




**REVISTA DEL
HOSPITAL ITALIANO
DE BUENOS AIRES**

Marzo 2023 Volumen 43 Número 1

Las amenazas de la vida digital en la práctica profesional
Matusevich D., et al

NPS (*Net Promoter Score*). Métrica de la experiencia del cliente. Construcción y análisis del indicador de una cobertura médica privada
De Masi, N. S., et al.

Percepciones, reflexiones y aprendizajes de estudiantes de Medicina sobre una experiencia de tres años de Educación Basada en la Comunidad
Granero M., et al.

Síndrome urémico hemolítico del adulto
Viciconte M. B., et al.

Múltiples reacciones adversas graves a fármacos en un paciente luego de la infección por COVID-19.

Informe de un caso
Peñalosa Daguer D. E., et al.

Hematoma renal, a propósito de un caso
Flores Jiménez I.

En busca del buen morir
Baraglia A. O.

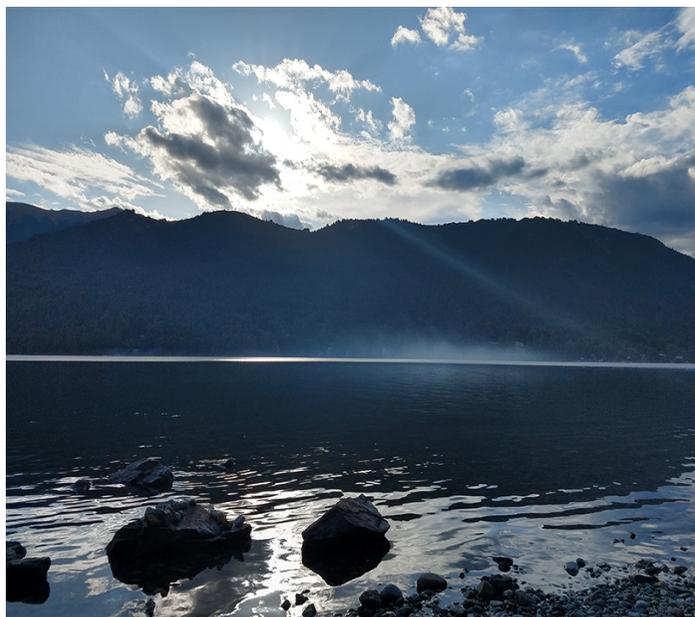
Crisis y encrucijadas de una psiquiatría en busca de futuro
Huertas R.

La importancia de una comunicación empática con los pacientes y sus familias
Mariani G.

Cómo lidiar con el rechazo de un manuscrito científico
Gracia G., et al.

Suplantación de coautorías en repositorios científicos virtuales
Calzolari A.

Revisores 2022



Por Mariana Rapoport

Lago Gutiérrez. San Carlos de Bariloche, Río Negro



 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

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

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



NUESTRA RED CUENTA CON 2 HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD
Y 15 CENTROS MÉDICOS PARA ESTAR DONDE USTED NOS NECESITA, CERCA.



JOVEN

16-35

Individual y familias
con o sin hijos



PERSONAL

36-59

Ingreso individual



FAMILIAR

36-59

Familias con o sin hijos



MAYOR

+60

A partir de los 60 años

PLANES CON Y SIN COPAGO

PLAN DE SALUD



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

TODO EL ITALIANO DETRÁS DE TU PLAN

TRATAMIENTOS DE ALTA PRECISIÓN ADAPTADOS A CADA PACIENTE

3D Radioterapia Tridimensional Conformada

IMRT-VMAT Radioterapia de Intensidad Modulada

IGRT Radioterapia Guiada por Imágenes

SBRT Radioterapia Estereotáxica Extracraneal

SRS Radiocirugía Estereotáxica Craneal

TBI Irradiación Corporal Total 3D Conformada

BQT 3D HDR Braquiterapia Tridimensional de Alta Tasa de Dosis

TSEI/RTSEI Baño de Electrones

IORT Radioterapia Intraoperatoria
(Primer Equipo INTRABEAM móvil en Argentina)

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

Central de Turnos: (11) 4958-1213 (líneas rotativas) .  +54 9 11 4166-5537

info@mevaterapia.com.ar . www.mevaterapia.com.ar

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

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





POSGRADO IUHIBA

Cursos y Jornadas

Seguí construyendo tu futuro profesional

Formate en el Instituto Universitario
Hospital Italiano de Buenos Aires

+50 Especialidades



¡Encontrá la tuya!

Escaneame para más información



Instituto Universitario
Hospital Italiano de Buenos Aires

 HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires



REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Editor jefe

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

Editor asociado

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

Comité Editorial

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

Comité asesor

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

Coordinadora editorial y página Web

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

Corrección de textos

Prof. María Isabel Siracusa (Buenos Aires, Argentina)

Community manager

Lic. Emilia Matusevich (Buenos Aires, Argentina)

Editor responsable

Publicación trimestral del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires.
Tte. Juan D. Perón 4190 | 1º piso | Escalera J | C.1199ABB | C.A.B.A. | Argentina
URL: <http://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/> | E-mail: revista@hospitalitaliano.org.ar |
Facebook: [RevistadelHIBA](https://www.facebook.com/RevistadelHIBA) | Tel. 54-11-4959-0200 int. 9293 | Fax. 54-11-4959-0383

Perfil de la Revista

La Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires (E-ISSN 2314-3312) es una publicación científica trimestral del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires (IUHIBA) que se edita desde 1981. Su contenido es revisado por pares bajo la modalidad doble ciego, mientras que su difusión se realiza en línea. Es de acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Atribución CC BY-SA 4.0 y el proceso de publicación para los autores es no arancelado. Publica trabajos originales relevantes para las ciencias de la salud y las áreas relacionadas. Se aceptan contribuciones de autores tanto pertenecientes a la Institución como externos a ella, en idioma castellano e inglés.

Scope

The Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires (E-ISSN 2314-3312) is a quarterly scientific journal published by the Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires (IUHIBA) since 1981. Its double-blind peer-reviewed content is available online. It is open access under the license Creative Commons Attribution CC BY-SA 4.0 (see Open Access Policy), and the publishing process for authors is fee-free. It offers original papers relevant to the health sciences and related areas. It accepts contributions by authors from within and outside the Institution, in Spanish and English.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2023; 43(1): 1-50. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v43i1>

Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires

Consejo Directivo Ejercicio 2023/2024

Presidente: Ing. Franco Livini
Vicepresidente 1º: Arq. Aldo Brunetta
Vicepresidente 2º: Sr. Eduardo Tarditi
Consejeros: Lic. Daniel Artana, Roberto Baccanelli, Roberto Bonatti, Guillermo Jaim Etcheverry, Atilio Migues, Renato Montefiore, Elio Squillari

Hospital Italiano de Buenos Aires

Director Médico: Dr. Marcelo Marchetti
Director de Gestión: Ing. Horacio Guevara
Vice-Director Médico de Gestión Operativa: Dr. Juan Carlos Tejerizo
Vice-Director Médico de Planeamiento Estratégico: Dr. Esteban R. Langlois
Vice-Director Médico de Plan de Salud: Dr. Leonardo Garfi
Vice-Director Médico Hospital Italiano de San Justo Agustín Rocca: Dr. Guillermo E. Arbues
Directores Honorarios: Dres. Jorge Sivori, Héctor Marchitelli, Atilio Migues

Consejo de Administración Fundación Instituto Universitario

Presidente: Ing. Franco Livini
Vicepresidente: Arq. Aldo Brunetta
Vocales: Sr. Roberto Baccanelli, Prof. Dr. Guillermo Jaim Etcheverry, Dr. Marcelo Figari, Ing. Jorge Firpo, Dr. Eduardo Tarditi.

Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires - Consejo Superior

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

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

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

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

ISSN 2314-3312 (en línea)



INDICE

EDITORIAL

6 Las amenazas de la vida digital en la práctica profesional

Daniel Matusevich y Alfredo Eymann

La digitalización de la realidad en que vivimos avanza de manera inexorable y pareciera que cada vez es más difícil combinar ciencia y humanismo.

Debemos intentar superar la falsa oposición humanismo versus tecnología, ambas son fundamentales para continuar avanzando en un modelo médico cada vez más integrador que pueda satisfacer las necesidades de toda la sociedad.

ARTÍCULO ORIGINAL

7 NPS (*Net Promoter Score*). Métrica de la experiencia del cliente. Construcción y análisis del indicador de una cobertura médica privada

Noelia S. De Masi, Esteban C. Rochina, Mónica G. Schpilberg, María C. Puga y Leonardo G. Garfi

Un hospital de alta complejidad de Buenos Aires consolidó por primera vez uno de los indicadores más utilizados en la gestión de experiencia de clientes, como lo es el NPS (*Net Promoter Score*). Midió la recomendación de la marca basándose en las respuestas obtenidas de más de veintisiete mil afiliados.

EDUCACIÓN MÉDICA

12 Percepciones, reflexiones y aprendizajes de estudiantes de Medicina sobre una experiencia de tres años de Educación Basada en la Comunidad

Mariano Granero, Juan C. Rousseau Portalis, María A. Mercadal y Candela V. L. González

La formación de los médicos, por lo general, se realiza en facultades y con escaso contacto con las comunidades de las que forman parte. Este contacto es importante porque permite adaptar la formación a la práctica real. Este trabajo habla de la experiencia de tres años en la que los futuros médicos aprenden mientras trabajan con y para la comunidad.

CASO CLÍNICO

17 Síndrome urémico hemolítico del adulto

Micaela B. Viciconte y Lucas Fernández Otero

Presentamos el caso de una paciente de 65 años, que cursó internación por síndrome urémico hemolítico en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Desarrollamos cuál es su incidencia, qué información pudimos recabar de la bibliografía y qué nos motivó a sospecharlo, además del tratamiento y la evolución de la paciente.

21 Múltiples reacciones adversas graves a fármacos en un paciente luego de la infección por COVID-19. Informe de un caso

Denys E. Peñaloza Daguer, Anamá Di Prinzio, María Echeverría, María J. Cura, Lucrecia Bustamante, Luis D. Mazzocuo y Ana C. Torre

Durante la pandemia por COVID-19 se observaron diversas reacciones adversas a fármacos. Comunicamos el caso de un paciente con una infección respiratoria grave por COVID-19, que presentó 2 reacciones adversas graves a fármacos asociadas a paracetamol en un período corto de tiempo.

IMÁGENES EN MEDICINA

25 Hematoma renal, a propósito de un caso

Iris Flores Jiménez

Paciente de 57 años, en tratamiento con acenocumarol, que acude a Urgencias por dolor lumbar irradiado a fosa ilíaca izquierda. En analítica sanguínea se observa alteración de la función renal y, en tomografía computarizada, presenta en riñón izquierdo imagen sugerente de hematoma perirrenal izquierdo con signos de hemorragia activa.

HUMANIDADES

27 En busca del buen morir

Alex O. Baraglia

El trabajo indaga en las implicancias del buen morir. Busca contribuir con el actual debate en torno al proceso del final de la vida, delimitando un territorio donde convergen diversos aspectos que testimonian una forma compasiva de acercarnos a una experiencia más cálida de transitar el camino de la muerte.

31 Crisis y encrucijadas de una psiquiatría en busca de futuro

Rafael Huertas

En este artículo se abordan cuestiones epistemológicas, así como los dilemas planteados a través de dos elementos centrales: el diagnóstico y el tratamiento. Finalmente, se insiste en la importancia de lo ético, lo social, y lo político al replantear saberes y prácticas en psiquiatría y salud mental.

37 La importancia de una comunicación empática con los pacientes y sus familias

Gonzalo Mariani

Reflexionamos sobre la adecuada comunicación con los pacientes y sus familias, que resulta clave no solo para una buena comprensión de la situación, sino también porque refleja el respeto por el otro y la conciencia del impacto que tiene lo que decimos y cómo lo decimos.

CARTAS AL EDITOR

41 Cómo lidiar con el rechazo de un manuscrito científico

Guadalupe Gracia y María Florencia Grande Ratti

A raíz de un proyecto de investigación clínica, aprovechamos la oportunidad para normalizar el rechazo de un manuscrito científico ante su envío a revistas científicas arbitradas e indexadas. Comentamos lecciones aprendidas de nuestra experiencia, haciendo hincapié sobre los pasos para seguir a fin de superar satisfactoriamente el proceso editorial y alcanzar una publicación.

43 Suplantación de coautorías en repositorios científicos virtuales

Aldo Calzolari

Se alerta a la comunidad acerca de una modalidad de suplantación de identidad en las coautorías de artículos científicos en repositorios virtuales científicos, como Research Gate®, donde personas con iguales iniciales del nombre y el mismo apellido se adjudican la autoría. Se presentan dos casos de esta modalidad de mala conducta.

45 Revisores 2022

46 Reglamento general de presentación de artículos



INDEX

EDITORIAL

6 Threats of digital life in professional practice

Daniel Matusevich and Alfredo Eymann

The digitalization of the reality in which we live is advancing inexorably and it would seem that it is increasingly difficult to combine science and humanism.

We must try to overcome the false opposition of humanism versus technology; both are fundamental to continue advancing in an increasingly integrative medical model that can meet the needs of society as a whole.

ORIGINAL ARTICLE

7 NPS (Net Promoter Score). Customer Experience Metrics. Construction and analysis of a private medical coverage indicator

Noelia S. De Masi, Esteban C. Rochina, Mónica G. Schpilberg, María C. Puga and Leonardo G. Garfi

A high-complexity hospital in Buenos Aires consolidated for the first time one of the most widely used indicators in customer experience management, the Net Promoter Score (NPS). It measured brand recommendation based on the responses obtained from more than 27,000 members.

MEDICAL EDUCATION

12 Perceptions, reflections and learnings of Medicine students about a three-year experience of community-based education

Mariano Granero, Juan C. Rousseau Portalis, María A. Mercadal and Candela V. L. González

Medical training takes place in general in med schools with little contact with the communities of which they are part of. This contact is important because it makes it possible to adapt the training of future doctors to real practice. This work is about a three-year experience in which future doctors learn while working with and within the community.

CLINICAL CASE

17 Adult hemolytic uremic syndrome

Micaela B. Viciconte and Lucas Fernández Otero

We present the case of a 65-year-old patient who was hospitalized for hemolytic uremic syndrome at the Hospital Italiano in Buenos Aires. Developing, what is the incidence of it, what information we could collect from the bibliography and what motivated us to suspect it. In addition to the treatment and evolution of the patient.

21 Drug-induced severe cutaneous adverse reactions in a patient after COVID-19 infection. Case report

Denys E. Peñaloza Daguer, Anamá Di Prinzio, María Echeverría, María J. Cura, Lucrecia Bustamante, Luis D. Mazzocuolo and Ana C. Torre

Several adverse drug reactions were observed during the COVID-19 pandemic. We report the case of a patient with a severe respiratory infection due to COVID-19, who presented 2 serious adverse drug reactions associated with paracetamol in a short period of time.

IMAGES IN MEDICINE

25 Renal hematoma, report of clinical case

Iris Flores Jiménez

A 57-year-old patient, undergoing treatment with acenocoumarol, who attended the Emergency Department due to low back pain radiating to the left iliac fossa. The blood test revealed impaired renal function and a computed tomography scan showed an image suggestive of a left perirenal hematoma in the left kidney with signs of active bleeding.

HUMANITIES

27 In search of a good death

Alex O. Baraglia

This paper focuses on the Implications of the good death. It aims to contribute to the current debate about the final process of life, by giving account of a complex territory that testifies the possibility of a compassionate, warmer and more human experience of walking the path of death.

31 The crisis and crossroads experienced by a psychiatry in search of the future

Rafael Huertas

This article addresses epistemological issues, as well as the dilemmas posed by two central elements: diagnosis and treatment. Finally, it insists on the importance of the ethical, social and political aspects when rethinking knowledge and practices in psychiatry and mental health.

37 The importance of empathic communication with patients and their families

Gonzalo Mariani

We reflected on appropriate communication with patients and their families, which is key not only for a good understanding of the situation, but also because it reflects respect for the other and awareness of the impact of what we say and how we say it.

LETTERS TO EDITOR

41 Dealing with a rejected on a scientific manuscript

Guadalupe Gracia and María Florencia Grande Ratti

As a result of a clinical research project, we take the opportunity to normalize the rejection of a scientific manuscript after its submission in indexed scientific journals with peer-reviewed process. We comment on lessons learned from our experience, emphasizing the steps to follow to successfully overcome the editorial process and achieve publication..

43 Impersonation of co-authorships in virtual scientific repositories

Aldo Calzolari

The community is alerted about a modality of impersonation in the co-authorship of scientific articles in scientific virtual repositories, such as Research Gate®, where people with the same first initials and the same last name claim authorship. Two cases of this type of misconduct are presented.

45 Reviewers 2022

46 General guidelines for article submission

Las amenazas de la vida digital en la práctica profesional

Daniel Matusevich[®] y Alfredo Eymann[®]

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

La digitalización de la realidad en que vivimos avanza de manera inexorable, alterando nuestras percepciones, nuestra relación con el mundo y nuestra convivencia; una de las consecuencias más llamativas de este fenómeno es el hecho de que vivimos en un mundo en el cual la información y la tecnología se han transformado en actores centrales de nuestra existencia.

Pareciera que, en la sociedad de la información, solo aquellos capaces de navegar en un universo definido por las pantallas digitales serán realmente libres, mientras que el resto vivirá vidas alejadas de sus deseos e intereses reales.

Para evitar caer en la desesperanza o en la depresión, hoy tan en boga, es necesario enfrentar este estado de cosas y no temerle o negarlo, imaginando volver a tiempos pasados en los que la vida era vivida a un ritmo más pausado y los equilibrios alcanzados eran más duraderos.

Ante esta realidad, el verdadero cambio implica adaptación pero no resignación, ya que la oferta del sistema de vida actual implica aceptar propuestas individualistas que solamente ponen el eje en la producción y el consumo descuidando la racionalidad digital, que supone la capacidad de escuchar, de razonar y de aprender.

La medicina para nada es ajena a este estado del arte, ya que se halla atravesada por variaciones constantes que plantean tensiones entre los diversos aspectos que la componen.

Los avances científico-tecnológicos en nuestra práctica se retroalimentan y plantean un escenario de complejidad creciente; siguiendo a la revolución industrial y a la informática nos hallamos inmersos ahora en una suerte de revolución tecnológica, que impacta plenamente en la medicina: la atención de pacientes, la formación profesional, el cuidado y la mirada gerencial se desarrollan a un ritmo y con un crecimiento que es muy difícil de acompañar.

Pareciera que cada vez es más difícil combinar ciencia y humanismo, ya que en algunas ocasiones se produce

un verdadero sometimiento médico a la tecnología con resultados muy negativos; así es que los pacientes se ven atrapados en una modernidad sin sustento, mientras que los médicos se alejan cada vez más de las necesidades de las personas que sufren. Es muy difícil sostener el equilibrio entre la ciencia y el arte a la hora de acompañar a nuestros pacientes.

Por otra parte, de ninguna manera podemos dejar de reconocer que los terribles efectos de la pandemia que acabamos de transitar serían aún mucho más dolorosos y lamentables si no fuera por el gran desarrollo tecnológico que permitió sintetizar vacunas las cuales disminuyeron los tremendos costos de la enfermedad; este hecho ratifica el camino de la investigación y el avance de nuevas tecnologías como vía fundamental para enfrentar los desafíos del futuro: bioinformática, proteómica, genómica, biotecnología y los progresos en las nuevas cirugías abren un panorama de crecimiento insospechado años atrás.

Debemos intentar superar la falsa oposición humanismo versus tecnología: es una trampa en la que no hay que caer. Ambos son fundamentales para continuar avanzando en un modelo médico cada vez más integrador que pueda satisfacer las necesidades de toda la sociedad.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Baricco A. The game. Barcelona: Anagrama; 2019.
- Han BC. Infocracia: la digitalización y la crisis de la democracia. Buenos Aires: Taurus; 2022.
- Matusevich D, Nemirovsky M. Notas sobre el teletrabajo, la atención psiquiátrica y los cambios comunicacionales en pandemia [Notes on telework, psychiatric care and changes in communication during pandemic]. Vertex. 2021;32(154):86-90. <https://doi.org/10.53680/vertexv32i154.117>.

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

Recibido: 13/03/23 Aceptado: 15/03/23 En línea: 31/03/23

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v43i1.258>

Cómo citar: Matusevich D, Eymann A. Las amenazas de la vida digital en la práctica profesional. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2023;43(1): 6.

NPS (*Net Promoter Score*). Métrica de la experiencia del cliente. Construcción y análisis del indicador de una cobertura médica privada

Noelia S. De Masi^{1,✉}, Esteban C. Rochina^{1,✉}, Mónica G. Schpilberg^{2,✉}, María C. Puga^{2,✉} y Leonardo G. Garfi^{1,✉}

1. Plan de Salud. Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

2. Departamento de Investigación. Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: el NPS (*Net Promoter Score*) es un indicador que se utiliza en los programas de experiencia del cliente para medir la satisfacción de dicho público objetivo y su lealtad. Nuestra finalidad fue consolidar el NPS por primera vez en una prepaga de un hospital de alta complejidad de Buenos Aires (PS-HIBA) en busca de establecer un indicador objetivo desde la perspectiva del cliente.

Métodos: se realizó un estudio observacional analítico, de corte transversal. Se incluyeron en el estudio los datos obtenidos a partir de las respuestas de los afiliados al PS-HIBA.

Resultados: se consolidó el primer indicador NPS del PS-HIBA: 22 puntos. Se visualizaron los tres perfiles de clientes, obteniendo un 45,7% promotores, 22,3% detractores y 32% pasivos o neutros. Complementariamente se identificaron los motivos de dichas calificaciones; las tres principales fueron: la problemática de accesibilidad a los turnos, la atención y los profesionales valorados positivamente.

Conclusión: este estudio aporta un indicador objetivo, que facilita un lenguaje común en la organización y una comparación con el mercado desde la mirada del cliente.

El NPS, como sistema, busca impulsar la construcción de una cultura centrada en el cliente, con el fin de mejorar su lealtad y permitir una retroalimentación donde se logra tener presente la voz del cliente, e identificar, priorizar y abordar los problemas percibidos. Nos permite establecer los lineamientos de oportunidades de mejora desde la perspectiva de los pacientes.

Palabras clave: indicador NPS, Experiencia de Clientes, CX, NPS Salud, NPS Prepaga.

NPS (Net Promoter Score), Customer experience metrics. Construction and analysis of the indicator of private medical coverage

ABSTRACT

Introduction: the NPS (*Net Promoter Score*) is an indicator used in customer experience programs to measure the satisfaction of said target audience and their loyalty. Our purpose was to send the survey and consolidate the NPS for the first time in a high complexity prepaid hospital in Buenos Aires (PS-HIBA) in search of an objective indicator from the customer's perspective.

Methods: an analytical, cross-sectional observational study was carried out. Data obtained from members' responses to the PS-HIBA were included in the study.

Results: the first NPS indicator of PS-HIBA was consolidated: 22 points. The three customer profiles were displayed, obtaining 45.7% promoters, 22.3% detractors and 32% passive or neutral. Complementarily,

Autor para correspondencia: noelia.demasi@hospitalitaliano.org.ar, De Masi NS.

Recibido: 29/11/22 Aceptado: 8/03/23 En línea: 31/03/23

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v43i1.259>

Cómo citar: De Masi NS, Rochina EC, Schpilberg MG, Puga MC, Garfi LG. NPS (*Net Promoter Score*). Métrica de la experiencia del cliente. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2023;43(1):7-11

the reasons for these qualifications were identified, being the three main ones: the problem of accessibility to medical appointments, the medical attention and the professionals valued positively.

Conclusion: this study provides an objective indicator which facilitates a common language in the organization and a comparison with the market from the customer's point of view.

The NPS as a system seeks to promote the construction of a customer-focused culture, in order to improve their loyalty and allow feedback. Thus, it is possible to keep the customer's voice in mind, identify, prioritize and address the perceived problems. It allows us to establish the guidelines for opportunities to improve from the patients' perspective.

Key words: NPS indicator, Customer Experience, CX, Health NPS, Prepaid NPS.

INTRODUCCIÓN

La experiencia de los clientes es la suma de todas las interacciones visibles y no visibles (físicas, visuales, emocionales/emotivas, de entendimiento, entre otras), configuradas por la cultura de una organización, que influyen en las percepciones del cliente, durante el tiempo en el que haya una relación de servicio. Dichas interacciones generan emociones positivas o negativas. En esta línea, fidelizar al cliente implica gestionar su experiencia de manera consistente e integral a lo largo de todo el recorrido que hace este durante su ciclo de vida.

Colocando el foco en la salud, la experiencia de los pacientes es definida por el Beryl Institute como "la suma de todas las interacciones, configuradas por la cultura de una organización, que influyen en las percepciones del paciente, a lo largo de la continuidad del cuidado"¹.

Otra definición relevante en el contexto actual la define como "el resultado de la combinación de tres factores clave: Personas + Procesos + Tecnología. Una organización que quiere realmente transformarse y mejorar de manera sustancial su Experiencia del Cliente necesita no solo trabajar en las pautas de atención y actitud del personal en sus canales de atención, sino también revisar y modificar procesos y debe contar con tecnología que le permita dar soporte a todos los cambios que se requieren para ser más ágil y brindar una mejor experiencia a sus clientes"².

Este concepto se focaliza en el valor de los modelos de negocios actuales, donde quedan establecidas nuevas expectativas de los clientes, quienes comparan su experiencia no solo con empresas o marcas de la competencia dentro del mismo sector, sino en cualquier rubro o categoría.

En cuanto a la gestión de la experiencia del cliente, la consultora estadounidense Gartner la define como "la práctica de diseñar y reaccionar a las interacciones de los clientes para cumplir o exceder sus expectativas, y así incrementar su satisfacción, lealtad y promoción"³.

Se convirtió en el foco de atención de todas las marcas en los últimos años, ya que las organizaciones notaron la importancia que tiene esto para mantener a los consumidores satisfechos y leales a la marca. En este sentido, si dichas experiencias son percibidas de manera positiva

por los clientes, constituyen estrategias de diferenciación y logran ventajas competitivas para la organización en el mercado.

El NPS (*Net Promoter Score*) es el indicador más utilizado en los programas de experiencia del cliente para medir la satisfacción de dicho público objetivo y su lealtad.

Según la bibliografía consultada, el concepto comenzó a utilizarse en 2003, a partir del artículo "The One Number You Need to Grow" publicado en la Harvard Business Review⁴.

Este abordaje genera la posibilidad de minimizar la brecha entre lo que la organización ofrece y la experiencia que los clientes demandan. Tiene un único objetivo: descubrir la probabilidad de que una persona recomiende una marca, una empresa, un producto o un servicio a otra persona.

Logra medir y administrar la lealtad de los pacientes sin la complejidad de las encuestas tradicionales. Como marco teórico, la implementación de esta herramienta debe estar encuadrada en la planificación estratégica de la organización.

Es muy valorada por los departamentos que se centran en la experiencia de clientes, debido a su alta tasa de respuesta. Se caracteriza por ser una encuesta corta, y está demostrado que la tasa de respuesta aumenta en relación con su brevedad.

La clave consiste en preguntarle al cliente:

¿Cuán probable es que recomiendes el producto/servicio o marca a un familiar, amigo o colega? Siendo "1" Poco probable y "10" Muy probable que lo recomiendes.

En función de la respuesta surgen tres perfiles de consumidores: el detractor, aquel que califica entre uno y seis inclusive, el pasivo o neutro entre siete y ocho, y el promotor entre nueve y diez.

El promotor "habla bien" espontáneamente por su experiencia; el pasivo "si bien está satisfecho" mantiene una conducta neutral y no lo expone. El detractor manifiesta su descontento. En este punto es importante tener en cuenta el impacto que tienen hoy las redes sociales en el potenciar este perfil.

Mediante una pregunta abierta optativa se solicita a los clientes que justifiquen dicha calificación. Esta información

valiosa obtenida se incorpora como retroalimentación, utilizándose tanto para abordar las insatisfacciones, como para impulsar las oportunidades de innovaciones que generan más promotores. Este desarrollo resulta clave para aprender más sobre las oportunidades de mejora en los procesos, personas, productos y precios a largo plazo.

El NPS es el valor que surge de la diferencia entre el porcentaje de promotores y el de detractores. Es decir, este puede variar entre -100 y +100. Permite conocer acerca del valor percibido por los clientes de la organización y el grado de satisfacción con respecto a la marca.

Como se mencionó con anterioridad, el indicador aporta información valiosa acerca de las disconformidades de los clientes o “puntos de dolor”, como se llaman en la disciplina, y a partir de ello, brinda la posibilidad de implementar acciones de mejora en la experiencia de estos. Teniendo en cuenta la importancia de contar con un indicador objetivo de la experiencia de nuestros clientes, la finalidad del presente trabajo consistió en conocer y analizar el NPS del Plan de salud del Hospital Italiano de Buenos Aires (PS-HIBA) debido a que no existen investigaciones previas en esta área. Y de esta manera, proporcionar un lenguaje común en la organización y una comparación con el mercado desde la mirada del cliente. Los resultados pueden constituir un punto de partida para conocer el valor percibido de nuestros clientes, así como una escucha activa a esas necesidades.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional analítico, de corte transversal. Se incluyeron en el estudio los datos obtenidos a partir de las encuestas enviadas a los afiliados al PS-HIBA.

El estudio se llevó a cabo dentro del Área de Marketing y Ventas perteneciente al PS-HIBA.

El PS-HIBA es un sistema de medicina prepaga, con una trayectoria de más de cuarenta años en el mercado y con una cartera de 183 282 afiliados (activos a diciembre de 2021). Su población está compuesta por 58% de mujeres, con una edad media de 51 años y una antigüedad de 11 años. Cuenta con una red asistencial de dos hospitales de alta complejidad y quince centros médicos ubicados en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y Gran Buenos Aires (GBA), lo que resulta clave para brindar

cobertura a sus afiliados residentes en un 55% en CABA, 27% Zona Oeste, 7% en Zona Sur, 6% en Zona Norte y un 5% entre el interior del país y pacientes no identificados.

El protocolo del presente estudio fue aprobado bajo el registro N.º 6360 por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación y por la Dirección Médica del Hospital Italiano (Registro Expediente PRIISA N.º 6970).

OBTENCIÓN DE LOS DATOS

Entre los días 3 y 11 de septiembre se envió desde la dirección plandesalud@hospitalitaliano.org.ar una encuesta anónima, autoadministrada mediante una campaña realizada por correo electrónico, permitiendo una única respuesta por afiliado. La encuesta se dirigió a todos los afiliados activos del PS-HIBA mayores de 17 años, es decir, a 137 134 personas, y presentaba una pregunta principal:

¿Cuán probable es que recomiendes Plan de Salud a un familiar, amigo o colega? Siendo “1” Poco probable y “10” Muy probable que lo recomiendes.

Y luego una pregunta abierta optativa, mediante la cual se solicitaba a los pacientes las razones de sus calificaciones:

¿Serías tan amable de detallarnos el motivo por el cual otorgaste una calificación de “X”?

Esto brinda la oportunidad de registrar los comentarios de los afiliados, desde su mirada con sus propias palabras.

RESULTADOS

Al momento del envío de la encuesta, el PS-HIBA contaba con 158 038 afiliados activos mayores de 17 años a septiembre de 2021. Se enviaron 137 134 encuestas a aquellos afiliados que tuvieran su correo electrónico validado, y se obtuvieron 26 991 respuestas, correspondientes a un 20% del total de las encuestas enviadas.

Según la calificación de los afiliados se obtuvo la cantidad de perfiles promotores y detractores necesarios para la conformación del indicador NPS (*Net Promoter Score*): (Tabla 1, Tabla 2 y Fig. 1)

DISCUSIÓN

El resultado de NPS obtenido para el PS-HIBA fue de 22 puntos, encontrándose en valores óptimos de acuerdo

Tabla 1. Distribución de las respuestas en función de los perfiles de clientes (n = 26 991). Según la calificación brindada por los afiliados con respecto a la recomendación del PS-HIBA, surgen los tres perfiles: detractor, aquel que califica entre uno y seis inclusive, el pasivo o neutro entre siete y ocho, y el promotor entre nueve y diez.

Perfiles de clientes	Detractores						Pasivos		Promotores	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
n = 26991	1364	414	620	645	1899	1359	3072	5287	3558	8773
%	5%	2%	2%	2%	7%	5%	11%	20%	13%	33%
% Perfil clientes	23,3%						31,0%		45,7%	

Tabla 2. Indicador NPS. Valor que surge de la diferencia entre el porcentaje de promotores y el de detractores.

NPS = % Promotores - % Detractores		
Promotores	Detractores	NPS
45,7%	23,3%	22,3

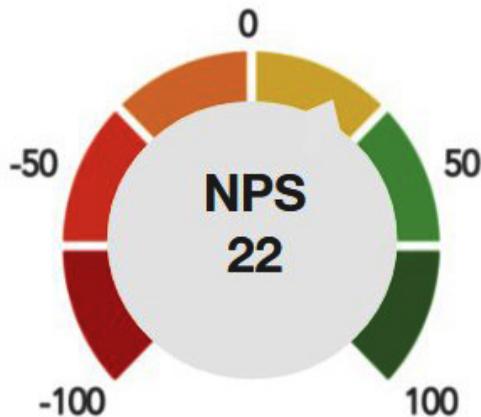


Figura 1. Representación gráfica que comprende que dicho indicador puede variar de -100 a +100, según el impacto de la cantidad de detractores y promotores.

con la bibliografía relacionada (valores entre 0 y 50 se consideran óptimos)⁵.

Según el primer estudio de Experiencia de Cliente a nivel nacional realizado por Bain en la Argentina en 2016, el NPS en el mercado de la Salud es 3; OSDE lidera el segmento con 31 puntos⁶. En años posteriores, solo encontramos como fuente fidedigna a la entidad Sancor Salud, en cuyo informe de Sustentabilidad 2018-2019 se detalla un NPS de 11 puntos y del período 2019-2020 de 1,6 puntos⁷.

Uno de los resultados para destacar es la obtención de un 46% de perfiles promotores (calificaciones entre 9 y 10) equivalentes a 12 300 respuestas. Al analizar el motivo de las calificaciones, el tópico: "disconformidad por el servicio ambulatorio respecto a la accesibilidad (turnos)", planteamos la hipótesis de tratarse de un problema general del mercado de salud y, por ello, los pacientes así y todo valoran positivamente. En esta misma línea, consideramos que el valor percibido del servicio debe ser superador para recomendarlo por encima de la propia preferencia o gusto. Habitualmente, los usuarios son más exigentes para recomendar que para decir que algo les gusta. A esto se suma, que la recomendación de un seguro de salud no tiene el mismo impacto que el recomendar otro servicio, como por ejemplo del rubro gastronómico o del entretenimiento.

Otro punto de interés son los perfiles pasivos, que presentaron el 31% de las encuestas (calificaciones entre 7 y 8 puntos) equivalentes a 8300 respuestas. La importancia de este segmento radica en comprender sus puntos de dolor en pos de transformarlos a través de programas de mejora, en posibles promotores de la marca, entendiendo que son perfiles que "a pesar de estar satisfechos (calificaciones de 7 y 8 puntos)" no generan recomendaciones, no son leales y son pasibles de cambiar por la competencia.

Los detractores constituyeron el 23% de las respuestas; sin embargo, la mitad tuvo un puntaje limítrofe de dicho segmento (5 y 6 puntos). El motivo expresado en las respuestas de texto libre se relacionó con la accesibilidad para la atención ambulatoria. Debido a que este punto resulta de alta complejidad, será un desafío desarrollar estrategias orientadas a mejorar este aspecto.

A partir de los resultados obtenidos y de su análisis, durante el mes de septiembre del año 2022 se generó un espacio de discusión con referentes e integrantes de todos los equipos de trabajo del PS-HIBA, de donde surgieron los siguientes conceptos:

- Haciendo foco en el concepto de RECOMENDACIÓN, involucra tu acción para consecuentemente aconsejar o no el servicio, por considerarlo "ventajoso o beneficioso". De alguna manera, hay un involucramiento en las relaciones personales, donde se pone en juego tu propio capital: tu credibilidad. Continuando esta línea, el valor percibido del servicio debe ser superador para considerar recomendarlo por encima de la preferencia o gusto: "Uno es más exigente para recomendar que para decir que me gusta". A esto se le adiciona que recomendar un seguro de salud no es lo mismo (en términos de impacto/riesgo) que recomendar otro servicio, como por ejemplo del rubro gastronómico, del entretenimiento, entre otros.
- Inmersos en la organización y evidenciando las problemáticas puestas de manifiesto (TURNOS, GUARDIA, ATENCIÓN, entre otros) nos encontramos gratamente sorprendidos por la cantidad de perfiles promotores (calificaciones 9 y 10), siendo del 46% = 12,3 K. Teniendo tanta relevancia "al observar los resultados" la disconformidad por el servicio ambulatorio, nos preguntamos si será que es una realidad del mercado de salud en general y, por ello, los pacientes valoran por encima de estas otras prestaciones.
- Nos parece interesante hacer foco en los perfiles pasivos (31% o 8,3 K) para comprender sus puntos de dolor en pos de transformarlos en posibles promotores de la marca, entendiendo que son perfiles que "a pesar de estar satisfechos (calificaciones de 7 y 8 puntos)" no generan recomendaciones, no son leales y son pasibles de cambiar por la competencia.
- El 52% de los detractores estuvo en el puntaje "más alto" (5 y 6) dentro de esta categoría. En tal sentido visualizamos una oportunidad de transformación a un perfil superador. Aunque el motivo con claridad expresado fue la accesibilidad, entendiendo su complejidad ¿podremos encontrar otros espacios de mejora valorados por ellos?

La tasa de respuesta obtenida fue del 20% (27 000 encuestas), la cual superó el número esperado, ya que contábamos con una tasa de referencia del 12%. Esta información fue validada con empresas especializadas en la experiencia de clientes como Customer (Compañía española focalizada en tecnología especializada en la medición del ROI de la Experiencia de cliente) y Qualtrics (empresa estadounidense de gestión de experiencias con más de veinte años en el mercado). Con respecto al valor obtenido consideramos que, si bien la pandemia estaba finalizando, las respuestas pueden haberse visto influidas por una percepción diferente de los clientes por una mayor sensibilización con respecto a la salud. Otra explicación de la alta de tasa de respuesta puede relacionarse con que en este período (septiembre de 2021) los pacientes no recibieron otras encuestas desde el PS-HIBA.

CONCLUSIÓN

Este estudio aporta un indicador objetivo que facilita un lenguaje común en la organización y una comparación con el mercado desde la mirada del cliente. Adicionalmente, nos facilitó identificar los perfiles de clientes, lo que luego posibilitará un análisis en profundidad de cada uno de ellos y sobre la base de dicha segmentación efectuar campañas específicas.

Si bien las necesidades planteadas por nuestros pacientes eran las previstas por la organización, se logró a partir de este estudio evidenciarlo sobre la base de datos objetivos representativos.

Por otro lado, la generación de un espacio de discusión multidisciplinario facilitó la interpretación del indicador, la alineación de las áreas y lineamientos de acciones para el futuro, a partir de la información objetiva manifestada por nuestros afiliados. Con respecto a este punto, es clave que su abordaje haya involucrado distintas miradas, debido a que la transformación cultural y el compromiso de toda la organización debe ser un eje central, en pos

de generar procesos trabajados de manera integrada y coherente.

Consideramos que la frecuencia ideal es realizarla cada dos años, dado que el NPS es un índice a largo plazo, y representa un buen equilibrio para no incomodar a los clientes, procesar de manera efectiva las encuestas realizadas, poder brindar respuesta a las insatisfacciones o demandas obtenidas y poder medir nuevamente las estrategias que se vayan implementando en función de ello.

Agradecimientos: queremos agradecer la ayuda de todas las personas cercanas que nos han aportado su apoyo profesional y personal a lo largo de estos casi dos años de trabajo.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. The Beryl Institute. Defining patient experience [Internet]. Nashville, TN: the Institute; [2014] [citado 2022 nov 29]. Disponible en: www.theberylinstitute.org/page/DefiningPatientExp.
2. Goodman JA. Customer experience 3.0: high-profit strategies in the age of techno service. New York: AMACOM; 2014.
3. Gartner glossary. Customer experience management (CXM) [Internet]. Stamford, CT: Gartner; s.d. [citado 2022 nov 29]. Disponible en: <https://www.gartner.com/en/information-technology/glossary/customer-experience-management-cem>.
4. Reichheld FF. The one number you need to grow. *Harv Bus Rev*. 2003;81(12):46-54, 124.
5. Botey P. Net Promoter Score: NPS: ¿qué es y cómo se calcula? [Internet]. Barcelona: InboundCycle; 2022 mar 7 [citado 2022 nov 29]. Disponible en: <https://www.inboundcycle.com/blog-de-inbound-marketing/net-promoter-score-nps-que-es-y-como-se-calcula>.
6. Terrile S. Alta fidelidad: la fórmula para tener clientes leales. *La Nación*. (Buenos Aires). 2016 oct 2 [citado 2022 nov 29]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/economia/negocios/alta-fidelidad-la-formula-para-tener-clientes-leales-nid1943109/>.
7. Grupo SanCor Salud. Reporte de Sustentabilidad 2021-2022 [Internet]. Buenos Aires: Grupo SanCor Salud; 2022 [citado 2022 nov 29]. Disponible en: https://repo.sancorsalud.com.ar/webinstitucional/reportes/Reporte_2022/index.html?page=1.

Percepciones, reflexiones y aprendizajes de estudiantes de Medicina sobre una experiencia de tres años de Educación Basada en la Comunidad

Mariano Granero^{1,✉}, Juan C. Rousseau Portalis^{2,✉}, María A. Mercadal^{2,✉} y Candela V. L. Gonzalez^{2,✉}

1. Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

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

RESUMEN

Introducción: la Educación Basada en la Comunidad (EBC) representa una estrategia educativa que acerca la formación médica a la práctica real, y promueve una atención médica de mayor aceptabilidad que contempla la esfera social de los procesos de salud/enfermedad y aborda de forma adecuada las necesidades reales de la población.

Existen, a la fecha, escasas publicaciones a nivel regional en las cuales los propios estudiantes reflexionen sobre este tipo de experiencias formativas.

Objetivos: identificar y comunicar los principales aprendizajes obtenidos de una experiencia de EBC por parte de estudiantes de grado de Medicina.

Metodología: se revisaron las sistematizaciones de experiencias confeccionadas por la primera cohorte que completó esta experiencia en el Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se reflexionó sobre las principales dificultades observadas y los aprendizajes más significativos obtenidos a partir de dicha experiencia. Se establecieron dominios y codificaron los textos de las sistematizaciones generadas durante la cursada. Finalmente, se generó un mapa de conceptos a partir del cual se escribió este artículo.

Resultados: esta experiencia tuvo para los estudiantes tres momentos bien definidos: una etapa inicial, caracterizada por incertidumbre y malestar; una intermedia, con aprendizaje estratégico y algo de transformación; y una avanzada, con aprendizaje profundo y situado.

Conclusión: es recomendable que a las experiencias de EBC se les asigne el tiempo suficiente en las planificaciones y que finalicen con un proceso de reflexión promovido por el equipo docente.

Palabras clave: educación médica, atención primaria de la salud, aprendizaje social.

Perceptions, reflections and learnings of Medicine students about a three-year experience of community-based education

ABSTRACT

Introduction: Community-Based Education (CBE) represents an educational strategy that brings medical training closer to real scenario practice, and promotes medical care of greater acceptability that contemplates the social sphere of health/disease processes and that adequately addresses the real needs of the population.

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

Recibido: 19/10/22 Aceptado: 17/02/23 En línea: 31/03/23

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v43i1.217>

Cómo citar: Granero M, Rousseau Portalis JC, Mercadal MA, González CVL. Percepciones, reflexiones y aprendizajes de estudiantes de Medicina sobre una experiencia de educación basada en la comunidad de tres años. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2023;43(1):12-16.

To date, there are few publications at the regional level in which the students themselves reflect on this type of training experience.

Objectives: to identify and communicate the main lessons learned from a CBE experience by Medicine-degree students.

Methodology: the systematization of experiences made by the first cohort that completed this experience at the Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires was reviewed. We reflected on the main difficulties observed and the most significant lessons learned from this experience. Domains were established, and the texts of the systematization generated during the course were codified. Then, a concept map was generated from which this work was written.

Results: this experience had three well-defined moments for the students: an initial stage, characterized by uncertainty and discomfort; an intermediate one, with strategic learning and some transformation; and an advanced one, with deep and situated learning.

Conclusion: it is recommended that EBC experiences are assigned enough time in the planning and that they end with a reflection process promoted by the teaching team.

Key words: medical education, primary health care, social learning.

INTRODUCCIÓN

La Educación Basada en la Comunidad (EBC) representa una estrategia educativa en la que los estudiantes se forman trabajando con distintos actores sociales de la comunidad de la que forma parte la universidad, relacionándose con las personas en los lugares donde estas viven y con sus problemas cotidianos en lugar de hacerlo dentro del sistema de salud¹. Tal estrategia tiene una gran ventaja respecto de la responsabilidad social de las instituciones, dado que acerca la formación médica a su práctica real y promueve una atención médica de mayor aceptabilidad que contempla la esfera social de los procesos de salud/enfermedad y aborda de forma adecuada las necesidades reales de la población².

El Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires cuenta desde el año 2018 con un currículo integrado con un perfil de educación basada en la comunidad. Para ello, los estudiantes disponen de un espacio formativo denominado Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), que ocupa los primeros tres años de la carrera³. En este espacio se dividen en seis comisiones de aproximadamente 10 estudiantes cada una y llevan adelante intervenciones en distintas comunidades del área metropolitana de Buenos Aires. Para ello se les pide que realicen un diagnóstico de problemas prevalentes y una priorización participativa con su comunidad durante el primer año, planifiquen e implementen una intervención que aborde esos problemas en el segundo año y evalúen los resultados de la intervención y sistematicen la experiencia en el tercer año. De esta manera los estudiantes llevan a cabo, a lo largo de los tres primeros años de su formación médica, cada una de las acciones necesarias para completar el ciclo de APOC tal como se realiza en escenarios reales⁴. Además, se les pide que las intervenciones se realicen desde una perspectiva salutogénica que empodere a las comunidades en la construcción de su salud.

A pesar de que la EBC no es nueva, existen a la fecha escasas publicaciones a nivel regional en las que los propios estudiantes reflexionen sobre este tipo de experiencias formativas. Lo que se detalla a continuación son las percepciones, reflexiones y aprendizajes obtenidos por estudiantes de la primera cohorte que completó esta experiencia.

OBJETIVOS

Identificar y comunicar los principales aprendizajes obtenidos de una experiencia de EBC por parte de estudiantes de grado de Medicina.

METODOLOGÍA

Durante los tres años que duró la experiencia, todos los estudiantes llevaron un registro de las actividades realizadas en la comunidad. En el último semestre del tercer año tomaron como insumo estos repositorios y reflexionaron sobre su recorrido siguiendo el método de sistematización propuesto por O. Jara Holliday, es decir, recuperando “qué había sucedido” (etapa descriptiva de la sistematización) y preguntándose luego “¿Por qué sucedió lo que sucedió?” (etapa reflexiva de la sistematización)⁵. Cada comisión realizó una síntesis de las ideas principales y generó un informe que fue presentado a otros estudiantes y tutores*.

Para llevar a cabo esta publicación se continuó trabajando con un grupo de estudiantes que fueron parte de la primera cohorte y que estaban motivados para realizarla (ya que la publicación en sí misma no forma parte de las actividades contempladas en su currículo de grado). Se realizaron encuentros semanales en los que se profundizó

*La recopilación de las sistematizaciones que realizaron las distintas comisiones de estudiantes de esta cohorte pueden encontrarse en el siguiente link: TROVARE

la reflexión sobre las principales dificultades observadas y los aprendizajes más significativos obtenidos a partir de esta experiencia. Para ello se establecieron dominios y codificaron los textos de las sistematizaciones generadas durante la cursada. Luego se generó un mapa de conceptos a partir del cual se escribió el trabajo. El resultado de este proceso se presenta como una síntesis narrativa con un recorte temático de lo que consideramos de mayor valor para esta comunicación.

RESULTADOS

Se analizaron los trabajos finales presentados por los estudiantes, junto con las entrevistas individuales y grupales registradas a lo largo de todo el proceso. De los conceptos emergentes surge que esta experiencia tuvo para los estudiantes tres momentos bien definidos:

Etapa inicial

Esta primera etapa estuvo principalmente caracterizada por incertidumbre y malestar. Las razones parecen ser múltiples. Se presentan en *italica* las frases más representativas identificadas en los repositorios revisados.

- *¿Qué hace esta materia en la carrera de Medicina?*

La gran mayoría de los estudiantes, al momento que eligen Medicina, lo hacen a partir de los constructos que se encuadran en el modelo médico hegemónico⁶. En este modelo se jerarquiza a los médicos que trabajan en hospitales de alta complejidad, se centran en lo biológico y objetivable, y cumplen un papel predominantemente reparativo, lo cual entra en tensión con una propuesta formativa para salir a las comunidades, contemplar y abordar problemáticas sociales, y trabajar con personas sanas.

- *¿Para qué vamos a perder un año haciendo diagnósticos y pidiéndole a la gente que los priorice, si ya podemos empezar a tomarles la tensión arterial (TA) o a darles un taller?*

Otra tensión identificable entre el modelo médico hegemónico y lo propuesto en APOC se relaciona con el rol de los profesionales de la salud. Se destaca aquí que consideraban una pérdida de tiempo hacer un diagnóstico comunitario y una priorización participativa de los problemas identificados, porque estimaban que ya sabían qué necesitaba la población.

- *En APOC nos enseñan a ser buenas personas, cuando yo vengo acá para que me enseñen a ser un buen médico.*

Dentro del modelo médico hegemónico, de naturaleza positivista y biologicista, los elementos vinculares de la relación médico-paciente y las habilidades interpersonales no son jerarquizadas para el buen ejercicio de la profesión médica.

- *Los de la otra comisión tuvieron suerte porque les tocó trabajar en un barrio pobre; ahí sí que hay muchas cosas para hacer.*

En esta etapa inicial se pudieron identificar múltiples prejuicios de los estudiantes hacia las comunidades, que influían directa o indirectamente sobre la calidad de las intervenciones que podían realizar en el futuro. Entre ellos se destacaba la noción de APS selectiva, es decir, una APS que solo sirve para personas de bajos recursos socioeconómicos.

- *Nosotros no queremos hacer esto, y la comunidad tampoco quiere.*

Uno de los principales desafíos que tienen los estudiantes en los primeros años es encontrar a algún actor comunitario que quiera trabajar con ellos desde un enfoque salutogénico. El modelo médico hegemónico no comprende solo el sistema de salud, sino también impregna lo que las comunidades esperan de los profesionales de la salud. En este sentido, fue muy frecuente que las comunidades demandaran intervenciones biologicistas y centradas en los médicos en lugar de salutogénicas y teniendo a las propias comunidades como protagonistas de los procesos.

- *¿Cómo puedo trabajar con la comunidad si no tengo una comunidad definida?*

El modelo de APOC está pensado para trabajar con comunidades definidas, que por lo general son una parte de la población, que se referencian a un determinado centro de salud. En nuestro caso eso no tiene lugar porque a nuestros centros de salud solo concurren personas con seguros de salud que permitan atenderse en ese centro⁸. Además, muchos centros de salud están organizados como policlínicos, sin una propuesta clara y abierta para las comunidades.

- *¿Cómo voy a usar esto el día de mañana?*

Los estudiantes tuvieron muchas dificultades en imaginar la aplicación de lo aprendido en su futura práctica, ya que ninguno de ellos planeaba ser un médico comunitario, y veían poco campo de acción para quien quiera abordar la salud desde este tipo de propuestas.

Etapa intermedia

Esta etapa se caracterizó principalmente porque los estudiantes cumplían con las consignas por obligación y con el único objetivo de aprobar las instancias de evaluación. No obstante empieza a esbozarse una modificación incipiente en sus ideas; esta etapa está atravesada por un aprendizaje estratégico en el que los estudiantes detectan lo que el docente quiere escuchar/leer en las instancias de evaluación y las repiten para aprobar, sin que haya una modificación significativa en su manera de pensar⁷.

- *Hagámoslo, así no los sacamos de encima.*

- *Desde que empezamos a trabajar con ellos (personas con alguna discapacidad) empecé a mirar si en las plazas había juegos para personas con discapacidad o si en la entrada de los edificios los timbres estaban a la altura de una persona en silla de ruedas.*

- *Nosotros pensábamos que no íbamos a tener nadie con quien trabajar (por ser un barrio de clase media/alta) y al final encontramos muchas cosas en que trabajar⁹.*

⁸Los estudiantes trabajan en los centros asistenciales del Hospital Italiano de Buenos Aires, que es un hospital privado, por lo que solo se atienden aquellas personas que tengan cobertura a través de sus seguros de salud. Se distribuyen en tres centros en la ciudad de Buenos Aires y otros tres en el conurbano bonaerense.

⁹Esta comisión identificó –como problemáticas para trabajar– el aislamiento social en adultos mayores, la obesidad infantil y la infantilización de los cuidados de salud en personas con alguna discapacidad.

Etapa avanzada

En esta etapa, los estudiantes, a través de la reflexión, pudieron encontrar un sentido a lo que se había hecho, identificaron la relevancia de estos aprendizajes y vieron con mayor claridad cómo podrían aplicarlos en su futura práctica. Se observa de esta manera, y a diferencia de la etapa anterior, un aprendizaje significativo⁸.

- Pudimos comprobar de primera mano que la salud no se hace solamente en los hospitales, sino que depende más de las personas y de las comunidades que del sistema de salud. Entendimos que en las comunidades hay mucha gente que ni siquiera llega al sistema de salud, por lo que, si nos quedamos en los hospitales, nunca las vamos a ver.

- Antes pensábamos que el médico era quien sabía todas las respuestas a los problemas médicos de la población y quien daba las indicaciones de tratamiento. Ahora creemos que el objetivo del médico no es únicamente curar enfermedades, sino también mejorar la calidad de vida de las personas, estén sanas o enfermas.

Los estudiantes pudieron reflexionar sobre cómo esta experiencia modificó la forma en que pensaban lo que significaba la salud, la forma de construirla y sobre el papel de los profesionales de la salud en los procesos de salud/enfermedad.

- Antes pensábamos que las personas ricas no tenían problemas de salud y que la APS era solo para pobres. Acá pudimos ver y abordar muchísimos problemas de personas de clase media/alta.

Otro punto identificado como modificación surgida en ellos a través de este proceso se relacionó con una fuerte desarticulación de los prejuicios con los que ingresaron en la carrera.

- Si hubiéramos terminado la experiencia sin reflexión, nuestro aprendizaje hubiera sido muy distinto, menos aprovechado.

En esta instancia comenzaron a jerarquizar la importancia de llevar a la práctica los conceptos aprendidos teóricamente, entendiendo que el trabajo en territorio les daba un conocimiento de mayor profundidad y complejidad. Pero también jerarquizaron la importancia de la reflexión al final como una oportunidad de entender para qué sirve aprender lo que aprendieron y cómo se puede usar en su futura práctica.

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo tiene como principales hallazgos que la experiencia de EBC genera una importante resistencia al inicio y que la reflexión sobre la experiencia fue la herramienta que favoreció que los estudiantes pudieran evolucionar desde un aprendizaje estratégico a uno profundo y situado.

Consideramos que la resistencia que experimentan inicialmente es natural y esperable. Se debe tener en cuenta que la experiencia de los estudiantes está atravesada por las características del modelo médico hegemónico, incluso al momento de elegir la carrera. Como se dijo previamente, en este modelo se jerarquiza lo objetivable y biologicista por encima de lo social, por lo que las tareas consideradas como importantes no son aquellas relacionadas con generar salud desde las comunidades sino las relacionadas con curar enfermos en hospitales⁶.

En este contexto está naturalizado que la formación médica se desarrolle en hospitales, mientras que las escasas experiencias que tienen los estudiantes de grado en las comunidades suelen ser de corta duración, con objetivos poco claros⁹, y desde un espíritu que perpetúa la asimetría entre la figura del médico y la población: el médico, que es el que sabe lo que la comunidad necesita, lleva actividades a la comunidad para *ayudarla*, en lugar de trabajar *con* la comunidad para *empoderarla*. De esta manera, consideramos que es esperable que las expectativas de los estudiantes con respecto al currículo de Medicina entren en tensión con lo que se ofrece en APOC, que se orienta en cambio a un abordaje integral, salutogénico y centrado en la comunidad.

Esta resistencia e incertidumbre iniciales posiblemente se exacerban por el hecho de que las experiencias iniciales con la comunidad que tienen en APOC, por lo general, no son amigables para alguien que está dando sus primeros pasos con este tipo de trabajo. D. N. Perkins analiza el proceso necesario para aprender algo de alta complejidad mediante una comparación con cómo una persona aprende a jugar al béisbol desde cero hasta poder jugar “el juego completo”¹⁰. Entre las nociones que describe, postula que es importante que los aprendices tengan –en las instancias iniciales– una “versión para principiantes” del juego que les permita ir adquiriendo las nociones básicas y ganando confianza para poder superar la desorientación inicial que supone exponerse por primera vez a un escenario de tanta complejidad. Esto resulta de gran importancia para mantener la motivación de quien está aprendiendo, lo que el autor denomina “lograr que el juego valga la pena”. En nuestro caso no contamos con una versión para principiantes: los estudiantes salen desde el primer día a trabajar en escenarios reales (con la complejidad que eso implica), de manera que se encuentran con una comunidad que muchas veces no quiere trabajar con los médicos y que, cuando lo hace, espera una intervención biologicista (porque es a lo que está acostumbrada). En este escenario, entendemos que es esperable el malestar que experimentan los estudiantes al inicio de la cursada.

Otra variable de relevancia identificada en esta experiencia formativa se relaciona con el tiempo que se le destina (tres años). K. Bain sostiene que el conocimiento no es algo que se recibe, sino que se construye⁷. Esta construcción se hace mediante la adaptación y actualización de lo que él denomina “modelos mentales”, que son el conjunto de representaciones que intentan explicar el mundo sobre la base de experiencias previas y creencias. El aprendizaje tiene lugar cuando el modelo mental falla al tratar de explicar algo, de manera que se genera una pregunta, y con la respuesta que se obtiene se genera un nuevo modelo mental actualizado y con mejor poder explicativo de la realidad. En el caso de nuestros estudiantes, el esfuerzo cognitivo que deben hacer para deconstruir un modelo mental centrado en el modelo médico hegemónico y adaptarlo a un enfoque salutogénico y centrado en la comunidad, requirió mucho tiempo. Por eso consideramos de relevancia que esto sea tenido en cuenta a

la hora de planificar actividades de EBC, de manera que se generen propuestas que contemplen la necesidad de dar el tiempo necesario para que se desarrolle el proceso de construcción que supone aprender¹¹.

Otro elemento identificado para favorecer la evolución desde un aprendizaje estratégico hacia un aprendizaje profundo y situado fue la reflexión al final de la experiencia. P. Carlino e I. Pozo sostienen que nadie aprende de una vez y para siempre, sino que quien está aprendiendo debe volver a lo mismo y revisarlo recurrentemente desde otras perspectivas para que ese aprendizaje sea cada vez más complejo, situado y profundo^{8,12}. Carlino agrega, además, que esa reflexión no debe dejarse a su libre evolución, sino que debe ser orientada y favorecida por el equipo docente. Por eso, cuando nuestros estudiantes afirman que “si hubiéramos terminado la experiencia sin reflexión nuestro aprendizaje hubiera sido muy distinto, menos aprovechado”, probablemente esto se relaciona con lo que sostiene G. Salomón cuando dice que la reflexión es el camino para convertir la información en conocimiento¹³.

Finalmente, consideramos de gran importancia que los estudiantes hayan trabajado en la identificación y desarticulación de los prejuicios con los que ingresaron en la carrera de Medicina. La *accesibilidad* representa uno de los aspectos centrales de los servicios de salud, la cual históricamente se analiza en función de aspectos geográficos y de cuestiones de oferta-demanda. Sin embargo, en los últimos años fue ganando importancia dentro del constructo *accesibilidad* la noción de *aceptabilidad* de los cuidados ofrecidos, dado que –por más cerca y disponible que esté un recurso para una persona– es menos probable que lo use si por ejemplo esa persona es maltratada en el centro de salud¹⁴. De esta manera, las experiencias de EBC y la desarticulación de prejuicios que estas propician representan una oportunidad para favorecer que los futuros profesionales de la salud provean cuidados de mayor aceptabilidad para las poblaciones¹⁵.

Podemos concluir, entonces, que las experiencias de EBC son de gran relevancia para formar a futuros profesionales de la salud que puedan proveer cuidados de mayor calidad y aceptabilidad a las poblaciones; y que para ello es necesario que se realicen desde una perspectiva salutogénica y centrada en la comunidad, que se les asigne el tiempo suficiente en las planificaciones de los currículos y que finalicen con un proceso de reflexión promovido por el equipo docente.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Bollela VR, Germani ACCG, Campos HH, et al. (eds). Educación basada en la comunidad para las profesiones de la salud: aprendiendo con la experiencia brasileña. [Washington, DC]: OPAS/PAHO; 2015.
- Organización Panamericana de la Salud. La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud. Washington, DC: OPS; 2008. (La Renovación de la Atención; 2).
- Saulino JC, Sánchez MN, Busaniche JN, et al. Planificación de actividades de enseñanza en un currículo integrado: el riesgo de la “desintegración”. Rev Hosp Ital B. Aires. 2020;40(3):132-139.
- Gofin J, Montaner Gomis I, Foz Gil G. Metodología de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC): elementos para su práctica. Rev Clín Electrón Aten Primaria. 2008;(16):1-8.
- Jara Holliday O. La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles. Bogotá: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano – CINDE; 2018.
- Menéndez EL. Modelo médico hegemónico y atención primaria: segundas jornadas de Atención Primaria de la Salud. En: Spinelli H, Ferrer C, Diez Roux A, et al., (eds.). Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud; 1988 abril 30 – mayo 7; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez; 1988. p.451- 464.
- Bain K. Lo que hacen los mejores estudiantes de universidad. Valencia: Universitat de València; 2014.
- Pozo JI, Pérez Echeverría MP, (eds). Psicología del aprendizaje universitario. Madrid: Morata; 2009.
- Franco JVA, Granero M, Musarella NS, et al. Determinantes de la elección del primer nivel de atención en medicina como ámbito de formación y laboral: un estudio cualitativo [Determinants of the choice of the first level of care in medicine as a field of training and work: a qualitative study]. Aten Primaria. 2022;54(2):102192. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102192>.
- Perkins DN. El aprendizaje pleno: principios de la enseñanza para transformar la educación. Buenos Aires: Paidós; 2010.
- Schwartzman G. El aprendizaje colaborativo en intervenciones educativas en línea: ¿juntos o amontonados. En: Pérez S, Imperatore A, (comps). Comunicación y educación en entornos virtuales de aprendizaje: perspectivas teórico-metodológicas. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; 2009. p. 412-432.
- Carlino P. Escribir, leer, y aprender en la universidad: una introducción a la alfabetización académica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2005.
- Salomón G. No es la herramienta lo que cuenta sino los fundamentos educativos [Internet]. Montreal: ED-Media Meeting; 2000 jun 28 [citado 2022 oct 10]. Disponible en: <http://www.pent.org.ar/centro-de-recursos/no-herramienta-lo-que-cuenta-sino-fundamentos-educativos>.
- Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013;12:18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>.
- Massé J, Dupéré S, Martin É, et al. Transformative medical education: must community-based traineeship experiences be part of the curriculum? A qualitative study. Int J Equity Health. 2020;19(1):94. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01213-4>.

Síndrome urémico hemolítico del adulto

Micaela B. Viciconte[✉] y Lucas Fernández Otero[✉]

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

RESUMEN

El síndrome urémico hemolítico (SUH), descrito en 1955, se caracteriza por la tríada de anemia hemolítica no inmunomediada, trombocitopenia y lesión renal aguda. En su patogenia interviene la toxina *Shiga*, producida con mayor frecuencia por *E. coli* O157:H.

Puede manifestarse a cualquier edad, aunque es infrecuente en adultos, y se desarrolla en forma esporádica o en brote. Se presenta con un cuadro de dolor abdominal, diarrea, fiebre y vómitos. Puede afectar el sistema nervioso central, pulmones, páncreas y corazón.

En adultos, el síndrome evoluciona tras un período de incubación de 1 semana posterior a la diarrea y tiene alta morbilidad, a diferencia de los casos pediátricos.

Presentamos el caso de una paciente adulta, que cursó internación por síndrome urémico hemolítico.

Palabras clave: diarrea, adulto, síndrome urémico hemolítico.

Adult hemolytic uremic syndrome

ABSTRACT

Hemolytic uremic syndrome (HUS), described in 1955, is characterized by the triad of non-immune mediated hemolytic anemia, thrombocytopenia, and acute kidney injury. Shiga toxin, produced most frequently by *E. coli* O157:H, is involved in its pathogenesis.

HUS can manifest at any age, although it is rare in adults and develops sporadically or in outbreaks. HUS presents with a picture of abdominal pain, diarrhea, fever and vomiting. It can affect the central nervous system, lungs, pancreas, and heart.

In adults, the syndrome evolves after an incubation period of 1 week after diarrhea, with high morbidity and mortality, unlike pediatric cases.

We present the case of an adult patient who was hospitalized for hemolytic uremic syndrome.

Key words: diarrhoea, adults, hemolytic uremic syndrome.

PRESENTACIÓN DE CASO

Una mujer de 64 años extabaquista es admitida con dolor abdominal generalizado de 3 días de evolución. Veinticuatro horas previas al ingreso, la paciente agregó vómitos y diarrea sanguinolenta. Entre sus antecedentes médicos presentaba obesidad grado I, hipertensión arterial, dislipidemia, hipotiroidismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En el laboratorio se constató: Leucocitosis 14 300 mm³, Hematocrito 46,4%, Hemoglobina 15,5 g/dL, Creatinina 0,74 mg/dL, Uremia 22 mg/dL, plaquetas 371 000 mm³, Amilasemia 18, CPK 99, LDH 264, Ácido láctico 1,09 y Hepatograma sin alteraciones.

Una tomografía abdominopélvica con contraste mostró colitis segmentaria a nivel del colon ascendente y transversal (Fig. 1).

Autor para correspondencia: micaela.viciconte@hospitalitaliano.org.ar, Viciconte MB.

Recibido: 14/10/22 Aceptado: 15/02/23 En línea: 31/03/23

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v43i1.193>

Cómo citar: Viciconte MB, Fernández Otero L. Síndrome urémico hemolítico del adulto. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2023;43(1):17-20.

Inició antibioticoterapia empírica con ceftriaxona y ornidazol ante la sospecha de gastroenterocolitis infecciosa. Completó 7 días de antibióticos, tolerando la dieta y disminuyendo las deposiciones. El coprocultivo y el examen parasitológico de materia fecal no evidenciaron patógenos de relevancia.

Siete días después de la admisión, la paciente presentó insuficiencia renal aguda no oligúrica (Fig. 2) e hipertensión arterial de difícil manejo, requiriendo tres fármacos para su control (enalapril, amlodipina y lercanidipina). El laboratorio mostró anemia y trombocitopenias no presentes al ingreso. Ante este cuadro se plantearon los diagnósticos diferenciales de fallo renal por deshidratación secundaria a la diarrea; nefrotoxicidad debido a los fármacos iniciados, incluida la nefritis intersticial por antibióticos, y nefrotoxicidad debida a antiinflamatorios no esteroides (AINE).

El diagnóstico de microangiopatía trombótica se sustentó en la presencia de anemia y plaquetopenia acompañada de hipertensión arterial (Fig. 3).

En ese contexto clínico tomó relevancia el diagnóstico de síndrome urémico hemolítico (SUH) del adulto. Se solicitó un frotis (extendido) de sangre periférica que mostró 5% de esquistocitos. En un análisis de orina de 24 horas se observó proteinuria de 1,3 g/L.

Se realizó un examen de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) múltiple en tiempo real (*filmarray*) en

heces, con resultado *positivo* para *E. coli* productora de toxina *Shiga*.

Dados el cuadro clínico y los parámetros analíticos y microbiológicos, se llega al diagnóstico definitivo de síndrome urémico hemolítico del adulto.

Se inició tratamiento con plan amplio de hidratación parenteral, que evolucionó como clínicamente estable, disminuyendo la actividad hemolítica y mejorando la función renal, sin requerimiento de hemodiálisis.

Tras 20 días de internación se le otorga el alta médica, con buena evolución clínica posterior. En el laboratorio, dos meses después del alta, se observa normalización de hematocrito, plaquetas y función renal. Controló asimismo la hipertensión arterial con monoterapia (amlodipina).

Este estudio fue conducido de acuerdo con los lineamientos asentados por la Declaración modificada de Helsinki.

DISCUSIÓN

La infección por *Escherichia coli* productora de toxina *Shiga* es una enfermedad ambiental transmitida por alimentos o el agua, que causa diarrea sanguinolenta. Es endémica en la Argentina, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), y desarrolla alrededor de 5000 infecciones por año. Es la primera causa de insuficiencia renal en niños y motivo del 20% de los trasplantes renales en niños y adolescentes.

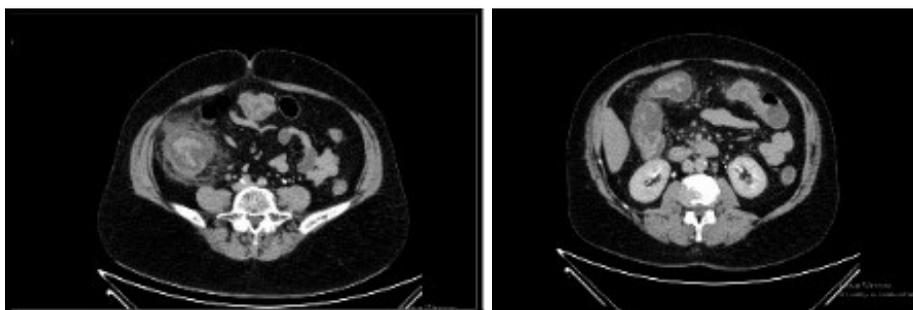


Figura 1. Tomografía computarizada.

Días de internación	Día 7	Día 14	Día 28	Día 35
Hemoglobina	11,1 g/dL	7,4 g/dL	9 g/dL	9 g/dL
Hematocrito	32,40%	21,10%	26%	26%/40%
Creatinina	1,58 mg/dL	2,82 mg/dL	3,26 mg/dL	2,02 mg/dL
Uremia	52 mg/dL	87 mg/dL	64 mg/dL	56 mg/dL
Plaquetas	90 000 mm ³	301 000 mm ³	440 000 mm ³	427 000 mm ³

Figura 2. Tabla de valores de laboratorio en internación.

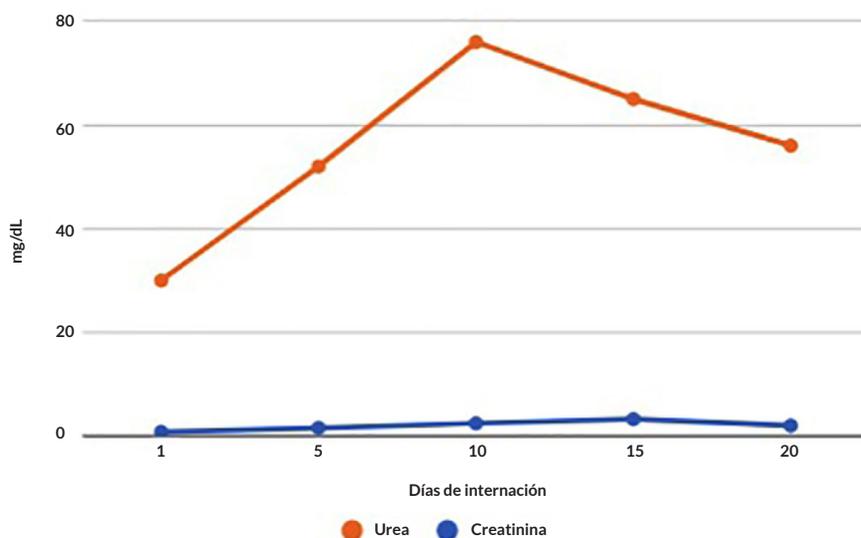


Figura 3. Evolución de la función renal.

Aproximadamente entre el 5 y el 20% de los casos pediátricos se complican con el síndrome urémico hemolítico. La prevalencia es enormemente menor en adultos, aunque se carece de datos precisos acerca de este grupo etario. En el invierno de 1996 se produjo un brote de *E. coli* O157:H7 productora de toxina *Shiga* (STEC) en el condado de Lanarkshire, Escocia, que provocó 262 casos de diarrea sanguinolenta, principalmente en adultos (79%, mediana de 71 años), incluidos 28 pacientes que evolucionaron al SUH (11%), con dieciséis muertes (57%)^{1,2}. Las toxinas *Shiga* pueden causar daño microvascular agudo, lo que lleva a la microangiopatía trombótica (MAT), que se caracteriza por anemia hemolítica y trombocitopenia; en el SUH se asocia a daño renal agudo³.

En los niños, el SUH es la forma más frecuente de MAT y la principal causa de insuficiencia renal aguda, mientras que en el adulto su incidencia es menor y está menos estudiada.

En un estudio retrospectivo de 96 adultos inscriptos en una cohorte francesa durante 2009-2017, se observó una relación de hombres sobre mujeres de 1:7 para este síndrome, con una mediana de edad de 60 años⁴. La presentación clínica característica del SUH en el adulto comienza con varios días de dolor abdominal intenso y diarrea, que se vuelve manifiestamente sanguinolenta.

Por lo general, las infecciones por *E. coli* O157:H7 causan de 1 a 3 días de diarrea sin sangre, la cual se torna sanguinolenta *a posteriori*. Esta ocurre en alrededor del 90% de los casos, siendo generalmente el signo que lleva a la consulta.

Las infecciones por *E. coli* O157:H7 tienen mayor gravedad y mortalidad comparadas con las diarreas infecciosas convencionales. En la cohorte francesa mencionada anteriormente, la mortalidad durante la hospitalización fue un 20%, en tanto la mortalidad de la cohorte escocesa fue del 57%. Cabe destacar que –si bien la prevalencia del

SUH es mayor en niños– la mortalidad es muy superior en adultos, especialmente luego de los 60 años⁵.

Debe considerarse este diagnóstico en los pacientes con diarrea sanguinolenta aguda, con mucho dolor abdominal, especialmente si no tienen fiebre.

Se recomienda el ingreso hospitalario, la administración de líquidos por vía intravenosa y soporte transfusional para la anemia grave. Los antibióticos, narcóticos, antiinflamatorios no esteroideos y antiespasmódicos no suelen ser de utilidad.

La administración de antibióticos en infecciones por *E. coli* productora de toxinas *Shiga* (STEC) es controvertida. Puede depender del genotipo STEC infectante y de la elección del agente antibiótico.

A partir de estudios clínicos realizados en Japón, durante el brote de Sakai en 1996 en niños, se vio que, además del antibiótico administrado, el momento de su administración parece desempeñar un papel en la progresión de la infección hasta el desarrollo del SUH, ya que el tratamiento antibiótico temprano puede prevenir la manifestación del SUH, en tanto que el tardío, su aumento^{6,7}.

Un estudio informó que la fosfomicina disminuyó la incidencia de SUH, solo si se administraba dentro de los dos primeros días de la enfermedad. Los retrasos en la administración de antibióticos conducen a un aumento progresivo de la incidencia, de acuerdo con el día de inicio del tratamiento antibiótico. En contraste con estos resultados, se ha informado que –mientras que la administración de trimetoprima-sulfametoxazol (TMP/SMX) y β -lactámicos a niños infectados con STEC aumentó el riesgo de SUH– el riesgo aumenta aún más si los antibióticos se administran dentro de las 72 horas posteriores al inicio de la enfermedad^{8,9}.

En entornos de brotes, la identificación rápida de cepas es posible a través de la Whole-Genome Sequencing

(WGS), que proporciona información sobre el perfil de serotipo, la virulencia y resistencia del aislado STEC, luego del análisis *in silico* de la secuencia identificada. Si bien esto puede proporcionar una guía para la administración de antibióticos en entornos epidémicos, dicha información no está disponible en casos esporádicos¹⁰.

Los diagnósticos diferenciales de este síndrome son: la diarrea grave infecciosa con insuficiencia renal aguda debida a hipovolemia, generalmente producida por enteropatógenos como *Salmonella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, amebiasis y *Clostridium difficile*. Estas pueden confundirse con el SUH; sin embargo, la llave diagnóstica serán la trombocitopenia y la anemia hemolítica con esquistocitos, que constituyen la microangiopatía trombótica (MAT).

En este contexto diagnóstico es importante descartar otras causas de MAT, como las producidas en el último trimestre del embarazo (preeclampsia y HELLP), las producidas por ciertos fármacos como los inhibidores de calcineurina, el trasplante de células hematopoyéticas, las infecciones graves con respuesta inflamatoria sistémica (sepsis de catéter), los pacientes con cáncer avanzado metastásico, ciertos pacientes con colagenopatías avanzadas como el lupus eritematoso sistémico, y finalmente la púrpura trombótica trombocitopénica producida por anticuerpos, contra la ADAMTS 13. Esta última suele cursar con daño neurológico isquémico en la mayoría de los pacientes.

El otro gran diagnóstico diferencial del SUH es la isquemia intestinal, que predomina en pacientes añosos, con factores de riesgo cardiovasculares establecidos. Mientras que en la isquemia intestinal el dolor abdominal es súbito y prevalece sobre la diarrea, el SUH se instaura con diarrea progresiva y evoluciona con dolor abdominal *a posteriori*.

CONCLUSIÓN

En adultos, el SUH producido por la toxina *Shiga* es una enfermedad sistémica grave que puede causar insuficiencia orgánica múltiple.

El riesgo de muerte aumenta en personas mayores de 40 años, mientras que los adultos jóvenes y de mediana edad tienen cuadros clínicos similares a los observados en niños.

Debe sospecharse ante la presencia de diarrea sanginolenta asociada a trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática.

El interrogatorio minucioso sobre características de dolor abdominal nos permitirá discernir entre sus diagnósticos diferenciales más importantes, entre ellos la isquemia intestinal, cuyo abordaje y tratamiento son diferentes.

El diagnóstico etiológico rápido y específico de diarrea infecciosa provee una información importante para el manejo del caso; la PCR múltiple en muestra de materia fecal es un método que permite detectar un total de 22 patógenos entre virus, bacterias y parásitos con un mínimo tiempo de procesamiento. Esta técnica se considera una alternativa altamente satisfactoria para la detección de STEC.

La administración de antibióticos en infecciones causadas por cepas de *E. coli* productoras de toxina *Shiga* (STEC), como O157:H7, fue y sigue siendo controvertida.

El tratamiento temprano con antibióticos podría prevenir la manifestación del SUH, siempre que se seleccione un agente apropiado. Se recomienda evitar los agentes como los β -lactámicos y TMP/SMX en las infecciones por STEC, que aumentan el riesgo de SUH en todos los grupos de edad, independientemente del momento de la administración. Solo la fosfomicina se ha evaluado con cierto éxito, en entornos clínicos.

En nuestra paciente, los cultivos convencionales carecieron de sensibilidad para realizar el diagnóstico. El empeoramiento del cuadro tras administración de antibióticos fue la clave para levantar la sospecha diagnóstica, que fue confirmada con la PCR múltiple. El inicio temprano de tratamiento de sostén permitió una evolución clínica favorable.

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

REFERENCIAS

1. Cowden J M. Brote de *Escherichia coli* O157 en Escocia, noviembre-diciembre 1996. *Euro Surveill.* 1997;2(1):pii=134. <https://doi.org/10.2807/esm.02.01.00134-es>
2. Dundas S, Todd WT, Stewart AI, et al. The central Scotland *Escherichia coli* O157:H7 outbreak: risk factors for the hemolytic uremic syndrome and death among hospitalized patients. *Clin Infect Dis.* 2001;33(7):923-931. <https://doi.org/10.1086/322598>.
3. Tarr PI, Gordon CA, Chandler WL. Shiga-toxin-producing *Escherichia coli* and haemolytic uraemic syndrome. *Lancet.* 2005;365(9464):1073-1086. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71144-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71144-2).
4. Traver B, Dossier A, Jamme M, et al. Shiga toxin-associated hemolytic uremic syndrome in adults, France, 2009-2017. *Emerg Infect Dis.* 2021;27(7):1876-1885. <https://doi.org/10.3201/eid2707.204638>.
5. Joseph A, Cointe A, Mariani Kurkdjian P, et al. Shiga toxin-associated hemolytic uremic syndrome: a narrative review. *Toxins.* 2020;12(2):67. <https://doi.org/10.3390/toxins12020067>.
6. Organización Mundial de la Salud. 1996 *Escherichia coli* enterohemorrágica en Japón. Ginebra: WHO; actualizado 2015 [consulta 2022 oct 10]. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/1996_08_28/e.
7. Wong CS, Jelacic S, Habeeb RL, et al. The risk of the hemolytic-uremic syndrome after antibiotic treatment of *Escherichia coli* O157: H7 infections. *N Engl J Med.* 2000;342(26):1930-1936. <https://doi.org/10.1056/NEJM200006293422601>.
8. Ikeda K, Ida O, Kimoto K, et al. Effect of early fosfomicin treatment on prevention of hemolytic uremic syndrome accompanying *Escherichia coli* O157:H7 infection. *Clin Nephrol.* 1999;52(6):357-362.
9. Takeda T. Strategy to prevent the progression of enterohemorrhagic *Escherichia coli* O157 Infection to hemolytic uremic syndrome. *Jpn J Med Sci Biol.* 1998;51(S1):S124-S128. https://doi.org/10.7883/joken1952.51.Supplement1_S124.
10. Kakoullis L, Papachristodoulou E, Chra P, et al. Shiga toxin-induced haemolytic uraemic syndrome and the role of antibiotics: a global overview. *J Infect.* 2019;79(2):75-94. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2019.05.018>.
11. Davis TK, McKee R, Schnadower D, et al. Treatment of shiga toxin-producing *Escherichia coli* infections. *Infect Dis Clin North Am.* 2013;27(3):577-597. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2013.05.010>.
12. Caverio T, Praga Terente M. Síndrome hemolítico urémico. En: Lorenzo V, López Gómez JM, eds. *Nefrología al Día* [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Nefrología; actualización 2021 dic 12 [consulta 2023 feb 22]. Disponible en: <https://www nefrologiaaldia.org/es-articulo-sindrome-hemolitico-uremico-216>.
13. Leotta GA, Chinen I, Epsztejn S, et al. Validación de una técnica de PCR múltiple para la detección de *Escherichia coli* productor de toxina *Shiga*. *Rev Argent Microbiol.* 2005;37(1):3-10.

Múltiples reacciones adversas graves a fármacos en un paciente luego de la infección por COVID-19. Informe de un caso

Denys E. Peñaloza Daguer[✉], Anamá Di Prinzio[✉], María Echeverría[✉], María J. Cura[✉], Lucrecia Bustamante[✉], Luis D. Mazzoccolo[✉] y Ana C. Torre[✉]

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

RESUMEN

Durante la pandemia por COVID-19 se observaron diversas reacciones adversas a fármacos. Esto pudo haber estado relacionado con una mayor susceptibilidad inmunológica de los pacientes con SARS-CoV-2 a presentar este tipo de cuadros, así como también con la exposición a múltiples medicamentos utilizados en su tratamiento. Comunicamos el caso de un paciente con una infección respiratoria grave por COVID-19, que presentó 2 reacciones adversas graves a fármacos en un período corto de tiempo.

Palabras clave: necrólisis epidérmica tóxica, pustulosis exantemática generalizada aguda, reacción adversa a fármacos, SARS-CoV-2, COVID-19.

Drug-induced severe cutaneous adverse reactions in a patient after COVID-19 infection. Case report

ABSTRACT

During the COVID-19 pandemic, various adverse drug reactions were observed. This could have been related to a greater immunological susceptibility of patients with SARS-CoV-2 to present this type of symptoms, as well as exposure to multiple drugs used in their treatment. We report the case of a patient with a severe respiratory infection due to COVID-19, who presented 2 serious adverse drug reactions associated with paracetamol in a short period of time.

Key words: toxic epidermal necrolysis, acute exanthematous pustulosis, adverse drug reaction, SARS-CoV-2, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, Wuhan (China) se convirtió en el centro de un brote de neumonía de causa desconocida, que luego la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominó síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 SARS-CoV-2, causado por coronavirus-2019 (COVID-19). Esta enfermedad fue declarada pandemia el 12 de marzo de 2020, por el aumento de la tasa de infección fuera de China¹.

Con la expansión de la enfermedad se fueron comunicando múltiples reacciones adversas a fármacos

(RAF) en pacientes infectados por COVID-19, que se presentaron de forma concomitante o consecutiva a ella. Esto puede estar relacionado con el alto número de medicamentos a los que fueron expuestos los pacientes con enfermedad grave, ya que durante los primeros meses de la pandemia no existía un tratamiento estandarizado para las formas graves de la enfermedad¹⁻³. Asimismo, se ha descrito que el SARS-CoV-2 estaría asociado con una mayor susceptibilidad de padecer reacciones adversas a fármacos debido a la desregulación del sistema inmunitario que ocasiona^{1,2}.

Autor para correspondencia: denys.penaloza@hospitalitaliano.org.ar, Peñaloza Daguer DE

Recibido: 12/09/22 Aceptado: 15/03/23 En línea: 31/03/23

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v43i1.260>

Cómo citar: Peñaloza Daguer DE, Di Prinzio A, Echeverría M, Cura MJ, Bustamante L, Mazzoccolo LD y Torre AC. Múltiples reacciones adversas graves a fármacos en un paciente luego de la infección por COVID-19. Informe de un caso. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2023;43(1):21-24.

INFORME DE CASO

Paciente de sexo masculino, de 40 años, sano, sin antecedentes alérgicos, de ascendencia china, que cursó internación por neumonía grave por COVID-19. A los 21 días de hospitalización desarrolló un exantema maculopapular, confluyente, eritematoso, sobre el cual asentaban múltiples pústulas, que comprometía el dorso, los flancos, los glúteos y la región inguinal. Con sospecha de pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA), se decidió suspender los fármacos sospechosos (colistina, midazolam, enoxaparina, omeprazol y paracetamol), realizar estudios de laboratorio y una biopsia cutánea. El laboratorio evidenció leucocitosis ($20\,229/\text{mm}^3$), neutrofilia (75,8%) y eosinofilia (7,5%, recuento absoluto de $1523/\text{cm}^3$) y el estudio histopatológico mostró la presencia de pústulas subcórneas, confirmando la sospecha diagnóstica. Por el compromiso extenso de la superficie cutánea se indicó meprednisona 1 mg/kg/día mediante lo cual evolucionó con una rápida involución de las lesiones cutáneas y resolución completa a los 9 días. Por esta favorable evolución del compromiso cutáneo junto con la resolución de la neumonía y ante el alta epidemiológica por COVID-19 se decidió la externación del paciente. Tres días después consultó nuevamente por fiebre y erosiones en la región genital. Al examen físico presentaba un exantema maculopapular eritematoso no pruriginoso, ampollas flácidas, dianas típicas y atípicas en tronco, miembros superiores e inferiores (Figs.1 y 2).



Figura 2. Se observa la presencia de dianas típicas asociados a exantema morbiliforme en cara ventral de la muñeca izquierda.



Figura 1. Exantema morbiliforme eritematoso que compromete el tronco del paciente donde se observan lesiones de tipo diana y áreas de denudamiento cutáneo.

En la región genital se observaban erosiones mucosas, de forma irregular y fondo eritematoso. Los signos de Nikolsky y Asboe-Hansen también estaban presentes. La superficie cutánea denudada y potencialmente denudable era del 10%. El paciente refería que este cuadro comenzó a las 24 horas del alta hospitalaria, luego de que –por presentar fiebre en su domicilio– había decidido automedicarse con paracetamol y cefalexina. Al interrogatorio mencionó en esa oportunidad que su hermano habría presentado un cuadro similar con el paracetamol años atrás. Se decidió hospitalizar al paciente. Se realizó hisopado de erosiones de la mucosa genital para la detección de antígenos por inmunofluorescencia de herpes virus I, II y zóster, que resultó negativo. El laboratorio reveló leucocitosis ($15\,064/\text{mm}^3$) con neutrofilia (83%) y eosinofilia (5,9%, recuento absoluto $894/\text{cm}^3$). Las serologías para VIH, virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC) fueron negativas. Se tomó una nueva biopsia cutánea para estudio histopatológico que evidenció despegamiento dermoepidérmico con queratinocitos necróticos confluyentes, hallazgos compatibles con síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica (SSJ/NET) (Fig. 3). El puntaje (*score*) de mortalidad, ScoreTEN al día 1, fue de 3,2%. Se indicó metilprednisona 1 g/día , durante 3 días. El paciente evolucionó con una rápida progresión del cuadro, con compromiso del 90% de la superficie corporal a las 48 horas de su ingreso,

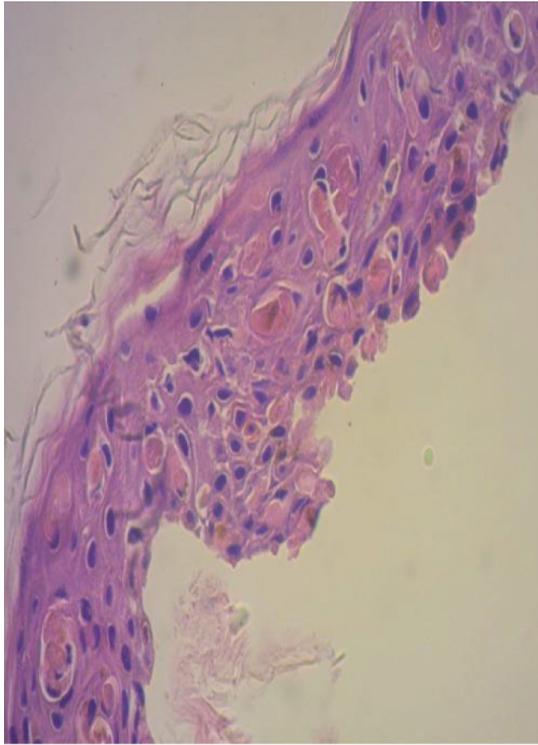


Figura 3. Despegamiento dermoepidérmico con múltiples queratinocitos necróticos.

por lo que se decidió adicionar ciclosporina 4 mg/kg/día intravenosa. A los 10 minutos de la primera infusión de este fármaco, presentó un exantema eritematoso difuso, disnea (oximetría de pulso normal) y prurito, por lo que se administró oxígeno con cánula de bajo flujo, difenhidramina intravenosa y se suspendió la ciclosporina. Este cuadro se consideró compatible con una reacción a la infusión provocada por una tormenta de citocinas, y, de forma más alejada, anafilaxia. Ante esta situación se decidió –de forma interdisciplinaria junto con el equipo de clínica médica, alergía y dermatología– cambiar el tratamiento a gammaglobulina intravenosa, 1 g/kg/día asociado a metilprednisolona 1 mg/kg/día durante 3 días⁴⁻⁶. El paciente evolucionó de forma favorable con reepitelización completa de las lesiones en 5 semanas.

DISCUSIÓN

Se desconoce la incidencia de las RAF graves en pacientes con COVID-19, aunque se han comunicado cuadros de PEGA, sensibilidad a drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) y SSJ/NET. El diagnóstico de estas reacciones puede ser complejo, dado que se han descrito manifestaciones cutáneas del virus que pueden ser indistinguibles de estas. En tales casos, el antecedente de la exposición a fármacos, el cuadro clínico, los exámenes complementarios como los estudios de laboratorio y la biopsia de piel pueden ser de utilidad para identificar casos graves vinculados a fármacos como en el paciente comunicado⁷.

Se propone que la infección por SARS-CoV-2 produce un entorno inflamatorio que puede reducir el umbral de desarrollo de RAF. Las razones de esta susceptibilidad no se comprenden completamente, aunque la exposición a múltiples medicamentos, la desregulación inmunitaria, la presencia de infecciones concomitantes, el polimorfismo genético, la asociación con determinados antígenos leucocitarios humanos (HLA), la participación de las células T y los monocitos pueden ser componentes clave de este vínculo^{6,7}. A su vez, se ha informado que las infecciones no solo aumentan el riesgo de RAF, sino también conducen a fenotipos más graves, con mayor riesgo de compromiso sistémico y de secuelas. Esta desregulación inmunológica podría explicar la aparición secuencial de tres tipos de RAF graves en un mismo paciente, algo que ha sido comunicado de forma excepcional en la bibliografía⁸.

Por otro lado, se ha comunicado que el paracetamol o acetaminofeno puede desencadenar SSJ/NET en pacientes con infecciones virales. Este escenario clínico se estudió en pacientes con infección por VIH, en quienes se ha identificado que tienen mayor probabilidad de desarrollar RAF y un riesgo 100 veces superior de presentar SSJ/NET que la población general⁹. En relación con esto se han demostrado diferencias étnicas en los HLA asociados con SSJ/NET secundarios a paracetamol. En los pacientes tailandeses con SSJ/NET y compromiso ocular grave se evidenció asociación con los haplotipos *HLA-B*44:03 - HLA-C*07:01*⁴⁻⁶. En el caso comunicado se destaca el hecho de que el paciente había recibido en múltiples oportunidades paracetamol sin presentar efectos adversos y tenía el antecedente familiar de RAF secundaria a paracetamol que no había referido en la primera evaluación. Por este motivo, consideramos la posibilidad de que –si bien el paciente puede ser portador de una predisposición genética no estudiada que lo hace susceptible– la infección por COVID-19, a través de una interacción compleja, puede haber sido responsable de su expresión clínica⁴.

El tratamiento específico de las RAF cutáneas graves se sustenta en recomendaciones de expertos, fundamentalmente el del SSJ/NET, sin embargo ha sido motivo de controversias. La evidencia actual apoya el uso de gammaglobulina intravenosa asociada a corticoides, ciclosporina parenteral y de forma más alejada anti-TNF⁶. Si bien en este paciente la respuesta a la metilprednisolona asociada a gammaglobulina intravenosa fue favorable, la utilidad y la seguridad de estos fármacos en el contexto de la infección coexistente o reciente de COVID-19 aún no ha sido revisada^{2,6-11}.

CONCLUSIÓN

La incidencia de las RAF graves en pacientes con COVID-19 se desconoce, aunque se han comunicado cuadros de PEGA, DRESS y SSJ/NET. La relevancia de este caso consiste en considerar que el antecedente reciente de infección por SARS-CoV-2 puede comportarse como un factor de riesgo para el desarrollo de este tipo de cuadros, aunque destacamos que se necesitan más estudios para probar tal hipótesis.

Agradecimiento: agradecemos al paciente por otorgar su permiso para la comunicación del caso.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Phelan AL, Katz R, Gostin LO. The Novel Coronavirus originating in Wuhan, China: challenges for global health governance. *JAMA*. 2020;323(8):709-710. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1097>.
2. Emadi SN, Hamzelou S, Saffarian Z, et al. Challenges in the treatment of a patient with toxic epidermal necrolysis associated with COVID-19: a case report. *Dermatol Ther*. 2021;34(1):e14656. <https://doi.org/10.1111/dth.14656>.
3. Herrera-Lasso Regás V, Dordal Culla MT, Leonart Bellfill R. Adverse reactions of drugs specifically used for treatment of SARS-CoV-2 infection. *Med Clin (Barc)*. 2020;155(10):448-453. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.06.019>.
4. Tsai TY, Huang IH, Chao YC, et al. Treating toxic epidermal necrolysis with systemic immunomodulating therapies: a systematic review and network meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2021;84(2):390-397. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.08.122>.
5. Torres-Navarro I, Briz-Redón Á, Botella-Estrada R. Systemic therapies for Stevens-Johnson Syndrome and toxic epidermal necrolysis: a SCORTEN-based systematic review and meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35(1):159-171. <https://doi.org/10.1111/jdv.16685>.
6. Torres T, Puig L. Managing cutaneous immune-mediated diseases during the COVID-19 pandemic. *Am J Clin Dermatol*. 2020;21(3):307-311. <https://doi.org/10.1007/s40257-020-00514-2>.
7. Martínez-López A, Cuenca-Barrales C, Montero-Vilchez T, et al. Review of adverse cutaneous reactions of pharmacologic interventions for COVID-19: a guide for the dermatologist. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(6):1738-1748. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.08.006>.
8. Zhang J, Lei Z, Xu C, et al. Current perspectives on severe drug eruption. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2021;61(3):282-298. <https://doi.org/10.1007/s12016-021-08859-0>.
9. Guzmán Perera MG, Vázquez P, David E. Manifestaciones misceláneas de COVID-19. *Acta Méd Grupo Ángeles*. 2021;19(s1):s42-s47. <https://doi.org/10.35366/101027>.
10. Khosravi M. A Possible type IV hypersensitivity reaction to older antiepileptic drugs during and after recovery from COVID-19 infection. *Pharmacopsychiatry*. 2022;55(1):58-59. <https://doi.org/10.1055/a-1678-7429>.
11. Quintero Bustos G, Saeb Lima M. SARS-CoV-2: un mosaico clínico e histopatológico en la dermatología. *Acta Méd Grupo Ángeles*. 2021;19(s1):s58-s63. <https://doi.org/10.35366/101029>.

Hematoma renal, a propósito de un caso

Iris Flores Jiménez[®]

Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona, España

CASO CLÍNICO

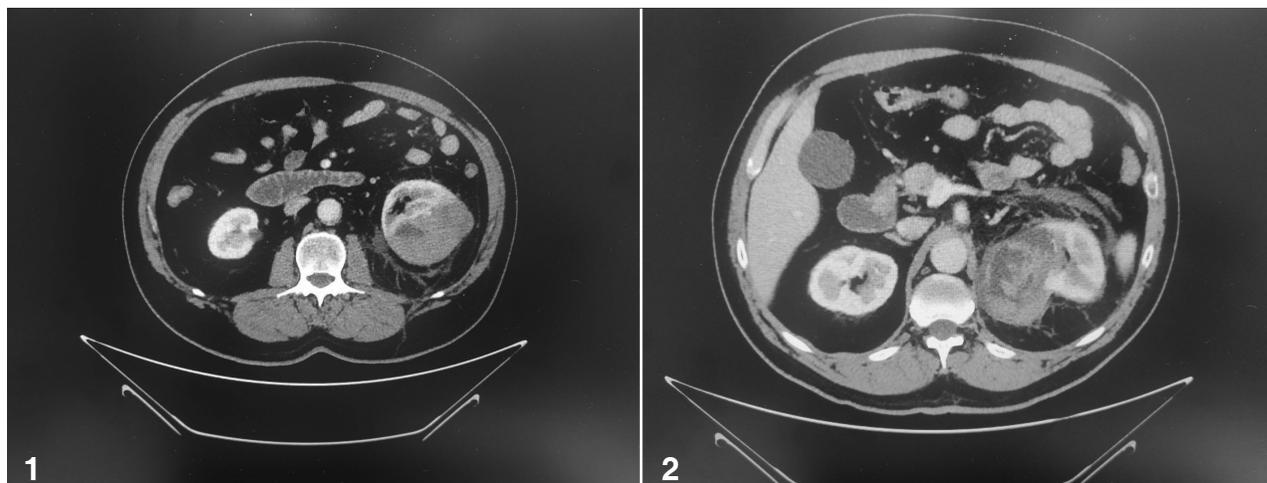
Paciente varón de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con ARA II, dislipidemia en tratamiento con estatinas, cólicos nefríticos reiterados y cardiopatía valvular aórtica asociada a aneurisma de aorta torácica ascendente, intervenido de recambio valvular con bioprótesis y en tratamiento anticoagulante con acenocumarol. Acude a Urgencias por dolor lumbar irradiado a fosa iliaca izquierda de horas de evolución. Niega disuria u otra clínica miccional. No registra fiebre. Ha tomado naproxeno pero sin mejoría.

A su llegada a Urgencias, el paciente se halla consciente, orientado en las 3 esferas, hemodinámicamente estable (TA: 155/100 mm Hg; FC: 62 lpm), eupneico a aire ambiente (SpO₂: 98%) y afebril (T^a: 36.2 °C). A la exploración física, se observa puño-percusión lumbar bilateral negativa y abdomen blando, depresible, no doloroso a la

palpación, sin masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal.

Se pauta metamizol 2 g, paracetamol 1 g, pantoprazol 40 mg y ondansetrón 4 mg intravenoso (IV). Ante persistencia de dolor se pauta morfina 3 mg/mL y tam-sulosina 0,4 mg.

Se solicita analítica sanguínea que muestra Hb 15 g/dL, 11 400 leucocitos, INR 2,7, Cr 1,42 mg/dL, FG 54 (FG noviembre 2021:88), PCR 0,5 mg/L, Lac 2,4 mmol/L. La gasometría venosa está en equilibrio ácido-base. El sedimento de orina resulta negativo, pendiente de urocultivo. En ecografía renovesical se observa riñón izquierdo desestructurado. Dada la persistencia de dolor y alteración ecográfica, se solicita tomografía computarizada urológica con contraste, que muestra riñón izquierdo deformado por colección espontáneamente densa perirrenal biconvexa de 10 × 7 cm aproximados; esta presenta un foco de



Figuras 1 y 2. Tomografía computarizada urológica, corte axial. En la imagen se observa el riñón izquierdo deformado por una colección espontáneamente densa perirrenal, que presenta un foco de mayor densidad excéntrico, sospechoso de extravasación vascular de contraste sugerente de hematoma perirrenal con signos sospechosos de hemorragia activa. En el polo superior, una lesión hipodensa heterogénea de 6 cm también sugerente de hemorragia.

Autor para correspondencia: irisfloresj@gmail.com, Flores Jiménez I.

Recibido: 02/12/22 Aceptado: 15/02/23 En línea: 31/03/23

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v43i1.261>

Cómo citar: Flores Jiménez I. Hematoma renal, a propósito de un caso. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2023;43(1):25.26.

mayor densidad excéntrica, sospechoso de extravasación vascular de contraste sugerente de hematoma perirrenal izquierdo con signos sospechosos de hemorragia activa. En el polo superior, una lesión hipodensa heterogénea de 6 cm también sugerente de hemorragia.

Se revierte anticoagulación con complejo protomínico (octaplex). Se deriva al paciente a un centro de referencia para embolización. Se realiza el procedimiento sin incidencias.

Se define como hemorragia intraabdominal espontánea aquella que no es de causa traumática y que se puede clasificar, según el órgano de origen, en hepática, esplénica, pancreática, adrenal, renal, gineco-obstétrica, vascular y de partes blandas (peritoneal y muscular).

Las hemorragias renales suelen ser secundarias principalmente a tumores renales, como el carcinoma de células renales (CCR) y el angiomiolipoma (AML). Menos frecuentemente se observan hematomas perirrenales o subcapsulares asociados a vasculitis o, como en este caso, a coagulopatías¹.

Para realizar el diagnóstico y localizar el origen del sangrado es preciso ampliar el estudio con pruebas de imagen. La tomografía computarizada (TC) es la prueba de elección para la detección de un sangrado en cavidad abdominal. La ecografía puede utilizarse como método inicial de estudio, porque permite detectar líquido libre abdominal (que puede ser hipoecogénico o aparecer

como una colección heterogénea, con áreas hiperecogénicas rodeando vísceras sólidas o asas intestinales) y es poco invasiva y muy accesible.

La resonancia magnética (RM) es sensible para la detección de la sangre en sus diferentes estadios, pero su uso está limitado por su menor disponibilidad y mayor costo².

Lo interesante de este caso radica en la importancia de identificar rápidamente, mediante la clínica y las pruebas de imagen adecuadas, una patología grave. Dado el contexto clínico, en este paciente en tratamiento anticoagulante con una hemorragia amenazante para la vida, la inmediatez del tratamiento previno consecuencias nefastas para él.

El presente estudio fue conducido de acuerdo con los lineamientos asentados por la Declaración modificada de Helsinki.

Conflicto de intereses: la autora declara no tener conflicto de intereses

REFERENCIAS

1. Furlan A, Fakhra S, Federle MP. Spontaneous abdominal hemorrhage: causes, CT findings, and clinical implications. *AJR Am J Roentgenol.* 2009 Oct;193(4):1077-87. <https://doi.org/10.2214/AJR.08.2231>
2. Espil G, Larrañaga N, Díaz Villaruel N, et al. Hemorragia abdominal espontánea: evaluación por imágenes. *Revista Argentina de Radiología.* 2015;79(2):86-94. <https://doi.org/10.1016/j.rard.2014.10.007>

En busca del buen morir

Alex O. Baraglia 

Comité de Bioética. Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

La muerte siempre ha generado desconcierto, por lo que acompañar en este proceso de final de vida conlleva un alto compromiso existencial. Si a esta difícil tarea se le agregan los condicionantes hospitalarios o legales que sufren los enfermos en su agonía, estamos ante una muerte aterradora, muy distante de una partida que pueda ser considerada amorosa. Como sabemos, la palabra “clínica” hace referencia a la práctica de atender al pie de la cama del paciente, aliviando el dolor del que está por partir; sin embargo, el “corsé legal” de la muerte está alejando al médico de aquel que debiera recibir toda su atención y sus cuidados, atándole el brazo para acompañarlo en el buen morir. Deberíamos debatir y acordar una estrategia que enriquezca la experiencia del momento final de la vida, de modo que ese conjunto acotado de pacientes pueda elegir su forma de partir. Es de un valor incalculable despertar la compasión en este tema tan importante que preocupa al ser humano desde los inicios de la civilización. Sería muy fructífero que aprovechemos la transmisión de sabiduría de siglos de antiguas culturas que han sabido cuidar con humildad la vida hasta el instante de morir.

Palabras clave: proceso final, despenar, ley, compasión, buen morir.

In search of a good death

ABSTRACT

Death has always implied confusion, so accompanying this end-of-life process entails a high existential commitment. If we add to this difficult task the hospital or legal constraints suffered by patients in their agony, we are facing a terrifying death, very far from a departure that can be considered a loving one. As we know, the word “clinical” refers to the practice of caring for the patient very close to the bed, alleviating the pain of whom is about to leave; however, the “legal corset” of death is separating the doctor from the one who should receive all his attention and care, preventing him from accompanying the patient in his/her good dying. We should discuss and agree on a strategy that enriches the experience of the end of life, so that patients could choose the way to leave. It is of incalculable value to awaken compassion on this important issue that has concerned human since the beginning of civilization. It would be very fruitful if we take advantage of the enormous wisdom of ancient cultures that have humbly cared for life until the moment of death.

Key words: final process, awakening, law, compassion, good dying.

Autor para correspondencia: alex.baraglia@hospitalitaliano.org.ar, Baraglia AO.

Recibido: 20/10/22 Aceptado: 22/02/23 En línea: 31/03/23

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v43i1.262>

Cómo citar: Baraglia AO. En la búsqueda del buen morir. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2023;43(1):27-30.

Death and dying have moved from a family and community setting to primarily the domain of health systems. Futile or potentially inappropriate treatment can continue into the last hours of life. The roles of families and communities have receded as death and dying have become unfamiliar and skills, traditions, and knowledge are lost.

Lancet¹

Nacimiento y muerte, aurora y anoecer, son los instantes más promisorios del proceso vital. (...) tienen una gran semejanza; son los instantes de máxima libertad (...)

Maria Zambrano²

REFLEXIONES PRELIMINARES SOBRE EL FINAL DE VIDA Y EL BUEN MORIR

El proceso final de la vida es, sin duda, uno de los temas centrales que desvelan al ser humano. Este ensayo propone una reflexión fenomenológica dando espacio a distintas voces que develan un acercamiento al buen morir. La forma de vivir y de morir es un problema acuciante desde la noche de los tiempos. La preocupación acerca de qué hacer con el enfermo cuando se cree que no hay alternativa posible se repite, a pesar de estar inmersos en una época en que disponemos del conocimiento más relevante de la historia. El adjetivo *infirmus* da origen a la palabra enfermo, que etimológicamente es “aquel que no está firme” y que busca erguirse nuevamente, no solo físicamente, sino con la convicción necesaria para iniciar su partida con dignidad.

El antropólogo Arturo Sala³ afirma que la muerte se enfoca desde tres perspectivas: como consecuencia social, es decir, la muerte provocada por un accidente, crimen o suicidio; la muerte como proceso natural, cese natural o enfermedad terminal y, por último, la muerte de construcción cultural, que es la construcción-deconstrucción de efectos de sentido y contenidos de conciencia en torno al morir. Como sostiene Sala, se intenta recuperar la propia muerte, y no morir sin sentido (pp. 64-5).

Cuando la enfermedad no puede curarse, ¿el enfermo tiene derecho a decidir si continuar o no con su vida? Existe un debate en torno a esta sensible determinación, tendiente a definir si se trata o no de una ampliación del derecho básico a vivir con dignidad. Así como no existe el derecho a nacer, a vivir o a morir, porque se encuadra en la *sindéresis* o hábito indeterminado de los primeros principios morales, formulable en los términos “bonum est faciendum; malum est vitandum” (“hay que hacer el bien, y hay que evitar el mal”), cada hecho exige dignidad en su desarrollo. Solo existe derecho acorde con la existencia de hechos naturales. En todo caso, el derecho aparece cuando se presenta el “derecho de sujeto”, como afirma Kelsen⁴ (p. 252). Todo ser tiene derecho a que le permitan “ir siendo”; la vida sin dignidad no merece ser vivida.

Sin embargo, subsiste la dificultad de arribar a una definición integral respecto del legal y buen morir, algunas de cuyas formas incluirían los cuidados paliativos, la readecuación de medidas asistenciales, la eutanasia, el suicidio médicamente asistido o el rechazo del tratamiento establecido.

ASPECTOS CULTURALES, FILOSÓFICOS Y RELIGIOSOS

Si nos detenemos en la evidencia histórica, cierto es que han existido distintas legislaciones sobre las formas y legalidades de la muerte. Cada cultura define este concepto de distintas maneras, de acuerdo con sus costumbres y su sistema de creencias.

En la cultura japonesa, por ejemplo, existe el *seppuku*, a través de la técnica del *harakiri*, un ritual suicida samurai relacionado con el honor de la persona, que es aceptado como un buen morir, no asociado a la enfermedad. Si bien no es más una forma de muerte habitual, ha calado hondo en las representaciones simbólicas y, debido a su historia e impacto cultural, genera todavía un enorme respeto por quien elige ese procedimiento para terminar con su vida. El japonés valora este tipo de decisión, asumida por quien procura encontrar la muerte en el momento adecuado. Frente a tal instancia vital, un estado mental claro es el que define su legitimidad.

En el folclore popular argentino, por caso, se utilizaba la palabra *despenamiento* para denominar a la muerte digna. No era valorado como un acto criminal, ni categorizado como asesinato, sino como una intervención destinada a terminar con el dolor de un enfermo sufriente, motivada no por la crueldad, sino por la compasión.

Según Vivante⁵, el arqueólogo e historiador Márquez Miranda, apoyado en autores argentinos que recogieron información sobre el tema, consideraba al *despenamiento* como “la más moderna eutanasia y el primitivismo más cerrado”. El *despenador* era un individuo que daba muerte a heridos, enfermos y moribundos para terminar con su padecimiento (p. 215). Con el paso de los años, las autoridades advirtieron a los ciudadanos la ilegalidad de esta práctica, pero llamativamente, a nivel popular, comenzaron a encubrir la identidad del *despenador* para poder continuar con el ritual (p. 216).

Hume⁶, el naturalista escocés que despertó a la filosofía del sueño dogmático, afirmaba que el suicidio no es un pecado, ya que, si tanto la vida como la muerte son voluntad de Dios, cuando el dolor atormenta y excede nuestro deseo de vivir, se tiene el permiso para partir (p.121-2).

Asimismo, el filósofo alemán Ernest Bloch⁷ sostenía que, ante lo irremediable, cuando el tormento no se soporta, ningún ser humano desea la muerte como un bien, sino como un canal para hacer un bien, de modo que este acto se transforma en una señal de vida (p. 391).

En la tradición budista se tiene incorporado el concepto de vivir muriendo y morir viviendo. No existe el miedo a lo que vendrá, se está disponible para la immanencia, para una forma de ser y hacer en el aquí y ahora, en interdependencia con todas las cosas y todos los seres del planeta. Se respeta el sentir del enfermo; lo importante es percibir que la mente está tranquila para hacer el tránsito en armonía, con presencia plena. Como dice Watts⁸: “solo convencionalmente puede separarse la vida y la muerte de las cosas; en realidad lo moribundo es lo viviente” (p. 125).

Ahora bien, el principal argumento a favor de un buen morir se apoya en una partida sin agonía, palabra proveniente del griego *αγωνία*, que significa etimológicamente lucha, en este caso sin fuerza para el combate. La prolongación innecesaria de la vida va en detrimento de la dignidad del enfermo. Todo aquel ser humano que se encuentre en un estadio terminal debería transitar un buen morir, con el límite que marque su circunstancia.

Al mismo tiempo, el buen morir conlleva un trabajo importante: acercarnos empáticamente mediante la atención plena y la comprensión profunda que nos encuentre en un compartir, siendo parte de ese dolor, ayudando al enfermo a desentrañar el sufrimiento y la incertidumbre de contemplar la alegría de lo que quede por vivir³ (pp. 23-4).

ASPECTOS LEGALES Y DISCUSIONES ACTUALES EN LA ARGENTINA

En este sentido, las directivas anticipadas son un reconocimiento relevante de la dignidad del enfermo, ya que se convierten en un medio eficaz para poder determinar con antelación el tratamiento médico que esté dispuesto a recibir, frente a la posibilidad de que –llegado el momento– no pueda manifestar su voluntad. Los países en los que se practica el buen morir comparten un modelo similar, asociado al sufrimiento que no puede aliviarse y a un final de vida próximo irreversible⁹.

En la Argentina, así como se avanzó en la ley del aborto, se deberían favorecer las condiciones para promover una discusión seria y fundamentada tendiente a modificar una ley que acompañe el proceso del buen morir. Debe nombrarse la promulgación de la Ley 27678, con la cual se busca incrementar la calidad de vida en pacientes con riesgo de muerte, pero, a pesar de este esfuerzo, es notable cómo la Ciencia y el Estado no reparan en ciertas etapas de la vida humana. Más que un sustancial aporte legislativo, tenemos la responsabilidad de construir un programa nacional, una guía práctica para trabajar con quien se encuentra próximo a partir*. Para ello, es preciso contar con un conocimiento exhaustivo sobre el tema y luego transmitir información precisa acerca de lo que significa ir en busca de un buen morir, para que se genere

una discusión social participativa y un marco referencial y operativo que permita la aplicación protocolizada, condición imperativa para que el Estado tome una decisión correcta. En la medida en que este debate no se instale en la agenda pública, lejos estamos de arribar al objetivo**. Asimismo, en la práctica médica de un buen morir, debe contemplarse una política de cuidados paliativos, para que el tránsito hacia el final de la vida esté protegido de la mejor forma posible. El modelo de cuidados paliativos requiere estar acompañado de una terapéutica del cuidado, de una imprescindible contención afectivo-emocional que contemple el manejo del dolor y el aumento del confort, y no un enmascaramiento empático a través de la medicalización. La calidad de vida del enfermo y de su familia exige la integración de todos los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales involucrados.

El reconocimiento del buen morir por parte del Estado no se corresponde meramente con un acto humanitario, sino integra la decisión del enfermo. En esta línea sería inspirador que las experiencias previas se vieran reflejadas en tratados internacionales o en la acción de organismos especializados.

Según lo establece la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹⁰ en su artículo 28 –ampliado por el artículo 5–, es obligación del Estado garantizar condiciones de vida digna; sin embargo, pensando en el sentido profundo del texto, cabe preguntarse: ¿Es posible estimar el buen morir como parte de este derecho y, consecuentemente, del concierto de la vida? Si no se avala con claridad esta premisa, estaríamos convalidando una evidente falta de ética en relación con el inalienable acto del buen morir.

¿Qué puede haber detrás del hecho de impedir que un enfermo deje de sufrir, si fuera esa su voluntad, cuando la medicina ya nada puede hacer y ese ser ya no es social, atributo primario de toda humanidad? Es indubitable que existen varios condicionamientos que alimentan la ceguera que bloquea la posibilidad de un buen morir. Es precisamente este orden de cosas el que describe Sala¹¹ como sustentado por la perversa consigna: “Ni siquiera puedo ya disponer libremente ni de mi cuerpo ni de mi mente” (p. 183). De hecho, la Ley 26529 generó muchas controversias, un abanico polarizado entre rechazo y aceptación sin objeciones; otros observan posibles cuestiones legales, ya que –en su redacción actual– dicha ley esconde la posible de una interpretación que avale el suicidio. En tales condiciones, no es factible que la ley repare en la posibilidad de un buen morir. De lo que no hay dudas es de la ambigüedad de la información que se le ofrece a la ciudadanía en general y al enfermo en particular. Por el momento, la legislación solo admite que el enfermo deje por escrito las directivas anticipadas sobre medidas de soporte vital, como única herramienta que garantice que se cumpla su última voluntad.

En otras palabras, el enfermo tiene que disponer cuál será su elección, si quiere hacerlo en soledad,

*Es loable citar el esfuerzo que realizan distintas instituciones y fundaciones como Paliar, el Movimiento Hospice Argentina, AA-MyCP o el área de cuidados paliativos del Hospital Italiano, entre otras.

**Actualmente está instalado el debate entre legisladores. Pueden nombrarse al menos 3 proyectos: “Ley Alfonso”, “Interrupción voluntaria de la vida” y la “Ley de la buena muerte”. Hasta el presente ninguno obtuvo dictamen de comisión.

acompañado por la familia o por personal asistencial cercano. Se deja la experiencia de la vida cuando no somos, cuando estamos atados y nos impiden partir hacia el lugar al que esperamos llegar según nuestro sistema de creencias. Desde esta perspectiva nos acercamos al embudo de una acción colaborativa y compasiva.

Acercarnos al buen morir

¿Qué necesitamos entonces para tener un buen morir?: *compasión*. Su etimología –del latín *cumpassio*, traducción del vocablo griego *sympátheia*, “sufrir con”–, nos conecta con la máxima expresión de la empatía. En la tradición budista, “compasión” –en sánscrito *Karunā*–, significa “sentir con el otro”, pero no en el sentido exclusivo de tener un sentimiento compasivo por otra persona, o sentir simplemente algo *por* el otro, sino *con* el otro, acompañando el sentir, para estar conectado con la persona y consigo mismo.

Como dice Wukmir¹², “son viejas las recetas de amor y compasión, aunque valederas para todos los tiempos. Pero la técnica de su aplicación es aún embrionaria. (...) Lo que falta es una buena técnica para su aplicación” (p. 21). El sentido profundo de la compasión ya fue advertido por Teresa de Ávila¹³, maestra en la experiencia del *buen morir*, quien solía recordar la forma en que pudo acompañar el proceso de su padre de esta forma: “Pasé harto trabajo en su enfermedad. Creo le serví algo de los que él había pasado en las mías. Con estar yo harto mala, me esforzaba, y con que en faltarme él me faltaba todo el bien y regalo, porque en un ser me le hacía, tuve tan gran ánimo para no le mostrar pena y estar hasta que murió como si ninguna cosa sintiera, pareciéndome se arrancaba mi alma cuando veía acabar su vida” (*Libro de la Vida*, 7:14).

En estos días expresamos las emociones enfáticamente y la muerte ha adquirido otro valor, tal vez más próximo al verdadero. Reapropiarse de este regreso conscientemente puede generar un movimiento relacional, una forma de compasión colectiva, que invita a un ritual de compromiso con el padecer del otro.

Sin embargo, en el presente asistimos a un vanidoso y estéril enfrentamiento entre razones que definitivamente obturan un verdadero encuentro dialógico. Decidir nuestro fin debería ser un derecho básico e inalienable, tan importante como la educación, la seguridad o la alimentación. Se necesita con urgencia una política pública que se centre en solucionar y ofrecer una alternativa compasiva al enfermo en el final de su vida, para que no quede encerrado en el engaño de la evolución natural hacia la muerte.

Es evidente que la mayoría de los Estados enfrentan crecientes dificultades para satisfacer las necesidades de sus ciudadanos, especialmente en cuestiones relacionadas con los problemas humanos propios del final de su existencia. El derecho internacional no establece específicamente normativa alguna sobre cómo transitar una muerte sin dolor y sin exralimitación del esfuerzo terapéutico; tampoco, una guía sobre la responsabilidad ética frente al proceso de la muerte.

El consenso general entre los especialistas críticos es que es preferible estar vivo a pesar del dolor, y que su

realidad es imposible de definir o cuantificar. También acusan a los países que legalizaron la eutanasia el haberla convertido en un instrumento de indicación habitual que no respeta el don de la vida. Entonces surge otra pregunta: ¿En qué intersticio se encuentra la vida de un enfermo que ya no resiste?

Hans Kelsen⁴, jurista y filósofo austríaco, daba cuenta de las aristas de este problema del siguiente modo: “Si la norma moral nos ordena que jamás se debe matar a un hombre y en cambio la norma jurídica nos ordena matar en la guerra o bien al cumplimentar una pena de muerte, tendremos la facultad de elegir cuál de ellas obedeceremos y cuál violaremos, pero no tendremos el poder para restar validez a la norma que no deseamos obedecer. Ella permanece válida ya que de lo contrario no podríamos violarla” (pp. 252-3).

En conclusión, el Estado argentino debería debatir de una forma cooperativa y dialógica el tema que nos ocupa, buscando enriquecer culturalmente la discusión, generando un *pathos*, una matriz que produzca y regenere redes, dando vida a una red de redes interminable. Ese sería un Estado que cuida lo más valioso que tiene, sus habitantes, un Estado cuya obligación constitucional de ayudar a vivir dignamente exige que se comprometa con la posibilidad de un buen morir.

Conflicto de intereses: el autor declara no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *Lancet*. 2022;399(10327):837-884. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X).
- Wuensch AM, Cabrera J. La bioética y la condición humana: contribuciones para pensar el nacimiento. *Rev Bioét*. 2018;26(4):484-493. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018264266>.
- Sala AE. Cuando la vida parte. El acompañamiento durante el último aprendizaje. *Revista Vuelos*. Buenos Aires, 1996.
- Kelsen H. La fundamentación de la doctrina del derecho natural. *Jurídica Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana* [Internet]. 1970 [citado el 8 de abril de 2022];1(2). Disponible en: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/juridica/article/view/10546/9625>.
- Vivante A. El despenamiento en el folklore y la etnografía. *Runa*. 1956;7(2):209-233. <https://doi.org/10.34096/runa.v7i2.4741>.
- Hume D. Sobre el suicidio y otros ensayos (1741-1742). Madrid: Nueva Alianza; 1985.
- Bloch E. Derecho natural y dignidad humana. Madrid: Aguilar; 1980.
- Watts A. El camino del Zen. Almería: Perdidas; 2005.
- BBC News Mundo. Eutanasia: los 7 países del mundo donde es una práctica legal (y cuál es la situación en América Latina) [Internet]. Londres: BBC; 2021 mar 18, actual. 2021 oct 11 [citado 2022 marzo 12]; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56423589>.
- Organización de las Naciones Unidas. La Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. Nueva York: ONU; 1948 [citado 2022 jun 10]. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.
- Burucúa JE, Galende E, López Barrios J, et al. La ética del compromiso: los principios en tiempo de desverguenza. Buenos Aires: Grupo Editor Altamira; 2003.
- Wukmir VJ. El hombre ante sí mismo. Barcelona: Luis de Caralt; 1964.
- Santa Teresa de Jesús. Obras Completas. Madrid: BAC; 1997.

Crisis y encrucijadas de una psiquiatría en busca de futuro

Rafael Huertas 

Departamento Historia de la Ciencia, Instituto de Historia, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). España

RESUMEN

Assumiendo la metáfora de la encrucijada, propuesta por Santiago Levín, en la que estaría situada la psiquiatría en la actualidad, el presente artículo pretende reflexionar sobre algunos aspectos de una crisis paradigmática de la medicina mental que ha hecho a algunos temer por su futuro. Se abordan algunas cuestiones epistemológicas de cierto calado, como el régimen de “verdad” en el que supuestamente deben manejarse los expertos, así como los dilemas planteados en los dos elementos clave del encuentro clínico: el diagnóstico y el tratamiento. Finalmente, se insiste en la importancia de lo ético, lo social, y lo político a la hora de replantear saberes y prácticas.

Palabras clave: psiquiatría, pospsiquiatría, paradigmas.

The crisis and crossroads experienced by a psychiatry in search of the future

ABSTRACT

On the understanding we accept where psychiatry would today be located in the metaphor of the crossroads, as proposed by Santiago Levín, the purpose of this article is to explore certain aspects of a paradigmatic crisis in mental medicine that has raised some concerns as to its future. Certain deep epistemological questions are addressed, such as the schema of “truth”, where experts should supposedly manage themselves, and the dilemmas raised from the two key elements of a clinical session: diagnosis and treatment. Finally, the study emphasises the importance of the ethical, social, and political aspects of rethinking knowledge and practices.

Key words: psychiatry, postpsychiatry, paradigms.

INTRODUCCIÓN

Llevamos ya varios años señalando que la psiquiatría está pasando por un período de crisis paradigmática. La influencia de la obra de Lantéri-Laura¹, al describir los tres paradigmas en la psiquiatría moderna (alienación mental, enfermedades mentales, estructuras psicopatológicas) ha sido y sigue siendo muy llamativa en este tipo de reflexión epistemológica. A partir de los años ochenta y noventa del siglo pasado un cuarto paradigma, basado en un modelo científico-naturalista o biomédico, irrumpe con fuerza, tal como en el medio argentino fue apuntado en su momento por Juan Carlos Stagnaro^{*2} y,

posteriormente, analizado en profundidad por Santiago Levín³ en *La psiquiatría en la encrucijada*. Un paradigma biomédico que, apoyado en las pujantes neurociencias, llegó a generar inquietud por la legitimación científica y social de la psiquiatría. Jean Garrabé se preguntaba: “¿Va a desaparecer la psiquiatría, confundándose con las neurociencias o dividiéndose en varias ramas de las que se ocuparán psicólogos, psicoanalistas, psicoconductistas, farmacólogos, etc.? ¿O va a saber la psiquiatría integrar los aportes de estas ciencias que le son ajenas pero que pueden enriquecer su práctica como médicos terapeutas de enfermos mentales”⁴ (p. 41).

* Stagnaro JC. Estudio crítico de la crisis paradigmática actual en psiquiatría. (trabajo leído en las X Jornadas de la Asociación de Psiquiatras de Córdoba, 1996) [inédito].

Autor para correspondencia: rafael.huertas@csic.es, Huertas R.

Recibido: 14/09/22 Aceptado: 02/01/23 En línea: 31/03/23

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaires.v43i1.263>

Cómo citar: Huertas R. Crisis y encrucijadas de una psiquiatría en busca de futuro. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2023;43(1):31-36.

Recientemente, Levín y Matusevich⁵ han argumentado de manera convincente –lo que en cierto modo podría interpretarse como una respuesta a la inquietud de Garrabé– que “la psiquiatría tiene futuro”. Siguiendo a Conti⁶, estos autores abogan por una “refilosofización” de la psiquiatría, así como por la integración de saberes y por una necesaria e irrenunciable dimensión ética. Y el propio Stagnaro⁷, en uno de los últimos editoriales de *Vertex*, hacía un llamamiento, en términos similares, con el fin de que las páginas de la revista reflejen los debates en torno al problemático estatuto actual de la psiquiatría.

Tiempos de crisis y de incertidumbres que, forzosamente y retomado la propuesta de Levín³, sitúan a la psiquiatría en una serie de encrucijadas sobre las que sigue mereciendo la pena seguir reflexionando. Si una encrucijada es un cruce de caminos que van en distinta dirección o, dicho de otro modo, es la metáfora que utilizamos para describir una situación difícil o comprometida en la que hay varias posibilidades de actuación y no se sabe cuál de ellas escoger, no cabe duda de que la psiquiatría se encuentra en un entramado de dilemas de compleja solución. En las últimas décadas no han sido pocos los esfuerzos que, desde la propia psiquiatría, se han hecho para plantear críticas constructivas y proponer alternativas a ese modelo biomédico reduccionista, fragmentario y sin sujeto^{8,11}. El objetivo de las páginas que siguen es intentar aportar algunos elementos más a este debate, identificando posibles rutas para seguir en un intento de contribuir a desbrozar la maraña ideológica y técnica en la que la práctica psiquiátrica se halla inmersa.

Problemas no resueltos y discusiones en bucle

Como se sabe, en 1980 se publicó el DSM-III que supuso un cambio de tendencia muy importante¹². De los conflictos inconscientes, los traumas infantiles y la psicoterapia se pasó a los cerebros rotos, los desequilibrios neuroquímicos y los tratamientos psicofarmacológicos. Después llegó la década del cerebro como un gran programa de investigación que se centró en 1) las técnicas de neuroimagen, 2) las demencias y el envejecimiento cerebral, 3) la genética y sus posibles aplicaciones terapéuticas y 4) la psicofarmacología¹³. Sin duda, esto supuso un giro importante en la manera de entender los problemas mentales, pero planteaba problemas epistemológicos y clínicos de difícil solución. Recuérdese, por ejemplo, el debate suscitado a finales de la década de los noventa, sobre las concepciones esencialistas y no esencialistas del trastorno mental y que generó una bibliografía bastante amplia e interesante^{14,15}. Desde posiciones esencialistas, “...el trastorno mental se entendería como una entidad natural, como una realidad concreta y fragmentada que se instaaura en el individuo y que se correlaciona con variables somáticas permanentes”¹⁶. Por el contrario, “desde posiciones no esencialistas, se consideraría el trastorno mental más allá de una realidad concreta (que puede tener o no un origen biológico), como una entidad cultural que se integra en la totalidad del individuo, teniendo en cuenta no solo el fenómeno en sí, sino su condición contextual

variable, que nos remite a símbolos y mitos, a valores y relaciones, a mentalidades individuales y colectivas, a experiencias y subjetividades”¹⁷.

Esta es, sin duda, una de las encrucijadas en las que sigue encontrándose la psiquiatría. Pero no es nueva, es un debate permanente, son discusiones en bucle, que se repiten con matices diversos, claro está, en función de la época y del contexto que consideremos. Yo creo que lo que podemos denominar paradigmas psiquiátricos, es decir, el conjunto de conocimientos y métodos aceptados por la comunidad de especialistas, han convivido con más o menos fortuna a lo largo de la historia. Dicho de otro modo, no resulta posible constituir una ciencia de lo mental al modo de la astrofísica. En el modelo de Kuhn¹⁸, tras un cambio de paradigma, la comunidad científica termina aceptando, interiorizando, que las cosas “ya no pueden pensarse de otra manera” (la teoría geocéntrica de Ptolomeo es incompatible con la heliocéntrica de Copérnico; la mecánica clásica de Newton no puede responder a las preguntas que dieron lugar a la teoría de la relatividad de Einstein).

Pero, en psiquiatría, las cosas sí pueden pensarse de manera diferente: la tensión teórica, epistémica, metodológica entre los *somatiker* y los *psychiker* ha sido, lo repito, una constante histórica: Cuerpo vs. Alma; Cerebro vs. Mente; Materia vs. Pensamiento; Neurotransmisor vs. Significante. Es decir, una convivencia de paradigmas entre los que se produce una pugna por el relato que dará lugar a una narrativa dominante, que será interpretada como el paradigma hegemónico, pero que seguirá confrontándose con otras maneras de pensar minoritarias, pero no por eso carentes de fundamentos, superadas o pasadas de moda. De hecho, en psiquiatría, las reacciones al “paradigma imperante” surgen muchas veces no de la nostalgia por teorías y prácticas anteriores, sino del análisis crítico y de la propuesta de alternativas a ese modelo imperante que, efectivamente, entra en crisis porque no es capaz de contestar preguntas de alcance en torno a nuevos problemas que van surgiendo en el ámbito de la salud mental, pero también porque pierde apoyos tanto de la comunidad científica como de otras instancias económicas, políticas, sociales y culturales.

Son conocidas las críticas al DSM-5 desde las propias corporaciones psiquiátricas¹⁹ y hasta el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) le retiró su apoyo. Las compañías farmacéuticas se están alejando hasta cierto punto de la investigación psiquiátrica y el desarrollo de psicofármacos. Activistas, periodistas y académicos desde diversas perspectivas están criticando la investigación, los diagnósticos y los tratamientos psiquiátricos. Circunstancias todas ellas que crean mucha incertidumbre y que, como apunta Bradley Lewis²⁰, hacen virar a la psiquiatría hacia un “arduo desierto” porque no encuentra su camino. Y volvemos así, expresado de otro modo, a la metáfora de la encrucijada. Con este telón de fondo, me gustaría plantear algunas cuestiones entre la historia, la epistemología y el pensamiento crítico que quizá puedan contribuir al debate.

El problemático estatuto de la “verdad”

En el año 2017, Ortiz Lobo planteó que: “Probablemente el mayor condicionante de la práctica clínica de la psiquiatría moderna es el valor de ‘verdad’ de su discurso. Un discurso basado en la razón y la certidumbre de la ciencia, que define la enfermedad mental como una realidad natural, sustantiva, delimitada por un lenguaje supuestamente unívoco, transparente y universal y que constituye el conocimiento de los profesionales expertos, ya sean psiquiatras biologicistas, psicoanalistas o de cualquier otra familia psi. En esta discusión ontológica y epistemológica sobre las enfermedades mentales y su conceptualización realista, cualquier narrativa psiquiátrica moderna ostenta un poder fundamentado en su condición de ‘verdad’ que determina el encuentro clínico en contenido y forma”²¹. De esta idea de “verdad”, que es una verdad construida a medida de cada teoría, de cada enfoque, de cada modelo, derivan conflictos importantes. Dos ejemplos: 1) la identificación acrítica con una teoría o enfoque puede dar lugar a que el profesional lo aplique de manera sistemática, prescindiendo de otras posibilidades que desprecia o desconoce; 2) la especialización en un trastorno mental concreto puede llevar al hiperdiagnóstico y a un evidente sesgo de confirmación. Sin embargo, nuestro compromiso no puede ser con la teoría, ni con la técnica, ni con el manual de protocolo, sino con el o la paciente, con la persona que sufre y que demanda nuestra ayuda profesional. Con frecuencia, el psiquiatra o el psicólogo clínico simplifica las situaciones clínicas para que encajen con el conocimiento teórico. En no pocas ocasiones, su condición de experto puede adoptar la forma de lo que podríamos llamar una “omnipotencia desvalida”; es decir, se posee una “verdad” que, en el fondo, podría no serlo porque no está suficientemente sustentada: no se han identificado causas biológicas, ni marcador biológico inequívoco en ningún trastorno mental; no existe evidencia concluyente de que los trastornos psíquicos sean causados por un desequilibrio químico, o de que los fármacos funcionen corrigiendo dichos desequilibrios; o no todo puede explicarse a través de lo simbólico.

En todo caso, ¿es preciso tener respuesta para todo? Al fin y al cabo, nuestro objeto de conocimiento es incierto (el ser humano); nuestros métodos son opinables (observación, escucha, experiencia); nuestros sistemas de medida están sujetos a sesgos (una mente humana evalúa, juzga e interviene sobre otra mente humana). Esto supone que la ambigüedad, la contradicción y la incertidumbre (que provienen no solo del paciente sino también del profesional), son elementos ineludibles para considerar en el encuentro clínico.

Aspectos muy concretos de la práctica psiquiátrica se sitúan en ese cruce de caminos. Sin descartar otros posibles, me voy a referir a dos elementos clave del encuentro clínico: el diagnóstico y el tratamiento.

El problema e los diagnósticos y la psicopatología descriptiva

Algunos autores han reclamado la recuperación de la llamada psicopatología descriptiva clásica (previa

obligatoria recalibración histórica y clínica) como manera de superar las plantillas de listados de síntomas (DSM; CIE)²², pero hay que tener en cuenta que ese virtuosismo semiológico de los psiquiatras y los alienistas de hace 150 años se genera en un espacio de observación muy concreto, que es el manicomio.

La psicopatología descriptiva (como cualquier otra semiología) busca identificar y describir el síntoma (o el signo), con el fin de definirlo, ordenarlo, clasificarlo, pero no interpretarlo o comprenderlo. El proceso diagnóstico de la psiquiatría moderna consiste en transformar las experiencias del paciente, o de la persona con sufrimiento psíquico, recogidas de su propia comunicación verbal o no verbal, en una terminología psicopatológica que permita estandarizarlas en categorías. Para ello se necesita un lenguaje psicopatológico claramente estructurado con el que construir un discurso especializado de gran utilidad en determinados ámbitos. En este sentido, claro que hay que saber psicopatología y claro que hay que saber manejarse con las categorías diagnósticas, pero no está de más ser conscientes de lo problemático que puede llegar a ser un diagnóstico psiquiátrico, la capacidad que tiene para cosificar y estigmatizar a una persona^{23,24}. Es evidente que para entendernos entre profesionales o para explicarse ante un juez, por ejemplo, el diagnóstico categorial es necesario y a veces indispensable. También puede ser imprescindible ante requerimientos administrativos, institucionales o legales, pero en estos casos se plantea la necesidad de contar con el paciente para esclarecer el significado y el propósito de su empleo. Sin embargo, en la clínica habitual se aboga, sobre todo desde la llamada psiquiatría crítica o la pospsiquiatría^{8,25}, por “superar el diagnóstico categorial e intentar comprender la complejidad del ser humano, no a través de una etiqueta estandarizada y reduccionista, sino mediante una formulación narrativa”^{8,25}, y no solo por las razones apuntadas, sino también porque –si las experiencias del sujeto se traducen de manera mecánica en síntomas o en patologías– se tiende a separar la manifestación clínica del contexto social, cultural y biográfico en que han aparecido, desestimando de este modo la búsqueda de significados que puedan tener relación con ellos²¹.

El problema de los tratamientos

Se ha escrito mucho sobre el espectacular incremento del consumo de psicofármacos y de los intereses de la industria farmacéutica. La aparición de nuevos fármacos para nuevas enfermedades (el alprazolam para las crisis de angustia o los ataques de pánico) o nuevas indicaciones para los mismos fármacos y la ampliación de los límites de la enfermedad (el metilfenidato para el TDH; la paroxetina para la fobia social). En fin, estos son viejos temas sobre los que no voy a insistir. Muchos críticos de la psiquiatría argumentan que fue el poder de la promoción farmacéutica lo que hizo cristalizar el consenso actual en torno al modelo biológico/farmacológico de la psiquiatría²⁶⁻²⁸. Existe en

la actualidad todo un movimiento que aboga por un uso juicioso de los psicofármacos, teniendo muy en cuenta las indicaciones y las dosis, manteniéndolos durante un tiempo limitado intentando evitar los efectos secundarios y las iatrogenias (con una clara voluntad de prevención cuaternaria) y defendiendo también la deprescripción, es decir, un manejo que permita ir retirando el exceso de medicación. Joana Moncrieff^{29,30}, por ejemplo, sería una de las autoras más citadas en este sentido.

Sin embargo, hay que señalar que, en los últimos años, la industria farmacéutica ha reducido drásticamente sus esfuerzos en desarrollar nuevos fármacos, debido a la falta de dianas moleculares prometedoras capaces de incidir sobre los trastornos mentales y al fracaso constante de los nuevos compuestos en demostrar su superioridad frente al placebo³¹. Parece que la apuesta actual del modelo biológico no es la psicofarmacología, sino la genética. Basado en el éxito del Proyecto Genoma, en 2013, la administración norteamericana anunció la puesta en marcha del Proyecto BRAIN (Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies), cuyo objetivo es realizar un mapeo de la actividad cerebral³². Es posible que sus resultados puedan atraer de nuevo a la industria farmacéutica hacia la psiquiatría, pero mapear el cerebro es un proyecto a largo plazo y dichos resultados serán fragmentarios y desconectados al menos durante un tiempo.

El paradigma o modelo biológico se mantendrá, por supuesto, de la mano de la neurociencia y la neurotecnología, pero probablemente tenga que convivir con otros modelos que tienen su origen en otros lugares. No se puede negar que, coincidiendo con el período de gran auge de la psiquiatría biológica y neurocientífica, las humanidades (historia, filosofía) y las ciencias sociales (sociología, antropología, estudios culturales) han desarrollado una muy amplia actividad en el marco de la llamada “investigación narrativa”, es decir, el estudio de las experiencias como un relato capaz de generar significados. La psiquiatría basada en narrativas ofrece la posibilidad no solo de considerar ámbitos más allá de las neurociencias, sino de reflexiones más profundas sobre la forma en que la psiquiatría crea significado y construye sus modelos. En el fondo, hay muchas maneras de contar un problema de salud mental pero no puede decirse que solo una de esas maneras sea la correcta y todas las demás incorrectas.

Quede claro que tanto los metanálisis de la Medicina Basada en la Evidencia como las narrativas son herramientas y no paradigmas, como se ha llegado a sostener.

La División de Psicología Clínica del Colegio de Psicólogos de Gran Bretaña propone que “El Marco de Poder, Amenaza y Significado se puede utilizar como una herramienta de ayuda a las personas para crear narrativas o relatos de su vida y dificultades, que han podido encontrar o que todavía tienen, en vez de verse a sí mismas como culpables, débiles, deficitarias o mentalmente enfermas”^{33,34}. En la elaboración de estas ideas participaron no solo psicólogos, sino también psiquiatras, trabajadores

sociales, técnicos de salud, educación, trabajo, justicia, etc. Es decir, no puede entenderse como una opción de psicólogos frente a psiquiatras, como a veces se ha argumentado erróneamente, sino como un documento de consenso que traspasa las disciplinas y que, creo yo, merece la pena conocer y considerar.

La importancia de lo social

Y esto me permite enlazar con el último punto que me gustaría señalar, la dimensión social y política. La gran encrucijada histórica de la psiquiatría ha sido su condición de “prestación especial”, su doble condición de especialidad médica (con fines terapéuticos) y de garante de la defensa social. Despojar a la psiquiatría de su condición de disciplina de poder para convertirla en práctica emancipadora es, probablemente, una de las prioridades ineludibles. Es más importante desalienar que curar. El acompañamiento terapéutico, la continuidad de cuidados, la búsqueda de formas de atención cercanas y en entornos normalizados, la firme voluntad de no patologizar/psiquiatrizar las quejas o las reacciones adaptativas (aunque sí darles apoyo) implican cambios de modelos asistenciales que, en última instancia, derivan de decisiones políticas. Hablar de salud mental en nuestra actual sociedad no es solo denunciar las consecuencias de la privatización y los recortes neoliberales en relación con los recursos asistenciales; es también advertir de las falacias “culturales” del sistema, y es, cómo no, insistir una y otra vez en las consecuencias demostradas de la crisis económica, de la pobreza y la precariedad, en la salud mental³⁵. No hay más remedio que replantearse o, por lo menos, ser muy conscientes de que, ante una demanda de atención con condicionamientos socioculturales y políticos evidentes, la respuesta clínica suele ser individualizada³⁶.

La recuperación de las personas con sufrimiento psíquico pasa por tener acceso al empleo y a la vivienda, por ejemplo, y por el respeto escrupuloso a los derechos humanos. Esto no lo van a hacer los neurocientíficos en sus laboratorios, esto lo tienen que hacer los psiquiatras... y los psicólogos y los trabajadores sociales, etcétera.

Un último aspecto para considerar en estas dinámicas es la importancia creciente de prestar atención y escucha a las asociaciones y colectivos de pacientes, usuarios y exusuarios de dispositivos psiquiátricos (no solo a las de familiares). Los grupos de apoyo mutuo, los expertos por la experiencia o el activismo en primera persona cuentan con progresiva implantación e influencia en el mundo anglosajón³⁷, probablemente menos en nuestro entorno, pero me parece que es algo con lo que hay que contar en el futuro, aun a riesgo de relativizar nuestros conocimientos³⁸⁻⁴⁰. Debemos ser cautos, o estar prevenidos, con lo que Ota de Leonardis⁴¹ llama hace ya algún tiempo el “mito de la competencia especializada”, mediante el que explicaba cómo en la labor de los especialistas se concreta el paradigma racionalista/positivista problema-solución, de manera que “a una definición racional, científica, codificada, del problema

corresponde una solución técnica racional". La solución institucional determina, en no pocos casos, la forma en que se analiza e, incluso, se formula el problema, hasta el extremo de prescindir o ignorar aquellos que no entran dentro de los límites de saberes y estrategias que ese marco institucional es capaz de desarrollar. Esto no solo pasa en psiquiatría, también en otras muchas disciplinas, pero conviene recordar que los expertos no tienen necesariamente todas las respuestas y que hay otros saberes considerados profanos o subalternos, adquiridos por la propia experiencia, que pueden desempeñar un papel importante en el marco de una relación terapéutica.

Encrucijadas clínicas y terapéuticas, epistemológicas, éticas, políticas. Es probable que la psiquiatría tenga la oportunidad en este momento de profunda inestabilidad de identificar contradicciones para situarse de manera consciente y crítica ante sus dilemas e intentar reconstruir su identidad profesional. Pienso que un camino posible y esperanzador puede ser hacerlo desde una psiquiatría crítica y centrada en la persona, que evite la coerción, el excesivo intervencionismo tecnológico y las iatrogenias, que transite desde el enfermo con sus síntomas a la persona en su contexto (otorgando un mayor protagonismo a lo social); que supere el autoritarismo/paternalismo del profesional en aras de una horizontalidad respetuosa de la voluntad del paciente, que facilite la construcción conjunta de significados o de campos de significados, no necesariamente definitivos, que pretendan dar sentido a la narrativa del paciente.

Todo ello sin demonizar ni a la psiquiatría biológica ni a la dinámica, ni a las neurociencias ni al diván, pero siendo conscientes de la complejidad de una especialidad tan híbrida, y tan expuesta a reduccionismos, como la psiquiatría.

Agradecimientos: Este texto corresponde a una de las intervenciones del autor en el XXXV Congreso de APSA (Mar del Plata, 2022), compartiendo el panel, en aquella ocasión, con Santiago Levin y Diego Costa.

Agradezco también a Daniel Matusевич y a Alberto Ortiz las siempre estimulantes conversaciones sobre los contenidos de este artículo.

Financiamiento: El trabajo ha sido realizado en el marco del Proyecto de investigación RTI2018-098006-B-I00 financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (MCIN/AEI/10.13039/501100011033) y por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER-Constructuyendo Europa).

Conflicto de intereses: el autor declara no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Lantéri-Laura G. *Essais sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. París: Editions du Temps; 1998.
- Stagnaro JC. Crisis de la psiquiatría. *Topía* [Internet]. 2004 [citado 2023 sept 10];14(40):11. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/crisis-de-la-psiquiatria%C3%AD>.
- Levin S. La psiquiatría en la encrucijada. Buenos Aires: Eudeba; 2018.
- Garrabé J. La psiquiatría del siglo XX. *Atopos*. 2003;(2): 33-42.
- Levin S, Matusевич D. La psiquiatría tiene futuro. *Vertex*. 2022;33(155): 66-69. <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.136>.
- Conti N. Filosofía y psiquiatría. *Sinopsis Rev Asoc Psiquiatras Argentinos*. 2008;21(40):17-22.
- Stagnaro JC. Editorial. *Vertex*. 2022;33(156):2-3.
- Ortiz A. Hacia una psiquiatría crítica. Madrid: Grupo 5; 2013.
- Ortiz A, Huertas R, eds. *Críticas y alternativas en psiquiatría*. Madrid: Los libros de la Catarata; 2018.
- Vispe A, Valdecasas JG. *Postpsiquiatría: textos para prácticas y teorías postpsiquiátricas*. Madrid: Grupo 5; 2018.
- Desviat M. *Cohabitar la diferencia: salud mental en lo común*. Madrid: Síntesis; 2020.
- Kawa S, Giordano J. A brief history of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philos Ethics Humanit Med*. 2012;7:2. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-2>.
- Martín-Rodríguez JF, Cardoso-Pereira N, Bonifacio V, et al. La década del cerebro (1990-2000): algunas aportaciones. *Rev Esp Neuropsicol*. 2004;6(3-4):131-170.
- Lilienfeld SO, Marino L. Essentialism revisited: evolutionary theory and the concept of mental disorder. *J Abnorm Psychol*. 1999;108(3):400-411. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.108.3.400>.
- Wakefield JC. Mental disorder as a black box essentialist concept. *J Abnorm Psychol*. 1999;108(3):465-472. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.108.3.465>.
- Novella E. Construcción y fragmentación del sujeto psicológico. *Arch Psiquiatría*. 2007;70:9-24.
- Huertas R. *Otra historia para otra psiquiatría*. Barcelona: Xoroi; 2017.
- Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1962.
- Allen F. *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York, NY: William Morrow; 2013.
- Lewis B. Taking a narrative turn in psychiatry. *Lancet*. 2014;383(9911):22-23. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62722-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62722-1).
- Ortiz Lobo A. Relación terapéutica y tratamientos en postpsiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2017;37(132):553-573. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352017000200013>.
- Berrios GE. Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects. *Psychol Med*. 1984;14(2):303-313. <https://doi.org/10.1017/s0033291700003573>.
- Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. [London]: Pelican Books; 1968.
- Hacking I. Making up people. En: Heller TC, ed. *Reconstructing individualism: autonomy, individuality in self investigation thought*. [Redwood City, CA]: Stanford University Press; 1986. p. 161-171.
- Colina F. *Sobre la locura: el arte de no intervenir*. Madrid: Enclave de Libros; 2020.
- Mata Ruiz I de la, Ortiz Lobo A. Industria farmacéutica y psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2003;23(86):49-71.
- Whitaker R. *Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America*. New York, NY: Broadway Books; 2010.
- Gotzsche PC. *Deadly psychiatry and organised denial*. København: People's Press; 2015.
- Moncrieff J. *The myth of the chemical cure: a critique of psychiatric drug treatment*. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2008.
- Moncrieff J. *The bitterest pills: the troubling story of antipsychotic drugs*. Basingstoke: Palgrave; 2013.
- Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(7):846-861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>.
- The impact of the NIH BRAIN Initiative. *Nat Methods*. 2018;15(11):839. <https://doi.org/10.1038/s41592-018-0210-0>.

33. Johnstone L, Boyle M, eds. *The power threat meaning framework*. Leicester: British Psychological Society; 2018.
34. Johnstone L, Boyle M. (2018). The power threat meaning framework: an alternative nondiagnostic conceptual system. *J Human Psychol.* 2018;0(0):1-18. <https://doi.org/10.1177/0022167818793289>.
35. Huerta R. (2017). Prólogo. En: Maestro A, González Duro E, Rendueles G, et al. *Salud mental y capitalismo*. Madrid: Cisma; 2017. p. 7-13.
36. Ortiz Lobo A. ¿En qué puedo ayudarle? Entre la solución individual tecnológica y la metaperspectiva sociopolítica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2022;42(141):17-30. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352022000100002>.
37. Morrison L. *Talking back to psychiatry: the psychiatric/consumer/survivor/ex patients movement*. New York: Routledge; 2005.
38. Correa-Urquiza M. *Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos*. Madrid: Grupo 5; 2015.
39. Huertas R. *Locuras en primera persona: subjetividades, experiencias, activismos*. Madrid: Los libros de la Catarata; 2020.
40. Erro J. *Pájaros en la cabeza: activismo en salud mental desde España y Chile*. Barcelona: Virus; 2021.
41. Leonardis O de. Políticas sociales: reinventar nuevos parámetros. En: Álvarez-Uría Rico F, ed. *Marginación e inserción: los nuevos retos de las políticas sociales*. Madrid: Edymion; 1992. p. 55-66.

La importancia de una comunicación empática con los pacientes y sus familias

Gonzalo Mariani 

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

RESUMEN

La lectura de experiencias personales en situaciones de compromiso de la salud refleja el impacto que tiene sobre los pacientes y sus familias la manera de comunicarse de los profesionales. En este artículo se recorren textos de la literatura con ejemplos paradigmáticos, se mencionan posibles motivos del uso de jerga médica y se reflexiona sobre la importancia de una adecuada comunicación con los pacientes y sus familias, haciendo hincapié en la escucha activa, la individualización del abordaje considerando el contexto, los hábitos y las habilidades que deben estar presentes en los encuentros ante situaciones críticas. Se subraya la importancia de desarrollar programas formativos que incluyan encuentros de simulación.

Palabras clave: comunicación, empatía, cuidado centrado en el paciente, lenguaje corporal.

The importance of empathic communication with patients and their families

ABSTRACT

Reading personal experiences in situations involving health problems reflects the impact that inadequate communication has on patients and their families. This article reviews texts from the literature with paradigmatic examples, mentions possible reasons for the use of medical jargon and reflects on the importance of adequate communication with patients and their families, emphasizing active listening, personalized approach considering contextual circumstances, habits and skills that must be present in critical situations meetings. The importance of developing training programs that include simulation scenarios is underlined.

Key words: communication, empathy, patient-centered care, body language.

La literatura, o específicamente, el contenido de ciertos libros puede ayudarnos a reflexionar sobre temas tan importantes como la comunicación con nuestros pacientes. En particular, en el campo de la salud, leer relatos de experiencias personales en situaciones difíciles puede resultar muy enriquecedor. En este último año, la lectura de textos en los cuales se hace evidente el impacto que tiene sobre los pacientes y sus familias la manera de comunicarnos que tenemos los profesionales de la salud, me llevó a reflexionar, a ser más consciente de lo

que decimos, de cómo lo decimos y principalmente de cómo escuchamos.

En el libro *Breathe, baby breathe!*, Annie Janvier dice: “Recién me doy cuenta realmente, ahora, hoy, que la manera en que los neonatólogos hablamos con mujeres embarazadas es bizarra. Sabía que era rara, pero no así de rara”¹. Annie es neonatóloga y bioeticista, madre de Violette, exprematura extrema que nació con 24 semanas de gestación. Annie fue internada con amenaza de parto prematuro y luego vivió como madre toda la internación

Autor para correspondencia: gonzalo.mariani@hospitalitaliano.org.ar, Mariani G.

Recibido: 16/01/23 Aceptado: 1/03/23 En línea: 31/03/23

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v43i1.252>

Cómo citar: Mariani G. La importancia de una comunicación empática con los pacientes y sus familias. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2023;43(1):37-40.

de Violette, quien tuvo complicaciones serias. En el libro vuelca su experiencia como paciente de obstetricia y como madre de una hija en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital de Montreal donde trabaja y en el Servicio en el cual su pareja y padre de Violette, Keith Barrington, es el jefe de Neonatología. Para ella, esa experiencia fue reveladora: “Ahora me resulta extrañamente obvio que la manera en la cual yo estuve hablando con madres y padres durante los últimos años es TAN incompleta, tan simple, tan *naïve*”.

Natalia Zito, escritora argentina, escribe en *Rara* su experiencia acerca de la muerte intrauterina de uno de sus hijos gemelares: “Fueron dos bebés hasta la semana diez de embarazo, en la que el ecografista tuvo que explicarnos que uno se había detenido. Usó ese verbo: detenerse. Detenerse es una forma de morir”². No solo se trata del lenguaje verbal, en otro pasaje de su libro Natalia cuenta: “Me ponen en una cama de hospital. Entran y salen enfermeras. Todas me hacen algo en el cuerpo, pero casi nadie me mira a los ojos. Antes de alejarse, me aprietan la mano de más”.

Algo similar describe Vicki Forman, en su libro *This lovely life: a memoir of premature motherhood*: “...y los neonatólogos, al pasar cerca, raramente nos miraban a los ojos”³. En un fragmento escalofriante, la autora cuenta cómo el personal de la UCIN dejó de prestar atención a su hijo al ver que el cuadro se hacía crónico sin mayores posibilidades de modificar su lenta evolución: “Yo había tenido suficiente de enfermeros engreídos, médicos ausentes, residentes incómodos y el desfile de estudiantes de medicina que pasan junto a la incubadora de Evan en su camino hacia casos más interesantes o exitosos”. Vicki cuenta su historia, la vida en UCIN junto a sus hijos gemelares prematuros extremos: Ellie, quien falleció a los 4 días de vida y Evan, quien atravesó complicaciones graves en la UCIN y quedó con secuelas serias. En ese libro, Vicki escribe lo incómoda que se sintió con algunas expresiones y actitudes del personal de salud. En un pasaje del libro refiere que se sintió identificada con las palabras del padre de un expaciente prematuro, quien destacó en una entrevista: “No sé qué hace que médicos y enfermeros piensen que pueden decirnos cualquier cosa, pero lo hacen”.

El abandono que pueden sentir los pacientes es expresado de manera notable en el libro *Mamá y el sentido de la vida*, de Irvin Yalom, quien cita las palabras de Paula, una paciente terminal a quien la secretaria de su oncólogo le niega un turno: “¿Qué pasa con los médicos? –me preguntó–. ¿Cómo no se dan cuenta de que cuando ya no tienen más para dar es cuando más se los necesita?”⁴.

Anna Starobinets relata su experiencia con el sistema de salud ruso en su peregrinaje luego de haberse detectado un problema renal fetal grave bilateral en una consulta prenatal⁵. En *Tienes que mirar* cuenta que el médico que realizó la ecografía colocó el transductor en su abdomen y expresó: “Bien, los riñones... sí... realmente parece que se trata de poliquistosis... Posiblemente poliquistosis bilateral (...). El doctor Demidov comenta algo en voz baja con su enfermera, me llega un murmullo

indistinto: ‘Por supuesto... ¿quién no estaría interesado?’ La enfermera sale de la consulta. El profesor me introduce el transductor vaginal. Al cabo de un minuto entran en la consulta, acompañados por la enfermera, unas quince personas con batas blancas: estudiantes de medicina y médicos jóvenes (...). Observen qué cuadro más típico –dice el profesor Demidov– (...). Con esta clase de malformaciones, los niños no sobreviven”.

En el libro *Parte de la felicidad*, la escritora argentina Dolores Gil cuenta su experiencia con pérdidas repetidas de embarazos deseados⁶. En el cuarto embarazo vuelve a tener metrorragia en edad temprana. La ecografía muestra que el embrión no tiene latidos, que ha muerto. Escribe la autora: “En el informe de la ecografía hay una sigla misteriosa: *HMyR*. Nadie me la explica. Pasan días hasta que me animo a googlearla. *Huevo muerto y retenido*. Estallo de bronca por las iniciales (...). Me ofrecen pastillas para abortar (...). Todos me dan consejos distintos (...). Que no es tan grave. Como una menstruación más fuerte, dice el médico. Qué pelotudo, pienso. Obviamente nunca menstrué ni tuvo que abortar”.

Sarah Di Gregorio, en su libro *Early*, recuerda la visita del *fellow* de neonatología cuando a ella la internaron con un embarazo de 28 semanas de gestación y una restricción grave de crecimiento intrauterino: “El médico se apoyó al lado de mi cama con cierta incomodidad y nos vomitó una letanía de complicaciones potenciales que aparecen al nacer muy prematuramente. Sangrado cerebral, huecos en el corazón, pulmones delicados que luchan por inflarse, intestinos que mueren mientras el bebé aún vive, ceguera, pérdida de coeficiente intelectual, trastornos de atención, todo tipo de discapacidades, infecciones, parálisis cerebral, muerte. Dijo que teníamos aproximadamente una chance 50-50 de salir de esto sin discapacidad de algún tipo. Finalizó diciendo ‘¿tienen alguna pregunta?’”⁷.

Es inevitable recordar al Dr. Paco Maglio y su cruzada por humanizar el trato con los pacientes y sus familias. Es memorable su propuesta de transformar el “interrogatorio” en un “escuchatorio”. En su libro *La dignidad del otro* escribe que, al confundir comunicación con información en la relación médico-paciente, la despojamos de su contexto humano, de la interrelación personal que debe primar en nuestra relación con los pacientes⁸. Alerta acerca de que corremos el riesgo de sobreenformar en vez de comunicar, y hace hincapié en que los pacientes tienen derecho a saber (veracidad) y también a elegir qué quieren saber. Con respecto a la veracidad, Maglio nos recomienda que la verdad se diga de manera escalonada y soportable, ejerciendo dos virtudes: prudencia y esperanza. En la misma línea, hace varios años, en esta revista del Hospital Italiano, Nicolás Cacchiarelli y Carlos Musso nos decían que “lo contrario de una verdad cruel no es una mentira piadosa, sino una verdad adecuadamente revelada (dosificada)”⁹.

En el volumen de diciembre 2022 de la revista *Journal of Medical Ethics* se publicó un artículo con el siguiente título: “The ethics of semantics in Medicine”¹⁰. En él, los autores reflexionan sobre el uso de determinadas expresiones, su

implicancia clínica y ética y los posibles motivos por los cuales los profesionales recurren a ellos. Así, una palabra específica utilizada por un médico puede reflejar un sesgo moral o cognitivo consciente o inconsciente hacia la situación médica que puede influir en la comunicación con el paciente y/o su familia y en el proceso de toma de decisiones. Algunos médicos usan lenguaje 'médico' sin darse cuenta y a los pacientes y sus familias se les hace difícil entenderlo. Los autores plantean que hay muchas razones por las que los médicos usan un lenguaje que los pacientes no entienden completamente:

- a) el uso de la jerga médica para reafirmar la posición del médico de alguna manera,
- b) el uso razonable de la semántica para ocultar la incomodidad de algunos médicos o el entrenamiento inadecuado para dar malas noticias,
- c) uso de eufemismos, como una forma de proteger a los pacientes de malas noticias o eventos, que sin embargo conlleva el riesgo de disminuir la autonomía del paciente,
- d) para disfrazar o evitar cuestiones éticas difíciles.

El trabajo interdisciplinario con profesionales de la psicología nos aporta conceptos valiosos para mejorar la habilidad de escuchar, la otra instancia importante de la comunicación humana. Escuchar activamente implica prestar atención, sin juzgar, a las preguntas, reflexiones, preferencias o comentarios que pueden surgir en los pacientes luego de recibir noticias difíciles y en muchos casos devastadoras. Escuchar activamente también implica aceptar las respuestas emocionales del otro. Y con esta escucha amable y compasiva se aceptan todas las emociones como válidas, principalmente aquellas emociones que son difíciles de gestionar como la tristeza, el enojo, el miedo o la frustración. Definitivamente, esta forma de escucha construye confianza y fomenta la comunicación disminuyendo la sensación de desesperanza¹¹.

Reconocer un problema de la realidad cotidiana es el primer paso para luego poder encarar el planteo de posibles soluciones. La manera en que damos malas noticias afecta la comprensión de la información, la satisfacción con el cuidado médico, el nivel de esperanza, la adaptación psicológica posterior y el proceso de toma de decisiones¹². Si acordamos entonces que lo que decimos (o hacemos) y cómo lo decimos puede impactar negativamente en nuestros pacientes o sus familias, nos vemos obligados a modificar conductas. Darse cuenta es el primer paso y, sumado a lecturas formativas, puede ser suficiente a nivel personal, pero el desafío es trabajar para difundir su importancia en ámbitos académicos, formativos. En primer lugar, se debe jerarquizar la actitud de escucha activa a quienes han sido pacientes o familiares de pacientes y nos refieren sus experiencias. El segundo es organizar ateneos, debates reflexivos, revisar la literatura. Pero con eso probablemente no alcance para modificar conductas a

largo plazo. Una de las estrategias modernas con mayor impacto es el uso de la simulación. Si bien hay más estudios de simulación de procedimientos, también se han desarrollado prácticas simuladas para evaluar comunicación efectiva y adecuada para las familias^{9,13}. Como dice Chris Feudtner: "La formación y el entrenamiento repetitivo sobre conductas específicas deben ser enfatizados, porque no solo son el esqueleto de una excelente comunicación; es probable que también sean los músculos, el corazón e incluso el alma"¹⁴. Si bien esto requiere recursos y esfuerzo, vale recordar las palabras del Dr. Juan Carlos Vasallo, intensivista pediátrico, quien dijo en el último Congreso argentino de Neonatología: "Si la simulación les parece cara, prueben con el error".

Finalmente, en este aspecto de la comunicación, aunque es importante conocer los lineamientos generales, deseo destacar la importancia de ejercer una medicina personalizada, alejándonos de recetas universales¹⁵. Resulta clave ser asertivos, es decir, expresar pensamientos y sentimientos de forma honesta, directa y adecuada al contexto, respetando los pensamientos y creencias de las otras personas. Esto requiere una importante capacidad personal e interpersonal. Hay habilidades que pueden ser aprendidas y hay hábitos que no requieren esfuerzo cognitivo, sino un compromiso y una determinación de actuar de maneras diferentes sin pensar (educación básica, respeto por el otro, 'don de gente'). La comunicación adecuada viene después y debe ser construida sobre la base de estos hábitos de comportamiento¹⁶. Como hemos escrito en otro ámbito, la relación de ayuda ha de centrarse en la receptividad y la singularidad¹⁷. Ser receptivo significa estar dispuesto a responder a las necesidades de la persona según su ritmo vital, sin acelerar ni enlentecer sus procesos habituales. La singularidad se refiere a que cada persona es un ser único e irrepetible. Como dice Annie Janvier: "Cuando realmente individualizamos y personalizamos nuestro abordaje, contribuiremos al bienestar a largo plazo de la familia. Es nuestra la obligación y el privilegio de servir a nuestros pacientes y sus familias de esta manera"¹⁸.

Para terminar, no quiero dejar de destacar la importancia del acompañamiento en silencio ante situaciones extremadamente dolorosas como puede ser la muerte de una hija o un hijo. Para esto, traigo otra voz, la de Eduardo Sacheri: "...en los extremos, en algunas experiencias decisivas, las palabras dejan de ser útiles. En la cúspide de la felicidad y en el abismo de la tristeza, no sirven. Lo aprendí de muy chico, y trato de no olvidarlo. Hay situaciones en las que hay que callar. El lenguaje, frente a ciertos abismos, es casi una falta de respeto. Los seres humanos somos una especie edificada sobre el lenguaje, pero existen fronteras, ahí donde la vida es más vida, y cuando la vida es más muerte, en las que volvemos a ser lo que fuimos cuando nuestro cerebro no había aprendido a balbucir. Y el único modo de transitar esos senderos extremos es la compañía y el silencio"¹⁹.

Agradecimiento: agradezco a la Lic. María Guillermina Peroni la revisión crítica del manuscrito y sus valiosos aportes

Conflicto de intereses: el autor declara no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Janvier A. Breathe, baby, breathe!: neonatal intensive care, prematurity, and complicated pregnancies. Toronto: University of Toronto Press; 2020.
2. Zito N. Rara. Buenos Aires. Emecé; 2019.
3. Forman V. This lovely life: a memoir of premature motherhood. Boston: Mariner Books; 2009.
4. Yalom I. Mamá y el sentido de la vida: historias de psicoterapias. Nueva York: Booket; 2015.
5. Starobinets A. Tienes que mirar. Madrid: Impedimenta; 2021.
6. Gil D. Parte de la felicidad. Buenos Aires: Vinilo; 2021.
7. Di Gregorio S. Early: an intimate history of premature birth and what it teaches us about being human. New York: HarperCollins; 2022.
8. Maglio P. La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2004.
9. Cacchiarelli San Román N, Musso C. Enseñando a comunicar malas noticias en medicina: una experiencia en el Hospital Italiano. *Rev Hosp Ital B.Aires.* 2012; 32(4):178-181.
10. Shaw D, Manara A, Dalle Ave AL. The ethics of semantics in medicine. *J Med Ethics.* 2022;48(12):1026-1031. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-107192>.
11. Boggiano JP, Gagliesi P. Terapia dialéctico conductual. La Plata: Universidad Nacional de La Plata: Ediciones Tres Olas; 2018.
12. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000;5(4):302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>.
13. Lizotte MH, Barrington KJ, Sultan S, et al. Techniques to communicate better with parents during end-of-life scenarios in neonatology. *Pediatrics.* 2020;145(2):e20191925. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1925>.
14. Feudtner C. Empathy in action. *Pediatrics.* 2020;145(2):e20193116. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3116>.
15. Haward MF, Payot A, Feudtner C, et al. Personalized communication with parents of children born at less than 25 weeks: Moving from doctor-driven to parent-personalized discussions. *Semin Perinatol.* 2022;46(2):151551. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2021.151551>.
16. Janvier A, Lantos J; POST Investigators. Ethics and etiquette in neonatal intensive care. *JAMA Pediatr.* 2014;168(9):857-858. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.527>.
17. Alda E, coord. Recomendaciones para la asistencia del embarazo y recién nacido en los límites de la viabilidad [Internet]. Buenos Aires: Argentina. Ministerio de Salud; 2014 [citado 2023 ene 10]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/2017/07/26/recomendaciones-para-el-manejo-del-embarazo-y-el-recien-nacido-en-los-limites-de-la-viabilidad-2/>.
18. Janvier A, Barrington K, Farlow B. Communication with parents concerning withholding or withdrawing of life-sustaining interventions in neonatology. *Semin Perinatol.* 2014;38(1):38-46. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2013.07.007>.
19. Sacheri E. Hoy sí. Lengua: una revista para leer [Internet]. 2023 ene [citado 2023 ene 13]. Disponible en <https://www.penguinlibros.com/ar/revista-lengua/no-ficcion/eduardo-sacheri-hoy-si-argentina-francia-final-mundial>.

Cómo lidiar con el rechazo de un manuscrito científico

Al Editor

A partir de una publicación del equipo de la Central de Emergencias de Adultos del Hospital Italiano de Buenos Aires¹, aprovechamos la oportunidad para normalizar el rechazo ante el envío a revistas académicas indexadas y arbitradas. Comentaremos las lecciones aprendidas sobre la base de nuestra experiencia, haciendo hincapié en los pasos para seguir a fin de superar satisfactoriamente el proceso editorial y alcanzar una publicación efectiva.

En ciencias de la salud, la redacción científica y la publicación representan un enorme desafío en la investigación clínica, y existen algunos factores clave para transitar ese tortuoso camino (Fig. 1).

En primer lugar, debemos hablar sobre el rechazo de un manuscrito, y naturalizarlo, porque representa un hecho incómodo pero no inusual durante la vida del investigador². Muchos autores (si no todos) han experimentado alguna vez esas decisiones desfavorables, y no deben verse como el fin de todas las esperanzas³.

En segundo lugar, debemos conocer que un número sustancial de manuscritos rechazados encuentran su destino final, tarde o temprano, en una u otra revista, luego de transitar un proceso de mejora continua en la redacción. Desafortunadamente, este trabajo disparador sufrió cuatro rechazos previos en otras revistas antes de su publicación¹. Al comienzo, puede molestar, frustrar, enojar y/o desanimar. Luego, se comprende el juego y se

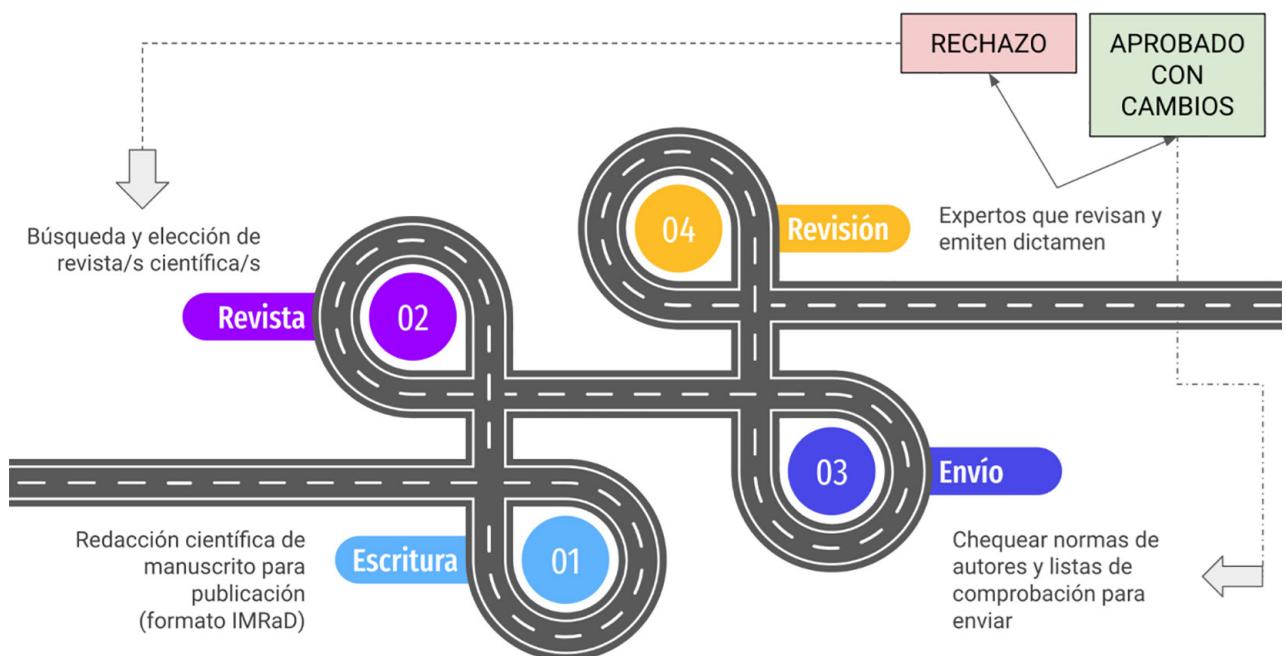


Figura 1. Camino de la redacción científica y la publicación en la investigación clínica

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

Recibido: 13/01/23 Aceptado: 19/01/23 En línea: 31/03/23

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v43i1.177>

Cómo citar: Gracia G, Grande Ratti MF. Cómo lidiar con el rechazo de un manuscrito científico. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2023;43(1):41-42.

decide si se quiere jugar⁴. Solo al aceptarlo y normalizarlo como parte integral del proceso, pueden superarse más rápidamente las emociones negativas. Cabe destacar que es función del primer autor el dedicar todo el tiempo necesario para obligarse a pensar con claridad, mantener la motivación y dedicarse a trabajar arduamente hasta alcanzar su meta.

Adicionalmente, el tiempo protegido es un factor clave durante este proceso editorial. Por un lado, puede demorar varios meses el plazo entre el envío y la recepción de una decisión final. Continuando con el mismo ejemplo, este artículo fue recepcionado en 8/2021 y finalmente aceptado en 4/2022¹, con dos rondas de intercambio asincrónico con los revisores; primero recibió cambios mayores, y luego cambios menores. Sin embargo, el primer envío fue originalmente a otra revista en 6/2020, por lo que el esfuerzo global en la publicación podría contabilizarse prácticamente como 2 años de dedicación, esfuerzo y trabajo en equipo.

Las revistas arbitradas son aquellas en las que la calidad y el interés de los artículos son examinados por evaluadores, revisores, jurados o pares independientes. Cabe recordar que un revisor de una revista también puede ser revisor de otra. Entonces, sin abordar o intentar resolver los comentarios recibidos ante el rechazo, es posible que se encuentre con otro nuevo rechazo de manera casi automática. Se debería utilizar el rechazo para refinar, mejorar y avanzar, como un proceso iterativo. En lugar de abatirse y darse por vencido, el autor debe volver a tomar las riendas, aceptar las críticas constructivas, e intentar reescribir el artículo². De hecho, reconocer las razones que llevan a un rechazo nos permite mejorar la calidad del manuscrito y aumenta la posibilidad de su publicación³.

Cabe señalar que elegir una revista adecuada no resulta tarea sencilla ante la amplia disponibilidad, a raíz del crecimiento exponencial en el pasado reciente. Sin duda, el tema es uno de los factores imprescindibles para no pasar por alto a la hora de la elección de la revista. Las preferencias editoriales y el alcance de la/s revista/s deberían ser consultados, conviene explorar números anteriores y publicaciones recientes, lo que toma unos pocos minutos bien invertidos, para chequear que el enfoque efectivamente coincida con la presentación propia.

Por último, cada revista fija pautas o normas específicas para los autores, y los editores esperan que sean leídas y seguidas. Por lo que resulta un consejo de buena práctica pasar por el sitio web de la revista elegida para explorar las instrucciones, y hacer las adaptaciones necesarias (en cuanto a secciones, formato del manuscrito, estilo de referencias, extensión máxima de palabras, número de tablas y figuras permitidas, etc.).

A modo de conclusión, si bien el rechazo puede resultar decepcionante y desalentador, lo primero que debe hacer el autor es una pausa reflexiva. Una vez superado este contratiempo inicial, debe analizar las posibles razones, con el fin de intentar resolverlas. Si considera que se pueden incorporar cambios necesarios, debe hacerlo sin perder tiempo. A fin de cuentas, si un autor piensa que tiene una base científica sólida, y el proyecto es interesante, novedoso, ético y relevante, no hay necesidad alguna de preocuparse, sino más bien, de buscar nueva revista y perseverar hasta alcanzar su meta.

Conflicto de intereses: las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

**Guadalupe Gracia¹ y
María Florencia Grande Ratti²**

¹Sección de Rehabilitación y Cuidados Respiratorios. Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

²Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

REFERENCIAS

1. Gracia G, Ruiz VR, Martínez B, et al. Efficacy of an educational intervention in the management of an inhalation device among nursing professionals of an emergency department. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2022;32(4):279-283. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2022.04.004>.
2. Conn VS, Zerwic J, Jefferson U, et al. Normalizing rejection. *West J Nurs Res*. 2016;38(2):137-154. <https://doi.org/10.1177/0193945915589538>.
3. Tulandi T. "The Journal Rejected my Manuscript ...". *J Obstet Gynaecol Can*. 2021;43(8):931-932. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.11.006>.
4. Albert T. Cómo escribir artículos científicos fácilmente [Write a scientific paper the easy way]. *Gac Sanit*. 2002;16(4):354-357. [https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(02\)71935-3](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(02)71935-3).
5. Patnayak R, Jena A. Rejection of a manuscript: the other side of the story. *Indian J Med Microbiol*. 2014;32(3):350-351. <https://doi.org/10.4103/0255-0857.136611>.

Suplantación de coautorías en repositorios científicos virtuales

Al Editor:

En años recientes, el uso de repositorios virtuales para la producción científica se ha vuelto muy popular, tales como ResearchGate® (RG), Academia.edu®, o Google Académico®. En ellos, se crea un perfil y se cargan o se seleccionan de Internet los artículos, tesis o proyectos publicados. Son sumamente útiles, pues aumentan la visibilidad de las publicaciones y, por ende, la posibilidad de recibir citaciones, de establecer colaboraciones, etc. Estos repositorios ofrecen también sistemas de *rankings*, como el i10 o i5 de Google®, el índice h, etc. Es de interés, entonces, que quienes publican artículos coloquen sus producciones en ellos. El sistema de carga de estas publicaciones es personal, en forma manual, o bien el sistema recopila información y pregunta si se es coautor/a de dicha publicación.

El propósito de esta carta es comunicar a la comunidad una nueva forma de mala conducta científica, consistente en suplantar la identidad de personas con el mismo apellido e iniciales del nombre en artículos publicados y colocados en estos repositorios. Descubrí accidentalmente en junio de 2022 que una persona de Ecuador, Luisana Graciela Martínez, figuraba como coautora en varios de mis artículos, donde suplantaba la identidad de una investigadora a la que dirigí en su tesis doctoral, Gabriela Luján Martínez. Nótese que comparten el apellido y las iniciales de ambos nombres. Como en los repositorios aparecen solamente las iniciales y el apellido coincide, la trampa no se descubre fácilmente. A la fecha de publicación del artículo, en 1996¹, Luisana posiblemente se encontraba en Jardín de infantes, ya que egresó de la Universidad de Guayaquil en octubre de 2021 (Proyecto de grado, 2021. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/57849>). Sin embargo, en RG ella aparecía con

un índice $h=5$, producto de la obra de Gabriela Luján. Le escribí a Luisana advirtiéndole el error y que eliminara esas publicaciones de su perfil, sin respuesta. Denuncié entonces la situación a ResearchGate y, tras unas comprobaciones, eliminaron de su perfil las publicaciones denunciadas.

En octubre de 2022 encontré otro caso similar: en esta circunstancia, Constanza Vegas Vásquez, de la Universidad de Valparaíso, Chile, suplantaba a César Vásquez, un virólogo argentino, mi primer director de tesis doctoral, fallecido en 1983. En ese momento, Constanza posiblemente no había nacido, aunque se asignaba la coautoría de artículos publicados en coautoría por mí² y otros 14 por César, con 184 citaciones y un envidiable índice $h=8$. Nuevamente, no hubo respuesta al contacto y entonces escribí a RG y a la Universidad de Valparaíso, la cual señaló que ya no pertenecía a su planta docente. En este caso, además, Constanza aparecía suplantando la identidad de un botánico peruano, con publicaciones del año 2006. Es decir, no se trata de un simple error humano, sino intencionadamente buscó y suplantó la identidad de diversas personas. En este caso, RG directamente eliminó el perfil de Constanza de su base de datos.

En general, estas personas toman nombres de personas fallecidas, ya retiradas, o bien de artículos con múltiples coautorías. Los documentos elegidos suelen tener solo las iniciales y no ser muy recientes, de modo que tengan más citaciones. Por lo general, son de años anteriores a la aparición de ORCID y otros sistemas de firma digital.

RG solucionó ambos problemas de manera expeditiva. Queda el interrogante de cuántos casos de suplantación de identidad no detectados hay, tanto en RG como en otros repositorios. Ante la consulta, RG manifestó que ellos actúan confiando en la honestidad de las personas

Autor para correspondencia: aldo.calzolari30@hospitalitaliano.org.ar, Calzolari A.

Recibido: 13/02/2023 Aceptado: 21/02/23 En línea: 31/03/23

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v43i1.254>

Cómo citar: Calzolari A. Suplantación de coautorías en repositorios científicos virtuales. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2023;43(1):43-44.

para aceptar o rechazar la coautoría; sin embargo, estos hallazgos señalan que es un fenómeno más común de lo esperado.

Más allá del aspecto anecdótico, quiero alertar a colegas, en particular a personas con cierta trayectoria en publicaciones, que estén atentos ante estos casos de robo de autoría, que perjudican a quienes son autoras/es. En efecto, los artículos suplantados no figuran en las métricas de sus autores/as originales, por lo que disminuye el *ranking*, posicionamiento, citación, etc. de las personas afectadas.

Si en sus perfiles científicos encuentran nombres de personas extrañas, generalmente de otros países latinoamericanos, en su perfil o como *top coauthors*, *collaborators*, *laboratory members* o simplemente *coauthors*,

posiblemente se encuentren con casos como los relatados aquí.

Conflictos de interés: el autor declara no tener conflicto de intereses.

Aldo Calzolari 

Departamento de Posgrado, Instituto Universitario Hospital Italiano Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

REFERENCIAS

1. Rampone H, Martínez GL, Giraudo AT, et al. In vivo expression of exoprotein synthesis with a Sae mutant of *Staphylococcus aureus*. *Can J Vet Res.* 1996;60(3):237-340.
2. Rosas SB, Calzolari A, La Torre JL, et al. Involvement of a plasmid in *Escherichia coli* envelope alterations. *J Bacteriol.* 1983;155(1):402-406. <https://doi.org/10.1128/jb.155.1.402-406>.

El siguiente listado incluye a los profesionales que realizaron la revisión de trabajos enviados a la *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires* durante el año 2022.

La tarea realizada en forma altruista por los pares evaluadores es determinante para que nuestra publicación pueda cumplir su compromiso de difundir el conocimiento científico con elevados estándares de calidad.

Por tal motivo, la Dirección Editorial les agradece profundamente a todos ellos, su dedicación, responsabilidad y honestidad intelectual.

Dr. Abadi Daniel	Dr. Merlo Ignacio G.
Dr. Alonso Lucas	Dra. Mendiondo Florencia
Mg. Barrionuevo Elizabeth A.	Dr. Milione Hugo
Dr. Boietti Bruno	Dra. Miranda María Victoria
Mg. Prof. Camio Adriana	Dr. Motuca Mariano
Dr. Casasco Juan Pablo	Dra. Navarro Viviana
Dr. Cejas Gabriel	Dr. Nemerovsky Julio
Dra. Cesarato Laura	Dra. Olguin Perglione Cecilia
Dra. Cortese Silvia	Dr. Panigadi Cristian
Dr. De Abreu Maximiliano	Dr. Parreño Santiago
Dra. Del Mónaco Romina	Dra. Politi María Teresa
Dra. Del Valle Marta	Dr. Portillo José Luis
Dra. Di Croce Gabriela	Dra. Posadas Mercedes
Dr. Diez de Medina Juan Carlos	Dra. Puga Celeste
Lic. Fracas Claudia	Dr. Romano Horacio
Dr. Garay Arturo	Dra. Rozenek Miriam
Dra. Gaydou Alejandra	Dra. Sabato Sofía
Dra. Gorosito Silvia	Dra. Stambullian Marcela
Dra. La Forgia Marta P.	Dr. Tentoni Nicolás
Dr. Lago Hernán	Dr. Terrasa Sergio
Lic. Leyton Andrea	Dr. Torres Gómez Felipe
Dra. Lugercho Cora	Dra. Urman Gabriela
Dra. Margari Alejandra	Lic. Villalba Darío
Dr. Mariani Javier	



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. El proceso de publicación para los autores es no arancelado

Los trabajos deben ser presentados a través de la plataforma OJS de la revista, donde el/la autor/a responsable debe contar con usuario de acceso y proceder a realizar un “nuevo envío”.

No se aceptarán trabajos que hayan sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congresos debiéndose aclarar dónde fue presentado o prepublicaciones) ni que estén en consideración para su publicación en otra revista.

Consideraciones éticas: Todos los trabajos de investigación que incluyan seres humanos tienen que cumplir con la normativa legal en cuestiones éticas con el fin de proteger la dignidad, identidad, integridad y bienestar de las/los sujetos y el respeto de sus derechos humanos y libertades fundamentales, en todo el proceso de investigación (aprobación por Comité de ética y consentimiento de). Todos los trabajos de investigación que incluya animales tienen que cumplir con la normativa legal en cuestiones éticas para el bienestar de animales de laboratorios usados en procedimientos experimentales

Se aceptan trabajos para las siguientes secciones: a) carta al editor, b) artículos originales, c) comunicaciones breves, d) artículos de revisión, e) revisiones breves, f) educación médica, g) casos clínicos, h) imágenes en medicina, i) Hospital Italiano en MEDLINE, j) preguntas al experto, k) videos en medicina, l) notas sobre estadística e investigación, m) actualización y avances en investigación, n) humanidades.

Recomendamos consultar las políticas de publicación de la Revista del HIBA.

ARCHIVOS PARA EL ENVÍO

1- Carta de solicitud

Dirigida al Editor Jefe Dr. Daniel Matusevich

Incluir sección a la que se presenta e importancia del tipo de artículo.

Datos completos de todos los autores en orden:

- Nombre completo (nombre, inicial de segundo nombre, apellido: Marcela J. Pérez),
- Cargo académico
- Afiliación con la correcta denominación (servicios e instituciones a las cuales pertenecieron durante la realización del trabajo). En el caso de autores pertenecientes al Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), incluir pertenencia al Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires (IUHIBA).
- Dirección electrónica
- Número de ORCID.
- Autor para correspondencia: consignar el autor responsable del artículo al cual se dirigirá la Coordinación Editorial en cualquiera de las etapas del proceso de publicación.

[La Revista del HIBA se basa en los criterios para la autoría de la ICMJE (*International Committee of Medical Journal Editors*)]

2- 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.

3- Archivo del artículo

Características generales: formato .doc o .docx, a una sola columna, tipografía arial 12, interlineado 1.5, cantidad de palabras:

según la sección. El nombre del archivo debe evitar referencias a la identidad de los autores o su filiación.

Primera página:

Indicar sección a la que se presenta el artículo

Título del trabajo: en castellano e inglés

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

Conflictos de interés: de no existir conflictos relevantes al trabajo presentado, deberá decir “El/la/los autor/a/es declaran no poseer conflictos de interés relacionados al contenido del presente trabajo”.

Párrafo de difusión: incluir un párrafo de hasta 50 palabras en el que se describa y explique el contenido del trabajo. Se utilizará para la difusión del trabajo en las distintas redes sociales de la Revista del HIBA y del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Instamos a los autores a formar parte de nuestras redes sociales.

Segunda página:

Resúmenes: los trabajos presentados a las secciones: artículos originales, comunicaciones breves, revisión, revisión breve, educación médica, casos clínicos, ateneos, notas sobre estadística e investigación, actualización y avances en investigación y humanidades deberán incluir un resumen, en castellano e inglés. Ver estructura y extensión en las características de cada sección.

Palabras clave: deben representar el contenido de su manuscrito y ser específicas de su campo o subcampo de actividad científica. Puede utilizar palabras tomadas del texto o términos MeSH. Enviar al menos 4 y no más de 10 palabras clave en castellano e inglés.

Referencias:

Las referencias adoptarán el estilo Vancouver. Deberán contener únicamente las citas del texto e irán numeradas correlativamente de acuerdo con su orden de aparición en aquel. Las referencias a comunicaciones personales y otros datos no publicados deben colocarse entre paréntesis () en el texto (no en las Referencias). Figurarán los apellidos y las iniciales de los nombres de todos los autores (si son hasta tres), sin puntos, separados unos de otros por comas. Si son más de tres, indicar los tres primeros y agregar “et al.”; la lista de autores finalizará con punto (.). A continuación se escribirá el título completo del trabajo, separado por un punto (.) del nombre abreviado normalizado según el Index Medicus de la Revista en el que se encuentra publicado el trabajo seguida de un punto y el 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, punto y coma (;). Año de publicación, dos puntos (:). Número del volumen (si hay más de uno) precedido de la abreviatura “vol.”, punto y coma (;).

Número de las páginas inicial y final separadas por un guión, si la cita se refiere en forma particular a una sección o capítulo del libro. Tomar como referencia el manual de la National Library of Medicine (NLM) *Citing Medicine* de consulta libre.

Leyenda de tablas y figuras: Todas las tablas y figuras deberán llevar un título y leyenda (las abreviaturas utilizadas deberán aclararse en la leyenda).

Material gráfico

- No se aceptarán imágenes de pacientes que permitan identificarlo sin su autorización
- No se aceptarán imágenes tomadas de otras publicaciones sin el permiso o consentimiento correspondiente.
- Los gráficos, tablas, fotografías y figuras irán numerados consecutivamente por orden de aparición en el texto.
- Se deberán enviar los editables de las tablas, gráficos y figuras.
- Las fotografías de observaciones microscópicas llevarán el número de ampliación efectuada. Para aquellas que hayan sido modificadas de alguna manera con respecto al original deberá incluirse la imagen original.
- Las imágenes deberán tener una resolución igual o mayor a 300 dpi.

Agradecimientos

Para cuidar el proceso de referato doble ciego enviar los agradecimientos en archivo aparte.

Estructura general requerida para la presentación de respuesta a revisores

Toda respuesta a revisores deberá contener:

- Una respuesta detallada, punto por punto, a todos los comentarios de los revisores. Las respuestas detalladas deberán contener los cambios incluidos al manuscrito original.
- Una versión actualizada del manuscrito incluyendo los cambios detallados anteriormente.

Características generales de trabajos considerados según sección

Sección Carta al editor

La sección Carta al editor incluye observaciones y comentarios sobre trabajos publicados con anterioridad por la Revista, o comunicaciones breves sobre temas científicos o de otras áreas de interés humanístico, ético, educativo, etc. En el caso de referirse a artículos publicados, el autor tendrá la oportunidad de responder en esta misma Sección.

Características específicas

- No deberá superar las 750 palabras.
- Máximo de una figura o tabla.
- Máximo de 5 referencias.
- El Comité de Revista se reserva el derecho de publicación.
- Debe incluir número de aprobación por comité de ética local correspondiente (si se trata de investigación original en humanos, animales o educativas).

Sección Artículo original

La sección Artículo original está compuesta por trabajos originales relativos a la medicina y áreas relacionadas. No deben haber sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congresos debiéndose aclarar donde fue presentado o prepublicaciones/preprints) ni estar considerados para su publicación en otra revista. Esta sección se somete a revisión por pares.

Características específicas

- Esta sección incluye artículos de cohorte, corte transversal, casos y controles y estudios clínicos aleatorizados.
- El artículo original debe estar presentado acorde a las guías de publicación según el tipo de estudio de investigación: <http://www.equator-network.org>.
- El artículo debe estar dividido en las siguientes secciones: Introducción, Materiales y Métodos, Resultados, Discusión,

Conclusión.

- La extensión no será superior a 3500 palabras (excluida la bibliografía, tablas y figuras).
- Máximo de 5 tablas y/o figuras.
- Máximo de 30 referencias bibliográficas citadas en el texto (preferentemente limitadas a los últimos 10 años, salvo que se trate de citas históricas relevantes).
- Debe incluir un resumen estructurado, con las siguientes secciones: Introducción, Materiales y métodos, Resultados, Discusión y Conclusión. El resumen tendrá un máximo de 350 palabras.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave utilizando, de ser posible, términos **MESH**.
- Todo estudio original debe incluir una frase explicando aspectos éticos, al finalizar la sección de métodos, por ejemplo: "El protocolo del presente estudio fue aprobado por el Comité de ética institucional de.... (número de protocolo XXXX) y fue conducido de acuerdo con los lineamientos asentados por la declaración modificada de Helsinki".

Sección Comunicaciones breves

La sección Comunicaciones breves se compone de trabajos originales relativos a la medicina y áreas relacionadas. No deben haber sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congresos debiéndose aclarar donde fue presentado) ni estar considerados para su publicación en otra revista. Esta sección se somete a revisión por pares.

Características específicas

- Esta sección incluye artículos de cohorte, corte transversal, casos y controles, serie de casos.
- La extensión no será superior a 1500 palabras (excluyendo bibliografía, tablas y figuras)
- Máximo 1 tabla y 1 figura.
- Máximo de 15 referencias bibliográficas citadas en el texto.
- El artículo debe estar dividido en las siguientes secciones: Introducción, Materiales y métodos, Resultados, Discusión y Conclusión.
- Debe incluir un resumen estructurado, con las siguientes secciones: Introducción, Materiales y métodos, Resultados, Discusión y Conclusión. El resumen tendrá un máximo de 250 palabras.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave.
- Todo estudio original debe incluir una frase explicando aspectos éticos, al finalizar la sección de métodos, por ejemplo: "El protocolo del presente estudio fue aprobado por el Comité de ética institucional de... (número de protocolo XXXX) y fue conducido de acuerdo con los lineamientos asentados por la declaración modificada de Helsinki".

Sección Artículos de revisión

La sección Artículos de revisión comprende artículos de actualización, estados de avance o del arte, puestas al día en temas clínicos, fisiopatológicos, farmacológicos, metaanálisis, epidemiológicos o de otras categorías, que sean considerados relevantes para la práctica médica. Pueden asimismo abarcar integralmente un tema en particular o focalizarse en la revisión de aspectos específicos de un tema (aspectos históricos, epidemiológicos, etiología, diagnóstico, tratamiento, etc.). Se incluyen en esta sección las revisiones sistemáticas, las narrativas y/o los metaanálisis. Esta sección se somete a revisión por pares.

Características específicas de una revisión sistemática

- La extensión no será superior a 3500 palabras (excluida la bibliografía, tablas y figuras).
- Máximo de 5 tablas y/o figuras.
- Máximo de 30 referencias bibliográficas citadas en el texto (preferentemente limitadas a los últimos 10 años, salvo que se trate de citas históricas relevantes).

- La estructura de la revisión sistemática / metaanálisis deberá incluir:
 - Introducción: debe enfatizar la importancia del tema para la práctica médica;
 - Material y Métodos: se consignarán los métodos utilizados para la elaboración del artículo, incluyendo las estrategias de búsqueda y los mecanismos de selección de datos, aspectos estadísticos en los metaanálisis, etc.;
 - Resultados y desarrollo: la organización de esta sección queda a criterio de cada autor, pero se sugiere la utilización de subtítulos que permitan una mejor presentación didáctica;
 - Discusión / Conclusión: donde usualmente el autor contrasta diferentes tipos de artículos disponibles y/o presenta un resumen de los principales puntos clave que se pueden concluir del artículo.
- Toda revisión sistemática debe incluir número de registro en **PROSPERO**.
- Se sugiere utilizar guías **PRISMA** para mejor interpretación de la selección de estudios de revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Incluir de 4 a 10 palabras clave.
- Debe incluir un resumen estructurado, con las siguientes secciones: Introducción, Material y métodos, Resultados y Conclusión. El resumen tendrá un máximo de 350 palabras.

Características específicas de una revisión narrativa, estado del arte o puesta al día

- La extensión no será superior a 3500 palabras (excluida la bibliografía, tablas y figuras).
- Máximo de 5 tablas y/o figuras.
- Máximo de 30 referencias bibliográficas citadas en el texto (preferentemente limitadas a los últimos 10 años, salvo que se trate de citas históricas relevantes).
- La estructura de la revisión narrativa / estado del arte / puesta al día deberá incluir:
 - Introducción: debe enfatizar la importancia del tema para la práctica médica, los objetivos y/o preguntas de investigación que se van a tratar.
 - Estado del arte: desarrollo narrativo de los objetivos planteados con una mirada reflexiva. Puede incluir subtítulos para una mejor organización del contenido.
 - Discusión/conclusión: donde usualmente el autor contrasta diferentes tipos de artículos disponibles y los principales puntos clave que se pueden concluir del artículo.
- Proporcionar de 4 a 10 palabras clave.
- Debe incluir un resumen estructurado, con las siguientes secciones: Introducción, Estado del Arte y Discusión/Conclusión. El resumen tendrá un máximo de 350 palabras.

Sección Revisiones breves

La sección Artículos de revisión comprende artículos de actualización, estados de avance o del arte, puestas al día en temas clínicos, fisiopatológicos, farmacológicos, metaanálisis, epidemiológicos o de otras categorías, que sean considerados relevantes para la práctica médica. Pueden asimismo abarcar integralmente un tema en particular o focalizarse en la revisión de aspectos específicos de un tema (aspectos históricos, epidemiológicos, etiología, diagnóstico, tratamiento, etc.). Se incluyen en esta sección las revisiones sistemáticas, las narrativas y/o los metaanálisis. Esta sección se somete a revisión por pares.

Características específicas de una revisión sistemática

- La extensión no será superior a 2000 palabras (excluida la bibliografía, tablas y figuras).
- Máximo de 3 tablas y/o figuras.
- Máximo de 20 referencias bibliográficas citadas en el texto (preferentemente limitadas a los últimos 10 años, salvo que se trate de citas históricas relevantes).

- La estructura de la revisión sistemática / metaanálisis deberá incluir:
 - Introducción: debe enfatizar la importancia del tema para la práctica médica;
 - Material y Métodos: se consignarán los métodos utilizados para la elaboración del artículo, incluyendo las estrategias de búsqueda y los mecanismos de selección de datos, aspectos estadísticos en los metaanálisis, etc.;
 - Resultados y desarrollo: la organización de esta sección queda a criterio de cada autor, pero se sugiere la utilización de subtítulos que permitan una mejor presentación didáctica;
 - Discusión / Conclusión: donde usualmente el autor contrasta diferentes tipos de artículos disponibles y/o presenta un resumen de los principales puntos clave que se pueden concluir del artículo.
- Toda revisión sistemática debe incluir número de registro en **PROSPERO**.
- Se sugiere utilizar guías **PRISMA** para mejor interpretación de la selección de estudios de revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Incluir de 4 a 10 palabras clave.
- Debe incluir un resumen estructurado, con las siguientes secciones: Introducción, Material y métodos, Resultados y Conclusión. El resumen tendrá un máximo de 250 palabras.

Características específicas de una revisión narrativa, estado del arte o puesta al día

- La extensión no será superior a 2000 palabras (excluida la bibliografía, tablas y figuras).
- Máximo de 3 tablas y/o figuras.
- Máximo de 20 referencias bibliográficas citadas en el texto (preferentemente limitadas a los últimos 10 años, salvo que se trate de citas históricas relevantes).
- La estructura de la revisión narrativa / estado del arte / puesta al día deberá incluir:
 - Introducción: debe enfatizar la importancia del tema para la práctica médica, los objetivos y/o preguntas de investigación que se van a tratar.
 - Estado del arte: desarrollo narrativo de los objetivos planteados con una mirada reflexiva. Puede incluir subtítulos para una mejor organización del contenido.
 - Discusión/conclusión: donde usualmente el autor contrasta diferentes tipos de artículos disponibles y los principales puntos clave que se pueden concluir del artículo.
- Proporcionar de 4 a 10 palabras clave.
- Debe incluir un resumen estructurado, con las siguientes secciones: Introducción, Estado del Arte y Discusión/Conclusión. El resumen tendrá un máximo de 250 palabras.

Sección Educación médica

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

Características específicas

El manuscrito debe incluir las siguientes secciones:

- Introducción: antecedentes, contexto, problema que motivó el artículo.
- Material y métodos o Desarrollo: relato de la experiencia implementada (secuencia de actividad, tareas realizadas, etc.), lugar y tiempo de las actividades realizadas (por docentes

y/o estudiantes) incluyendo datos del contexto institucional y/o curricular, materiales utilizados. En caso de ser estudios cuantitativos deben seguir las guías de la sección: artículos originales

- Resultados/análisis de la experiencia: interpretación de la experiencia, problematización de “lo habitual”, justificación de lo realizado, alcances, desafíos, limitaciones, logros.
- Conclusiones: recapitulación de lo analizado, señalamiento de sus aportes a otros docentes universitarios, interrogantes que quedan planteados, recomendaciones para próximas experiencias y propuestas.
- La extensión no será superior a 3500 palabras (excluida la bibliografía, figuras y tablas).
- Máximo de 5 tablas y/o figuras.
- Máximo de 30 referencias bibliográficas citadas en el texto (preferentemente limitadas a los últimos 10 años, salvo que se trate de citas históricas relevantes).
- Debe incluir un resumen estructurado, con las siguientes secciones: Introducción, Material y métodos/Desarrollo, Resultados, Conclusión. El resumen tendrá un máximo de 350 palabras.
- Incluir de 4 a 10 palabras clave.
- Todo estudio que involucre seres humanos debe incluir una frase explicando aspectos éticos, al finalizar la sección de métodos, por ejemplo: “El protocolo del presente estudio fue aprobado por el Comité de ética institucional de... (número de protocolo XXXX) y fue conducido de acuerdo con los lineamientos asentados por la declaración modificada de Helsinki”.

Sección Casos clínicos

Esta sección comprende:

- Comunicaciones breves de casos médicos clínicos o de áreas relacionadas que describan de uno hasta tres pacientes o una familia. No deben haber sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congresos debiendo aclarar donde fue presentado) ni estar considerados para su publicación en otra revista.
- Resolución de desafíos o problemas clínicos: manuscritos que consideren un proceso de toma de decisiones paso a paso. La información del paciente será presentada por un experto en el área clínica o por distintos médicos clínicos sucesivamente (indicando las intervenciones en negrita) para simular el modo en que la información se presenta en la práctica diaria. El clínico responderá en la medida en que nueva información sea presentada, compartiendo o no su razonamiento con el lector. Es deseable la utilización de material ilustrativo, por ejemplo fotografías o imágenes.

Esta sección se somete a revisión por pares.

Características específicas

- El texto estará limitado a 1500 palabras (excluyendo figuras, tablas y referencias).
- Máximo de 3 tablas y/o figuras y hasta 25 referencias.
- Comenzará con un breve resumen del caso, de no más de 100 palabras.
- Debe incluir un resumen no estructurado con un máximo de 150 palabras.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave.
- Toda comunicación dentro de la sección casos clínicos deberá contar con el consentimiento escrito del paciente, la familia o sustituto responsable de la toma de decisiones cuando las imágenes utilizadas permitieran identificar su identidad.
- Todo estudio que involucre seres humanos debe incluir una frase explicando aspectos éticos, al finalizar la sección de métodos, por ejemplo: “El protocolo del presente estudio fue aprobado por el Comité de ética institucional de... (número de

protocolo XXXX) y fue conducido de acuerdo con los lineamientos asentados por la declaración modificada de Helsinki”.

- Recomendamos chequear la guía de publicación de reportes de caso para cumplir con los requerimientos de esta sección: <http://www.care-statement.org/resources/checklist>

Sección Ateneos

Esta sección está destinada a la presentación en formato de ateneo y discusión de un caso clínico novedoso o que haya presentado un desafío diagnóstico o terapéutico. La presentación y discusión del caso clínico debe incluir una revisión actualizada de la estrategia de diagnóstico o tratamiento, con una discusión basada en la evidencia y la experiencia, enfatizando el razonamiento clínico y fisiopatológico. El formato puede ser: a) el diagnóstico se conoce de antemano, generalmente en el título, b) el diagnóstico se revela en la conclusión.

Características específicas:

Estructura del texto propuesta:

1. Presentación del caso
 - B. Fundamentación de la sospecha diagnóstica
 - C. Discusión de métodos diagnósticos (por ejemplo, estudios por imagen, histopatología)
 - D. Diagnóstico clínico (histopatológico si disponible)
 - E. Discusión de los tratamientos instaurados en el paciente
 - F. Discusión de tratamientos disponibles basados en evidencia actual
 - G. Preguntas por responder (clínicas o de investigación)
- El texto estará limitado a 2000 palabras (excluyendo figuras, tablas y referencias)
- Máximo de 3 tablas y/o figuras y hasta 25 referencias.
- Debe incluir un resumen no estructurado con un máximo de 150 palabras.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave.

En caso de utilizar imágenes que permitieran identificar la identidad del paciente se deberá contar con el consentimiento escrito del paciente, la familia o sustituto responsable de la toma de decisiones.

Sección Imágenes en Medicina

En esta sección se aceptan imágenes interesantes, inusuales o educativas en medicina interna y cirugía. Esta sección también incluye Iconografía dermatológica. Pueden ser radiografías, fotografías quirúrgicas o clínicas, microscopías, electrocardiogramas, etc.

Características específicas

- El texto no debe superar las 1000 palabras (excluyendo figuras, tablas y referencias).
- Debe incluir el relato del caso y el comentario de la imagen.
- La imagen debe enviarse en formato jpg con una resolución igual o mayor a los 300 dpi.
- Máximo de 5 referencias.
- Comenzará con un breve resumen del caso, de no más de 100 palabras.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave.
- Toda comunicación dentro de la sección casos clínicos deberá contar con el consentimiento del paciente, la familia o sustituto responsable de la toma de decisiones cuando las imágenes utilizadas permitieran identificar su identidad.
- Recomendamos chequear la guía de publicación de reportes de caso para cumplir con los requerimientos de esta sección: <http://www.care-statement.org/resources/checklist>.

Preguntas al experto

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

Características específicas

- Acompañar con un mini CV (listado de cargos actuales), foto profesional del autor tipo 4x4 en formato jpg, número de ORCID
- 800 a 1200 palabras.
- Máximo de 5 referencias actuales.
- Máximo de una tabla o figura.
- 4 o 5 palabras clave
- Se aceptan hasta dos autores

Sección Notas sobre estadística e investigación

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

Esta sección se somete a revisión por pares.

Características específicas

- El artículo no deberá exceder las 1500 palabras (excluyendo tablas, figuras, referencias).
- Máximo de 15 referencias.
- Máximo 1 a 3 tablas o figuras con sus respectivos epígrafes.
- Debe incluir un resumen de no más de 150 palabras, no estructurado.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave

Sección El Hospital Italiano en MEDLINE

Los autores de artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis o ensayos clínicos publicados en el último año en revistas indexadas en MEDLINE comentan sus resultados en nuestra revista. El objetivo es difundir el trabajo en nuestro medio.

Características específicas

- El artículo no debe exceder las 1200 palabras (excluyendo tablas, figuras y referencias).
- Máximo de 10 referencias.
- Incluir la cita completa original, un título en castellano e inglés propio del comentario y el pdf del artículo publicado en MEDLINE
- La autoría es de quien redacta el comentario, se aceptan hasta dos autores.

Videos en medicina

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

Características específicas

- El archivo de video debe ser de 2 a 3 minutos de duración y no superar los 10 MB.
- Puede ser presentado en los siguientes formatos: QuickTime, AVI o MPEG. Puede incluir una voz en off de audio.
- Deben ir acompañados de un texto explicativo de alrededor de 1000 palabras (excluyendo referencias). No identificar estudios o fotografías con el nombre, apellido u otros datos filiatorios.
- Toda comunicación dentro de la sección deberá contar con el consentimiento escrito del paciente, la familia o sustituto responsable de la toma de decisiones.
- Máximo de 5 referencias.
- En un archivo aparte incluir los datos de los autores, filiación, mail de contacto, título del video.
- Resumen de no más de 150 palabras, no estructurado.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave.

Sección Actualización y avances en investigación

Esta sección publica fundamentalmente artículos sobre temas biomédicos que se encuentren en etapa de

experimentación básica o aplicada, con potencial clínico inminente, o que, encontrándose ya en etapa clínica, su práctica está poco difundida o resulte novedosa.

Esta sección se somete a revisión por pares.

Características específicas

- El trabajo no requiere una estructuración de artículo científico (introducción, material y métodos, etc.), sino que puede presentarse en un formato libre, del tipo de un artículo de revisión narrativa.
- Asimismo, no requiere referencias bibliográficas enumeradas en el texto, sino que bastará con proveer lecturas recomendadas, en un número no mayor de 10 (preferentemente limitadas a los últimos 10 años, salvo que se trate de citas históricas relevantes).
- La extensión podrá variar entre 2500 y 3000 palabras.
- Se sugiere incluir tablas y figuras para facilitar la comprensión de los conceptos vertidos en el artículo. Las tablas, figuras y fotografías no pueden ser tomadas de otras publicaciones salvo que cuenten con el permiso correspondiente.
- Debe incluir un resumen no estructurado, con un máximo de 250 palabras.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave.

Sección Humanidades

Esta sección comprende:

- Artículos originales acerca de temas históricos, filosóficos, éticos sobre las ciencias médicas o afines, cuya extensión máxima será de 5000 palabras incluida la bibliografía. Podrán incluirse imágenes (con los debidos permisos de publicación cuando corresponda o de identificación de las mismas). La estructura del artículo respetará el esquema de introducción, desarrollo y conclusiones.
- Artículos originales sobre temas de bioética que desarrollen los problemas que los profesionales de la salud enfrentan hoy referidos a cuestiones éticas complejas en relación al cuidado y tratamiento de las enfermedades, los pacientes, las nuevas tecnologías y sus implicancias morales, legales, religiosas, etc. Tendrán una extensión máxima de 5000 palabras incluida la bibliografía.
- Reseñas: comentarios o revisiones bibliográficas críticas sobre publicaciones o temas relacionados con la historia de la medicina o de las ciencias. Tendrá un máximo de 4000 palabras incluida la bibliografía, además de los datos de la publicación o trabajo reseñado.
- Entrevistas con personas cuyas historias de vida o trayectoria sean relevantes para el conocimiento de la historia de las ciencias o de la salud. Hasta 5000 palabras.
- Imágenes: ensayos elaborados en torno a imágenes, fotografías, grabados, dibujos, etc., en blanco y negro o en color, acompañadas, si es necesario, de leyendas y texto de introducción. Máximo de 5000 palabras incluida la bibliografía

Esta sección se somete a revisión por pares.

Características específicas

- Máximo de 30 referencias bibliográficas citadas en el texto (preferentemente limitadas a los últimos 10 años, salvo que se trate de citas históricas relevantes).
- Debe incluir un resumen no estructurado, con un máximo de 250 palabras.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave.