showed BO. The loss of ML was observed in 18.3%, and an altered LLP with overadaptation affected the 30.8% of the sample. Loss of ML and altered LLP with overadaptation were associated in a statistically significant way with BO ($p < 0.01$), and the presence of any of these alterations increased the odds ratio almost 18 times to suffer BO. The adjusted odds ratio of loss of ML (6.28) and altered LLP (9.57) to suffer BO, were also statistically significant. Finally, a negative correlation was observed between exhaustion and despersonalization (MBI) and the PIL Test ($r=-0.41$ and $r=-0.53$, respectively) and the LLP Scale ($r=-0.45$ and $r=-0.42$, respectively), while a positive significant correlation was observed between the personal accomplishment (MBI) and the PIL Test and LLP Scale ($r=0.63$ and $r=0.61$, respectively).

Conclusions: in the residency, we found a statistically significant relationship between BO, loss of ML and altered LLP.

Key words: *burnout* syndrome, meaning in life, labour life project, logotherapy, residencies.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(3): 96-104.

INTRODUCCIÓN

El *burnout*, o desgaste profesional, es un síndrome maladaptativo generado por el estrés laboral crónico, en el que existe un agotamiento de los recursos físicos y mentales, que sobreviene tras un esfuerzo desmesurado para alcanzar un fin irrealizable que el sujeto ha fijado o que los valores de la sociedad han impuesto. El estudio más grande de *burnout* en residentes, que involucró a 15 000 médicos de Medicina interna, reveló que el 51,5% de ellos cumplía con los criterios¹. Otros investigadores que evaluaron residentes de Pediatría, Anestesiología y Cirugía describieron una prevalencia de entre un 41 y un 74%¹. En un trabajo realizado en el Hospital Italiano de Buenos Aires, la prevalencia fue del 19,6%². Se deberá tener en cuenta que los diferentes trabajos que tratan el tema utilizan criterios dispares para definir el síndrome a través del test de evaluación “Maslach Burnout Inventory”, lo que se traduce en una gran variabilidad³. Está demostrado que el *burnout* se asocia a mayor cantidad de errores en la práctica médica, así como también a cambios en el razonamiento clínico y empobrecimiento del estado mental, que producen efectos negativos sobre la salud física, las relaciones interpersonales y la habilidad y motivación para aprender¹. Jennings y Slavin (2015) remarcan que hay poca información que sugiera qué aspectos de la residencia contribuyen más al *burnout* y la depresión, y cómo operar sobre estos. Una de las conclusiones de un metanálisis es que existen pocas presentaciones científicas con buena calidad de evidencia en relación con intervenciones sobre el desgaste profesional¹.

En este contexto, las investigaciones de la doctora en Psicología Isabel Pérez Jáuregui (2005) no solo aportan los fundamentos conceptuales para comprender el síndrome de *burnout*, sino también desarrollan propuestas de intervención psicológica en el marco de la logoterapia o psicoterapia centrada en el sentido (Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia).

Desde un marco logoterapéutico, la pérdida o la ausencia de un sentido de la vida es, quizás, el denominador más común de todas las formas de perturbación emocional⁵. Según afirma Viktor Frankl, considerado el padre de la logoterapia, en *El hombre en busca de sentido* (2017), la primera fuerza motivadora del hombre es la lucha por encontrar un sentido a su vida⁶. Refiere, además, que este sentido es único y específico, en cuanto es uno mismo quien tiene que encontrarlo, y únicamente así logra el hombre un significado que satisfaga su voluntad de sentido⁶. El padre de la logoterapia duda de que haya algún médico que pueda responder con nociones generales a la pregunta de un paciente acerca de cuál es el sentido de la vida, pues este difiere de un hombre a otro, de un día a otro y de una hora a otra⁶. Por lo tanto, lo que importa no son las formulaciones abstractas, sino el sentido concreto de la vida de un individuo en un momento dado⁶. Pérez Jáuregui

cita a su vez a Viktor Frankl, cuando afirma que el trabajo puede representar el espacio en el que la peculiaridad del individuo se enlaza con la comunidad, cobrando con ello su sentido y su valor desde los logros personales y sociales, o lo contrario, ser fuente de enfermedad y sinsentido⁵.

Isabel Pérez Jáuregui desarrolla que, en el estrés laboral y el síndrome de *burnout* en particular, la persona del trabajador queda sumergida frente a la desmesura laboral, pues el factor laboral crece en desmedro del mundo personal, perdiendo su eje⁵. El enrolamiento enajenante es la búsqueda (a través de un camino equivocado) de amor, aceptación y reconocimiento social ante una intensa angustia psicológica de no caer en el aislamiento y el abandono⁵. Son sujetos que tienen un proyecto de vida laboral inauténtico con sobreadaptación⁵. Las personas construimos proyectos de vida laboral que sintetizan nuestra imagen personal y la concepción de mundo que fundamentan nuestras acciones. Esos proyectos asumen configuraciones desde la salud (adaptación creativa) o desde la enfermedad (ensimismamiento enajenante/inadaptación y enrolamiento enajenante/sobreadaptación)⁵. El proyecto de vida laboral con enrolamiento enajenante implica una adaptación excesiva a los requerimientos del mundo externo, en una actividad sacrificada y sostenida a lo largo del tiempo, en desmedro de su persona⁵. Busca responder con gran autoexigencia⁵. Es lo opuesto a la modalidad inadaptada, ya que la identidad del papel está sobredimensionada respecto de la identidad de sí⁵. Esta modalidad laboral responde exitosamente a las exigencias de una sociedad como la actual, altamente competitiva y despersonalizante⁵. Hay sobreexigencias en los órdenes interno y externo que condicionan al individuo a no poder evaluar el costo que en salud y equilibrio personal y familiar trae aparejada esta modalidad laboral; necesita, pues, llegar a situaciones límite que pongan seriamente en peligro su salud para detener esa carrera por rendir y alcanzar un éxito que no reconoce límites⁵. La conciencia de los propios límites es equivalente a poder sostener los recursos que aseguran una adaptación creativa al trabajo⁵. Es llamativo que a nuestra cultura del tener y ser exitoso no le preocupe la sobreadaptación como trastorno. No está significada esta modalidad de personalidad laboral desde la negatividad como sí sucede con la inadaptación⁵. Ambas modalidades de personalidad inauténtica cursan con sufrimiento, expresando una no lograda integración personal consigo mismo o con el mundo o con ambos⁵. En la presente investigación, que tiene como protagonistas a jóvenes residentes del Hospital Italiano de Buenos Aires, intentaremos sumergirnos en el marco teórico de la Dra. Pérez Jáuregui (2005 y 2015), evaluando en ellos 3 constructos psicológicos: el síndrome de *burnout*, la presencia de sentido y metas en la vida, y el proyecto de vida laboral. ¿Podremos encontrar residentes que sufran del síndrome de *burnout* con una perturbación existencial tan importante

que produzca una percepción de falta de sentido y metas en la vida? La relación entre estos 2 constructos ¿será habitual y significativa? A su vez, los residentes con síndrome de BO ¿tendrán realmente proyectos de vida laboral inauténticos? Encontrar una relación importante entre estas variables confirmaría los fundamentos conceptuales de la Dra. Pérez Jáuregui y, por lo tanto, nos acercaría a sus propuestas de intervención psicológica que se encuentran en el marco de la logoterapia clínica, para mejorar la calidad de vida y educativa de los residentes. Este trabajo intenta construir un puente, a través del uso de diferentes escalas cuantitativas, entre las investigaciones psicológicas cualitativas de la logoterapia y la comunidad médica.

OBJETIVOS

- A) Evaluar la relación entre el síndrome de *burnout*, el sentido de la vida y el proyecto de vida laboral en los programas de residencia del Hospital Italiano de Buenos Aires.
 B) Evaluar la correlación entre las subescalas del “Maslach Burnout Inventory”, el “PIL Test”, y la escala de proyecto de vida laboral de la Dra. Isabel Pérez Jáuregui.
 C) Conocer la prevalencia de los residentes con síndrome de *burnout*, ausencia de sentido y metas en la vida, y proyectos de vida laboral inauténticos.

Población y métodos

Población diana

Médicos residentes.

Población accesible

Médicos residentes de los programas de residencia de hospitales que se encuentren en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Muestra del estudio

Médicos residentes de los programas de residencia del Hospital Italiano de Buenos Aires, durante diciembre de 2017 y enero de 2018.

Criterios de elegibilidad

A) Criterios de inclusión:

- Médicos residentes del Hospital Italiano de Buenos Aires, de la sede central o de la sede de San Justo.
- Trabajo exclusivo en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

B) Criterios de exclusión:

- Negativa a participar.
- Reincorporación por haber estado de vacaciones en las últimas 2 semanas.
- Estar después de guardia en el momento de llenado de la encuesta.

Diseño

Estudio de corte transversal, observacional.

Variables para evaluar

1) *Burnout*: se utilizó el test de evaluación “Maslach Burnout Inventory” (MBI) de C. Maslach adaptado en la Argentina por M. C. Neira⁵ (Anexo, cuestionario A, ver versión en línea). Cuenta con 22 ítems, con un puntaje en una escala de Likert entre 0 y 6. Maslach considera que el síndrome comprende 3 escalas:

A. Escala de agotamiento emocional (AE) compuesta por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, y 20): significa la posibilidad de estar abrumado, sobrepasado, exhausto y agotado emocionalmente respecto del trabajo. Puntuación máxima posible: 54 puntos. Es significativa de presencia de *burnout* cuando se obtienen puntajes mayores de 21.

B. Escala de despersonalización (DP) compuesta por 5 ítems (5, 10, 11, 15, y 22): implica impersonalidad en el trato hacia las personas que asiste, insensibilidad, indiferencia, hostilidad, cinismo, frialdad, distancia, no empatía. Puntuación máxima: 30 puntos. Es significativo de presencia de *burnout* cuando se obtienen puntajes mayores de 6.

C. Escala de realización personal (RP) compuesta por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, y 21): expresa percepción de eficiencia, realización laboral, autoevaluación y autoconcepto positivo. Puntuación máxima: 48 puntos. La obtención de puntajes menores de 36 son indicadores significativos del síndrome.

Se definió la presencia del síndrome de *burnout* si el puntaje correspondiente a cada residente fue superior a 21 en la escala de AE, superior a 6 en la escala de DP, e inferior a 36 en la escala de RP.

2) Sentido de la vida/vacío existencial: se evaluó a través de la parte A cuantitativa del PIL Test (“Purpose in Life Test”, de Crumbaugh y Maholick, 1964), el test logoterapéutico de mayor uso y difusión en el mundo⁸, que cuenta con 20 ítems tipo Likert del 1 al 7 entre 2 sentimientos extremos (Anexo, cuestionario B, ver versión en línea). El rango de puntuación obtenida es de 20 a 140 puntos. Las puntuaciones del PIL indican mayor sentido de la vida cuanto más altas son. Los puntos de corte usualmente aceptados para evaluar la presencia/ausencia de sentido de la vida en población de habla española según la baremación realizada por María de los Ángeles Noblejas en España son: a) puntuación inferior a 90: indica la falta de un claro sentido, b) puntuación entre 90 y 105: zona de indefinición respecto del sentido de la vida y c) puntuación superior a 105: presencia de metas y sentido de la vida⁹. En términos prácticos, en nuestra investigación se dicotomizó esta variable en puntuación superior a 105: presencia de metas y sentido de la vida, y puntuación igual a 105 o menor: falta de un claro sentido o zona de indefinición respecto del sentido de la vida.

3) Proyecto de vida laboral: se utilizó el cuestionario de proyecto de vida laboral diseñado en la Argentina por la Dra. Isabel Pérez Jáuregui, que cuenta con 12 ítems tipo Likert del 1 al 4⁷ (Anexo, cuestionario C, ver versión en línea). Puntuación máxima: 48 puntos. Puntaje de 36 a 48:

proyecto de vida laboral auténtico, menor de 36: indicador de inautenticidad. Si el residente obtuvo puntajes inferiores a 36, se completará la evaluación con 10 preguntas en forma afirmativa o negativa, para clasificar el proyecto de vida laboral inauténtico como con sobreadaptación (respuestas afirmativas a las preguntas 1 al 5) o inadaptación (respuestas afirmativas a las preguntas 6 a 10) (Anexo, cuestionario D, ver versión en línea).

- 4) Edad
- 5) Sexo
- 6) Sede en la que trabaja
- 7) Especialidad
- 8) Año de residencia

Recolección de datos y aspectos éticos

El estudio se realizó en el Hospital Italiano de Buenos Aires, tanto en la sede central como en la sede de San Justo, durante diciembre de 2017 y enero de 2018 hasta lograr el tamaño muestral calculado en el próximo apartado. Se confeccionó un cuestionario que fue autoadministrado, anónimo y de respuesta voluntaria. Se aseguró la confidencialidad de los datos. Se incorporaron los programas de residencia de la institución que aceptaron participar en el estudio. Los instrumentos fueron entregados y recuperados por los jefes de residentes respectivos manteniendo las condiciones de anonimato y entregados posteriormente a los autores para el análisis. Los residentes que presentaron alguna alteración en alguna o varias de las escalas evaluadas fueron notificados por el autor, quien puso a su disposición el Servicio de Psicopatología del Hospital Italiano de Buenos Aires. El trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Tamaño muestral y procedimiento de muestreo

El muestreo fue por conveniencia consecutivo hasta llegar al tamaño muestral calculado. Para el objetivo de identificar factores asociados al síndrome de *burnout* se planeó ajustar simultáneamente por 2 variables independientes (sentido de la vida y proyecto de vida laboral). Considerando la regla del pulgar, se debieron incluir al menos 10 eventos de *burnout* por cada variable: $10 \times 2 = 20$ *burnouts*. Con una frecuencia esperada del 20%, para detectar al menos 20 *burnouts* se requirió incluir a 100 residentes.

Análisis estadístico

El análisis de datos se inició con el cálculo de estadísticas descriptivas. La descripción se hizo mediante distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas. Se utilizó como medida de asociación el *odds ratio* con sus intervalos de confianza del 95%. Se continuó con el análisis multivariado a través de un modelo de regresión logística para calcular el OR ajustado por las variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis univariado.

Se evaluó la asociación entre categorías con la prueba de Chi cuadrado o exacta de Fisher según supuestos. Para los datos continuos se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Se consideraron estadísticamente significativas las probabilidades menores del 5%. El análisis estadístico se realizó con el *software* STATA versión 14®.

RESULTADOS

Aceptaron participar de la investigación 6 programas de residencia del Hospital Italiano de Buenos Aires (Clínica Médica, Pediatría, Medicina Familiar, Cardiología, Terapia Intensiva y Ginecología). Se completaron 104 encuestas. El cálculo de estadísticas descriptivas, que permiten conocer las características generales de la muestra y estimar la prevalencia de los residentes con síndrome de *burnout*, falta de sentido y metas en la vida, y proyecto de vida laboral inauténtico, se expone en el cuadro 1.

Según la definición adoptada para *burnout* tomando en cuenta que las tres subescalas deben dar alteradas, 30 encuestados (28,8%) presentaban valores compatibles con el síndrome. Los resultados de la evaluación del BO se muestran en el cuadro 2.

En la muestra estudiada se hallaron 19 residentes (18,3%) con falta de un claro sentido o en una zona de indefinición con respecto al sentido de la vida. Los resultados del PIL Test se muestran en el cuadro 3.

En cuanto al proyecto de vida laboral de los encuestados, 32 residentes (30,8%) demostraron tener un proyecto de vida laboral inauténtico. Los resultados del cuestionario de la Dra. Isabel Pérez Jáuregui se detallan en el cuadro 4. De los 32 residentes que presentaron un proyecto de vida laboral inauténtico, 28 pudieron caracterizarse como inauténticos con sobreadaptación.

Luego de dividir la muestra según la presencia o la ausencia de BO, las 2 poblaciones mostraron diferencias significativas en la evaluación de la especialidad, de la falta de sentido y metas en la vida, y del proyecto de vida laboral inauténtico (Cuadro 5). Al menos en la presente muestra, en estas 3 variables se puede rechazar la hipótesis nula y asumir que existe una relación entre ellas y el síndrome de *burnout*, objetivo principal del trabajo.

La falta de sentido y metas en la vida mostró un *odds ratio* de 17,50 (con un intervalo de confianza 95% de 5,08-60,22) para la presencia de *burnout*. Cuando se calculó el *odds ratio* ajustado por proyecto de vida laboral inauténtico, este resultó ser de 6,28 (con un intervalo de confianza 95% de 1,46-26,99 y valor p de 0,0135). Es decir, al tener en cuenta la variable confundidora "proyecto" en el análisis, el *odds ratio* bajó de 17,50 a 6,28, aunque continúa siendo estadísticamente significativo (Cuadro 6). El proyecto de vida laboral inauténtico mostró un *odds ratio* de 17,60 (con un intervalo de confianza 95% de 6,16-50,21) para la presencia de *burnout*. Cuando se calculó el *odds ratio* ajustado por falta de sentido y metas en la

Cuadro 1. Características generales de la muestra (n = 104)

Variable	Categorías	Número (%) de residentes
Edad	28 años o menor	64 (61,5)
Sexo	Femenino	67 (64,4)
Sede	Central	80 (76,9)
Año de residencia	Primero	39 (37,5)
	Segundo	19 (18,3)
	Tercero	22 (21,2)
	Cuarto	15 (14,4)
	Quinto	8 (7,7)
	Sexto	1 (1)
Especialidad	Clínica Médica	56 (53,8)
	Ginecología	5 (4,8)
	Medicina Familiar	5 (4,8)
	Pediatría	15 (14,4)
	Terapia Intensiva	8 (7,7)
	Cardiología	15 (14,4)
Residentes con agotamiento (subescala del MBI)		64 (61,5)
Residentes con despersonalización (subescala del MBI)		61 (58,7)
Residentes con alteración de la realización (subescala del MBI)		47 (45,2)
Residentes con síndrome de <i>burnout</i> (MBI)		30 (28,8)
Residentes con falta de sentido y metas en la vida (PIL Test)		19 (18,3)
Residentes con proyecto de vida laboral inauténtico (Pérez Jáuregui)		32 (30,8)

Cuadro 2. Resultados del MBI

Subescalas	Media	Mediana	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Percentiles 25-75
Agotamiento	24,14	24	6	44	17,0-31,0
Despersonalización	8,52	8	0	24	4,0-12,0
Realización	35,97	37	19	47	33,0-40,0

Cuadro 3. Resultados del PIL Test

Escala	Media	Mediana	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Percentiles 25-75
PIL Test	114,1	116	74	135	108,25-123,00

vida, este resultó ser de 9,57 (con un intervalo de confianza 95% de 3,05-29,99 y valor p de 0,0001). Es decir, al tener en cuenta la variable confundidora sentido y metas en el análisis, el *odds ratio* bajó de 17,60 a 9,57, aunque

continúa siendo estadísticamente significativo (Cuadro 6). Si bien los resultados hasta el momento se presentan considerando el síndrome de *burnout* como variable dependiente, y la falta de sentido y metas en la vida y el proyecto de

Cuadro 4. Resultados del cuestionario de la Dra. Isabel Pérez Jáuregui

Escala	Media	Mediana	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Percentiles 25- 75
Cuestionario de proyecto de vida laboral	36,54	36,5	25	45	35-39

Cuadro 5. Muestra según la presencia de síndrome de *burnout* (n = 104)

Variable	Número (%) de residentes CON <i>burnout</i>	Número (%) de residentes SIN <i>burnout</i>	Significación p < 0,05 (Chi cuadrado)
Sexo			p = 0,4494
Femenino	21 (31,3)	46 (68,7)	
Masculino	9 (24,3)	28 (75,7)	
Sede			p = 0,2859
San Justo	9 (37,5)	15 (62,5)	
Central	21 (26,3)	59 (73,8)	
Año de residencia			p = 0,7825
Primero	11 (28,2)	28 (71,8)	
Segundo	6 (31,6)	13 (68,4)	
Tercero	6 (27,3)	16 (72,7)	
Cuarto	6 (40)	9 (60)	
Quinto	1 (12,5)	7 (87,5)	
Sexto	0 (0)	1 (100)	
Especialidad			p = 0,007
Clínica Médica	23 (41,1)	33 (58,9)	
Ginecología	0 (0)	5 (100)	
Medicina Familiar	2 (40)	3 (60)	
Pediatría	0 (0)	15 (100)	
Terapia Intensiva	0 (0)	8 (100)	
Cardiología	5 (33,3)	10 (66,7)	
Falta de sentido y metas en la vida			p < 0,001
SÍ	15 (78,9)	4 (21,1)	
NO	15 (17,6)	70 (82,4)	
Proyecto de vida laboral inauténtico			p < 0,001
SÍ	22 (68,8)	10 (31,3)	
NO	8 (11,1)	64 (88,9)	

vida laboral inauténtico como variables independientes, esto podría no ser del todo cierto considerando el marco conceptual de la Dra. Pérez Jáuregui.

Por ejemplo, si consideráramos la falta de sentido y metas en la vida como variable dependiente, la presencia del síndrome de *burnout* mostró un *odds ratio* crudo de 17,50 (IC 95% 5,08-60,22) y un *odds ratio* ajustado de 6,28 (IC 95%

1,46-26,99 y valor de p 0,013) para la presencia de falta de sentido y metas en la vida, mientras que la presencia de un proyecto de vida laboral inauténtico mostró un *odds ratio* crudo de 23 (IC 95% 5,98-88,52) y un *odds ratio* ajustado de 10,24 (IC 95% 2,13-49,20 y valor de p 0,003) para la presencia de esta misma variable. Tanto los *odds ratio* crudos como los ajustados son estadísticamente significativos.

Cuadro 6. Odds ratio crudo y ajustado

Variables	OR	IC 95%	OR ajustado	IC 95%
Falta de sentido y metas en la vida/ síndrome de <i>burnout</i>	17,50	5,08-60,22	6,28	1,46-26,99
Proyecto de vida laboral inauténtico/ síndrome de <i>burnout</i>	17,60	6,16-50,21	9,57	3,05-29,99

Cuadro 7. Correlación entre las 3 subescalas del MBI, el PIL Test, y el proyecto de vida laboral

Subescalas del MBI	PIL Test	Proyecto de vida laboral
Agotamiento	-0,414	-0,452
Despersonalización	-0,538	-0,425
Realización	0,639	0,615

Todas las correlaciones de este cuadro son significativas al nivel 0,01.

Un comportamiento similar se observó en los *odds ratio* crudos y ajustados, cuando se consideró el proyecto de vida laboral inauténtico como variable dependiente.

Al evaluar la correlación entre las subescalas del MBI con el PIL Test y la escala de proyecto de vida laboral, se encontró una correlación negativa entre agotamiento y despersonalización con el PIL Test y la escala de proyecto de vida laboral, y una correlación significativa positiva entre realización y estas dos últimas (Cuadro 7).

DISCUSIÓN

Uno de los primeros datos que impresionan es la alta prevalencia del síndrome de *burnout* en algunos programas de residencia del Hospital Italiano de Buenos Aires, que resultó ser de un 28,8%, es decir que casi uno de cada tres residentes padece el problema. Esta prevalencia es aún mayor que la informada en el trabajo de Julián Llera y Eduardo Durante (2014) en la misma institución durante el año 2013 (19,6%). Cabe destacar que, aunque ambas investigaciones evaluaron predominantemente especialidades clínicas y utilizaron una definición estricta de *burnout* debiendo presentar tres de tres dimensiones positivas para considerar la presencia del síndrome, los puntos de corte de estas fueron más altos en el trabajo previamente citado (agotamiento mayor de 26 puntos, despersonalización mayor de 9 puntos y falta de realización personal menor de 34 puntos). Esto pone de manifiesto una vez más la gran variabilidad en la prevalencia del síndrome de *burnout* en las diferentes publicaciones, que no depende solo de las características dispares de la muestra sino también de

la utilización de diferentes escalas validadas y puntos de corte de las dimensiones que lo componen.

La prevalencia de vacío existencial en la muestra también es llamativa. Un 18,3% de los residentes presentan falta de sentido y metas en la vida. De los 19 residentes que presentan esta alteración, 15 cumplen a su vez los criterios del síndrome de *burnout*.

Finalmente, la prevalencia de residentes con proyectos de vida laboral inauténticos predominantemente con sobreadaptación es del 30,8%. De los 32 residentes con este tipo de proyecto, 22 cumplen a su vez los criterios del síndrome de *burnout*.

Los resultados de la investigación apoyan los fundamentos conceptuales del síndrome de *burnout* de la Dra. Isabel Pérez Jáuregui, y, como consecuencia, esto nos abre las puertas a sus propuestas de intervención psicológica en el marco de la logoterapia clínica para la mejora de la calidad de vida y educativa de los residentes.

En este estudio cuantitativo de corte transversal podemos asumir que una falta de sentido y metas en la vida y un proyecto de vida laboral inauténtico con sobreadaptación tienen una relación significativa con el síndrome de BO ($p < 0,01$), y que la presencia de cualquiera de estas alteraciones aumenta en casi 18 veces (*odds ratio* crudo) la probabilidad de manifestar el síndrome comparado con aquellos que no las presentan. Cuando se tuvieron en cuenta las variables confundidoras en el análisis, los *odds ratio* ajustados de falta de sentido y metas en la vida (6,28) y proyecto de vida laboral inauténtico (9,57) para la presencia del síndrome de BO continuaron siendo estadísticamente significativos. Como es bien sabido, una de las desventajas de los estudios de corte transversal es que la información sobre los factores de riesgo y los eventos es simultánea, lo que impide interpretar la relación causa-efecto. Si bien es cierto que los constructos sentido y metas en la vida y proyecto de vida laboral fueron presentados como factores de riesgo, y el síndrome de BO como evento de interés, la direccionalidad de tal interacción es imposible de determinar con este diseño. De hecho, existe una posibilidad cierta de que los 2 primeros constructos psicológicos formen parte y definan el síndrome de *burnout*. Es la misma Pérez Jáuregui (2005) quien considera que la pérdida o ausencia del sentido de la vida es el denominador más común de todas las formas

de perturbación emocional, y que el síndrome de *burnout* no es ni más ni menos que una modalidad laboral sobreadaptada. Los constructos a los que nos referimos pueden ser causa o consecuencia del otro, o incluso pueden ser partes indisolubles de un todo, pero no puede ser negada su poderosa relación.

Estas últimas palabras son apoyadas por los resultados del apartado anterior, en el cual se realiza un análisis estadístico considerando cada uno de los 3 constructos como variables tanto dependientes como independientes. Sin importar como sean clasificados, la existencia de cualquiera de ellos aumenta la probabilidad en forma significativa de la presencia de los otros.

Al evaluar la correlación entre las escalas cuantitativas utilizadas en el trabajo pudimos determinar que las subescalas del MBI agotamiento y despersonalización se correlacionaron negativamente con el PIL Test y la escala de proyecto de vida laboral (mayores puntajes en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización se correlacionaron con menores puntajes en el PIL Test y, por lo tanto, con un alto nivel de frustración existencial, y menores puntajes en la escala de proyecto de vida laboral y, por lo tanto, con proyectos inauténticos principalmente con sobreadaptación). Con respecto a la subescala de realización se correlacionó positivamente en forma significativa con estas dos últimas (mayores puntajes en la dimensión de realización personal se correlacionaron con mayores puntajes en el PIL Test y, por lo tanto, con un alto sentido existencial, y mayores puntajes en la escala de proyecto de vida laboral y, por lo tanto, con proyectos auténticos vinculados con la salud y la integración de la personalidad al mundo y del mundo hacia la persona). Las correlaciones analizadas son una muestra más de la indudable relación entre los 3 constructos.

Los resultados de esta investigación son consistentes con los publicados por otros autores. La tesis de doctorado *Burnout, Resiliencia, y Frustración Existencial en el personal de la administración y servicios de la Universidad de Zaragoza* de José María Sánchez Gómez (2015) es un buen ejemplo. Concluye que la comprensión significativa de la propia existencia, o la ausencia de frustración existencial, es un elemento modulador en la resistencia ante el estrés en general y el *burnout* en particular.

Según Längle (2006), el *burnout* conduce inexorablemente a un sentimiento de vacío existencial generalizado debido a la persistente falta de energía psicosomática, la cual termina extendiéndose desde el ámbito laboral a la esfera privada, social y familiar; el *burnout* es, en definitiva, una forma especial y leve de vacío existencial.

Karazmann y cols. (1994) llevaron a cabo una investigación que trató de analizar la relación que había entre el *burnout* y el sentido existencial, en una muestra de 271 médicos en Austria. En dicho estudio en el que fue aplicado el MBI-HSS se concluyó que los médicos que tenían un alto sen-

tido existencial o un bajo nivel de frustración existencial, en su vida personal privada y profesional, tenían también una significativa menor predisposición para el *burnout* que la media muestral. Los médicos que puntuaron alto en frustración existencial mostraron una mayor propensión al *burnout*, puntuando alto en las dimensiones cansancio emocional y despersonalización y moderadamente normal en realización personal.

La presente investigación realizada a través de escalas cuantitativas es una muestra más de la solidez teórica expuesta por la Dra. Pérez Jáuregui (2005 y 2015), e intenta construir un puente entre las investigaciones cualitativas del mundo psicológico (muchas veces difíciles de leer e interpretar por otros profesionales de la salud que no desempeñan sus funciones en departamentos de psicopatología) y la comunidad médica más habituada a leer este tipo de diseños. Nos invita a pensar que sus propuestas de intervención psicológica logoterapéutica mantienen la misma fortaleza, aunque no hayan sido evaluadas en este trabajo, y podrían mejorar no solo la calidad de vida de los residentes sino también su aprendizaje en los diferentes programas del hospital.

El marco teórico de la Dra. Pérez Jáuregui (2005 y 2015) puede ubicarse dentro de la psicoterapia con orientación logoterapéutica, logoterapia clínica, o psicoterapia centrada en el sentido. En los últimos años, el sentido de la vida ha sido de gran interés para clínicos e investigadores, quienes han sido testigos de su influencia en la salud pues parece tener un fuerte impacto en las emociones, pensamientos y comportamientos de la gente relacionados con resultados positivos¹³. El sentido de la vida suele estar inversamente relacionado con el efecto negativo, mayores niveles de desesperanza, susceptibilidad al aburrimiento, sufrimiento psicológico general, el estrés, la ansiedad, el neuroticismo, siendo tal vez la depresión la relación inversa que más se ha encontrado, aspecto de importante atención si se tiene en cuenta que las personas con bajos niveles de sentido de vida informan mayor ideación suicida y adicciones¹³. La Dra. Isabel Pérez Jáuregui (2005) insiste en que no existe ninguna medida paliativa o terapéutica que por sí sola sea suficiente para abordar con eficacia el síndrome de estrés laboral y *burnout*, y que los programas de intervención para lograr resultados a corto, mediano y largo plazo deben procurar modificaciones y cambios en los distintos niveles que interactúan en la construcción de este trastorno: individual, grupal, organizacional y contextual. El fin último de los programas es fortalecer las potencialidades de las personas y las organizaciones no solo para mantenerse vivos, sino para crecer, desarrollarse y hallar que el trabajo se reviste de sentido⁵. Finalmente, concluye que es importante reconocer que nuestro cuerpo y psiquis tienen límites, y que prevenir y evitar el *burnout* requieren encontrar y afirmar la conciencia de los límites y bordes para no extralimitarnos ni desbordarnos⁵. Aceptar el límite es hacer lo posible⁵.

CONCLUSIÓN

En los médicos residentes de la muestra se encontró una relación estadísticamente significativa entre los constructos psicológicos síndrome de *burnout*, vacío existencial y proyecto de vida laboral inauténtico con sobreadaptación. Si bien es difícil definir con este tipo de diseño la relación causa-efecto entre los constructos, la presencia de cualquiera de ellos aumenta la probabilidad de manifestar los otros dos en forma estadísticamente significativa, puesto en evidencia por los *odds ratio* crudos y ajustados.

Además, en esta investigación pudimos determinar que las subescalas del MBI agotamiento y despersonalización se correlacionaron negativamente con el PIL Test y la Escala de proyecto de vida laboral de la Dra. Isabel Pérez Jáuregui, mientras que la subescala de realización se correlacionó positivamente en forma significativa con estas dos últimas.

Por lo expuesto anteriormente, existen fundamentos para pensar que la logoterapia podría ser una herramienta com-

plementaria de valor para disminuir y prevenir el *burnout* en los programas de residencia del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Desde el currículo podría ser aplicada en los ya conocidos grupos de reflexión coordinados por psicólogos, dado que ellos apuntan, entre otras cosas, a reconocer y registrar ciertas situaciones de malestar que a veces se vuelven un ingrediente natural de la tarea. Permiten destrabar situaciones que juegan en contra de una reorganización creadora y promueven la recuperación de la creatividad en el sujeto y grupo institucional.

En los grupos de reflexión se enfatiza el redescubrimiento de los recursos propios de los participantes y del conjunto, para encontrar respuestas nuevas y creativas a problemas comunes. Esto conlleva el afloramiento de sentimientos de solidaridad y ayuda mutua, y un cambio en la calidad de vida. Por lo tanto, terminan siendo un dispositivo de aprendizaje, capacitación, saneamiento y prevención institucional¹⁴.

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

REFERENCIAS

- Jennings ML, Slavin SJ. Resident Wellness Matters: Optimizing Resident Education and Wellness Through the Learning Environment. *Acad Med* 2015; 90:1246-50.
- Llera J, Durante E. Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario. *Arch Argent Pediatr*. 2014; 112(1):e6-e11.
- Zis P, Anagnostopoulos F, Sykioti P. Burnout in Medical Residents: A Study Based on the Job Demands-Resources Model. *The Scientific World Journal* [Internet]. 2014 [citado 2017 may 6]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/673279>
- McCray LW, Cronholm PF, Bognner HR, Gallo JJ, Neil RA. Resident Physician Burnout: Is There Hope? *Fam Med*. 2008; 40 (9):626-32.
- Pérez Jáuregui I. Estrés laboral y síndrome de Burn-out: sufrimiento y sinsentido en el trabajo. Estrategias para abordarlos. Buenos Aires: Psicoteca Editorial; 2005.
- Frankl V. El hombre en busca de sentido. 3.^a edición y 5.^a impresión. Barcelona: Herder; 2017.
- Pérez Jáuregui I. Proyectos de vida y liderazgos auténticos: técnicas de evaluación. 1.^a ed ampliada. Buenos Aires: Psicoteca Editorial; 2015.
- Martínez Ortiz E, Trujillo Cano AM, Trujillo CA. Validación del Test de Propósito Vital (PIL TEST – PURPOSE IN LIFE TEST) para Colombia. *Rev Argent Clin Psicol*. 2012; 21(1):85-93.
- Noblejas de la Flor MA. Logoterapia. Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del “logro interior de sentido”. Tesis de doctorado. Universidad Complutense de Madrid [Internet]. Facultad de Educación. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. 1994 [citado 2017 May 8]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/3776/1/T19896.pdf>
- Sánchez Gómez JM. Burnout, Resiliencia, y Frustración Existencial en el personal de la administración y servicios de la Universidad de Zaragoza. Tesis de doctorado. Universidad de Salamanca [Internet]. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. 2015 [citado 2018 en 5]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/128818>
- Länge A. El Burnout (desgaste profesional), sentido existencial y posibilidades de prevención. *Revista de Psicología*. 2006; 2(3):5-27.
- Karazmann R. Das Burnout-Syndrom. Phänomenologie, Verlauf, Vergleich. Vortrag an der österreichischen van Swieten-Tagung vom. 1994; 27(10).
- Martínez Ortiz E. Manual de psicoterapia con enfoque logoterapéutico. Bogotá D.C.: El Manual Moderno (Colombia) Ltda; 2013.
- Edelman L, Kordon D. Los grupos de reflexión como espacios intermediarios para la articulación psicosocial. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*. 1996; 19(1):191-217.

Importancia del seguimiento de lesiones melanocíticas con dermatoscopia digital para el diagnóstico temprano de melanoma

María Julia Cura, Karen Y. Cueto Sarmiento, María Luz Bollea Garlatti, Florencia Gallo, Rosa M. Rodrigues Vasconcelos, Paula A. Enz, María Victoria Rodríguez Kowalczuk y Luis D. Mazzuocolo

RESUMEN

La dermatoscopia digital es una herramienta que permite el diagnóstico de melanomas en estadios tempranos, por medio del seguimiento de las lesiones pigmentarias a largo plazo.

Se comunican tres casos de pacientes con alto riesgo de melanoma, en los cuales –a través del seguimiento con dermatoscopia digital– se realizó el diagnóstico de la enfermedad mediante la detección de cambios morfológicos, arquitecturales y de pigmentación de las lesiones estudiadas.

Palabras clave: dermatoscopia digital, melanoma.

THE IMPORTANCE OF DIGITAL DERMOSCOPY IN FOLLOW-UP OF MELANOCYTIC LESIONS TO THE EARLY DIAGNOSIS OF MELANOMA

ABSTRACT

Digital dermoscopy is a tool that allows the early diagnosis of melanomas, through the long-term follow up of pigmentary skin lesions.

We report three cases of patients with high-risk of melanoma, in which the diagnosis had been made by morphological, architectural and pigmentary changes observed by the digital dermoscopy follow-up.

Key words: digital dermoscopy, melanoma.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(3): 105-109.

INTRODUCCIÓN

La dermatoscopia, también conocida como microscopia de epiluminiscencia, es una herramienta diagnóstica no invasiva, de utilidad en el diagnóstico temprano del melanoma. Permite el análisis de estructuras que se encuentran ocultas al examen clínico y evita escisiones innecesarias de lesiones benignas¹⁻⁵.

La dermatoscopia digital –de la cual son pioneros Stolz, Schiffner y cols.⁶– brinda la posibilidad de grabar y almacenar las imágenes de las lesiones pigmentadas, para luego recuperarlas y realizar seguimiento longitudinal. De este modo permite identificar melanomas en estadios tempranos, que se caracterizan por la ausencia de rasgos clínicos y/o dermatoscópicos específicos, sugestivos de lesiones malignas^{7,8}.

En esta oportunidad comunicamos tres casos de diagnóstico temprano de melanoma, por escisión de lesiones, que presentaron cambios en el seguimiento dermatoscópico digital.

CASO CLÍNICO 1

Paciente de sexo femenino, de 54 años, con antecedente familiar paterno de melanoma y múltiples nevos atípicos. Luego del control clínico y dermatoscópico manual se solicitó dermatoscopia digital y se evidenció una lesión simétrica, con múltiples glóbulos de pigmento irregulares, localizada en pierna izquierda (Fig. 1A). Se sugirió reevaluación de todas las lesiones en 6 meses.

En la dermatoscopia digital de control, la lesión descrita evidenció los siguientes cambios: asimetría, áreas rosadas desestructuradas, velo azul blanquecino central, más de cuatro colores, crisálidas y glóbulos periféricos irregulares en tamaño (Fig. 1B).

Se realizó escisión local de la lesión, cuyo estudio histopatológico fue compatible con melanoma extensivo superficial, Breslow 0,25 mm, Clark II.

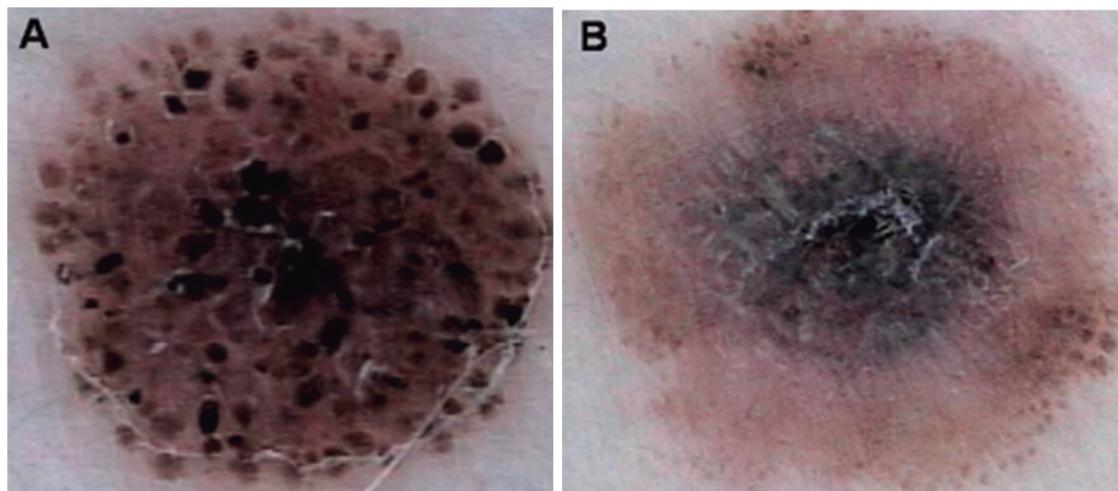


Figura 1. A. Imagen dermatoscópica que evidencia lesión simétrica, con múltiples glóbulos de pigmento irregulares. **B.** Control dermatoscópico a los 6 meses, que muestra asimetría, áreas rosadas desestructuradas, velo azul blanquecino central, más de cuatro colores, crisálidas y glóbulos periféricos irregulares.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de sexo masculino y 54 años, con antecedente personal de melanoma extensivo superficial fino en pierna derecha y tronco, melanoma *in situ* en región supraclavicular derecha y una hermana afectada por la misma enfermedad.

Luego de la resolución quirúrgica de las lesiones se realizó seguimiento clínico, dermatoscópico manual y con dermatoscopia digital.

En la dermatoscopia digital se destacó, entre las múltiples lesiones melanocíticas observadas, la presencia de una lesión asimétrica con eritema perilesional de distribución irregular, localizada en flanco izquierdo (Fig. 2A). A los 7 meses, la lesión presentó aumento de tamaño asimétrico, red negativa, más de cuatro colores y eritema acentuado y focalizado en un sector de la lesión (Fig. 2B).

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de melanoma extensivo superficial, Breslow 0,5 mm, Clark III.

CASO CLÍNICO 3

Paciente de sexo femenino y 64 años, con múltiples lesiones melanocíticas asimétricas. Se realizó control clínico, con dermatoscopia manual y digital.

Se observó lesión pigmentada, asimétrica, con patrón reticular, localizada en brazo izquierdo (Fig. 3A). Se sugirió nuevo estudio de control en 6 meses para seguimiento, pero la paciente regresó luego de 20 meses.

En esta oportunidad se objetivaron cambios en la lesión previamente descrita, observándose área desestructurada con velo azul blanquecino, puntos azul-grises, área blanca compatible con regresión, eritema y más de cinco colores

(Fig. 3B). Se realizó escisión y la histopatología fue compatible con melanoma *in situ*.

COMENTARIOS

Diferenciar las lesiones melanocíticas atípicas de los melanomas incipientes es un verdadero desafío, de importancia en el pronóstico de los pacientes y posible con las estrategias de seguimiento por dermatoscopia digital⁹. En el seguimiento a largo plazo, que se realiza entre los 6 y 12 meses, es posible objetivar cambios significativos en la morfología, arquitectura y pigmentación^{4,10,11}. Así, las lesiones que presentan aumento focal del tamaño, cambios focales en la pigmentación, aparición de nuevos colores o nuevas estructuras como puntos negros de distribución irregular, pseudópodos, red irregular y prominente de pigmento o rasgos de regresión tienen indicación de escisión^{12,13} (Cuadro 1). Esta estrategia permite el diagnóstico de melanomas de crecimiento lento⁵.

El seguimiento a corto plazo es el que se realiza luego de 3 meses y en el que los cambios en las lesiones pigmentarias se consideran sugestivos de melanoma, con la excepción de las modificaciones de color inducidas por la exposición solar¹⁸.

Se describen múltiples factores de riesgo asociados al desarrollo de melanoma: fototipo I, numerosas efélides, ojos azules, pelirrojos, antecedentes de quemaduras solares, exposición solar intermitente, más de 100 nevos melanocíticos, más de 5 nevos atípicos, antecedentes de lesiones cutáneas premalignas, de cáncer de piel no melanoma o melanoma previo, antecedentes familiares de melanoma y tratamiento con inhibidores de BRAF¹⁹⁻²². Haenssle y cols.

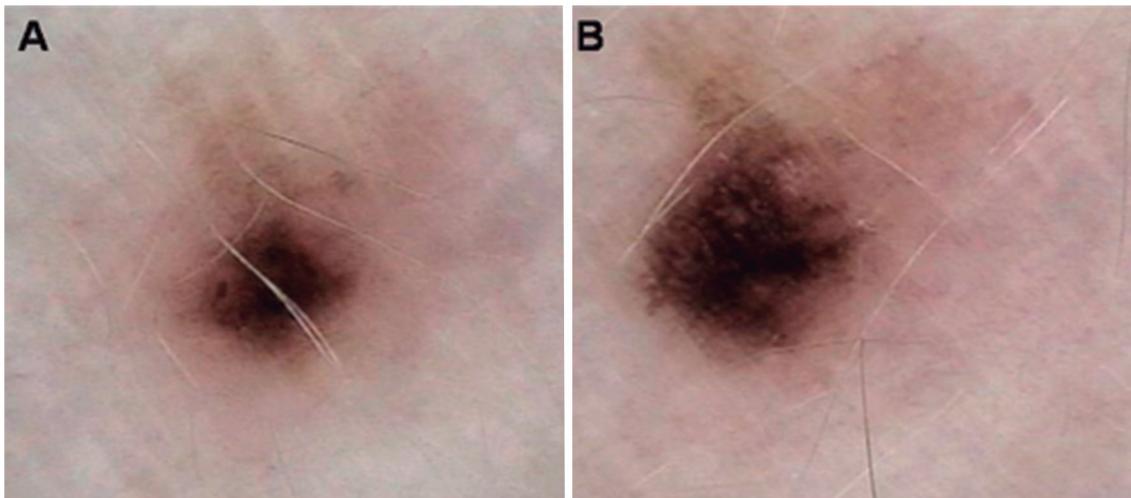


Figura 2. A. Imagen dermatoscópica de lesión asimétrica con eritema perilesional de distribución irregular. **B.** Dermatoscopia de control a los 7 meses que evidencia lesión con aumento de tamaño asimétrico, red negativa, más de cuatro colores y eritema acentuado y focalizado en un sector.

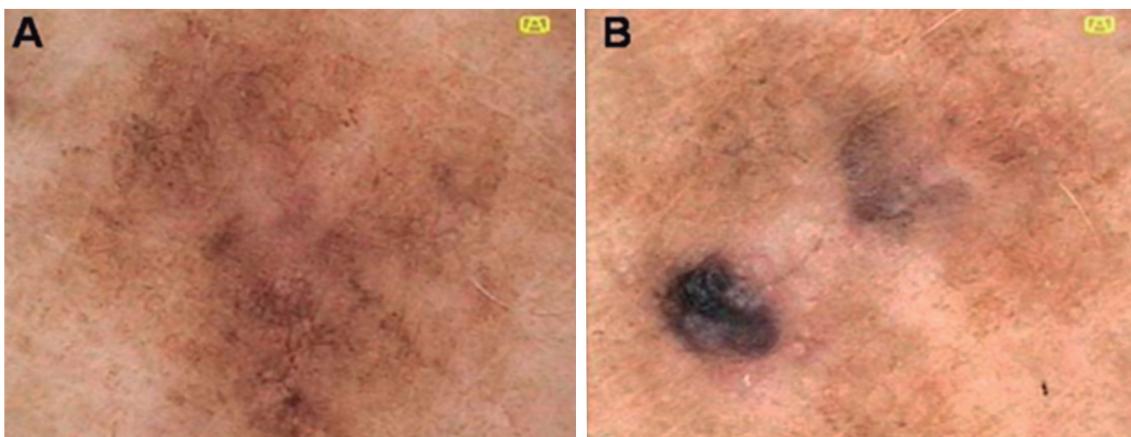


Fig. 3. A. Lesión pigmentada, asimétrica, con patrón reticular. **B.** Control, a los 20 meses, de lesión con área desestructurada, velo azul blanquecino, puntos azul-grises, área blanca compatible con regresión, eritema y más de cinco colores.

demonstraron beneficio con el seguimiento dermatoscópico digital a largo plazo en pacientes con síndrome del nevo atípico, que son aquellos que presentan más de 50 nevos comunes y más de 3 nevos atípicos. También se observó beneficio en aquellos con síndrome de melanoma familiar con nevos atípicos múltiples, quienes presentan antecedentes familiares de dos o más melanomas en parientes de primero o segundo grado junto con características de síndrome del nevo atípico. Por el contrario, aquellos con múltiples nevos melanocíticos, en ausencia de otros factores de riesgo para el desarrollo de melanoma, no se beneficiaron con el seguimiento dermatoscópico digital²³.

Los casos comunicados tenían indicación de seguimiento dermatoscópico digital por presentar factores de alto riesgo para el desarrollo de melanoma: síndrome del nevo atípico, antecedentes personales y familiares de melanoma.

Destacamos el uso de la dermatoscopia digital como herramienta diagnóstica, que nos permite detectar tempranamente signos de melanoma, disminuir el número de intervenciones necesarias, y así mejorar la calidad de vida y sobrevida de los pacientes con riesgo de padecer esta neoplasia altamente agresiva y metastatizante.

Cuadro 1. Estructuras dermatoscópicas y correlación histopatológica

Estructuras dermatoscópicas		Correlación histopatológica
Red de pigmento ¹⁴	Líneas de color marrón o negro que causan un aspecto reticulado sobre un fondo más claro, con forma de orificios	Es la representación de la red de crestas de la epidermis Los orificios corresponden a células pigmentadas de la papila dérmica y las líneas corresponden a las células que se ubican en la zona interpapilar
Red negativa ¹⁵	Malla formada por orificios muy pigmentados y líneas más claras	Nidos grandes de células pigmentadas en las papilas dérmicas con crestas epidérmicas elongadas
Glóbulos ¹⁴	Estructuras ovales o redondeadas, bien delimitadas, de tamaño superior a 0,1 mm, de color marrón, gris o negro	Nidos de melanocitos en la unión dermoepidérmica
Puntos ^{14,16}	Estructuras redondeadas de tamaño inferior a 0,1 mm, de color marrón, negro o azul grisáceo	-Pigmento en estrato córneo, epidermis o dermis -Macrófagos intensamente pigmentados en la dermis -Pequeñas y solitarias células de melanoma en epidermis
Proyecciones radiadas y pseudópodos ¹⁴	Extensiones radiales de pigmento en la periferia de la lesión	Nidos de melanocitos con disposición lineal en la unión dermoepidérmica
Regresión ¹⁴	Áreas de pérdida de estructuras que corresponden a la parte no elevada de la lesión - Áreas blancas - Áreas azules	Fibrosis
Velo azul blanquecino ^{14,16}	Áreas sin estructuras, de color azul, azul grisáceo o azul blanquecino, con aspecto de vidrio esmerilado Corresponde a la parte elevada de la lesión	Melanosis o melanófagos -Melanocitos intensamente pigmentados dermis reticular -Infiltrados de melanófagos en la profundidad
Manchas hiperpigmentadas ¹⁴	Áreas de hiperpigmentación sin estructuras en su interior	Acúmulos densos de melanina en epidermis o dermis superficial
Crisálidas ¹⁷	Líneas blanquecinas brillantes	Alteración de colágeno en dermis papilar

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

REFERENCIAS

- Rigel DS. Epiluminescence microscopy in clinical diagnosis of pigmented skin lesions?. *Lancet*. 1997; 349:1566-7.
- Argenziano G, Soyer HP. Dermoscopy of pigmented skin lesions- a valuable tool for early diagnosis of melanoma. *Lancet Oncol*. 2001; 2:443-9.
- Haenssle HA, Korpas B, Hansen-Hagge C, et al. Selection of patients for long-term surveillance with digital dermoscopy by assessment of melanoma risk factors. *Arch Dermatol*. 2010; 146:257-64.
- Malvey J, Puig S. Follow-up of melanocytic skin lesions with digital total-body photography and digital dermoscopy: a two-step method. *Clin Dermatol*. 2002; 20:297-304.
- Salerni G, Terán T, Puig S, et al. Meta-analysis of digital dermoscopy follow-up of melanocytic skin lesions: a study on behalf of the International Dermoscopy Society. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013; 27:805-14.
- Stolz W, Schiffner R, Pillet L, et al. Improvement of monitoring of melanocytic skin lesions with the use of a computerized acquisition and surveillance unit with a skin surface microscopic television camera. *J Am Acad Dermatol*. 1996; 35:202-7.
- Skvara H, Teban L, Fiebiger M, et al. Limitations of dermoscopy in the recognition of melanoma. *Arch Dermatol*. 2005; 141:155-60.
- Lucas CR, Sanders LL, Murray JC, et al. Early melanoma detection: nonuniform dermoscopic features and growth. *J Am Acad Dermatol*. 2003; 48:663-71.
- Bono A, Bartoli C, Cascinelli N, et al. Melanoma detection. A prospective study comparing diagnosis with the naked eye, dermoscopy and telespectrophotometry. *Dermatology*. 2002; 205: 362-6.
- Kittler H, Guitera P, Riedl E, et al. Identification of clinically featureless incipient melanoma using sequential dermoscopy imaging. *Arch Dermatol*. 2006; 142:1113-9.
- Argenziano G. The impact of dermoscopy on the management of pigmented skin lesions: the role of follow-up. *J Am Acad Dermatol*. 2005; 52:178.
- Rubegni P, Cevenini G, Burrioni M, et al. Objective follow-up of atypical melanocytic skin lesions: a retrospective study. *Arch Dermatol Res*. 2010; 302:551-60.
- Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, et al. Follow-up of melanocytic skin lesions with digital epiluminescence microscopy: patterns of modifications observed in early melanoma, atypical nevi, and common nevi. *J Am Acad Dermatol*. 2000; 43:467-76.
- Cabo H. *Dermatoscopia*. 2a ed. Buenos Aires: Ediciones Journal; 2012.
- Carreras C, Zaballos P, Puig S, et al. Correlación histopatológica en dermoscopia; lesiones melanocíticas y no melanocíticas. Criterios dermatoscópicos de nevus melanocíticos. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2004; 32:47-60.
- Ungureanu L, Şenilă S, Dănescu S, et al. Correlation of dermoscopy with the histopathological changes in the diagnosis of thin melanoma. *Rom J Morphol Embryol*. 2013; 54:315-20.
- Martín JM, Bella-Navarro R, Jordá E. Vascularización en dermoscopia. *Actas Dermosifiliogr*. 2012; 103:357-75.
- Menzies SW, Gutenev A, Avramidis M, et al. Short-term digital surface microscopic monitoring of atypical or changing melanocytic lesions. *Arch Dermatol*. 2001; 137:1583-9.
- Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma, III: family history, actinic damage and phenotypic factors. *Eur J Cancer*. 2005; 41:2040-59.
- Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma, II: sun exposure. *Eur J Cancer*. 2005; 41:45-60.
- Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma, I: common and atypical naevi. *Eur J Cancer*. 2005; 41:28-44.
- Haenssle HA, Kraus SL, Brehmer F, et al. Dynamic changes in nevi of a patient with melanoma treated with vemurafenib: importance of sequential dermoscopy. *Arch Dermatol*. 2012; 148:1183-5.
- Haenssle HA, Korpas B, Hansen-Hagge C, et al. Selection of patients for long-term surveillance with digital dermoscopy by assessment of melanoma risk factors. *Arch Dermatol*. 2010; 146:257-64.

Apreciación de los médicos residentes acerca de la supervisión de sus tareas por médicos mayores

María Fernanda Lage, Carolina Roni y Gisela Schwartzman

RESUMEN

Introducción. La educación en residencias médicas, tiene como objetivo el desarrollo de competencias. Para que esto ocurra los tutores deben reflexionar sobre su propia actividad docente. El objetivo de este trabajo es conocer qué piensan los residentes del Servicio de Obstetricia del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) respecto de la supervisión que reciben.

Material y métodos. Se realizó un cuestionario abierto no estandarizado sobre aspectos relevantes de la supervisión de los residentes. Las preguntas se enfocaron en la supervisión en general que reciben.

Resultados. Se analizaron 14 cuestionarios. La supervisión en general, (11/14) fue considerada “adecuada”, (refiriéndose a la posibilidad de consulta, supervisión constante en cirugías y buen clima de aprendizaje). Observaron falencias en la supervisión en guardia (5/14). Perciben un buen equilibrio entre autonomía alcanzada y la posibilidad de consulta. Sobre las devoluciones, todos consideran que deben ser oportunas (cercas a la situación que está siendo evaluada), y destacan que no siempre es así (6/14). Las evaluaciones formativas son consideradas suficientes para valorar el desempeño de los residentes (8/14). La mayoría (9/14) proponen actividades de simulación y talleres de casos clínicos y temas básicos de obstetricia (5/14).

Comentarios. La realización de este cuestionario permitió conocer la opinión de los residentes sobre aspectos relevantes de la enseñanza clínica y de la supervisión que reciben. Los resultados muestran que la supervisión en general ha sido considerada como positiva y que existe un buen clima de aprendizaje.

Palabras clave: supervision, residencias médicas, residentes, autonomía, devoluciones, evaluaciones

MEDICAL RESIDENTS' PERCEPTIONS REGARDING SKILL SUPERVISION BY SENIOR STAFF PHYSICIANS ABSTRACT

Introduction. The ultimate goal of medical education during residency is skill development. In order for this to occur, tutors must often reflect on their own teaching activity and experiences. The aim of this study was to evaluate how the residents of the Obstetrics Department of the Hospital Italiano of Buenos Aires (HIBA) perceive the supervision they receive from their elder staff.

Materials and Methods. We developed an open non-standardized questionnaire detailing relevant aspects of resident supervision. The questions were specifically oriented towards the global aspects of the supervision process.

Results. Fourteen questionnaires were analyzed. In general, 11 out of 14 described their supervision as “adequate” in terms of availability of advisory and consultation opportunities, constant supervision during surgical procedures and an encouraging learning environment. Several weaknesses were observed regarding supervision during active call duty (5/14). In general, a favorable balance is noted between resident autonomy and senior availability for consult. With regards to feedback, they all concur in saying that timing is key (ideally feedback should be offered in close proximity to the activity that is being supervised) and point out that this is not always the case (6/14). Formative assessments are globally considered adequate for resident evaluation (8/14). Most surveys suggest use of simulation activities and clinical case workshops regarding basic obstetric practice scenarios (9/14).

Comments. The development of this questionnaire has given us great insight towards our residents' thoughts regarding clinical teaching and supervision. Results show that supervision is in general regarded as a positive experience and the learning environment is perceived as pleasant and nurturing.

Key word: supervision, medical education, residents, autonomy, feedback, assessments

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(3): 110-114.

La educación de posgrado en medicina, específicamente en las residencias médicas, tiene como objetivo que los estudiantes logren desarrollar prácticas profesionales y

habilidades de comunicación (con pacientes, familiares y otros profesionales), de ejecución de procedimientos y de reflexión sobre la propia práctica.

La guía AMEE del buen docente¹ menciona que los buenos docentes son aquellos capaces de orientar a los estudiantes en el ámbito de la práctica clínica y académica, cuidando su propia práctica, ya que pasan a ser –además de docentes– modelos para los estudiantes. Los mejores profesores parecen ser los que muestran entusiasmo por lo que hacen,

respetan a sus pacientes y se involucran activamente con los residentes. El rol fundamental que desarrollan es el de “facilitadores”, es decir favorecen que los profesionales en formación puedan enfocarse en el problema y en los diferentes caminos que llevan a su resolución, mediante orientación y guía permanente.

En esta relación que se genera en toda experiencia de aprendizaje y de enseñanza, los actores trabajan en lo que Vigotsky define como la “zona de desarrollo próximo”, es decir, el espacio en el cual se da este vínculo, que podrá ser favorecedor o no, sobre la base de cómo esta interacción se desarrolle. La pregunta que aquí puede surgir es: ¿De qué dependerá que esa relación sea facilitadora? Un buen supervisor logrará que el residente llegue a su máximo potencial, recuperando conocimientos previos y estimulando la práctica reflexiva². Aquellos médicos encargados de la supervisión de otros profesionales que logran motivarlos, que confían en la capacidad de sus discípulos, que les otorgan el control de su propio aprendizaje, permitiendo que se cuestionen y se pongan objetivos, son los mejores instructores³. En la enseñanza clínica, estos aportes marcan la tarea del docente que supervisa y guía el aprendizaje.

Los médicos en formación deberán realizar tareas inherentes a la atención del paciente, que pueden ser más sencillas o complejas. Para que el supervisor pueda delegar en sus aprendices debe confiar en que están preparados. A esto se denomina “decisión de confianza o de encomienda”⁴ y dependerá de múltiples factores que son propios del alumno, propios del supervisor, de la complejidad de la tarea, del contexto y la naturaleza de la relación entre el clínico y el alumno. Otra forma de delegar, más allá de la decisión de confiar o no confiar, es entenderlo como niveles decrecientes de supervisión: por ejemplo, para alguna tarea se le puede permitir al residente observar sin participar, para otra se le permitirá ejecutar por sí mismo y quizás en otra tarea será capaz de supervisar a otro aprendiz más joven⁴. Otro aspecto central en la enseñanza clínica es el clima de aprendizaje que se configura en el contexto asistencial⁵. Este puede estimular al residente cuando el encargado de la instrucción sea capaz de mostrar entusiasmo e interés por lo que está enseñando, respete a sus aprendices, los llame por el nombre, los invite a opinar, no los intimide o ridiculice, por mencionar algunos ejemplos.

Con respecto a la devolución efectiva de lo que se está enseñando, el médico a cargo de la evaluación debe intentar que siempre sea específica, apuntando a lo que se desea evaluar; frecuente, es decir, la mayor cantidad de veces posible; oportuna o lo más cercana a la situación que se está evaluando; haciendo hincapié primero en los aspectos positivos, luego en los puntos para mejorar y nuevamente en lo positivo; que el docente permita la reacción del alumno en relación con la devolución que se le está dando y, por último, que la devolución permita realizar un plan de acción de mejora⁵.

Para que todo este proceso ocurra, los docentes deben capacitarse en modelos de enseñanza clínica y, por sobre todas las cosas, deben reflexionar con los estudiantes sobre su propia actividad docente para encontrar caminos que permitan mejorar su práctica⁶⁻¹⁰. Es por esto que el objetivo de este trabajo es conocer qué piensan los residentes del Servicio de Obstetricia del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) respecto de la supervisión y la enseñanza clínica que realizan los profesionales de planta en el marco de la formación en la especialidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para lograr dicho objetivo se completó un cuestionario abierto, que abarca aspectos relevantes a la supervisión realizada a los residentes del Servicio de Obstetricia del HIBA. Cabe aclarar que no es un cuestionario estandarizado, debido a que el objetivo primordial de este trabajo no es reproducir los resultados en otros ámbitos sino conocer la opinión de los residentes sobre la enseñanza clínica en el Servicio de Obstetricia del HIBA.

Los cuestionarios se respondieron de manera anónima a través de Internet. Fueron enviados al correo personal de cada uno de los residentes, cuyas respuestas fueron recabadas a través del jefe de residentes y reenviadas para el análisis. Las preguntas se centraron en la supervisión en general que reciben los residentes en su práctica diaria, no fueron específicas hacia cada docente en particular. Por tratarse de preguntas abiertas, el análisis se realizó observando tendencias y analizando las respuestas a cada una de las preguntas.

RESULTADOS

Se analizaron en total 14 cuestionarios con 7 preguntas abiertas cada uno. De los residentes que conforman el Servicio de Obstetricia del HIBA, 86% son mujeres y 14% son hombres. La mediana de edad de los residentes es de 28 años (intervalo 25-32). Con respecto al año de residencia al que pertenecen, 4/14 eran de primer año, 4/14 de segundo año, 3/14 de tercer año y 3/14 de cuarto año (tabla 1).

Tabla 1

Mediana edad Residentes	28 (25-32)
Año al que pertenecen	
• Primero	4/14
• Segundo	4/14
• Tercero	3/14
• Cuarto	3/14
Mujeres	12/14
Hombres	2/14

Sobre la supervisión en general, la mayoría de los residentes (11/14) mencionaron en sus respuestas una supervisión “adecuada”, haciendo referencia a la posibilidad de consulta en todo momento, a la supervisión constante en procedimientos quirúrgicos y el buen clima de aprendizaje. A la vez, observaron una tendencia negativa en la supervisión directa en guardia (5/14). La mitad de los residentes que respondieron el cuestionario (7/14) perciben en la supervisión un buen equilibrio entre la autonomía alcanzada (de acuerdo con el año de residencia) y la posibilidad de consulta a médicos sénior. En relación con la supervisión de procedimientos quirúrgicos, 6/14 residentes la identificaron específicamente como positiva, en tanto solo 1/14 manifestó falta de autonomía en estas situaciones (Fig. 1). Con respecto a las devoluciones, todos los residentes acuerdan en la necesidad de que se realicen devoluciones oportunas, es decir, lo más cercanas a la situación que está siendo evaluada, destacando que no es así en todas las ocasiones (6/14). Algunos residentes (2/14) observaron que siempre recibían evaluaciones exclusivamente dirigidas a los errores y otros (2/14) que las devoluciones las realizan los jefes de residentes pero no los médicos de planta (Fig. 2).

En lo inherente a las evaluaciones formativas, 8/14 consideran que son suficientes para que los médicos sénior puedan valorar el desempeño de los residentes y para que los residentes puedan observar aspectos positivos y mejorables en relación con su práctica (Fig. 3). Algunos residentes proponen cambios en los instrumentos que podrían utilizarse, señalando por ejemplo la posibilidad de utilizar casos clínicos o realizar evaluaciones con listas de cotejo en el desarrollo de los procedimientos quirúrgicos. La evaluación académica con ateneos fue observada como muy buena por 3/14 residentes.

Al preguntar sobre posibles estrategias de enseñanza para incorporar, la mayoría de los residentes (9/14) proponen realizar actividades de simulación y talleres de casos clínicos y temas básicos de obstetricia (5/14).

Asimismo, se destacan como aspectos positivos de la supervisión la presencia y disponibilidad de los médicos

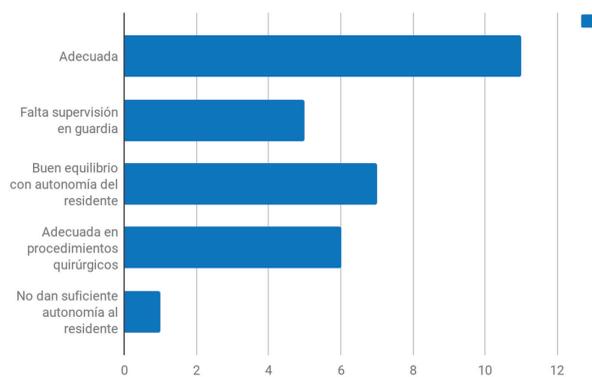


Figura 1. Supervisión en general

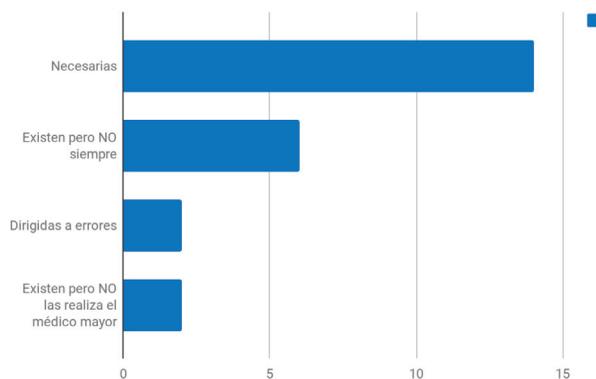


Figura 2. Devoluciones

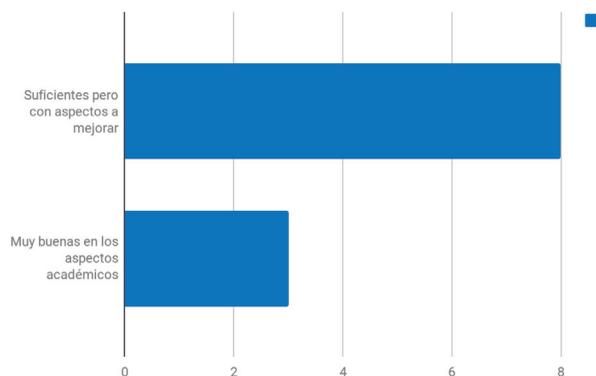


Figura 3. Evaluaciones formativas

de planta para atender necesidades de los residentes y el clima de aprendizaje (12/14). Plantean como propuestas de mejora más presencia en guardia de médicos de planta, talleres de casos clínicos, y la cancelación de consultorios para evitar reemplazos por parte de residentes.

DISCUSIÓN

Es sabido que la enseñanza clínica en competencias es fundamental para el desarrollo profesional en la carrera de medicina. Para poder alcanzar los objetivos de la enseñanza clínica, es decir que los estudiantes adquieran habilidades, competencias profesionales y puedan llevar adelante una práctica reflexiva, es necesario que los docentes sean “modelos” de lo que se pretende enseñar⁵.

Varios autores han descripto las características de un “buen docente” y la mayoría coincide en que debe ser un modelo de lo que se pretende en sus estudiantes, supervisando cómo realizan sus tareas, y proporcionando el andamiaje necesario para estimular la autonomía, alentando a que puedan ser capaces de llevar adelante una práctica reflexiva^{1,5}. Sin embargo, en la práctica diaria de la medicina, existen barreras con las que deben lidiar. Un claro ejemplo de dichas dificultades es que los médicos de planta deben ejercer actividades docentes, para las cuales no presentan una preparación pedagógica formal, además de

que deben ocuparse de múltiples actividades asistenciales en detrimento del rol docente. Algunos impedimentos de la práctica docente tienen que ver con los pacientes, que necesariamente forman parte de este proceso. Por ejemplo, la estadía hospitalaria es cada vez menor, por lo cual hay menos contacto del residente con los pacientes, y, en múltiples ocasiones, los pacientes se niegan a ser parte del proceso de aprendizaje de los médicos⁵.

En nuestro trabajo hemos intentado conocer la opinión de los residentes del servicio de Obstetricia del HIBA, mediante una encuesta no estructurada y anónima. Los resultados obtenidos en relación con diferentes ámbitos de la enseñanza clínica han mostrado que, en términos generales, la apreciación de los residentes con respecto a la supervisión es muy buena. Los médicos en formación destacan un muy buen clima de aprendizaje y manifiestan que sienten que pueden realizar cualquier tipo de consulta o “pedir ayuda” las veces que sea necesario, a cualquiera de los médicos de planta. Existe amplia evidencia de que el clima de aprendizaje podrá ser favorecedor de este proceso siempre y cuando logre estimular y mejorar el desempeño, y le permita al estudiante identificar confortablemente sus limitaciones, sin amenazas ni intimidaciones⁵. En un trabajo llevado a cabo por la División de Estudios de posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), donde se realizaron encuestas a residentes, muchos de ellos mencionaron situaciones “de maltrato verbal y emocional” por parte de los médicos de planta¹⁰. El hecho de que los residentes del Servicio de Obstetricia hayan recalado como un punto positivo el clima de aprendizaje nos hace pensar que estamos transitando un camino adecuado en este proceso, ya que existe amplia evidencia de que el clima de aprendizaje cumple un papel fundamental en la enseñanza clínica.

Con respecto a la supervisión de las tareas realizadas por los residentes, los resultados de esta encuesta muestran como un aspecto para mejorar, la supervisión directa en guardia. Este punto impresiona ser crucial, para que el estudiante reciba un amplio panorama de problemas y pueda ir del pensamiento hipotético deductivo al desarrollo de *scripts*. Los *scripts* son los caminos mentales que permiten comparar situaciones clínicas nuevas con aquellas que sirven de ejemplo¹¹. La observación directa de la actividad del estudiante es lo que permitirá también una adecuada evaluación de su desempeño. Se ha visto que la observación directa y la utilización de listas de cotejo específicas, que apunten a los objetivos previamente pautados, es una de las formas más acertadas de realizar la evaluación en enseñanza clínica⁵⁻⁷. En esta encuesta, la totalidad de los residentes han remarcado la importancia de las devoluciones oportunas. La mayoría las considera adecuadas, pero no siempre oportunas y algunos han mencionado que, muchas veces, lo único que ha sido recalado son los aspectos negativos de lo que se ha

evaluado. La devolución de la evaluación o de lo observado en la práctica diaria es necesaria, así como es indispensable que dicha devolución cumpla una función formativa y facilitadora. Debe implicar una comunicación bidireccional de comentarios y sugerencias, debe ser específica, apuntando siempre a los objetivos que han sido pautados previamente y, por sobre todas las cosas, debe estimular al estudiante a realizar su autoevaluación⁵⁻⁸. En el mismo trabajo realizado por la UNAM, donde se recaba la opinión de los estudiantes acerca de sus profesores, los residentes observaron en las encuestas la falta de tiempo para dar devoluciones por parte de los médicos de planta¹⁰. Dar devoluciones y evaluaciones formativas es uno de los aspectos más importantes de la enseñanza clínica pero también uno de los más complejos, sobre todo debido a la falta de tiempo de los médicos de planta para llevar a cabo esta tarea, la falta de especificidad en la devolución y la tendencia a recalcar los aspectos negativos por sobre los positivos. En un trabajo llevado a cabo en la provincia de Córdoba se utilizó un sistema de portafolio para realizar las evaluaciones formativas. La opinión de los médicos de planta encargados de la evaluación y de los residentes fue positiva¹². Parece indispensable repensar la forma de realizar estas evaluaciones y comenzar a aplicar instrumentos de evaluación que permitan agilizar y hacer menos subjetivo este proceso.

Al preguntarles a los residentes qué estrategias de enseñanza podrían ser incorporadas, la gran mayoría respondió que ven como necesario aumentar la cantidad de actividades de simulación. La Obstetricia es una especialidad quirúrgica, y es razonable pensar que la simulación es fundamental. Simular es recrear una experiencia clínica similar a una situación de realidad virtual. Es importante entender que nunca reemplaza al escenario real ni el interactuar con los pacientes, pero permite que determinados procesos puedan practicarse y llevarse a cabo en contextos similares a los reales, sin arriesgar a los pacientes ni a los estudiantes. Permite además poder ver diferentes escenarios de una misma situación y reflexionar acerca de cada uno de ellos. La devolución en estas situaciones es esencial y debe ser siempre lo más cercana a la experiencia posible⁹.

COMENTARIOS

La realización de este cuestionario abierto ha permitido conocer la opinión de los residentes del Servicio de Obstetricia del HIBA sobre aspectos relevantes de la enseñanza clínica y de la supervisión que reciben día a día en el desarrollo de su especialidad.

Este tipo de cuestionarios y otros estructurados orientados a evaluar el desempeño de los docentes del Servicio permitirán generar mejoras en la calidad de la enseñanza¹³. Como docentes debemos reflexionar diariamente sobre nuestra práctica y entender que cada una de las cosas que hacemos

son oportunidades de enseñanza y aprendizaje. La autoevaluación y la práctica reflexiva de la docencia producirán el cambio necesario para que la enseñanza clínica sea cada día de mayor categoría.

Los resultados de este trabajo muestran que la supervisión en general ha sido considerada como positiva y que el

clima de aprendizaje, en la gran mayoría de las encuestas, fue remarcado como un punto favorable. Esto nos hace pensar que, si bien nos falta trabajar en muchos otros aspectos igualmente relevantes como la observación directa y las evaluaciones formativas, estamos transitando por un camino acertado.

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

REFERENCIAS

1. Harden RM, Crosby J. AMEE Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer - the twelve roles of the teacher. *Med Teach.* 2000; 22(4):334-47.
2. Perkins D. El aprendizaje pleno. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2010.
3. Bain K. Lo que hacen los mejores profesores de Universidad. 2.a ed. Valencia: PUV; 2007.
4. ten Cate O. Guía sobre las actividades profesionales confiables. *FEM.* 2017; 20(3):95-102.
5. Durante E. La enseñanza en el ambiente clínico: principios y métodos. *Revista de Docencia Universitaria.* 2012; 10:149-75.
6. Giannasi S, Durante E. La enseñanza clínica: el caso de la recorrida de sala. *Rev Hosp Ital B. Aires.* 2012; 32(3):121-6.
7. Launer J. *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice.* Cap. 8: Supervision, mentoring and coaching. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2010. pp. 111-22.
8. Alves de Lima AE. Devolución Constructiva: Una estrategia para mejorar el aprendizaje. *Medicina (Bs. As.).* 2008; 68:88-92.
9. Ker J, Bradley P. Simulation in medical education. In: Launer J. *Understanding medical education: evidence, theory and practice.* New Jersey: Wiley-Blackwell; 2010.
10. Hamui-Sutton A, Enríquez-López P, Hernández-Becerril C y cols. ¿Qué opinan los residentes sobre sus profesores? Un enfoque cualitativo. *Educ Med.* 2016; 19(1):9-18.
11. Geoffrey N. Research in clinical reasoning: past history and current trends. *Med Educ.* 2005; 39:418-27.
- 12- Ruiz Moral R y cols. El portafolio del libro del especialista en Medicina de Familia en formación: grado de implementación y opiniones de residentes y tutores 2 años después de su implantación en una unidad docente. *Aten Primaria.* 2009; 41(11):592-9.
13. Aranda Sánchez M. Encuestas de satisfacción: una oportunidad para mejorar. *Rev Clin Esp.* 2014; 214(4):175-234.

Cirugía transoral en hemangiomas de laringe e hipofaringe en adultos

Eduardo Figueroa, Fabricio Ianardi, Andrés Vega Morejón y Carlos Santiago Ruggeri

RESUMEN

Los hemangiomas son tumores benignos infrecuentes en la laringe.

El tratamiento está indicado cuando el tumor produce síntomas (disnea, hemoptisis, odinofagia) y también cuando el riesgo de hemorragia severa por traumatismo es alto.

Tres hemangiomas de laringe e hipofaringe fueron tratados con éxito por vía transoral con láser de CO₂ y radiofrecuencia.

Todos los pacientes se alimentaron por vía oral a las 24/48 horas y ninguno tuvo traqueostomía.

La tasa de resección completa de los hemangiomas tratados por vía transoral fue 100%.

Palabras clave: hemangiomas, cirugía transoral.

TRANSORAL SURGERY IN LARYNX AND HYPOPHARYNGEAL HEMANGIOMAS IN ADULTS

ABSTRACT

Hemangiomas are a rare type of benign tumors of the larynx.

The treatment is indicated when the tumor produces symptoms (dyspnea, hemoptysis, odynophagia) and also when the risk of severe bleeding from trauma is high.

Three hemangiomas of the larynx and hypopharynx were successfully treated transorally with CO₂ laser and radiofrequency.

All were orally fed at 24/48 hours, and none had a tracheostomy.

The complete resection rate of hemangiomas treated transorally was 100%.

Key words: hemangioma, transoral surgery.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(3): 115-118.

INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas de laringe e hipofaringe son tumores infrecuentes en adultos y su localización más común es la supraglotis.

En niños son tumores frecuentes y de localización subglótica, tienen una fase de crecimiento rápido posnatal y después pueden involucionar asociándose en el 50% de los casos a hemangiomas subcutáneos.

El tratamiento médico con corticoides o propanolol puede ser eficaz en niños, pero no es de utilidad en hemangiomas en adultos.

La cirugía es el tratamiento de elección si el tumor es sintomático; los abordajes externos o transorales son los preferidos.

OBJETIVOS

Analizar nuestra experiencia en el tratamiento transoral de hemangiomas de laringe e hipofaringe en adultos.

MATERIALES MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas electrónicas de todos los pacientes mayores de 18 años operados por vía transoral por padecer hemangiomas de laringe e hipofaringe en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Italiano de Buenos Aires, entre marzo de 2001 y enero de 2017. Se excluyeron los pacientes menores de 18 años y los que tuvieron hemangiomas que fueron operados mediante abordajes externos.

Las cirugías se realizaron por vía transoral, a través de laringoscopios convencionales y bivalvos, con microscopio. Se hicieron bajo anestesia general utilizando concentraciones de oxígeno menores del 30% y utilizando tubos endotraqueales convencionales y protegidos para usar con láser de CO₂.

Para realizar la resección de los hemangiomas se utilizaron radiofrecuencia y láser de CO₂ con superpulso.

Los enfermos estuvieron internados durante el posoperatorio en Unidad de Cuidados Intensivos Intermedios.

Los controles se realizaron mediante videorinofibrolaringoscopia y videoestroboscopia.

Se consideró que la resección fue completa cuando no hubo evidencia de tumor en los estudios endoscópicos posoperatorios.

Recibido 30/07/18

Acceptado 14/09/18

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Correspondencia: carlos.ruggeri@hospitalitaliano.org.ar

CASOS CLÍNICOS: RESULTADOS

Fueron diagnosticados y operados 4 hemangiomas de laringe entre marzo de 2001 y enero de 2017.

Dos fueron mujeres y dos hombres, la edad promedio fue 61,6 años.

Dos hemangiomas se localizaron en la región glótica y supraglótica, uno en la subglotis y otro en la región poscricoidea de la hipofaringe.

Uno de los pacientes con un hemangioma que comprometió glotis y supraglotis fue excluido del estudio porque fue operado mediante un abordaje externo (laringofisura). Dos de los tres pacientes con hemangiomas incluidos en este estudio consultaron por disfonía y hemoptisis; el tercer paciente fue asintomático y se detectó el hemangioma por un control que realizó por un tratamiento por un cáncer de laringe.

Los tres fueron estudiados con tomografía computarizada de cuello con contraste y uno además con resonancia magnética con contraste.

No se realizaron biopsias previas, y ninguno de los enfermos tuvo embolización preoperatoria.

Para realizar la resección en dos se utilizó radiofrecuencia y en otro láser de CO₂ con superpulso.

Dos pacientes estuvieron internados 24 horas y otro 48 horas en Unidad de Cuidados Intensivos Intermedios (Fig. 1-3).

En un enfermo se realizó, antes del alta, un estudio funcional de la deglución (hemangioma retrocricoideo), que fue normal.

No se necesitaron transfusiones de sangre o derivados en el intraoperatorio ni en el posoperatorio, y ninguno requirió traqueostomía ni alimentación por sonda nasogástrica.

El estudio histopatológico de los tumores informó hemangiomas cavernosos.

La única complicación fue una parálisis de cuerda vocal del mismo lado del tumor provocada por la resección del hemangioma glótico-supraglótico.

El seguimiento promedio fue 2 años y en los controles no se detectaron persistencias.

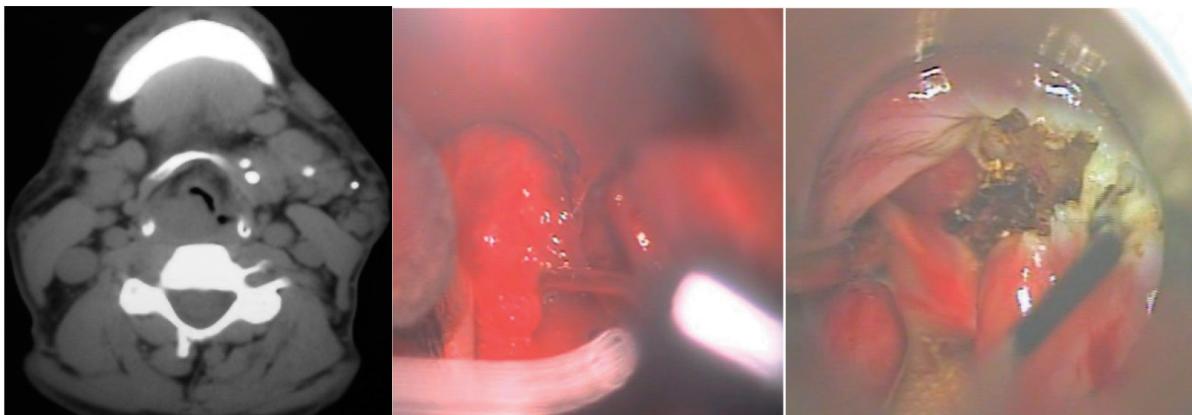


Figura 1. Hemangioma glótico-supraglótico. Resección transoral con radiofrecuencia.



Figura 2. Hemangioma de hipofaringe. Resección transoral con láser de CO₂.

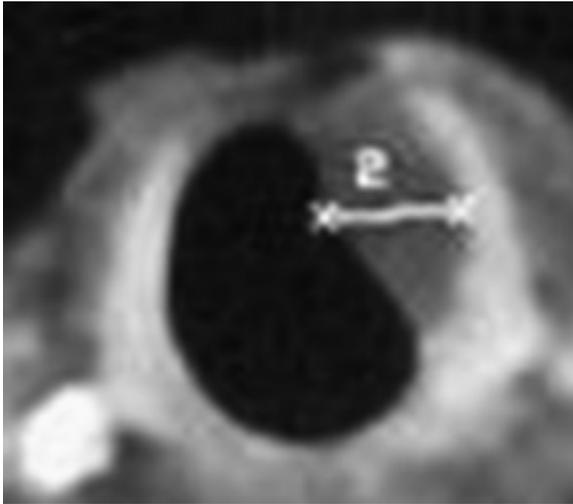


Figura 3. Hemangioma subglótico.

DISCUSIÓN

Los síntomas más comunes que producen los hemangiomas de laringe e hipofaringe en adultos son: disfonía, disnea, hemoptisis, disfagia y sensación de cuerpo extraño. Algunas lesiones pueden ser asintomáticas.

A diferencia de los hemangiomas en niños, estas lesiones no suelen involucionar.

El diagnóstico se realiza mediante estudios endoscópicos, y la extensión se valora con tomografía computarizada y/o resonancia magnética con contraste según el tamaño del tumor. Es importante descartar la extensión extralaringea del hemangioma (cuello, área supraescapular, mediastino).

El tratamiento está indicado para resolver los síntomas del paciente y por la valoración del riesgo de hemorragia que puede ocasionar el traumatismo de la lesión.

En adultos, la opción terapéutica es la cirugía, siendo las vías de abordaje utilizadas la externa (laringofisura o faringotomía) o la transoral.

La mayor experiencia adquirida en los últimos años en cirugía transoral ha posibilitado realizar resecciones de tumores vasculares seleccionados por esta vía con la ventaja de reducir la morbilidad y el tiempo de internación. Es importante que la cirugía transoral se realice con equipamientos que reduzcan el sangrado intraoperatorio. Diferentes tipos de láser con distinta longitud de onda, radiofrecuencia o cauterio pueden ser empleados con esta finalidad.

El láser de CO₂ es el más usado en cirugía de laringe, porque su longitud de onda de 10,6 μm está dentro del espectro de la luz infrarroja y tiene una alta absorción por el agua de los tejidos.

Permite realizar cortes en los tejidos superficiales pero en modo desfocalizado no puede coagular vasos mayores de 0,5 mm. Por ello su utilidad para reseca

culares es controvertida. En cambio, puede ser útil para reseca hemangiomas de pequeño tamaño.

El Nd:YAG láser por su longitud de onda tiene mayor absorción por la hemoglobina y penetración más profunda en los tejidos (1 cm), facilitando la coagulación. Provoca menos daño en la mucosa pero tiene más riesgo de daño térmico a los cartílagos laríngeos.

Puede ser incapaz de coagular vasos mayores de 3 mm, o que tengan una alta velocidad de perfusión. Se puede utilizar en forma percutánea (2 W a 25 W, 0,2-5 segundos) o intersticial (4 W a 10 W, 10-120 segundos), introduciendo la fibra del láser en un catéter intravenoso y penetrando la lesión^{1,2}.

La radiofrecuencia, por sus propiedades físicas, produce un menor daño tisular y conserva adecuadas propiedades para cortar y coagular, trabajando con temperaturas que no alcanzan los 100 grados.

El cauterio debe utilizarse con cuidado cerca de los cartílagos aritenoides y cricoides por la posibilidad de producir lesiones profundas.

Basterra y cols. demostraron en un estudio que el daño producido en los tejidos por el láser de CO₂ (2-3 W, superpulso, *spot* de 0,5-0,8 mm) y con electrocirugía con microelectrodos fue igual en el modo corte, y el daño resultó mayor en modo coagulación³.

En algunos estudios no recomiendan el uso de láser ni radiofrecuencia para reseca hemangiomas cavernosos del adulto, por el mayor diámetro de los espacios vasculares y de los vasos que alimentan al tumor y dificultan la exéresis por el mayor sangrado⁴.

Steiner y Ambrosch favorecen la resección de hemangiomas con láser de CO₂ cuando los tumores son pediculados o limitados a áreas supraglóticas circunscriptas. Según ellos, los vasos que nutren al tumor debe ser disecados y luego coagulados o clampeados (pinzados) con clips vasculares⁵. En un estudio describieron 6 casos de hemangiomas de laringe e hipofaringe en adultos tratados con láser de CO₂. Informaron una persistencia pequeña en la región retrocricoides y aritenoides con un seguimiento promedio de 20 meses. Dos pacientes tuvieron una traqueostomía transitoria durante 5 días y el tiempo de internación promedio fue de 3 días.

Tuvieron tres complicaciones: sangrado importante intraoperatorio (2/3) y parálisis unilateral de cuerda vocal⁶. Nuestra serie se compara favorablemente ya que las resecciones fueron completas, no se realizaron traqueostomías, tuvimos una sola complicación y el tiempo de internación fue más breve.

Es difícil obtener conclusiones ya que las series informadas en la literatura incluyeron pocos pacientes, y no se menciona con exactitud el tamaño de las lesiones.

Creemos que la utilización de radiofrecuencia es mejor que el láser de CO₂ ya que posibilita una mayor coagulación de los vasos y tiene –por sus propiedades físicas (temperatura

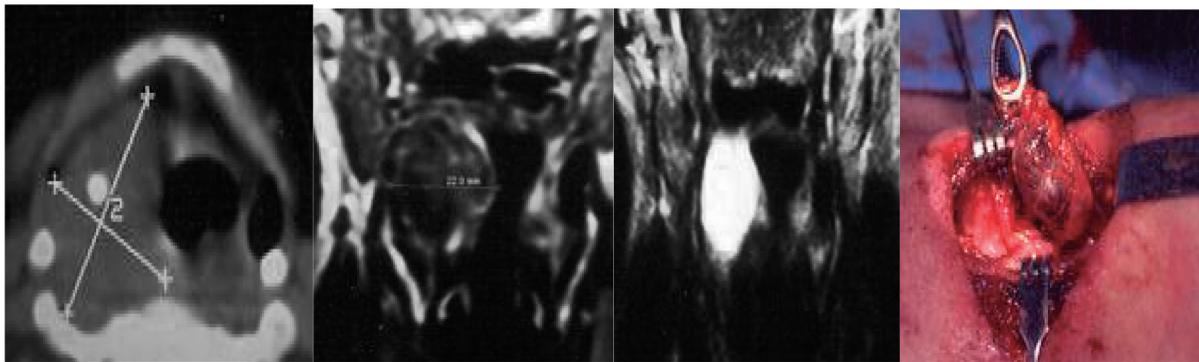


Figura 4. Hemangioma glótico-supraglótico. Laringofisura.

menor de 100 grados)— una menor posibilidad de provocar daño térmico en los tejidos que el cauterio.

En un estudio, los mismos autores describieron la resección de un hemangioma de faringe y laringe con extensión traqueal mediante embolización previa transoral con un copolímero de etileno-vinil alcohol (Onyx); luego la exéresis del componente obstructivo del tumor fue realizada por vía transoral con bipolar y pinzas ultrasónicas (Thunderbeat®, Olympus)⁷.

Este sistema a través de un único instrumento genera energía calórica por fricción y energía eléctrica bipolar logrando coagular vasos de 7 mm con mínimo daño térmico. En otro trabajo compararon el Thunderbeat con el bisturí ultrasónico o armónico y con el Ligasure®, pero es mejor el primero por la superior visibilidad, corte más rápido y menor daño térmico⁸.

Los abordajes externos pueden tener indicación en hemangiomas extensos, o cuando la exposición de la laringe/hipofaringe no sea adecuada.

La realización de una traqueostomía y la indicación de alimentación por sonda nasogástrica transitoria son habituales cuando se opera por vía externa.

Un paciente excluido de este estudio fue operado a través de una laringofisura: el tiempo de internación fue de 10 días, el cierre del traqueostoma y la reanudación de la alimentación oral se produjo aproximadamente a los 30 días (Fig. 4).

El promedio de internación en los 3 enfermos tratados por vía transoral fue 32 horas.

La evaluación histopatológica de los tumores es obligatoria.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras neoplasias vasculares potencialmente malignas, como el hemangiopericitoma, y malignas, como el angiosarcoma.

CONCLUSIONES

La tasa de resección completa que se obtuvo en este estudio de hemangiomas de laringe e hipofaringe en adultos tratados por vía transoral fue del 100%.

La cirugía transoral realizada con equipamientos que permitan disminuir el sangrado intraoperatorio es de elección para tratar hemangiomas de laringe e hipofaringe por su eficacia para lograr resecciones completas y la menor morbilidad que producen.

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

REFERENCIAS

- Hackert I, Offergeld C. Lasers in Dermatology (Including Interstitial Therapy). En: Huttenbrink KB. Lasers in Otorhinolaryngology.. New York: Thieme; 2005. pp.143-55.
- Fleiner B, Hoefl S, Rudert H. Ultrasound-Guided Interstitial Nd: YAG Laser Treatment of Voluminous Hemangiomas and Vascular Malformations in 92 Patients. Laryngoscope. 1998; 108:463-70.
- Basterra J, Frías S, Alba J, et al. Comparative study of acute tissue damage induced by the CO₂ laser versus microelectrodes in cordectomies. Otolaryngol Head Neck Surg. 2006; 135:933-6.
- Mugliston TAH, Sangwan S. Persistent cavernous haemangioma of larynx-a pregnancy problem. J Laryngol Otol. 1985; 99:1309-11.
- Steiner W, Ambrosch P. Endoscopic laser surgery of the upper aerodigestive tract. New York: Georg Thieme; 2000.
- Lucioni M, Marioni G, Della Libera D, et al. Adult laryngeal hemangioma CO₂ laser excision. A single institution 3 year experience. Acta Oto-Laryngologica. 2006; 126:621-6.
- Valls-Mateus M, San Román L, Macho J, et al. Transoral ultrasonic surgery of pharyngolaryngeal giant hemangioma after ethylene-vinyl alcohol copolymer (Onyx) embolization. Head Neck, 2017;39(6):1239-42.
- Obonna GC, Mishra RK. Differences between Thunderbeat, Ligasure, and Harmonic Scalpel Energy System in minimally invasive surgery. World J Lap Surg. 2014; 7:41-4.



Lic. Mg. Aída E. Sterin Prync

Profesora Titular de Biotecnología, Carrera de Bioquímica.
Departamento de Bioquímica Aplicada.
Instituto Universitario del Hospital Italiano.

¿CUÁL ES EL FUNDAMENTO DE LAS TERAPIAS BASADAS EN LA UTILIZACIÓN DE CÉLULAS T MODIFICADAS (CAR- T-CELLS)?

Durante años, los oncólogos han estado tratando pacientes con cáncer mediante cirugía, quimioterapia y radioterapia. Estos han sido los “pilares” del tratamiento del cáncer. Ahora, la inmunoterapia contra el cáncer, el llamado “cuarto pilar”, está tomando fuerza, utilizando anticuerpos, moléculas pequeñas, células y virus para estimular el sistema inmunitario del huésped y atacar y destruir las células tumorales¹.

Las células cancerosas tienen la capacidad de ocultarse para no ser encontradas por las células inmunitarias, evadiendo el sistema de defensa, motivo que les permite crecer de manera descontrolada.

Las inmunoterapias están diseñadas para inducir al sistema inmunitario para que sea capaz de detectar y destruir las células cancerosas. Los inhibidores de puntos de control inmunitarios, por ejemplo, han sido un enfoque exitoso porque impulsan al sistema a combatir el cáncer a un ritmo acelerado.

Por otro lado, la inmunoterapia celular adoptiva es un tratamiento que se conoce hace muchos años²; consiste en tomar muestras de las células T de un paciente, cultivarlas en el laboratorio para aumentar su concentración y devolverlas al mismo paciente con el fin de ayudar al sistema inmunitario a combatir las enfermedades.

La terapia de células T con CAR es una combinación de inmunoterapia celular adoptiva con terapia génica. Esta técnica permite modificar genéticamente los receptores de los linfocitos T (*T Cell Receptor*, TCR) de los propios pacientes con cáncer, transformándolos en receptores de antígenos quiméricos (*Chimeric Antigen Receptor*, CAR). Estos receptores quiméricos CAR que se transducen a las células T están comúnmente compuestos por tres partes:

1) Un dominio extracelular que es el fragmento variable

(FV) monocatenario que confiere especificidad (scFv) contra una proteína de membrana de la célula blanco.

2) Un dominio transmembrana.

3) Uno o más dominios intracelulares coestimuladores que desencadenan una fuerte estimulación de la acción citotóxica contra la célula que expresa la proteína de membrana específica.

- CAR 1.^a generación: dominio intracelular CD3z.

- CAR 2.^a generación: dominios intracelulares CD28 o 4-1BB + CD3z.

- CAR 3.^a generación: dominios intracelulares CD28 + 4-1BB + CD27 o CD 124 + CD3z.

El diseño de los receptores quiméricos CAR ha evolucionado a lo largo de los años para mejorar la eficacia y la seguridad en entornos inmunológicos particulares. A diferencia de los TCR, los CAR permiten una orientación altamente específica hacia el antígeno en un modo independiente del complejo mayor de histocompatibilidad (*Major Histocompatibility Complex*, MHC).

Las células T del paciente, extraídas por leucóferesis, son trasladadas a laboratorios habilitados bajo buenas prácticas de manufactura (*Good Manufacturing Practice*, GMP), donde son genéticamente modificadas con CAR, seleccionadas, cultivadas *in vitro*, formuladas en una concentración específica, controladas en su calidad, trasladadas a la institución médica e infundidas nuevamente en el mismo paciente (Fig. 1).

Una vez en el paciente, las células T con CAR son capaces de reconocer y destruir las células cancerígenas portadoras de la proteína de membrana específica.

A diferencia de la mayoría de los tratamientos contra el cáncer, la transferencia adoptiva de células T autólogas con CAR dirigidas a CD19 (CART19) debe ser administrada una sola vez, ya que se multiplican en el cuerpo del paciente, con efectos antineoplásicos que persisten e incluso aumentan con el tiempo³, generando remisiones completas y duraderas en pacientes con neoplasias de células B refractarias y recidivantes⁴.

En 2018, la American Society of Clinical Oncology denominó a la terapia de células T con CAR “Avance del año”, ya que representa un nuevo paradigma en la terapia personalizada contra el cáncer que ha demostrado ser muy prometedor.

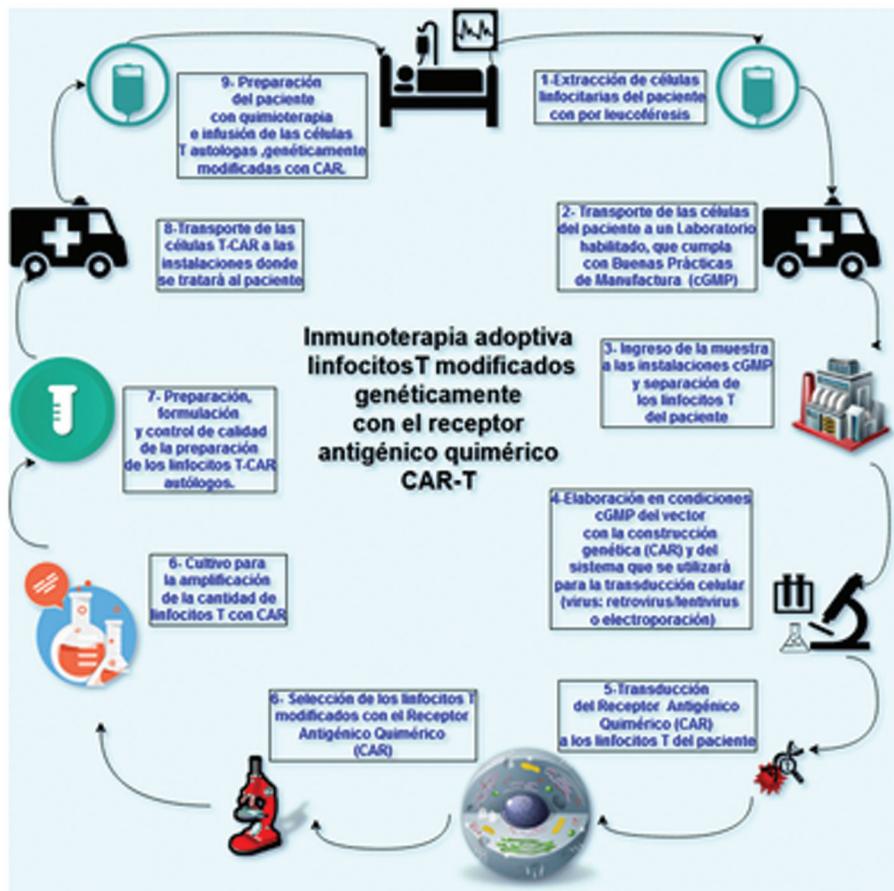


Figura 1. Esquema que describe en el circuito de preparación del tratamiento de células autólogas T con CAR.

¿CUÁLES SON SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS?

Ventajas	Desventajas
Remisión del cáncer refractario en la leucemia linfoblástica aguda infantil (LLA) y en el linfoma difuso de células B grandes (LDCBG)	Alto costo de la terapia personalizada Efectos secundarios agudos que incluyen el síndrome de liberación de citoquinas (SLC) y problemas neurológicos
Primera terapia de este tipo aprobada por la FDA; implica además una prueba de concepto y un fuerte precedente Terapia altamente eficaz; la transferencia de muy pocas células puede ser suficiente para lograr la remisión	Solo grupos pequeños de pacientes serán aptos para recibir los tratamientos en función de los estrictos criterios de aprobación Las T con CAR aprobadas detectan la proteína CD19 que se encuentra en la superficie de los linfocitos B tanto neoplásicos como sanos, que son destruidos sin discriminación (aplasia de células B)
Evolución de la tecnología, con enfoques prometedores para muchos pacientes con tumores malignos previamente incurables	Su aplicación generalizada está limitada por la infraestructura y la capacidad tecnológica necesaria: Instalaciones GMP, construcción genética de CAR aprobada para su uso específico, tiempo de preparación y expansión de las células autólogas

¿CUÁLES SON SUS APLICACIONES ACTUALES?

Tratamientos aprobados para:

Leucemia linfoblástica aguda infantil (LLA): Tisagenlecleucel (Kymriah® fabricado por Novartis, aprobado por la FDA en agosto de 2017, para el tratamiento de pacientes menores de 25 años con LLA resistente a otros tratamientos. El CAR específico en Kymriah está programado para dirigirse al antígeno CD19.

Linfoma difuso de células B grandes (LDCBG): Axicabtagene ciloleucel (Yescarta)®, fabricado por Kite Pharma, aprobado por la FDA en octubre de 2017, para el tratamiento del linfoma no hodgkiniano LDCBG refractario a dos o más tratamientos previos. El CAR específico en Yescarta está programado para dirigirse, también, al antígeno CD19; la diferencia con el CAR de Kymriah reside en los coestimuladores utilizados en el dominio intracelular del receptor quimérico⁵.

REFERENCIAS

1. Billingham RE, Brent L, Medawar PB. Quantitative Studies on Tissue Transplantation Immunity. II. The Origin, Strength and Duration of Actively and Adoptively Acquired Immunity. Proc R Soc London. 1954; 143(910):58-80.
2. Smyth MJ. Multiple approaches to immunotherapy - the new pillar of cancer treatment. Immunol Cell Biol. 2017; 95(4):323-324.
3. Maude SL, Frey N, Shaw PA, et al. Chimeric antigen receptor T cells for sustained remissions in leukemia. N Engl J Med. 2014; 371(16):1507-17.
4. Brentjens RJ, Davila ML, Riviere I, et al. D19-targeted T cells rapidly induce molecular remissions in adults with chemotherapy-refractory acute lymphoblastic leukemia. Sci Transl Med. 2013; 5(177):177ra38.
5. Tran E, Longo DL, Urba WJ, et al. A Milestone for CAR T Cells. N Engl J Med 2017; 377:2593-2596

AVISO



Dr. Federico Cayol

Sección Oncología. Servicio de Clínica Médica
Hospital Italiano de Buenos Aires

PREGUNTA

¿Cuáles son los mecanismos de acción de la inmunoterapia en oncología?

RESPUESTA

En los últimos años se produjeron avances en inmunología que han llevado a un mejor entendimiento de la interrelación del sistema inmunitario y los tumores.

El sistema inmunitario se divide en innato y adaptativo y ambos están interconectados.

El sistema inmunitario innato incluye células dendríticas, *natural killer* (NK), macrófagos y leucocitos. No requieren estimulación antigénica previa y actúan como primera línea de defensa.

El sistema inmunitario adaptativo incluye los linfocitos B, linfocitos T *helper* CD4+ y linfocitos T citotóxicos CD8+. Requieren células presentadoras de antígenos (CPA) para su activación, que generan linfocitos T y B específicos contra un antígeno determinado.

Las células tumorales tienen alteraciones genómicas/mutaciones productoras de neoantígenos, que permiten que sean reconocidas como extrañas; esto sucede principalmente gracias al sistema inmunitario adaptativo.

Para la activación del linfocito se requiere la interacción de este con otras células, principalmente con la célula presentadora de antígeno (sinapsis inmunitaria).

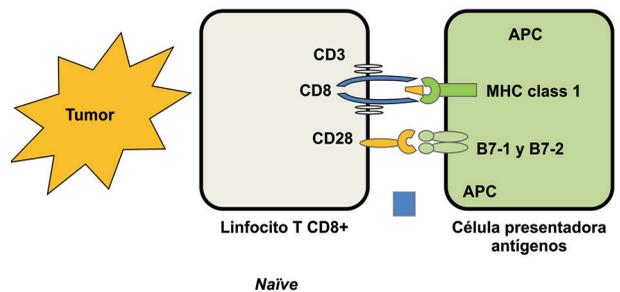
El mecanismo de activación de los linfocitos CD4+ y CD8+ es similar.

El receptor de la célula T (RCT) es un complejo formado por:

- Proteína CD4 o CD8, compuesta por 2 subunidades, que se unen al complejo mayor de histocompatibilidad (CMH) y son responsables de la especificidad de la célula T por un antígeno particular.

- La molécula CD3, que codifica una proteína transmembrana, con actividad tirosina quinasa intracelular, la cual transmite la señal al interior de la célula.

El complejo del receptor de la célula T se une con el CMH asociado al antígeno presente en la membrana de la célula presentadora de antígenos (CPA).

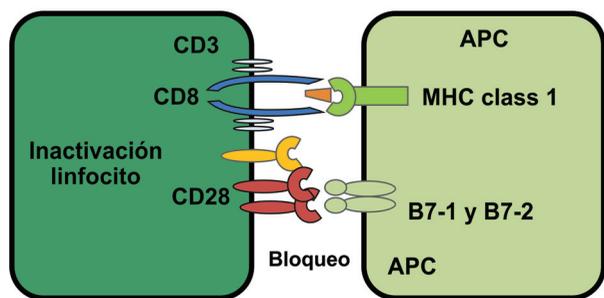


El CMH tipo 1 se expresa en todas las células y es reconocido por los linfocitos T CD8+, mientras que el CMH tipo 2 se expresa solo en las células presentadoras de antígenos y es reconocido por los linfocitos T CD4+.

La activación adecuada del linfocito T, a través de CD3, requiere señales coestimuladoras. En ausencia de estas se desarrolla un estado de tolerancia a los antígenos llamado “anergia”, que impide la respuesta inmunitaria.

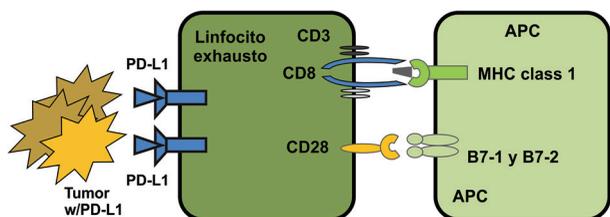
La señal coestimuladora más importante en la célula T *naive* es la molécula CD28, que se une a B7-1 y B7-2 en la célula presentadora de antígeno. Este proceso coestimulador está regulado por moléculas agonistas (GITR, OX40, ICOS) y señales inhibitorias (CTLA-4, PD-1, TIM3, LAG3), conocidas como “checkpoints inmunológicos”. Existen 2 vías de los *checkpoints* inmunológicos, coinhibitorios, que pueden ser bloqueadas generando un aumento en la respuesta inmunitaria contra el tumor.

Normalmente, el receptor del antígeno 4 asociado al linfocito T (CTLA-4) se une al ligando B7, con más afinidad que la molécula CD28, compitiendo y desplazándolo, y produce un efecto inhibitorio. El bloqueo farmacológico que impide la unión de CTLA-4 con B7 deriva en la estimulación de la respuesta inmunitaria.



CTL-4 compete con CD28 por unión con B7, desplazándolo. Se pierde efecto estimulante del sistema inmunitario. Inhibición CTLA-4 restaura efecto estimulante.

Por otro lado, el receptor de la muerte celular programada (PD-1) y sus ligandos PD-L1 y 2 producen la inactivación del sistema inmunitario. La inhibición de esta vía produce una pérdida del efecto inhibitorio, es decir, un efecto estimulante del sistema inmunitario.



La sinapsis inmunitaria CTLA-4/B7 actúa en etapas iniciales de la activación del sistema inmunitario, a nivel ganglionar, por lo que su efecto es menos específico y se asocia a mayores efectos adversos; mientras que la vía PD-1/PD-L1 es un efector tardío más específico que actúa a nivel periférico.

Mecanismo de acción de los *checkpoints* inhibitorios aprobados:

Anti-CTLA-4			
Ipilimumab	Tremelimumab		
Anti-PD1		Anti-PDL1	
Pembrolizumab	Nivolumab	Atezolizumab	Durvalumab
Avelumab			

¿Cuáles son sus ventajas?

Las ventajas de la inmunoterapia son la disminución de la toxicidad y el aumento de eficacia respecto de la quimioterapia. Se ven respuestas prolongadas con más frecuencia. ¿Cuáles son los modelos tumorales para los cuales estos fármacos están aprobados?

En la Argentina, la ANMAT ha aprobado la inmunoterapia para su uso en melanoma metastásico en primera línea, cáncer de riñón metastásico progresado a inhibidores de tirosina quinasa, cáncer de pulmón metastásico en primera línea si PD-L1 > 50% o progresado a quimioterapia, carcinoma epidermoide de cabeza y cuello metastásico o localmente avanzado refractario a platino, carcinoma urotelial de vejiga metastásico no candidato para platino o refractario, linfoma de Hodgkin clásico progresado.

Dado que la inmunoterapia requiere del funcionamiento de la célula T para su efecto biológico, es de destacar que los corticoides e inmunosupresores bloquean su eficacia. ¿Qué toxicidad se esperaría con esta nueva estrategia de tratamiento?

Los efectos secundarios de la inmunoterapia están relacionados con la sobreestimulación del sistema inmunitario (irAE). Suelen ser leves y manejables, aunque en ocasiones pueden ser graves si no son identificados y tratados a tiempo. Las reacciones más comunes son dermatológicas, diarrea/colitis, hepatotoxicidad y endocrinopatías, entre otras. Los efectos secundarios son más comunes con los anticuerpos anti-CTLA-4 que con los agentes anti-PD-1 o anti-PD-L1. El tratamiento de los efectos adversos depende de la gravedad de estos:

- Toxicidad grado 2 (moderado): suspender y no reanudar, hasta que disminuya a grado 1 o desaparezca. Si no resuelve, se aconseja iniciar con dosis bajas de prednisona (0,5 mg/kg/día).

- Toxicidad grado 3-4 (severas o con riesgo de vida): suspender de forma definitiva. Se deben administrar altas dosis de corticoides (prednisona 1-2 mg/kg/día). Cuando los síntomas disminuyen al grado 1 o desaparecen, los esteroides pueden reducirse gradualmente durante al menos un mes. La fatiga es el efecto adverso más frecuente. Deben excluirse trastornos en las funciones tiroidea, hipofisaria y/o suprarrenal.

La toxicidad cutánea ocurre en el 50% de los pacientes tratados con ipilimumab y 30-40% con nivolumab o pembrolizumab. Suele ser el irAE más temprano.

La diarrea suele presentarse a las seis semanas de tratamiento. Se deben excluir causas infecciosas (p. ej., *Clostridium difficile*). La incidencia es mayor con los anticuerpos anti CTLA-4. En casos graves deben usarse corticoides e inmunosupresores.

La hepatotoxicidad (aumento de transaminasas), que ocurre en aproximadamente el 10% de los casos, suele manifestarse entre la 8.^a y 12.^a semana. Cuando se acompaña de aumento de bilirrubina o alteración del coagulograma o ambos, el cuadro es grave. Se puede manifestar con fiebre por lo que, ante este síntoma, debe solicitarse un hepatograma. Suele mejorar más lentamente que las otras toxicidades y presentar rebotes durante el descenso de corticoides.

La neumonitis es poco frecuente pero potencialmente grave (1%). Aparece entre las semanas 8 y 9. Debe distinguirse de un cuadro infeccioso o progresión de la enfermedad de

base. Requiere tratamiento con altas dosis de corticoides de inicio temprano.

Las endocrinopatías más comunes son el hipotiroidismo, el hipertiroidismo y la hipofisitis. Tienen una incidencia del 10%. Su tratamiento es la corrección del trastorno hormonal.

Las complicaciones neurológicas no son frecuentes y su clínica es variada: mononeuropatías, Guillain-Barré, miastenia grave, entre otras. Los síntomas suelen ser inespecíficos o confundirse con síndromes paraneoplásicos. En algunos casos además de corticoides debe contemplarse el uso de inmunoglobulinas intravenosas.

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

BIBLIOGRAFÍA

- Coley WB. The treatment of malignant tumors by repeated inoculations of erysipelas: with a report of ten original cases. *Am J Med Sci.* 1893; 105:487-511.

- Finn OJ. Molecular Origins of Cancer *Cancer Immunology.* *N Engl J Med* 2008;358:2704-15.

- Oiseth SJ, Aziz MS. Cancer immunotherapy: a brief review of the history, possibilities, and challenges ahead. *J Cancer Metastasis Treat.* 2017; 3:250-6.

- Puzanov I, Diab A, Abdallah K, et al. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from

the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity Management Working Group. *J Immunother Cancer.* 2017; 5:95.

- Shoushtari AN, Wolchok J, Hellman M. Principles of cancer immunotherapy. *UptoDate* 2018.

Prostanoides para la isquemia crítica de los miembros: revisión sistemática Cochrane

Valeria Vietto y Juan Víctor Ariel Franco

Vietto V, Franco JVA, Sáenz V, Cytryn D, Chas J, Ciapponi A. Prostanoids for critical limb ischaemia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018,1:CD006544. doi: 10.1002/14651858.CD006544.pub3

COMENTARIO

La isquemia crítica de los miembros (ICM) es una entidad clínica definida por la presencia de dolores crónicos en reposo, úlceras o gangrena atribuibles a la enfermedad arterial oclusiva objetivamente comprobada en los miembros inferiores¹.

Esta afección, que suele asociarse con varios factores de riesgo, como la diabetes, el tabaquismo, la dislipidemia, la hipertensión, la obesidad y el estilo de vida poco saludable, constituye la manifestación más severa de la enfermedad arterial periférica. A diferencia de los individuos con claudicación intermitente, los pacientes con ICM tienen un flujo arterial tan escaso hacia los miembros inferiores durante el reposo, que este resulta inadecuado para sostener la viabilidad del lecho tisular distal.

Si bien los datos epidemiológicos son muy variables debido al uso de diferentes definiciones operativas de ICM a lo largo del tiempo, y a causa de la dificultad para la identificación adecuada de la insuficiencia arterial como causante de los signos y síntomas en un número grande de pacientes², se estima que esta condición afecta aproximadamente al 12% de los adultos y alcanza hasta el 20% en pacientes mayores de 70 años³.

El pronóstico de los pacientes con ICM es sombrío; el 15 a 20% muere dentro del año de seguimiento, mientras que el 30 a 35% sobrevive, pero requiere la amputación del miembro afectado^{4,5}. Asimismo, su calidad de vida se ve disminuida con respecto a la población general y a los pacientes con enfermedad arterial periférica de menor severidad⁶.

Las opciones terapéuticas para la ICM se limitan a la angioplastia transluminal percutánea o la revascularización quirúrgica. Desafortunadamente, muchos pacientes con esta enfermedad no son candidatos para ambos tipos de procedimientos, debido a sus comorbilidades o a la anatomía vascular. A ellos solo les queda el tratamiento médico

como alternativa terapéutica, y la amputación (cuando es necesaria) como última chance para sobrevivir. Los prostanoides (p. ej., prostaglandina E1 o alprostadil, prostaciclina o epoprostenol, iloprost, lipoeicraprost, ciprostone, etc.), administrados por vía oral o parenteral, podrían ser una alternativa terapéutica, al aumentar el suministro de sangre a la extremidad con arterias ocluidas mediante sus efectos vasodilatadores, antitrombóticos y antiinflamatorios.

En esta actualización de una revisión Cochrane publicada en 2010⁷, estudiamos los efectos de los prostanoides en las personas que sufren de ICM y que no son candidatos a procedimientos de revascularización.

Se realizó una búsqueda exhaustiva de estudios publicados y no publicados hasta enero de 2017, en el Registro Especializado del Grupo Cochrane Vascular, en CENTRAL y en registros de ensayos clínicos (ClinicalTrials.gov, la plataforma del Registro Internacional de Ensayos Clínicos de la Organización Mundial de la Salud y el registro IS-RCTN). Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados que describieran la eficacia y la seguridad de los prostanoides comparados con placebo u otros tratamientos farmacológicos de control, en pacientes con ICM, sin chance de intervenciones de rescate o reconstrucción.

El proceso de actualización de esta revisión sistemática requirió la actualización de la metodología acorde con los estándares más recientes de Cochrane^{8,9}, motivo por el cual se revaluó la elegibilidad de los estudios incluidos y excluidos en la revisión original, además de la valoración de 1335 nuevos informes identificados mediante las estrategias de búsqueda.

Se identificaron 15 estudios adicionales que cumplieron los criterios de selección. En total, encontramos 33 ensayos clínicos que incluyeron a 4477 participantes, la mayoría de los cuales fueron publicados en las décadas de 1980 y 1990 y realizados en países europeos. Once de 33 estudios recibieron financiamiento de compañías farmacéuticas. La mayoría de los pacientes incluidos tenían más de 60 años, y el tiempo de seguimiento fue usualmente menor de un año. Los prostanoides no reducirían la mortalidad cardiovascular en comparación con placebo (riesgo relativo, [RR]) 0,81, intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,41 a 1,58,

calidad de evidencia baja). Tampoco disminuyen la incidencia de amputaciones totales cuando se los compara con placebo (RR 0,97, IC 95% 0,86 a 1,09, calidad de evidencia alta). Los prostanoides podrían producir un pequeño alivio del dolor en reposo cuando se los compara con placebo (RR 1,30, IC 95% 1,06 a 1,59) y podrían mejorar la curación de las úlceras (RR 1,24, IC 95% 1,04 a 1,48, calidad de evidencia moderada). Sin embargo, cuando excluimos los estudios con alto riesgo de sesgo en el análisis de sensibilidad, estos efectos beneficiosos se diluyeron.

Los prostanoides probablemente se asocian a un mayor número de eventos adversos (RR 2,11, IC 95% 1,79 a 2,50, calidad de evidencia moderada); los más comunes fueron cefalea, náuseas, vómitos, diarrea, rubor facial e hipotensión. Las razones más frecuentes para disminuir la calidad de la evidencia fueron las pérdidas en el seguimiento de los pacientes incluidos en los ensayos y la baja frecuencia de los eventos, lo que derivó en la imprecisión clínicamente significativa de las medidas sumarias de efecto.

Por otro lado, encontramos evidencia de calidad baja a muy baja sobre los prostanoides en comparación con otros agentes activos o con otros fármacos del mismo grupo, debido a que pocos estudios evaluaron las mismas comparaciones y a un alto riesgo de sesgo.

La conclusión a la que arribamos como autores es que existe incertidumbre acerca del balance riesgo-beneficio con el uso de prostanoides en pacientes con ICM y, por lo tanto, se debería considerar una evaluación cuidadosa de las alternativas terapéuticas. La planificación de futuras investigaciones sobre este tema debería enfocarse en mejorar los aspectos metodológicos necesarios para producir evidencia de mejor calidad (p. ej., garantizando el seguimiento de los pacientes y el tamaño muestral adecuado a la tasa de eventos esperada, utilizando instrumentos validados para prevenir la inconsistencia entre diferentes estudios), así como en incluir desenlaces centrados en los pacientes ya que, por ejemplo, ninguno de los estudios incluidos evaluó la calidad de vida de las personas con esta condición clínica.

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

REFERENCIAS

1. Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, et al. 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2017 Mar 21;69(11):1465-1508.
2. Hardman RL, Jazaeri O, Yi J, et al. Overview of classification systems in peripheral artery disease. *Semin Intervent Radiol*. 2014;31(4):378-88.
3. Dua A, Lee CJ. Epidemiology of Peripheral Arterial Disease and Critical Limb Ischemia. *Tech Vasc Interv Radiol*. 2016;19(2):91-5.
4. Dormandy JA, Rutherford RB. Management of peripheral arterial disease (PAD). TASC Working Group. TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC). *J Vasc Surg*. 2000;31(1 Pt 2):S1-S296.
5. Melillo E, Micheletti L, Nuti M, et al. Long-term clinical outcomes in critical limb ischemia--A retrospective study of 181 patients. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2016;20(3):502-8.
6. Suckow BD, Goodney PP, Cambria RA, et al. Predicting functional status following amputation after lower extremity bypass. *Ann Vasc Surg*. 2012;26(1):67-78.
7. Ruffolo AJ, Romano M, Ciapponi A. Prostanoids for critical limb ischaemia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD006544.
8. Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0 [citado 2018 sept]. The Cochrane Collaboration, 2011. Disponible en: www.cochrane-handbook.org.
9. Higgins JPT, Lasserson T, Chandler J, et al. *Methodological Expectations of Cochrane Intervention Reviews*. Cochrane: London, 2016.



Reglamento general de presentación de artículos

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

Instrucciones generales de presentación

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, Educación médica, Caso Clínico, Imágenes en Medicina Interna y Cirugía, 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 el Comité de Revista en cualquiera de las etapas del proceso de publicación.

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

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: Apéndice Normas de Vancouver*

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://www1.hospitalitaliano.org.ar/#!/edu/home/revista/seccion/6997>

General guidelines for article submission, see <https://www1.hospitalitaliano.org.ar/#!/edu/home/revista/seccion/6997/#ingles>