



**HOSPITAL
ITALIANO**
de BUENOS AIRES

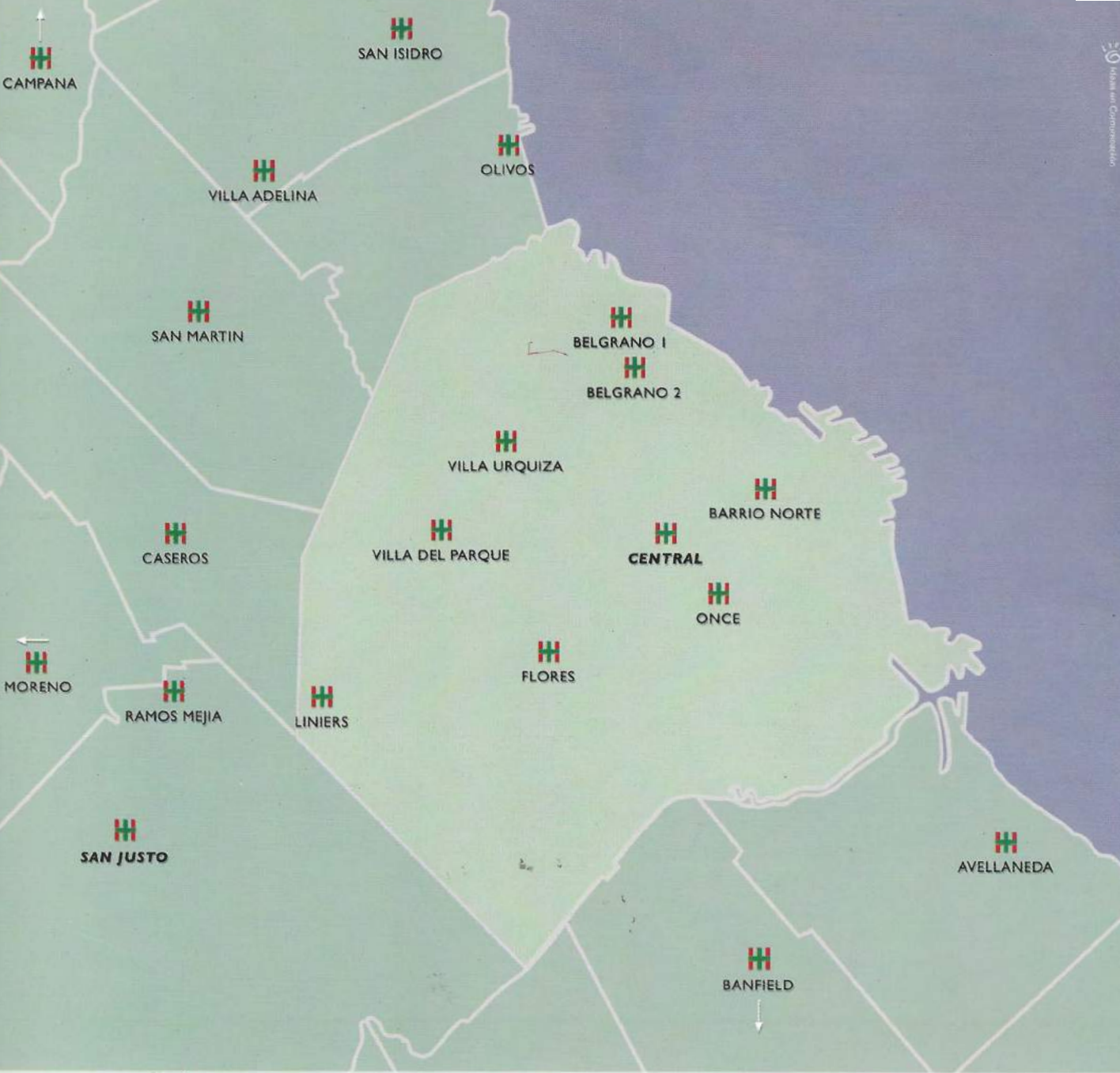
Junio 2005 Volumen 25 Número 1

- 2 Editorial**
Blanco O.A.
- 3 Cartas al Editor**
Dos Ramos Farías E., Sarrabayrouse M., Fainstein Day P.
- 7 Recordatorio**
- 8 Artículo Original**
Diversidad cultural y salud, otra perspectiva para alcanzar la equidad. Efectos de la implementación del "Programa de Asistencia Médica Transcultural" (PAMT) en el Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires
Santagata M.
- 12 Artículo de Revisión**
Melanoma (parte 3 - última). Tratamiento
Pallotta M.G. y Figari M.F.
- 18 Educación Médica**
La evaluación de los conocimientos:
Lo que parece ser, ¿es realmente lo que es?
Durante E.
- 24 Caso Clínico**
Cirugía pediátrica
Ruiz E., Escalante J. y Pasqualini T.
- 27 Ateneo Radiológico**
Carcinoma infiltrante de mama
Blejman O., Castro Barba M. y Guixá H.
- 29 Actualización y Avances en Investigación**
Las drogas de la inteligencia y la valoración social de las capacidades cognitivas: prescripción irresponsable y Pigmalión frustrado
Seeber J.M. y Argibay P.
- 32 Reseña Histórica**
El Dr. Juan B. Borla
Loyúdice F.
- 34 Guía de Práctica Clínica N° 8**
Guía de práctica clínica:
Bronquiolitis

REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES



ISSN 1669-2578



Esta revista es para que sepa qué hacemos en el Hospital Italiano.
Este aviso es para que sepa que lo hacemos en 19 lugares diferentes.

Hoy, usted puede contar no sólo con 150 años de experiencia, sino también con la tranquilidad de saber que los mejores profesionales, junto a la más alta tecnología, están muy cerca suyo. Porque en cada uno de nuestros 19 Centros Médicos propios usted contará con servicios de enfermería, laboratorio, ecografía y radiología, y con el mejor equipo médico. Para que solamente se preocupe en decirnos dónde siente la molestia, y nosotros podamos ayudarlo.



PLAN DE SALUD
HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

150 años de vida

Lo mejor que tenemos es lo más importante.

Para asociarse a nuestros Planes de Salud: Infantil, Joven, Universitario, Familiar o Mayor,
llámenos sin cargo al 0-800-777-7007. www.hospitalitaliano.org.ar

Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires

Director: Dr. Sung Ho Hyon

Comité Editorial:

Artículos de Revisión: Dres. Paula Enz,
Marcelo Figari, Pablo Knoblovits.
Artículos Originales: Dres. Horacio Aiello,
Carlos Fustiñana.
Casos Clínicos: Dres. Guillermo Alonso,
Esteban Rubinstein.
Actualización y Avances en Investigación:
Dr. Sung Ho Hyon.
Ateneo Radiológico: Bibl. María del Rosario Revello.
Educación Médica: Dr. Marcelo Figari.

Consejo Editorial

Dres. Pablo F. Argibay, Enrique M. Beveraggi,
Luis J. Catoggio, José M. Ceriani Cernadas,
Juan A. De Paula, Francisco Eleta, Roberto Kaplan,
Marcelo Mayorga, Domingo Múscolo,
Tania Pasqualini, Mario Perman, Juan C. Puigdevall,
José Ramírez, Adolfo Rubinstein, Jorge Sívori,
Enrique R. Soriano.

Departamento de Docencia e Investigación:

Jefe: Dr. Osvaldo A. Blanco
Subjefe: Dr. Marcelo F. Figari
Coordinador Área Docente: Dr. Diego Faingold
Coordinador Área de Investigación: Dr. Luis J. Catoggio
Coordinador Área Pedagógica: Lic. Fabiana I. Reboiras

Coordinación Editorial y corrección de textos:

Mariana Rapoport

Diseño de tapa:

Daniela Mosquera

Editor responsable:

Publicación del Departamento de Docencia e
Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires,
Gascón 450, (C1181ACH) Ciudad de Buenos Aires.
URL: <http://revista.hospitalitaliano.org.ar>
E-mail: revista@hospitalitaliano.org.ar

Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires

Consejo Directivo Ejercicio 2004/2005

Presidente: Ing. Franco Livini

Vicepresidente Primero: Ing. Juan Mosca

Vicepresidente Segundo: Sr. Eduardo Tarditi

Consejeros: Sr. Roberto Baccanelli
Dr. Enrique Beveraggi
Sr. Alfredo Biasutto
Arq. Aldo Brunetta
Ing. Roberto Bonatti
Ing. Roberto Chioccarelli
Ing. Bartolo Denaro
Dr. Arturo Lisdero
Sr. Jorge Macri

Hospital Italiano de Buenos Aires

Director Médico: Dr. Héctor Marchitelli

Vice-Director Médico Operativo: Dr. Atilio Mígues

Vice-Director Médico de Planeamiento Estratégico:
Dr. Fernán González Bernaldo de Quirós

Vice-Director Médico de Plan de Salud:
Dr. Enrique Beveraggi

Vice-Director Médico "Instituto Agustín Rocca":
Dr. Ricardo Jauregui

Director Comercial: Dr. Enrique Perez Gras

Directores Honorarios: Dres. Francisco Loyúdice,
Enrique M. Beveraggi, Jorge Sívori

Imagen de tapa: Estatua situada en los jardines del Hospital Italiano.

Galeno (129-162): Médico, Farmacéutico y filósofo griego. Influido por la doctrina hipocrática, sostuvo que la salud del individuo se basa en el equilibrio entre la sangre y una serie de humores. Su pensamiento ejerció una profunda influencia en la medicina practicada en el Imperio Bizantino, que se extendió con posterioridad a Oriente Medio, para acabar llegando a la Europa medieval, que pervivió hasta entrado el siglo XVII.

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

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

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

Tirada: 1.000 ejemplares

IDEOGRAFICA
DISEÑO Y PRODUCCIÓN GRÁFICA

Telefax: 4327-1172 • ideografica@interlink.com.ar

Docencia e investigación. Un permanente desafío

La posibilidad de transformar la enorme y valiosa experiencia asistencial y de gestión, nacida del trabajo cotidiano de nuestra Institución en oportunidades de aprendizaje y de generación de nuevo conocimiento, es un excitante desafío intelectual y, al mismo tiempo, una irrenunciable responsabilidad ética y social.

El promover y facilitar una asunción plena y eficiente de esa responsabilidad por parte de los profesionales y técnicos de nuestra Institución es la tarea asignada por la conducción del Hospital a su Departamento de Docencia e Investigación (DDI).

En una de las editoriales del número anterior, el Dr. Enrique Caruso evoca la participación mancomunada de los profesionales de nuestro Hospital y sus sucesivas autoridades en la creación de las condiciones intelectuales y materiales que permitieron la creación y el funcionamiento del Departamento.

Desde su fundación en 1968 y bajo la conducción inicial del Dr. Beveraggi y luego del Dr. Caruso el DDI ha sido un espacio de trabajo institucional que ha permitido imaginar, programar y concretar numerosos proyectos en áreas de docencia e investigación.

Tanto sus programas como sus espacios son, cada vez más, áreas de encuentro y trabajo colaborativo e interdisciplinario de numerosos integrantes de los servicios del hospital y de su Instituto Universitario.

Ejemplo de ello es la intensa actividad desarrollada en sus comités (de Residentes y Becarios, de Investigación Clínica, de Investigación Básica, de Ética de Protocolos de Investigación, de Revista del Hospital), en el Instituto de Ciencias Básicas y Medicina Experimental, en las Unidades Académicas de la UBA, en la Escuela de Instrumentación Quirúrgica y en la Biblioteca Central.

A estas actividades se han sumado recientemente la de tres nuevos comités:

- Comité de Educación Virtual: emprendimiento conjunto del DDI con el Departamento de Información Hospitalaria y el Instituto Universitario. En él se propone utilizar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, poniéndolas al servicio de programas docentes. En este momento su tarea principal es el desarrollo y administración de una plataforma educativa, el Campus Virtual del Hospital, que a través de Internet amplifique el impacto que los programas del hospital tienen en el campo de la asistencia, gestión, docencia e investigación en Ciencias de la Salud.
- Comité de Investigación en Educación Médica: su objetivo es promover y brindar apoyo conceptual y metodológico a la investigación en esta área, con un nivel de exigencia y calidad acorde a la posición de liderazgo en la educación médica que tiene en nuestro medio la Institución.
- Comité San Justo del DDI: con su funcionamiento se pretende integrar la valiosa y cada vez mayor actividad de la Sede San Justo del Hospital al monto de experiencia en que se basan los programas docentes y de investigación de la Institución y acercar a los profesionales y programas médicos que allí se desarrollan los recursos del DDI que puedan enriquecer su accionar.

El insumo fundamental con que cuenta nuestro querido hospital para mantener la posición de creatividad y liderazgo que lo caracteriza es la vocación de excelencia de sus profesionales. En ese contexto la conducción del DDI se enorgullece de la actitud de servicio, el entusiasmo y la inteligencia con que sus equipos de trabajo facilitan que dicha vocación pueda expresarse en logros personales e institucionales de valor.

Oswaldo A. Blanco
Jefe del Departamento de
Docencia e Investigación

La generación del 60 y el Hospital actual: no olvidemos el pasado y construyamos el futuro

Los que tuvimos el privilegio y asumimos el desafío de hacer progresar, con esfuerzo enorme y desinterés económico (por lo menos en muchos de nosotros), aquel Hospital Italiano que encontramos: con unas pocas figuras médicas muy importantes y el resto inundado de mediocridad, con muchas funciones no cubiertas, desde la inexistencia de servicios médicos importantes (Cardiología, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, etc.), estructuras docentes, administración inconsistente y ejemplos de mal manejo que nos sorprendían, no podemos dejar de admirarnos y maravillarnos al "mirar" el Hospital que es hoy. No exento de falencias, pero importante, de referencia, quizá el mejor del país. ¿Por qué estas reflexiones? En primer lugar, se dice que los pueblos sin memoria no tienen futuro; creemos que las instituciones tampoco.

En aquella década, Cirugía creció enormemente y comenzó a constituirse en referente. Se crearon Servicios, algunos de ellos pioneros en Sudamérica, se hicieron las primeras hemodiálisis crónicas del país y posteriormente se incorporaron figuras importantes de la medicina argentina (Gianantonio, Roca, Goldenberg, Rígoli, etc.) que crearon o recrearon Servicios Médicos que fueron de excelencia. Se fundó el Departamento de Docencia e Investigación, que por muchos años, en una reunión abierta semanal, facilitaba el debate creativo de los miembros más comprometidos con el crecimiento. La enumeración no debería terminar aquí, pero los logros fueron demasiados como para hacer un repaso más extenso.

Sucesivas camadas de profesionales, formados en su enorme mayoría en ese Nuevo Hospital, añadieron prestigio y logros a esa profunda renovación y "refundación médica". Entendemos que esa calidad profesional, sostenida e incrementada con el transcurso de los años, permitió el posicionamiento actual de la Institución.

Pero ahora los desafíos son muy importantes. Como mantener e incrementar la calidad, sin limitarnos a declamarla. Como lograr que cada Servicio Médico sea un lugar de trabajo con bajo nivel de conflicto, facilitando así la creatividad y el trabajo en equipo con el máximo consenso. Como lograr un equilibrio adecuado entre objetivos económicos, principios éticos que están implícitos en el desarrollo de las actividades que tienen como objetivo central prevenir enfermedades, tratar seres humanos enfermos, educar e investigar.

Eduardo Dos Ramos Farías
Hospital Italiano de Buenos Aires

Belleza, Moda y Bisturí

La belleza ha sido y es, a través de los tiempos, un valor inestimable que los artistas han dejado plasmado, mediante sus obras pictóricas y esculturas, como un legado en donde la armonía, la perfección y la naturalidad juegan en ese cocktail mágico que nos atrae y sorprende con placer estético.

Definir la belleza es difícil y fácil a la vez. Las diferentes culturas de Occidente y Oriente han hecho diversos enfoques y parámetros de belleza, no siempre coincidentes pero con algo en común percibido por todo el universo: la imposibilidad de mirarla de soslayo.

Santo Tomás de Aquino la define como todo aquello que agrada a nuestros sentidos sin esfuerzo alguno; otros realzan la importancia de las formas encontrando en la armonía y el equilibrio esa belleza tan ansiada.

Hoy, con el avance de las comunicaciones, son los medios los que mandan.

En esta catarata de información, la televisión y las revistas de moda nos muestran mujeres jóvenes y lindas, con figuras estilizadas, músculos tallados en gimnasios y, no pocas veces, recurriendo a dietas hipocalóricas y retoques quirúrgicos para mostrarse como emblemáticas de esta era moderna.

Son muchas las mujeres que, siguiendo los designios de esta moda e imitando lo que ven y escuchan, se transforman en adictas y obsesivas a estos requerimientos para alcanzar los parámetros de belleza impuestos por la moda de turno.

En esta lucha contra su propia biología, algunas caen en cuadros depresivos y otras en patologías como la bulimia y la anorexia, de difícil solución.

Si quisiéramos encontrar el origen de dichas obsesiones, deberíamos recordar que Paul Poiret, diseñador de modas, fue quien en 1908 eliminó el corset y el mirriñaque y pasó de la silueta en forma de reloj de arena a la moda tubular (neoimperio), un nuevo concepto del cuerpo moderno que se muestra al descubierto, sin tapujos, pero que al mismo tiempo no disimula sus defectos.

El avance de las técnicas quirúrgicas y anestésicas han hecho que millones de mujeres recurran a un verdadero abanico de cirujanos plásticos que, a la hora de la verdad, dan satisfacción al actuar esculpiendo el cuerpo humano. No siempre esa perfección tan ansiada condice con el cuerpo real, normal y natural, que incluye pequeñas imperfecciones que lo hacen aun más humano.

El ideal femenino de Occidente del siglo XIX e inicios del siglo XX apuntaba a figuras bastante carnosas y si hablamos de las mujeres de la era romántica, vemos que ellas anhelaban figuras diminutas y cuerpos plenos que denotaban un potencial amoroso seductor.

Hoy, la mujer moderna apunta a cuerpos modelados a

cíncel con músculos elongados, carnes magras y pechos prominentes, lo cual nos recuerda muchas veces a un adolescente del sexo masculino, referente de esta moda andrógina.

La obesidad es considerada en la actualidad como una enfermedad metabólica crónica donde genes, hormonas y un modo de vida, interactúan condicionando la misma.

En el hombre, casi siempre localizada en el abdomen, podría ser causa de una muerte precoz. Además, la grasa intraabdominal envía ácidos grasos al hígado, pudiendo desencadenar un síndrome metabólico con diabetes, hipercolesterolemia y otros síntomas de suma gravedad. De ahí que es tan importante reconocer como dañino tanto la baja ingesta en calorías, como la sobrealimentación.

Se sabe que el tejido adiposo no es sólo un órgano de reserva calórica bajo la forma de grasas; es una verdadera glándula endócrina productora de sustancias clave en la regulación energética y hormonal.

Es una paradoja que en los Estados Unidos de Norteamérica, el país más desarrollado del planeta, exista la mayor población de gordos, en donde la obesidad mórbida es observada por propios y extraños como algo cotidiano.

Como una especulación a mediano y largo plazos, podemos inferir que ante una posible disminución de suministros de alimentos en el mundo, se podría cambiar en forma decisiva y universal la forma de ver la gordura, desde el punto de vista estético, y realzar el valor nutricional de la grasa.

Entraríamos así en una era de la gordura posmoderna, concepto impensable en nuestros días.

Reconocemos la belleza como uno de los integrantes de las entidades inmanentes, junto a la verdad, el bien y el amor.

Si bien una cierta dosis equilibrada de narcisismo es saludable, es aconsejable crecer junto con los cambios que se van produciendo en nuestros rostros y cuerpos a medida que pasan los años; entonces, el ego queda satisfecho.

Cuando el ansia para buscar la perfección es desmesurada, patologías como la dismorfofobia (odio al propio cuerpo) harán que el bisturí más virtuoso sea inefectivo en estos casos.

La ciencia ayuda cuando la entendemos plenamente. Parfraseando a Bertolt Brecht *"no sólo como una apertura de puertas al conocimiento, sino como un cierre de las mismas al error inveterado"*.

Manuel Sarabayrouse.
Servicio de Cirugía Plástica y Estética
Hospital Italiano de Buenos Aires

Respuesta a "Diagnóstico genético y cirugía profiláctica, un desafío ético" escrito por la Dra. Rosa A. Pace¹, en relación a un artículo de mi autoría sobre diagnóstico genético de carcinoma medular de tiroides familiar².

El comentario de la Dra. Pace, exponiendo su inquietud ante la posibilidad de la realización de tiroidectomía profiláctica o curativa en niños basándose en un diagnóstico genético, me parece pertinente². No soy una experta en ética y, por lo tanto, no voy a referirme a los planteos éticos en relación al diagnóstico genético en general. Trataré de contestar los interrogantes vertidos en relación con el diagnóstico genético de la neoplasia endócrina múltiple tipo 2 (NEM 2) y su tratamiento en particular.

Aclarados estos puntos, creo que ayudaré a disminuir la incertidumbre sobre los posibles conflictos éticos aludidos.

Si bien el feocromocitoma es una causa de muerte en afectados con NEM 2, la morbimortalidad de los pacientes se relaciona fundamentalmente con el carcinoma medular de tiroides (CMT,) que tiene una penetrancia cercana al 100% en los portadores de las mutaciones asociadas a esta enfermedad. En los pacientes con CMT, las metástasis ganglionares se presentan en el 75% de los casos, aun cuando el tumor fuera pequeño, y la mortalidad llega al 50-67% a los diez años del diagnóstico en estas circunstancias. A diferencia del CMT esporádico, que afecta a pacientes en la quinta y sexta décadas de la vida en estas formas familiares, el CMT se presenta entre los 3 meses y los 35 años de edad. Por lo tanto, el diagnóstico precoz y la cirugía temprana definen el éxito del tratamiento quirúrgico y la posibilidad de una expectativa de vida normal.

1. ¿Hay suficiente evidencia de que estamos ante un tratamiento validado?

Sólo una década después de que se identificaran mutaciones activadoras en el genoma de portadores de NEM 2, el diagnóstico genético se ha transformado en la base para las decisiones terapéuticas en los miembros familiares afectados. En 1999, durante una reunión científica sobre este síndrome, llevado a cabo en Gubbio, Italia, se llegó al consenso internacional sobre la decisión de realizar tiroidectomía en niños y adolescentes en virtud, exclusivamente, de la presencia o ausencia del hallazgo de las mutaciones mencionadas en células germinales (estudiando el ADN de leucocitos periféricos)³. Este rápido progreso científico puede llamar la atención, pero pudo ser posible luego de 30 años de investigación que demostró que la remoción temprana de la glándula tiroides mejora el pronóstico del CMT. Durante veinticinco años los investigadores descri-

bieron el uso de la determinación sérica de calcitonina para identificar a los miembros de familias con CMT sin otras anomalías identificables⁴, encontraron que la hiperplasia de las células C de la tiroides es una lesión precursora del cáncer⁵, validaron el uso de la medición de calcitonina para la identificación de hiperplasia y microcarcinoma de células C⁶ y demostraron el valor pronóstico de la tiroidectomía temprana⁷. Más recientemente, se identificaron las mutaciones de proto-oncogen *Ret*^{8,9}, un gen que codifica un receptor importante para la diferenciación de tejidos derivados de la cresta neural, incluyendo las células C y la médula adrenal. Posteriormente, se publicaron trabajos en prestigiosas revistas científicas que describen el uso del diagnóstico genético para el manejo de pacientes con NEM 2^{10,11}. Luego del consenso para la tiroidectomía profiláctica basándose en el diagnóstico genético, en el año 2003, un estudio multicéntrico europeo¹² provee evidencia de la progresión de transformación maligna y la aparición de metástasis en función específicamente de la edad de 207 niños y adolescentes portadores de mutaciones del *Ret*, recomendando realizar la tiroidectomía antes de los 6 años de edad, validando así el consenso anteriormente mencionado. El seguimiento a largo plazo de niños tiroidectomizados en base a hipercalcitoninemia por varios grupos indica que el 85-90%, pero no todos, se encuentra libre de enfermedad. El dosaje de calcitonina no es suficientemente sensible y los falsos positivos existen.

El diagnóstico genético perfecciona la pesquisa de los familiares afectados y, hasta ahora, ninguno de los pacientes operados en base al diagnóstico genético de NEM 2A y CMT familiar han evidenciado metástasis.

Es posible vaticinar que el CMT podrá ser eliminado como causa de muerte en los pacientes afectados de NEM 2, transformándose este ejemplo en paradigma del uso exitoso de la intervención temprana basada en diagnóstico genético para lograr la eliminación de la mortalidad relacionada al cáncer.

2. En términos de costo/beneficio, el reemplazo con dosis fisiológicas de levotiroxina bien controlado, aún en niños, carece de efectos adversos y asegura una correcta maduración. La incidencia de complicaciones de la cirugía (alteración permanente de las cuerdas vocales e hipoparatiroidismo) es baja en manos expertas, siendo esta última aclaración de gran importancia.

3. ¿Cuál es el momento ideal para realizar la tiroidectomía?

Afortunadamente, en el NEM 2 existe una buena correlación genotipo/fenotipo. Esto significa que se puede pronosticar la agresividad y la edad de posible aparición de metástasis según el sitio del gen en que se encuentra la mutación. En base a esto, los pacientes pueden agruparse en tres categorías: de riesgo muy elevado (NEM 2B) reco-

mendándose la cirugía antes del año de edad; riesgo elevado, recomendándose la cirugía antes de los 6 años; y riesgo intermedio, variándose la indicación de la tiroidectomía entre antes de los 10 años de edad o hasta la positivización del test de estímulo para calcitonina.

4. ¿Debe el diagnóstico genético ser cubierto por el seguro de salud?

En nuestro país el diagnóstico se realiza gratuitamente en el Hospital de Niños y en nuestro Hospital. Si bien la experiencia es breve, la mayoría de las obras sociales y prepagos lo cubren sin mayores problemas. La relación costo/beneficio desde el punto de vista económico es conocida por los prestadores.

5. Con respecto al marco ético y legal:

En el laboratorio de Endocrinología y Medicina Nuclear, la prestación se realiza con el consentimiento escrito y firmado de los padres, como es costumbre en el mundo. Con respecto a la indicación de la tiroidectomía temprana, consulté a la Dra. Marta Barontini, pediatra del Hospital de Niños, quien fue pionera en la introducción del diagnóstico genético de NEM 2 en nuestro país, y me comentó que en dicho hospital, la tiroidectomía precoz se realizan como una prestación médica más, sin consideraciones especiales desde hace años.

Sin embargo, varias inquietudes vertidas por la Dra. Pace sobre el marco ético y legal son acertadas. Recientemente asistí a una conferencia del Dr. Robert Gagel, un experto reconocido internacionalmente en las neoplasias endocrinas hereditarias, en cuyo laboratorio tuve oportunidad de aprender estos menesteres y él contó el siguiente episodio: Hace aproximadamente 15 años, el mismo Dr. Gagel realizó el diagnóstico genético de NEM 2 en una paciente, uno de cuyos hijos también resultó estar afectado por la enfermedad. La paciente se negó a consentir la tiroidectomía temprana en el niño. Recientemente, ya fallecida la paciente y el hijo afectado, este último en relación con el CMT, el hermano sano efectuó una demanda legal contra el Dr. Gagel y a la institución donde trabaja por no haber persistido en la indicación del tratamiento. Desconozco como terminó el caso.

Trabajemos en equipo.

Patricia Fainstein Day
Servicio de Endocrinología,
Metabolismo y Medicina Nuclear
Hospital Italiano de Buenos Aires

BIBLIOGRAFÍA

1. Pace RA. Diagnóstico genético y cirugía profiláctica, un desafío ético. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires* 2004; 24: 46-47.
2. Fernández Gianotti T, Fainstein Day P, Russo Picasso MF y col. Car-

cinoma medular de tiroides familiar (CMTF): primera familia descripta con CMTF asociado a la mutación Cys611Trp del proto-oncogen RET. Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2004; 24: 8-11.

3. Brandi ML, Gagel RF, Angeli A y col. Guidelines for diagnosis and therapy of MEN type 1 and type 2. J Clin Endocrinol Metab 2001; 86: 5658-71.

4. Melvin KEW, Miller HH, Tashjian AH Jr. Early diagnosis of medullary carcinoma of the thyroid gland by means of calcitonin assay. N Engl J Med 1971; 285: 1115-20.

5. Wolfe HJ, Melvin KEW, Cervi-Skinner SJ y col. C-cell hyperplasia preceding medullary thyroid carcinoma. N Engl J Med 1973; 289: 437-41.

6. Graze K, Spiler IJ, Tashjian AH Jr y col. Natural history of familial medullary thyroid carcinoma: effect of a program for early diagnosis. N Engl J Med 1978; 299: 980-5.

7. Gagel RF, Tashjian AH Jr, Cummings T y col. The clinics outcome of prospective screening for multiple endocrine neoplasia type 2a: a 18 year experience. N Engl J Med 1988; 318: 478-84.

8. Mulligan LM, Kwork JB, Healey CS. Germ-line mutations of the RET proto-oncogen in multiple endocrine neoplasia type 2A. Nature 1993; 363: 458-60.

9. Donnis Keller H, Dou S, Chi D y col. Mutations in the Ret proto-oncogen are associated with MEN 2A and FMTC. Hum Mol Genet 1993; 2: 851-6.

10. Wells SA Jr, Chi DD, Toshima K y col. Predictive DNA testing and prophylactic thyroidectomy in patients at risk for multiple endocrine neoplasia type 2A. Ann Surg 1994; 220: 237-50.

11. Lips CJM, Landsvater RM, Hoppener JW y col. Clinical screening as compared with DNA analysis in families with multiple endocrine neoplasia type 2A. N Engl J Med 1994; 331: 828-35.

12. Machens A, Niccoli-Sire P, Hoegel J, et al. Early malignant progression of hereditary medullary thyroid cancer. N Engl J Med 2003; 349: 1517-25.

Recibido: 27 may. 2005

Aceptado: 31 may. 2005

Mario Frizzera
(1936 - 2004)

En forma inesperada, nuestro amigo Mario Frizzera nos abandona de este mundo.

Frizzera tenía un temperamento fuerte y radical para resolver sus problemas. Su gran educación ocultaba sus luchas y contrariedades personales.

Conocí a Frizzera a mi ingreso al Hospital, allá por el año 1959. Fuimos practicantes de esta Institución y compartimos muchas guardias. En ese ámbito es donde se conocen los valores de cada persona: Mario Frizzera, ya como practicante, tenía un gran respeto por los pacientes. Su relación con ellos era excelente y esta cualidad se afirmó ya como médico de nuestro Hospital y en su consultorio del barrio de Floresta.

Su actividad como cirujano fue muy destacada. Debemos recordar como un hecho relevante su incursión en la Laparoscopia Diagnóstica, siendo pionero en esta disciplina revolucionaria. Cuando se produjo la reestructuración del Servicio de Cirugía General, a cargo del Dr. Enrique Beveraggi, se ocupó de la Sección de Paredes Abdominales con gran empuje e idoneidad.

En lo personal, tuvimos frecuentes encuentros familiares. Nos casamos en la misma época, tuvimos hijos de la misma edad, y puedo transmitir con toda seguridad que fue un padre ejemplar.

Luego, la vida nos llevó por distintos rumbos. Mario se dedicó de lleno a la Colectividad Italiana a través del Consulado, siguiendo los pasos de su padre, quien tuvo activa participación laboral en ese mismo ámbito.

Fue Presidente del Comité por dos mandatos seguidos, Consigliere del Consiglio Generale degli Italiani all' Estero y consultor de la Provincia de Trento.

Con este resumen, realizado con el Dr. Mario Piegari, quiero rendirle un sincero homenaje y recuerdo en nombre del Hospital Italiano.

Dr. Héctor J. Marchitelli
Director Médico
Hospital Italiano de Buenos Aires

Diversidad cultural y salud, otra perspectiva para alcanzar la equidad. Efectos de la implementación del "Programa de Asistencia Médica Transcultural" (PAMT) en el Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires

Mónica Santagata

RESUMEN

Introducción. El "Programa de Asistencia Médica Transcultural" (PAMT) fue diseñado e implementado en 2000. Se trata de una intervención para inducir un cambio en el comportamiento organizacional, con el propósito de aumentar la equidad en salud (acceso, aceptación, disponibilidad y comodidad), inicialmente aplicado a afiliados chinos y coreanos a un plan de medicina pre-paga.

Objetivos. Estudiar el efecto de la implementación del PAMT.

Diseño. Estudio cuasi-experimental, retrospectivo.

Población. Afiliados coreanos y chinos del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires (1989-2003).

Conclusiones. A partir de la implementación del PAMT se registró un aumento en el número de consultas programadas (utilización) y en el acceso al sistema de salud (afiliación). Al final del período de evaluación, el 70% de la población identificada había utilizado un "facilitador cultural bilingüe". *Rev. Hosp. Ital. B.Aires* 2005; 25 (1): 8-11.

Palabras clave: medicina transcultural; concepto de salud; etnología.

CULTURAL DIVERSITY AND HEALTH, ANOTHER APPROACH TO EQUITY: EFFECTS OF THE IMPLEMENTATION OF THE TRANSCULTURAL PROGRAM FOR MEDICAL ASSISTANCE AT THE HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES HEALTH INSURANCE PROGRAM.

SUMMARY

Background. In the year 2000, we designed and implemented the "Transcultural Program for Medical Assistance" (TPMA), an intervention to induce a change in the organizational behavior with the purpose of increasing equality in health (access, acceptance, availability and comfort), originally applied to Chinese and Korean patients, who were members of a private health insurance system.

Objectives. To study the effect of the implementation of TPMA.

Design. Retrospective, quasi-experimental, pre-posttest study.

Population. Chinese and Korean members of the health insurance program at the Hospital Italiano de Buenos Aires.

Conclusions. Since the implementation of TPMA, there was an increase in the number of office consults (utilization), and in the new membership rates. At the end of the evaluation period, 70% of the population identified had utilized a "bilingual, cultural facilitator".

Key words: transcultural medicine; attitude to health/ethnology; health knowledge, attitudes, practice.

INTRODUCCION

La conciencia y el contacto con las diferencias culturales nos desafían a enfrentar la ruptura de los modelos médicos universales de cuidados generalizados, para empezar

a considerar un modelo de cuidado diversificado, es decir, un modelo médico adaptado a las diferencias culturales. Equidad, acceso y satisfacción del usuario definen calidad en salud.

Los componentes básicos de la equidad son acceso, aceptación, disponibilidad y comodidad. Las oportunidades de acceder a la salud no son iguales para todos. Sin embargo, ante las mismas oportunidades de acceso, las preferencias de los individuos por el consumo de servicios sanitarios y su percepción de los potenciales beneficios harán que existan diferencias en la utilización de los servicios.

Podemos hablar de una barrera cultural de acceso a la salud que se instala entre usuario y equipo de salud a partir de diferentes cosmovisiones, tales como conceptos de salud-enfermar, modelos médicos (hegemónico, tradicional chino, chamánico, etc.), religión, hábitos de vida, lenguaje, etc. Todo esto no sólo afecta las oportunidades de acceder a los servicios de salud, sino también la atención médica, la relación médico-paciente, la percepción de la calidad de atención médica, la utilización de servicios (cuanti y cualitativamente), la adherencia a los tratamientos, la fidelización, la satisfacción, etc. En definitiva, la calidad en salud, calidad de vida y cantidad de años de vida.

El Programa de Asistencia Médica Transcultural (PAMT) se inicia como consecuencia de percibir necesidades diferentes en la población asiática afiliada al Plan de Salud de nuestro hospital. El enfoque transcultural aplicado está fundado en el concepto de pluralidad cultural. Su objetivo es la integración, valora las diferencias culturales y destaca la importancia de mejorar la comunicación intercultural a través de la incorporación de conocimientos y desarrollo de habilidades interpersonales.

POBLACIÓN Y MÉTODO

CARACTERÍSTICAS DEL PAMT

Es un programa institucional horizontal (atraviesa los diferentes sectores involucrados en la atención de los afiliados: administrativo, médico, etc.). Se implementó, desde la Gerencia Médica del Plan de Salud, el 1 de noviembre del año 2000 (día del inmigrante coreano), siendo un servicio gratuito para los afiliados. Sus objetivos principales son: aumentar la equidad, reduciendo la barrera cultural y mejorar la comunicación intercultural.

Algunas de las intervenciones realizadas por el programa para lograr estos objetivos fueron: formación especializada e incorporación de "facilitadores culturales bilingües en salud" (FCB); información y capacitación de clientes internos; información a usuarios; se incorporó un médico bilingüe y bicultural; un asistente bilingüe y bicultural; una línea telefónica bilingüe directa; en la Intranet se hicieron disponibles recursos técnicos para mejorar la comunicación intercultural; se incluyeron, en la historia clínica electrónica, los campos de religión, país de nacimiento y competencia idiomática; etc. a los fines de mejorar la identificación de barreras culturales.

FACILITADORES CULTURALES BILINGÜES

Personas biculturales y bilingües formadas específicamente para promover la comunicación intercultural, la mediación y negociación intercultural en la consulta médica, o entre usuarios y cualquier persona del sistema de salud.

Es importante destacar que no se obliga a ningún paciente a utilizar los servicios del PAMT. La estrategia consiste en hacer disponibles los recursos a través de la difusión de su existencia y formas de acceso a sus servicios.

METODOLOGÍA ESPECÍFICA DE EVALUACIÓN

Se basó en el entrecruzamiento de datos cuantitativos y cualitativos disponibles. El período de estudio comenzó en 1989 (año de ingreso de los primeros pacientes chinos y coreanos) y se extendió hasta mayo del 2003. Se utiliza un diseño cuasi-experimental, antes-después y retrospectivo, siendo el punto de corte el 1° de noviembre de 2000, fecha de inicio de la actividad del PAMT.

POBLACIÓN ALCANZADA

Afiliados coreanos y chinos del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires.

La población de estudio se dividió a su vez en dos grupos: "intervenido" y "no intervenido" por el PAMT. Se define "intervenidos" al grupo de pacientes que usaron un facilitador cultural bilingüe, que se atendieron con un médico coreano (bilingüe), que fueron afiliados con la asistencia

Tabla 1. Distribución de consultas en afiliados chinos y coreanos del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires entre los años 2000-2002.

	<i>Consultas programadas</i>		<i>Consultas no programadas (urgencias y demanda espontánea*)</i>	
	<i>comunidad china</i>	<i>comunidad coreana</i>	<i>comunidad china</i>	<i>comunidad coreana</i>
Máximo de consultas/año	19,69	26,93	5,74	5,21
Mínimo de consultas/año	0,08	0,17	0,09	0,08
Promedio de consultas	3,39	2,95	0,82	0,88

*Demanda espontánea: atención no programada en consultorio médico.

de un facilitador cultural bilingüe, o cualquier combinación de las tres opciones.

Los afiliados chinos y coreanos fueron identificados a través de un rastreo retrospectivo de la base de datos generales de la institución, según el número del Documento Nacional de Identidad, que lleva una denominación numérica diferente para extranjeros. En ese momento sólo existía registro de nacionalidad y no así de país de nacimiento, competencia idiomática, etc., datos con los que ahora contamos

ÍNDICES CUANTITATIVOS

Se evaluaron los siguientes: utilización de facilitadores culturales bilingües, número de consultas realizadas y relación afiliación-desafiliación.

RESULTADOS

UTILIZACIÓN DE FACILITADORES CULTURALES BILINGÜES

Al final del período de evaluación (mayo 2003), el 70% de la población identificada había utilizado un “facilitador cultural bilingüe”. Del grupo de pacientes identificados que utilizaron FCB el 78% fue de origen chino y el 22% de origen coreano.

La utilización de FCB por la comunidad coreana fue 4,8 veces mayor en el año 2002 respecto del 2001. La utilización de la población china no presentó diferencias estadísticamente significativas entre los años 2001 y 2002.

CONSULTAS REALIZADAS

En la tabla 1 se describe la distribución de consultas programadas y no programadas (urgencias y demanda espontánea en consultorio no programado). Si bien el máximo de consultas programadas en un año se observa en la comunidad coreana, la comunidad china tuvo en promedio un número mayor de este tipo de consultas. Inversamente,

se observó que la comunidad china tuvo un mayor número por año de consultas no programadas, pero un número menor en promedio.

RELACIÓN AFILIACIÓN-DESAFILIACIÓN

Este valor pasó, en promedio, de 1,73 en el año 2000 a 1,37 en el 2002. En forma desglosada, la relación para la comunidad coreana fue de 1,76 en el año 2000, y de 1,32 en el 2002; mientras que para la comunidad china fue de 1,72 a 1,42 para los mismos años. De acuerdo a los valores hallados (en todos los casos mayores a 1), observamos que siempre hubo más afiliaciones que desafiliaciones. En la figura 1, se observa un incremento progresivo de nuevas afiliaciones, desde el año 1989 hasta 2003. En cuanto a los egresos, un análisis por regresión polinomial permitió observar una tendencia en descenso en el último período.

Del total de la población identificada afiliada, tanto china como coreana, el 72% era beneficiario de un plan familiar de medicina prepaga con médico de cabecera (denominado NPC, en nuestra institución), el 6% de un plan individual para afiliados con edad menor o igual a 30 años (denominado Plan Joven), el 6,5% de un plan para la tercera edad (Plan Mayor), y el 15,5 restante, de otros planes.

DISCUSION

Cuando se inició la guerra con el Paraguay, en 1865, el Hospital Italiano de Buenos Aires albergó heridos de guerra brasileños. En 1867, durante la epidemia de cólera, fue usado como lazareto y recibió enfermos pobres de diversas nacionalidades. En 1872, ya había suscripto acuerdos con sociedades filantrópicas de distintos países, para la atención de sus asociados (suizos, portugueses, etc.). En 1878, debido a que se aprobó una ley nacional que establecía que ningún médico extranjero podía ejercer en el país sin aprobar la correspondiente reválida, nuestro hospital tuvo que regularizar su situación de inmediato,

Figura 1. Nuevos afiliados por año de ingreso.

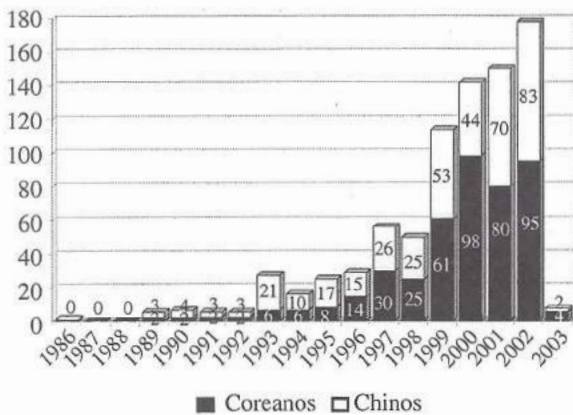
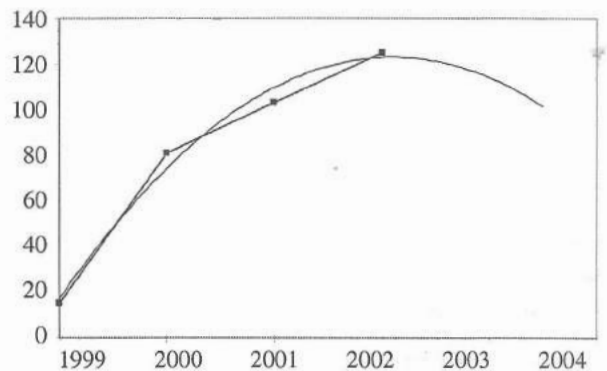


Figura 2. Tendencia de egresos según una estimación por regresión polinomial de grado 4.



dado que sus profesionales no cumplían con tal requisito. De esta manera, podría decirse que fue conformándose una cultura organizacional donde, entre sus valores, se encuentran el derecho y el respeto por las diferencias culturales. Es en este marco que se implementa el Programa de Asistencia Médica Transcultural.

Es la cultura la que influencia la conducta sanitaria definiendo el rango de lo normal y lo patológico, proveyendo explicaciones causales para los síntomas, determinando quién es el paciente y pre-estableciendo los pasos a seguir en busca de asistencia.

Fue expresa la necesidad de reducir la barrera idiomática y tal vez esto facilitó la aceptación de la dimensión intervencional "facilitador cultural bilingüe" (FCB), tal vez subestimado como un mero "traductor", palabra con que los designan ambas partes. La aceptación del FCB, por parte de pacientes y equipo de salud, denuncian la presencia de barrera cultural. Los facilitadores culturales bilingües tal vez funcionaron como mediadores culturales entre la institución y los usuarios. La implementación del PAMT pudo haber influido en el aumento de nuevos afiliados tanto chinos como coreanos y en la reducción del número de egresos de la misma población.

No sabemos, dado lo retrospectivo del estudio, si la población identificada que utilizó FCB es diferente a la no

identificada y qué diferencia presenta con la identificada que no lo utilizó.

Por otro lado, si recordamos que entre el año 2000 y el 2002 la crisis económico-financiera generó, entre otras cosas, un flujo migracional externo, llama la atención el aumento de nuevos afiliados chinos y coreanos. ¿Por qué se afiliaron más? ¿Decidieron enraizarse y buscar más seguridad en salud para sus familias? ¿Ya no podían viajar a China y Corea del Sur para chequear su salud (como lo hacían) por razones económicas? ¿No sufrieron tanto el impacto de la crisis económica? ¿El PAMT, particularmente la figura del facilitador bilingüe, conformaría una suerte de puente que aumentaría las oportunidades de acceso a este sistema de salud? ¿Por qué se desafilieron más coreanos que chinos? ¿Por qué utilizaron menos el recurso FCB los coreanos? ¿Existen diferencias de acceso (económica, geográfica o cultural) entre una etnia y la otra? ¿Hay diferencias respecto de las necesidades, expectativas, conceptos y comportamientos en relación a la salud?

Todos estas preguntas plantean la necesidad de realizar nuevas investigaciones, de tipo etnográfico, a fin de aclarar las necesidades y preferencias diferenciales respecto de la atención en salud de grupos culturalmente diferentes.

LECTURA RECOMENDADA

- Blumenthal D. Part 1: Quality of care—what is it? *N Engl J Med* 1996; 335: 891-894.
- Donaldson C, Gerald K. Economics of health care financing: the visible hand. London: Macmillan Press; 1993.
- García de Amusquiabar, AM. Primer médico argentino del Hospital Italiano de Buenos Aires. 150 años de su nacimiento. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires* 2003; 23: 27-28.
- García Díaz CJ. El Hospital de Colectividad. *Rev. Hosp. It. Número Extraordinario* 1985, p. 17-21.
- Gordon D, Shaw M, Dorling D y col.

- Inequalities in health.* Bristol: Policy Press; 1999.
- A. Volume, quality, and the regionalization of health care services. *Med Care* 1984; 22: 95-97.
- Jankilevich A. Historia de los Hospitales de Comunidad de la Ciudad de Buenos Aires. *Hospital Italiano de Buenos Aires* [2001 oct 15] Disponible en: URL: <http://www.aadhhos.org.ar/HistHospit/HospComun/Italiano/Hospitaliano.htm>
- Mera C. La inmigración coreana en Buenos Aires. *Multiculturalismo en el espacio urbano.* Buenos Aires: EUDEBA; 1998.

- Quality of care. Council on Medical Service. *JAMA* 1986; 256: 1032-1034.
- Rezzónico CA. Historia del Hospital Italiano. *Rev. Hosp. It. Número Extraordinario* 1985, p. 22-6.
- Strático RI, Lavallo SM, Barcán A, et al. Los inmigrantes, el hospital público y los derechos humanos. Presentado en: XXXV Jornadas Científicas [organizadas por el] Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires [y el] Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Alvarez, [2000]. (Ganador 1er Premio Trabajo no Médico).

Melanoma (parte 3 - última): Tratamiento

M. Guadalupe Pallotta y Marcelo F. Figari

INTRODUCCIÓN

En el caso del melanoma cutáneo, como en toda patología oncológica, los enfoques terapéuticos deben ser considerados en función de la estadificación.

Es así que las lesiones localizadas y tempranas son patrimonio de los tratamientos quirúrgicos con intención curativa, mientras que en los estadios localmente avanzados la regla es la cirugía, cuando sea factible, seguida por la radioterapia, el segundo tratamiento local en importancia, con o sin terapéuticas sistémicas adyuvantes. En estos casos, el intento resectivo se fundamenta en la intención de mejorar la calidad de vida, pero sabiendo que el pronóstico estará centrado en la enfermedad micrometastásica residual, que es la que finalmente terminará con la vida del paciente. Cuando el tumor tiene alguna terapéutica que ha demostrado actividad en enfermedad avanzada, la aplicación de estas medicaciones tiene como intención el mayor beneficio en función de la menor expresión de carga tumoral.

Por último, en la enfermedad avanzada, la terapia sistémica es mandatoria, aunque deben plantearse siempre la cirugía y/o radioterapia como coadyuvantes en el tratamiento, diseñando una estrategia para cada paciente en particular.

Clarificado el enfoque general, analizaremos ahora los conceptos vigentes en relación a cada terapéutica en particular.

CIRUGÍA DE LA LESIÓN PRIMARIA

El objetivo del tratamiento de la lesión melánica primaria es prevenir la recidiva local, acotar la posibilidad de metástasis linfáticas regionales y de esa forma prolongar la supervivencia¹. Al llevar adelante esta instancia terapéutica, el cirujano intenta hacerlo con la menor morbilidad y con el mejor resultado funcional y estético posible.

Hasta no hace mucho tiempo estaba enraizado el concepto de que el melanoma, por su genio potencialmente imprevisible, requería de una resección con márgenes muy importantes a fin de disminuir la recurrencia local y de una reconstrucción provisoria, casi siempre a través de injertos libres, con el objeto de detectar rápidamente una potencial recidiva. Es importante analizar históricamente el origen de estos conceptos.

La primera publicación fehaciente en relación al tratamiento local del melanoma se atribuye a Handley, quien en 1907

difundió en el *Lancet* su recomendación de una resección amplia y liberal de partes blandas aledañas a la lesión, basándose en los hallazgos histológicos de un paciente que ya tenía enfermedad ganglionar. En tanto, la primera mención al clásico margen de 5 cm alrededor de la lesión corresponde a Petersen y col., en 1962, quienes basaban su recomendación en la mencionada publicación de Handley y en la experiencia personal con recidivas locales y "en transit"².

A partir de la introducción del concepto de que el pronóstico del melanoma estaba relacionado con el espesor de lesión (Breslow y Macht, 1977) se instaló un profundo replanteo acerca del margen realmente necesario para garantizar una adecuada resección con intención curativa. Numerosos estudios prospectivos, controlados y randomizados, fueron llevados a cabo para diferentes espesores lesionales, asignando pacientes al grupo de escisiones amplias (de entre 3 y 5 cm) o económicas (1 a 2 cm)³⁻⁷.

Si se tuviera que resumir los hallazgos en pocas palabras diríamos que, dado que la mayoría de las investigaciones no ha revelado diferencias significativas en cuanto a recidiva loco-regional y supervivencia entre ambos grupos, las recomendaciones actuales tienden a favorecer márgenes más escasos.

Repararemos entonces la evidencia disponible para cada espesor:

- En el caso del melanoma in situ (y abarcando también al Lentigo Maligno Melanoma), un margen de 5 mm a 1 cm alrededor de la cicatriz de la biopsia es aceptable.
- Para lesiones que en la biopsia han mostrado un espesor de hasta 1 mm, el consenso general es recomendar un margen de 1 cm.
- Para melanomas de entre 1 y 2 mm de espesor, la mayoría de las recomendaciones sugieren una resección con un margen de 2 cm, siempre que sea anatómicamente factible (lo cual a veces no se da en regiones de la cara o periorificiales, donde un margen de 1 cm sería aceptable). La recomendación de 2 cm surgió de algunos de los estudios prospectivos mencionados, particularmente el de Khayat y col.⁴ y el del Grupo Sueco de Estudio del Melanoma⁵, que no mostraron diferencias al tratar melanomas de hasta 2 mm, reseccándolos con 2 vs. 5 cm de margen.

- En el grupo de 2 a 4 mm de espesor, los trabajos del grupo de Balch y col. (*US Intergroup Surgical Trial*)⁶ y de Thomas y col. (*United Kingdom Melanoma Study Group*)⁷, permitieron determinar que 2 cm es un margen aceptable en el control local.
- En cuanto a los melanomas que superan los 4 mm de espesor, el mayor riesgo de diseminación regional y a distancia que ello implica hace que los pacientes no se beneficien con resecciones de mayor envergadura. En este sentido, el estudio de Heaton y Gershenwald⁸ permitió sugerir que más de 2 cm de margen no ofrecían ventajas a estos pacientes. El grupo británico⁷ aconseja 3 cm de margen en lesiones de más de 4 mm, aunque sin evidencia científica para esa recomendación.

En la tabla N° 1 se reproducen las recomendaciones actuales de los grupos internacionales más sólidos de estudio del melanoma.

La resección en profundidad debe manejar los mismos márgenes que se plantean para la piel, aunque ello resulte a veces imposible en la región facial. Con respecto a la tradicional aseveración acerca de la necesidad de incluir la aponeurosis subyacente a la cicatriz de la biopsia por razones relativas al drenaje linfático, no hay evidencia que avale esa actitud. Obviamente, si la aponeurosis se encuentra dentro del margen quirúrgico, deberá ser extirpada con la pieza.

CIRUGÍA SOBRE LOS GANGLIOS REGIONALES

La práctica de vaciamientos profilácticos en melanoma estuvo basada en el concepto de que la remoción de los ganglios linfáticos tributarios regionales podía prevenir la diseminación a distancia.

Esta conducta se orientó durante muchos años a complementar la ampliación de margen en el caso de melanomas de espesor intermedio sin ganglios demostrables. Sin embargo, el bajo hallazgo de metástasis linfáticas en las piezas de vaciamiento, y la alta morbilidad (sobre todo en el caso de la axila y la ingle, con un porcentaje importante de linfedema) llevaron a replantear esta conducta sistemática.

Tabla N° 1. Márgenes de resección recomendados por los distintos grupos de estudio del melanoma (modificado de Lens y col.)²

Espesor	In situ	< 1 mm	1 a 2 mm	2,1 a 4 mm	> 4 mm
UK MSG (Gran Bretaña)	2 a 5 mm	1 cm	1 a 2 cm	2 a 3 cm	2 a 3 cm
OMS	5 mm	1 cm	1 cm	2 cm	2 cm
Grupo Australiano	5 mm	1 cm	1 cm	1 cm	2 cm
Dutch MSG (Holanda)	2 mm	1 cm	1 cm	2 cm	2 cm

Luego de que varios estudios prospectivos no pudieran demostrar una mejoría de la sobrevida global en los pacientes a los que se les había practicado vaciamiento electivo (Veronesi y col. y Cascinelli y col., Programa de Melanoma de la OMS; Sim y col., Mayo Clinic; Balch y col., *US Intergroup Melanoma Surgical Trial*)¹ surgieron las primeras observaciones que llevaron al concepto del Ganglio Centinela en melanoma.

A pesar de que existían experiencias previas en la localización del drenaje linfático preferencial, fundamentalmente en el tratamiento de carcinomas urogenitales, debemos a Morton la aplicación de dichas experiencias al tratamiento del melanoma. Donald Morton desarrolla y comunica en 1990 la biopsia del ganglio centinela con el fin de ubicar la primera estación linfática de drenaje de un sitio de localización primario de melanoma cutáneo⁹. No siempre dicho ganglio centinela es único, ya que en numerosas oportunidades se identifican dos o más adenopatías en esa condición (sobre todo en el área de cabeza y cuello). Las primeras experiencias fueron realizadas con colorantes vitales, como el azul patente, inyectados en forma intradérmica en la periferia de la lesión o del sitio de biopsia primario. Usando esta técnica, Morton comunicaba una identificación positiva del centinela en el 82% de los casos. A través del análisis histopatológico de esos centinelas, logró identificar alrededor del 20% de metástasis ocultas.

Un dato que favoreció la consolidación del método fue el hecho de que, en ausencia de compromiso melánico del centinela, el análisis del resto de los ganglios de las piezas de vaciamiento sólo identificaba metástasis que habían "saltado" al centinela ("*skip metastases*"), en el 1% de los ganglios estudiados.

Durante la década del '90 se introdujo la utilización de radiocoloides, particularmente el Tecnecio 99, para aumentar la tasa de localización. La suma de ambos métodos llevó al aumento de esa tasa a más del 95%.

El estándar actual implica la inyección del coloide radioactivo dentro de las 12 horas previas al procedimiento, preferentemente la realización de una primera marcación linfocintigráfica para corroborar el sitio de drenaje preferencial y luego la corroboración en quirófano a través de uso de contadores de radioactividad.

Dado que es necesario preservar la anatomía del drenaje linfático para garantizar la confiabilidad del método, lo ideal sería que, luego de habersele practicado al paciente la biopsia escisional de la lesión para estadificación, el grupo interdisciplinario discuta si el paciente es candidato o no a la búsqueda de ganglio centinela. En caso afirmativo, es el mismo cirujano quien inyecta al paciente con colorante vital, corrobora la posición del centinela con el contador de radioactividad y realiza la ampliación de margen y la biopsia ganglionar radioguiada, en el orden que

considere tácticamente adecuado.

La práctica de una ampliación de margen con reparación primaria y luego la derivación para estudiar la posibilidad de centinela debe ser francamente desalentada.

Cuando un grupo oncológico ha superado la curva de aprendizaje, la tasa de localización del ganglio centinela debe estar por encima del 95%, con una tasa de falsos negativos inferior al 5% (ganglios centinelas rotulados como negativos, con recidiva regional a mediano o largo plazos).

En general, y con las técnicas actuales, existe acuerdo en cuanto a no efectuar biopsia por congelación de los ganglios centinela, ya que existen altas chances de no detectar micrometástasis. Los ganglios se fijan y son estudiados primero con técnica de hematoxilina y eosina. La positividad de este estudio llevará entonces a la decisión de completar el vaciamiento en forma diferida.

Sin embargo, dado que más de un 10% de ganglios centinela metastásicos pueden no ser detectados con hematoxilina y eosina, todo ganglio negativo por esa tinción debe consecuentemente ser procesado con técnicas inmunohistoquímicas (en general S-100, HMB-45 y Melan A).

Un estudio tan minucioso (mejor técnica y centrado en pocos ganglios) ha permitido la detección de micrometástasis que quizás hubieran escapado al análisis más grosero de todo un vaciamiento. Obviamente, el hallazgo de dichas micrometástasis es indicación de un vaciamiento del bacinete afectado. No existe todavía un acuerdo acerca de la actitud a tomar ante el hallazgo de grupos de células melanocíticas circulantes que son ocasionalmente detectadas en las piezas del centinela y que no conforman aún el patrón micrometastásico. Numerosas investigaciones en curso permitirán definir estos tópicos, así como la disponibilidad de métodos empleables en un estudio rápido que evite diferir el vaciamiento, cuando éste es necesario.

La posibilidad de que un ganglio centinela sea positivo es de alrededor de 1% si el Breslow no supera los 0,75 mm; de un 8 a 10% en melanomas de espesor entre 0,75 y 1,5 mm; de alrededor de un 20 a 25% en melanomas de espesor intermedio (1,5 a 4 mm) y de un 35% si el Breslow supera los 4 mm¹.

Es por eso que la indicación actual de práctica de la biopsia del ganglio centinela incluye a todos aquellos melanomas cutáneos que superan 1 mm de espesor y, además, a aquellos que aún teniendo menos de 1 mm de Breslow, presentan características histológicas de mal pronóstico, tales como ulceración, signos de regresión o invasión Clark IV ó V. Algunos autores incluyen melanomas de menos de 1 mm de espesor, pero ubicados en zonas anatómicas a las que clásicamente se ha atribuido peor pronóstico biológico (dorso, cuero cabelludo, cuello y miembro superior), aunque no existe evidencia contundente al respecto.

La mayor parte de los estudios retrospectivos ha encon-

trado una correlación negativa entre el hallazgo de ganglio centinela positivo y la supervivencia¹⁰. Es por eso que, hasta el momento, la biopsia del ganglio centinela resulta el arma más poderosa con que contamos para diagnóstico y pronóstico.

Un protocolo prospectivo, el *Sunbelt Melanoma Trial*¹¹, intenta clarificar el valor del estudio de la RT-PCR para identificar molecularmente la enfermedad microscópica, así como el papel que el vaciamiento complementario y el interferón juegan en la supervivencia posterior del paciente con melanoma cutáneo.

Queda claro que el estudio del ganglio centinela se aplica sólo ante la ausencia de ganglios patológicos al momento de la evaluación inicial. La presencia de ganglios en la palpación o imágenes y la confirmación de su naturaleza metastásica a través de punción con aguja fina, son indicación de vaciamiento terapéutico.

CIRUGÍA DE LAS METÁSTASIS

La cirugía de la enfermedad a distancia no es una indicación habitual, pero debe ser considerada en pacientes con período libre de enfermedad largo, con lesiones metastásicas únicas o en escaso número y con factibilidad para la resección completa de cada una de ellas, sobre todo en el caso del cerebro, hígado y pulmón. Sólo ocasionalmente se plantea la resección de una metástasis ósea única, por demás infrecuente.

Siendo que uno de los pocos factores capaces de alargar la supervivencia en enfermedad avanzada es tener una metástasis resecable, el avance en los métodos de pesquisa radiológica durante las últimas décadas ha impactado positivamente en la posibilidad de detección precoz de las mismas.

Al juzgar la resecabilidad de una metástasis deben sopesarse las comorbilidades del paciente, su expectativa real de vida y el riesgo quirúrgico¹².

En el caso del sistema nervioso central, las metástasis se presentan en el 50% de la población con enfermedad avanzada. La presentación inicial de la enfermedad metastásica en el sistema nervioso se ve en un 20%, con supervivencia en un rango de 2 a 4 meses y con sólo 10 % de sobrevivientes al año.

En ensayos clínicos, sobre todo quirúrgicos, muchos de ellos retrospectivos, se demuestra que la cirugía de las metástasis únicas o en escaso número (hasta tres con posibilidades de resección), seguida de radioterapia holocraneal, es mejor que la radioterapia aislada, siendo éste considerado en la actualidad el *gold estándar*¹³. Luego de la cirugía hay que sopesar si el paciente se beneficiará con terapéuticas radiantes adyuvantes, como veremos más adelante un campo estudiado en el sistema nervioso, pero sin cabida en pulmón o en hígado.

La indicación de terapéuticas sistémicas no es una decisión que tenga aval bibliográfico, por no existir ensayos controlados que demuestren si modifican el devenir de estos pacientes.

RADIOTERAPIA

La radioterapia tiene su campo de acción en varios escenarios en el melanoma localizado o con compromiso regional. A pesar de ello, no existen ensayos clínicos aleatorizados que hayan demostrado su eficacia.

En pacientes sometidos a disección ganglionar electiva o vaciamiento terapéutico por la presencia de enfermedad ganglionar, la radioterapia se plantea como terapia adyuvante con intento curativo, al presentarse las siguientes indicaciones:

1. Pacientes sometidos a una disección electiva con altas probabilidades de recaída, como en el caso de extensión extracapsular.
2. Luego de la disección de una recaída ganglionar.
3. En el caso de metástasis en la parótida o en las disecciones de cuello positivas.
4. Ante el compromiso de más de tres ganglios en axila o en ingle.
5. En el caso de ganglios de más de tres centímetros.

Deseamos recalcar que estas indicaciones son controversiales y que sólo escasos trabajos en centros de referencia como el *Princess Margaret* de Toronto, Canadá, los han comunicado¹².

El *Radiation Therapy Oncology Group* (RTOG) propuso un ensayo clínico con terapia radiante adyuvante en melanomas de alto riesgo, pero el mismo se cerró prematuramente en función de un reclutamiento escaso debido a que su comienzo coincidió con el momento de que se comprobaba la acción adyuvante del interferón en los pacientes con ganglios positivos.

La radioterapia ha sido poco investigada en el melanoma local o en las lesiones en tránsito y sólo se encuentran en la literatura escasos trabajos con pocos pacientes en cada uno de ellos¹⁴.

Como se ha comentado, la radioterapia tiene su campo de acción en la paliación de la enfermedad metastásica, sobre todo a nivel cerebral, donde la radioterapia estereotáxica o la radiocirugía pueden representar una solución en pacientes escogidos.

El término radiocirugía estereotáxica fue acuñado por Leksell, para la técnica de entrega de radiación externa con localización de la lesión en tres planos del espacio y en una sola sesión. Primeramente usada en lesiones de origen vascular del sistema nervioso central, se extendió luego a la oncología debido a la facilidad de la irradiación en el cráneo de lesiones pequeñas, más o menos esféricas y periféricas y especialmente supratentoriales, a las que podían entregarse dosis significativas con menor agresión para los

tejidos normales circundantes. El control de estas lesiones en todo el espectro de las metástasis es del 85% de los casos irradiados, teniendo como complicación la radionecrosis, que se trata con altas dosis de esteroides y, eventualmente, con la resección quirúrgica.

Nuevamente, las series de pacientes no son numerosas pero en todas se reporta un buen nivel de control con supervivencias de hasta 9 meses, siendo factores pronósticos favorables el menor número de lesiones o los tamaños de menos de 1 cm¹⁴. La radioterapia es también de valor en el control del dolor por metástasis óseas o en el tratamiento de grandes masas ulceradas o compresivas.

TRATAMIENTOS SISTÉMICOS

QUIMIOTERAPIA

Es la más antigua de las terapéuticas sistémicas usadas en el melanoma, lamentablemente con escaso número de drogas útiles y con toxicidades considerables, por lo que deben ser evaluadas muy cuidadosamente a la hora de ser propuestas a los pacientes.

Entre las drogas con alguna utilidad, la más usada y recomendada es el DTIC o dacarbazina, reportada en tratamientos como monodroga. En una suma de ensayos clínicos, con más de 1.800 pacientes, demostró una tasa de respuestas del 20 %, con 4 a 5 % de respuestas completas, la mayoría con una duración no mayor de seis meses. Las respuestas en pacientes con metástasis viscerales han sido muy limitadas^{12,15}. La temozolamida, que es de la misma familia de drogas, es la prodroga del DTIC, con actividad sobre todo en sistema nervioso central, por su capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica, alcanzando también buenas concentraciones en líquido ascítico. Le sigue en frecuencia de respuesta el cisplatino, droga que tiene una tasa de respuestas de 12 a 30% según diversos autores, que lo han comunicado en el uso como monodroga. Ha sido también empleado en combinación con otros quimioterápicos, sin sobrepasar las respuestas del uso como monodroga¹⁵⁻¹⁷.

Entre las nitrosoureas se encuentra el Fotemustine, con 18 a 24 % de respuestas y buena actividad en el sistema nervioso central, debido a su liposolubilidad. En nuestro país no es muy utilizada por su costo y escasa disponibilidad.

Otro grupo de drogas usadas sobre todo en combinación son los alcaloides de la vinca, como la vincristina y la utilización de taxanos, como el docetaxel, no ha demostrado superar la actividad de las medicaciones comentadas anteriormente.

En conclusión, el DTIC es la droga más usada como monoterapia de primera línea en el melanoma metastásico en todo el mundo. Las drogas restantes sólo se usan en combinaciones o poliquimioterapia. Entre los esquemas utilizados en los '80 se encuentran¹⁵⁻¹⁷:

- DTIC asociado a BCNU, como nitrosoureas y cisplatino,

con o sin tamoxifeno, conocido como esquema de Darmouth.

- DTIC más vincristina y cisplatino CVD, difundido por el MD Anderson, de Houston.
- DTIC más Fotemustine.
- Vinblastina o DTIC más cisplatino.

Estudios posteriores con buen diseño no demostraron en estos esquemas más actividad que la monoterapia a base de DTIC, ni en tasa de respuesta ni en prolongación de la supervivencia.

INMUNOTERAPIA

Las estrategias de tratamiento inmunoterápico tienen una larga historia en el melanoma metastásico. Se basaron en las observaciones de la desaparición o regresión espontánea de lesiones primarias y en los primeros ensayos de inoculación de BCG en lesiones, con remisión local de las mismas.

Las dos drogas más estudiadas en el melanoma metastásico han sido el interferón (IFN) y las interleuquinas, sobre todo la IL-2, mostrando actividad como para ser incluidas en el armamentario terapéutico^{15,16}.

De los ensayos iniciales fase II de IFN se demostró una tasa de respuestas del 16 a 20%, pero con 30% de respuestas completas, sobre todo en pacientes con pequeña carga de enfermedad en la piel o tejido celular subcutáneo. Esto por supuesto limita su indicación en el caso de pacientes con más carga tumoral o con metástasis viscerales. Su utilización más importante ha sido en el campo de la adyuvancia en pacientes con ganglios resecaados positivos, habiendo sido aprobado por la FDA (*Food and Drug Administration*) de EE.UU. desde 1996 para esa indicación. La IL-2 posee una actividad inmunomoduladora y antitumoral muy interesante en tumores murinos, con la estrategia de mayor respuesta a mayor dosis. Por ello recibió la aprobación de la FDA en 1998, luego de un estudio en más de 250 pacientes tratados con dosis importantes (600.000 a 720.000 Unidades) entregadas en bolos, durante cinco días, cada 15 días. Sin embargo, sólo tiene una tasa de respuestas del 16%, con 6% de respuestas completas. Es llamativo comprobar que en aquellos pacientes que presentan respuestas completas, las mismas pueden durar hasta 59 meses, siendo hoy en día considerados curados algunos pacientes que luego de más de 5 años no han mostrado recaída.

La población respondedora es de pacientes asintomáticos, pero a diferencia del IFN no parece depender de la carga de tumor o su localización, así como se han evidenciado respuestas en pacientes con refractariedad previa a la quimioterapia, lo que lleva a pensar en mecanismos de acción totalmente diferentes.

Desafortunadamente, la IL-2 presenta toxicidades severas

como hipertensión, síndrome de permeación capilar, miocarditis, insuficiencia renal y sepsis, lo que hace sólo posible su utilización en centros que tengan manejo del soporte del paciente ante estas eventualidades. En función de esto se han probado diferentes dosificaciones o administraciones continuas, bloqueo de su actividad con otras citoquinas como IFN o tumor necrosis factor. Ninguna de estas estrategias ha mejorado la toxicidad o aumentado la tasa de respuestas.

Se buscó también su combinación con quimioterápicos, pensando en sumar acciones. Un estudio multinstitucional no demostró ventajas en los pacientes tratados con IL-2 conjuntamente con DTIC o con cada una de las sustancias por separado. Otros estudios con otras combinaciones de quimioterápicos llevadas a cabo en Italia o en EE.UU. en el Instituto Nacional del Cáncer, aunque observaron mayor cantidad de respuestas y mejorías del tiempo de progresión, no afectaron la sobrevida global de los distintos grupos de pacientes. Esto mismo fue reproducido por el intergrupo norteamericano utilizando IL-2, IFN más DTIC, platino y vinblastina versus quimioterapia sola.

En el área de la inmunología se abren en los últimos años posibilidades a través de:

- a. Terapias celulares, como la terapia de células dendríticas, donde las mismas, obtenidas por fésesis en el paciente, son activadas in vitro con antígenos tumorales y reinyectadas. Esta forma de terapia inmunológica se halla en fase de aplicación clínica con respuestas promisorias.
- b. Terapias de factores antiangiogénicos, como anticuerpos monoclonales o blancos moleculares. Algunos están siendo comercializados en el país, aunque aún los datos de ensayos en investigación clínica son preliminares y su costo prohibitivo. Hasta que se afiance su indicación, no es un elemento a ser considerado en el armamentario terapéutico.
- c. Terapias basadas en la inhibición de las señales de transducción, a través de blancos moleculares a dicho nivel. Se hallan en las primeras fases de investigación clínica. En estas terapias se han centrado muchas expectativas, aunque en otras áreas de la oncología su aplicación ha sido decepcionante.
- d. Terapias a base de vacunas, algunas de ellas en pleno desarrollo pero sin mucho campo en la enfermedad avanzada, ya que su base de acción es mayor cuanto menor es la cantidad de enfermedad presente. Muestran actividad contra diversos antígenos de diferenciación como el Mage 1 a 3, Mart -1, gp 100, Trp, etc., presentes en los melanocitos maduros.

Como hemos expresado anteriormente, estas modalidades son exclusivas del área de investigación clínica, en diferentes fases de su aplicación. Sin embargo, su potencial crea grandes expectativas futuras^{15,16,18}.

HORMONOTERAPIA

Dejo aquí sólo señalado, ya que su uso ha sido estudiado, a los antiestrógenos. De ellos el tamoxifeno, utilizado durante algunos años a raíz de los ensayos del esquema de Darmouth, resultó finalmente defenestrado en estudios clínicos aleatorizados, donde se comparó su actividad por se o acompañado de quimioterapias, demostrando escasa acción. Se lo utiliza como terapéutica paliativa.

TRATAMIENTO ADYUVANTE EN MELANOMA

Quizás uno de los temas más controvertidos en oncología ha sido la aplicación de terapias sistémicas luego de la resección de enfermedad primaria, con el objeto de mejorar la sobrevida de los pacientes.

Esta estrategia, ya comprobada en otros tumores como la mama y el colon, tiene en el melanoma el primer paso falaz, que es que no existe una terapéutica eficaz para el melanoma avanzado. Ello no alienta la esperanza de poder dominar la enfermedad microscópica residual, en pacientes resecaados con alto riesgo de recaída local o a distancia. Son considerados pacientes en riesgo aquellos con melanomas con un grado de Breslow de más de 1,5 mm o

con presencia de ganglios o de metástasis resecaadas, a pesar de haber sido removida la enfermedad visible.

En todos ellos la droga más estudiada es el interferón. Hay estudios norteamericanos y europeos, usando dosis bajas, intermedias y o tan altas como 20.000.000 U intravenosas diarias, por más de un mes. La conclusión de estos numerosos estudios es que no se ha logrado con ello más que aumentar el período libre de enfermedad. La ventaja que inicialmente se observa en la sobrevida global, se pierde con más tiempo de seguimiento de los pacientes¹⁶.

Basada en los estudios ECOG 1684 (*Eastern Cooperative Group* de EE.UU.), la FDA aprobó el uso de interferón en pacientes con ganglios positivos resecaados. Esto, considerado desde entonces tratamiento estándar, ha sido objeto de otros estudios que no fueron tan positivos como el anterior. Aún se mantiene la recomendación a nivel mundial mientras se aguardan otros ensayos clínicos que diluciden las dudas planteadas, así como el uso de otras estrategias como vacunas u otras aproximaciones en el área de la inmunología, que brinden mayor éxito en la curación de estos pacientes, expresados en aumento de la sobrevida real y no sólo del periodo libre de enfermedad.

REFERENCIAS

1. Tsao H, Atkins MB, Sober AJ. Management of Cutaneous Melanoma (Review). *NEJM* 2004; 351(10): 998-1012.
2. Lens MB, Dawes M, Goodacre T y col. Excision Margins in the Treatment of Primary Cutaneous Melanoma (Systematic Review). *Arch Surg* 2002; 137: 1101-1105.
3. Veronesi U, Cascinelli N, Adamus J y col. Thin stage I primary cutaneous malignant melanoma: comparison of excision with margins of 1 or 3 cm. *N Engl J Med* 1988; 318: 1159-1162.
4. Khayat D, Rixe O, Martin G y col. Surgical margins in cutaneous melanoma (2 cm vs 5 cm for lesions measuring less than 2.1 mm thick). *Cancer* 2003; 97: 1941-1946.
5. Cohn-Cedermark G, Rutqvist LV, Andersson R y col. Long term results of a randomized study by the Swedish Melanoma Study Group on 2 cm vs. 5 cm resection margins for patients with cutaneous melanoma with a tumor thickness of 0.8 to 2 mm. *Cancer* 2000; 89: 1495-1501.
6. Balch CM, Soong SJ, Smith T y col. Long term results of a prospective surgical trial comparing 2 cm vs. 4 cm excision margins for 740 patients with 1-4 mm melanomas. *Ann Surg Oncol* 2001; 8: 101-108.
7. Thomas JM, Newton-Bishop J, A'Hern R y col. United Kingdom Melanoma Study Group; British Association of Plastic Surgeons; Scottish Cancer Therapy Network. Excision margins in high-risk malignant melanoma. *NEJM* 2004; 350(8): 757-66.
8. Heaton KM, Sussman JJ, Gershenwald JE y col. Surgical margins and prognostic factors in patients with thick (>4 mm) primary melanoma. *Ann Surg Oncol* 1998; 5: 322-328.
9. Morton DL, Wen DR, Foshag IJ y col. Intraoperative lymphatic mapping and selective cervical lymphadenectomy for early stage melanomas of the head & neck. *J Clin Oncol* 1993; 11: 1751-1756.
10. Gershenwald JE, Thompson W, Mansfield PF y col. Multi-institutional melanoma lymphatic mapping experience: the prognostic value of sentinel lymph node status in 612 stage I or II melanoma patients. *J Clin Oncol* 1999; 17: 976-983.
11. McMasters KM, Chao C, Wong SL y col. Interval Sentinel Lymph Nodes in Melanoma. *Arch Surg* 2002; 137: 543-549.
12. Essner R. Special problems in melanoma. Surgical treatment of metastatic melanoma. *American Society of Cancer Oncology 2004 Educational book; 40th Annual Meeting; 2004 June 5-8; New Orleans, Louisiana, USA; P. 517-524.*
13. Margoulis K, Douglas JG. Special problems in melanoma. Treatment of brain metastases from Malignant Melanoma. *American Society of Cancer Oncology 2004 Educational book; 40th Annual Meeting; 2004 June 5-8; New Orleans, Louisiana, USA; P. 512-516.*
14. Chacon C. Radioterapia en melanoma. En: Asociación Argentina de Oncología Clínica. Curso de actualización en Oncología Clínica. Salta: Universidad Católica, 2002. p. 155-172.
15. Ernstoff MS y col. Current Management Issues in Malignant Melanoma. Update: Medical therapy for cutaneous Melanoma. *American Society of Cancer Oncology 2003 Educational book; 39th Annual Meeting; 2003 May 31- June 3; Chicago Illinois, USA; p. 198-208.*
16. Balch M, Atkins MB, Sober AJ. Cutaneous melanoma. En: De Vita V, Rosenberg S, Hellman S. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 7 ed. Philadelphia: Lippincott; 2004. p. 1754-1809.
17. Jankilevich G. Quimioterapia en melanoma metastásico. Curso de actualización en Oncología Clínica. Asociación Argentina de Oncología Clínica, Universidad Católica de Salta. Módulo 14, p.109-126, año 2002.
18. Bitton R. Vacunas y terapia génica en melanoma. Curso de actualización en Oncología Clínica. Asociación Argentina de Oncología Clínica, Universidad Católica de Salta. Módulo 14, p. 127-154, año 2002.

La evaluación de los conocimientos: Lo que parece ser, ¿es realmente lo que es?

Eduardo Durante

Como se desprende dramáticamente del artículo del diario Clarín (fig. 1), la evaluación del conocimiento parece ser un poco más compleja que lo que habitualmente consideramos, aunque no tanto como nos podríamos imaginar. En este artículo, se pretende transmitir las bases metodológicas para planear una adecuada evaluación de los conocimientos así como desmitificar lo complejo del tema. Actualmente, se le atribuye una importancia muy alta en la educación, ya que numerosas investigaciones indican que la forma de evaluar el conocimiento ejerce una influencia sustancial en el cambio de los estilos de aprendizaje de los alumnos¹.

Se escucha decir en ocasiones, que los alumnos deberían estudiar para "saber" y no para aprobar los exámenes. Dado el estado actual de la investigación, parecería que esto no es así. Los alumnos en general estudian para "pasar los exámenes" y por otra parte, lo que no está en los exámenes es percibido por ellos como de no mucha importancia. Por lo tanto, dentro de la planificación curricular la evaluación del conocimiento debe ser concebida como un poderoso instrumento para orientar el estilo de aprendizaje de los alumnos y ser incluida desde el inicio del diseño curricular y no como algo que ocurre después que se decidieron los contenidos y las actividades de enseñanza-aprendizaje. No se puede pretender que los alumnos "estudien" para aprender habilidades de razonamiento clínico, si la evaluación de esta compleja habilidad se realiza a través de una prueba de elección de opciones múltiples. La prioridad de los alumnos es "pasar" el examen y en función de esta necesidad es que orientarán sus esfuerzos para adquirir los conocimientos^{1,2}.

BASES CONCEPTUALES

Los médicos y otros profesionales de la salud, dado su entrenamiento en estadística, metodología de la investigación y epidemiología clínica, manejan conocimientos relacionados con la evaluación clínica. Desde este punto de vista, hacer un diagnóstico es una forma de evaluación, ya que a través de la recolección de información por variados me-

dios y de su interpretación, se puede llegar a realizar un juicio clínico con diferentes grados de incertidumbre para diagnosticar una enfermedad o condición.

Afortunadamente, una parte importante de esta base de conocimientos puede ser "transferida" al área de la evaluación de los conocimientos. Para lograr ese fin, utilizaremos una aproximación donde se facilite la transferencia a través del uso de analogías entre lo "médico" y lo "educativo". Esto es posible porque el paradigma subyacente es el mismo: la psicometría. En este paradigma, las pruebas intentan conocer la verdad (*rasgos, traits o constructs*) que está de alguna manera oculta en el fenómeno en estudio (la enfermedad en el paciente, el conocimiento en el alumno).

¿CÓMO DIAGNOSTICAR LA ENFERMEDAD "INCOMPETENCIA PROFESIONAL"?

Una manera de mirar a la evaluación es verla como una medida de la competencia profesional³. Se podría, entonces, considerar a los exámenes o pruebas de conocimiento (de hecho se usa la misma palabra "examen" o "prueba" en ambos campos) como una herramienta diagnóstica para la enfermedad "incompetencia médica". Uno podría pensar que los alumnos que aprueban un examen son competentes mientras que los que no lo hacen, son incompetentes. Como sabemos, esta es una verdad a medias. Como en el caso de los estudios clínicos, cada examen puede producir resultados falsos positivos (desaprueban el examen pero son competentes) y falsos negativos (aprueban el examen pero son incompetentes). En la evaluación, sobre todo la sumatoria en la que se promueve a un curso superior o se otorga un certificado profesional de maestría en un área, ambos errores tienen serias consecuencias:

1. Si pasa un estudiante que tiene la enfermedad, podría existir un serio riesgo para la sociedad, dando a su vez una mala reputación a la Universidad que otorga el título o permite el ingreso a una institución (como el caso del panadero de San Pablo, Brasil, de la figura 1).
2. Si no aprueba un estudiante sin la enfermedad, entonces se puede condenar a alguien a perder un tiempo de

su vida, a veces un año, con la consiguiente desmotivación.

Se trata, por lo tanto, como en la medicina, de minimizar los resultados falsos positivos y negativos. Una manera de mirar a la "capacidad diagnóstica" de los exámenes de conocimiento, es calculando y conociendo su confiabilidad, validez e impacto educacional.

LA ECUACIÓN DE LA UTILIDAD DE LOS EXÁMENES DE CONOCIMIENTOS

En la práctica, las decisiones sobre qué tipo de exámenes utilizar no sólo se toman en función de las variables mencionadas más arriba sino también de las opiniones, sentimientos y tradición educativa de los profesores, así como el costo del proceso.

Para decidir cuál o cuáles son los métodos de evaluación más adecuados, usaremos la noción de utilidad de un examen en donde se vinculan estas variables y se les da diferente peso². Así:

$$\text{UTILIDAD} = \text{CONFIABILIDAD} \times \text{VALIDEZ} \times \text{IMPACTO EDUCACIONAL} \times \text{ACEPTABILIDAD} \times 1/\text{COSTO}$$

Para poder "calcular" la utilidad de un examen con esta ecuación, es necesario definir cada una de las variables.

1. **Confiabilidad:** La confiabilidad se refiere a la precisión de la medición o la reproducibilidad del puntaje obtenido con el instrumento³⁻⁵. Haciendo una analogía con la medicina, se pretende que cuando se mida la glucemia en una muestra de sangre, el resultado sea consistente a lo largo del tiempo. Es decir, si en una primera medición es 140 mg% y luego 110 mg% en la misma muestra, la confiabilidad es baja y no se pueden sacar conclusiones diagnósticas sobre si el paciente tiene diabetes o no. En educación es similar: los puntajes de la

misma prueba a lo largo del tiempo deberían medir la misma "cantidad" de conocimiento. En este caso, no podremos hacer juicios sobre si el alumno tiene la enfermedad "incompetencia profesional" o no. O sea, los resultados de los exámenes deben ser *reproducibles*.

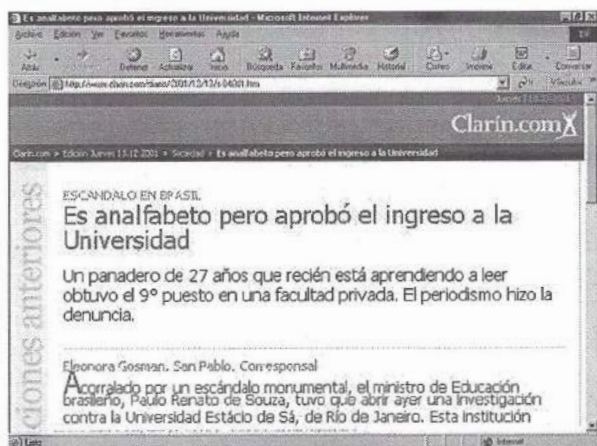
En la teoría clásica de la evaluación (teoría psicométrica), el coeficiente de confiabilidad se expresa en una escala de 0 (nada de confiabilidad) a 1 (confiabilidad total) como indicador de precisión. Este coeficiente puede interpretarse como un coeficiente de correlación entre esta medición y una re-mediación hipotética tomada bajo condiciones similares en un tiempo no muy alejado²⁻³. Si bien la interpretación de los índices de confiabilidad requiere ciertos conocimientos psicométricos, se considera que un nivel arbitrario generalmente aceptado del índice de confiabilidad para evaluaciones sumativas o terminales ("de certificación de competencia", como el final de un ciclo de materias o profesional) es de 0,80. El problema con estos métodos es que es necesario "tomar" dos veces el examen. Para solucionar esto, se han diseñado métodos estadísticos que permiten desdoblarse el examen en dos mitades y compararlos como si hubieran sido administrados en dos momentos diferentes. Esos métodos son: el de formas equivalentes (con o sin intervalos de tiempo) y el método de *split-half* (se divide por dos el mismo examen y se correlacionan ambas partes con el método de *r* de Spearman).

La confiabilidad también puede entenderse como la medida en que los ítems individuales de un examen (por ejemplo, cada pregunta en un *multiple-choice*) se comportan de manera similar (co-varían) al interior de un examen en relación al desempeño global del sujeto en ese examen. Esta determinación se realiza con métodos estadísticos, de los cuales uno de los más conocidos son el Kuder-Richardson o KR-20. Este método se aplica a las pruebas que tienen ítems con respuestas dicotómicas, tipo correcto-incorrecto. Cuando las respuestas tienen más de una respuesta (escalas nominales tipo Likert, o un puntaje) se utiliza el conocido método de alfa de Chronbach. En este caso, el coeficiente también varía entre 0 y 1²⁻³.

Cuando la medición está a cargo de dos observadores diferentes, se puede determinar la confiabilidad inter observador. Cuando la medición está a cargo del mismo observador en dos ocasiones diferentes, se considera la confiabilidad intra observador. En ambos casos, se realiza una correlación y varía entre 0 y 1²⁻³.

La confiabilidad intercasos constituye un caso especial de confiabilidad⁶. Existe gran cantidad de evidencia que indica que la confiabilidad de las mediciones

Figura 1. URL: <http://www.clarin.com./diario/2001/12/13/s-04001.htm>



sobre las competencias clínicas se ve obstaculizada por el hecho de que las competencias son específicas según el contenido o área⁵⁻⁶. Esto significa que el hecho de lograr una competencia óptima en un área no es un buen predictor de competencia en otra, aún en el caso de que dichas áreas se encuentren muy relacionadas. Esto tiene que ver con que la adquisición de competencias es específica para contenidos diferentes aunque parezcan similares (la competencia del examen físico en un paciente con insuficiencia cardíaca no predice el desempeño en el examen físico en un paciente con fibrosis pulmonar). La consecuencia de este fenómeno es que para alcanzar resultados confiables en las pruebas de evaluación se requieren muestras relativamente numerosas de las diferentes competencias clínicas (entrevistas, examen físico, interpretación de pruebas diagnósticas etc.), lo que aumenta considerablemente el tiempo de evaluación (por ejemplo, para que los resultados de un ECOE (Examen Clínico Objetivo y Estructurado)¹⁴ sean confiables se requieren alrededor de 13 estaciones de entre 10 y 15 minutos de duración lo que lleva el tiempo de examen a 4 ó 5 horas)⁶. Como consecuencia de esto, hay que tener en cuenta algunas recomendaciones al seleccionar o diseñar exámenes de evaluación del desempeño:

- a. En general, a mayor número de ítems en un examen, mayor será la confiabilidad. Esto es debido a que en los exámenes más largos, la probabilidad de error aleatorio disminuye como consecuencia de que existe un muestreo más amplio de las conductas o conocimientos a evaluar. O sea, que las diferencias en los puntajes de los exámenes de los alumnos se deben a diferencias reales en el desempeño de los alumnos y no a diferencias por azar. En el caso de la medicina, si un paciente tiene varias determinaciones mayores a 126 mg% de glucemia es porque es diabético, siempre y cuando la confiabilidad del método sea alta (cercana a 1). Recuerden el examen final clásico de Medicina en donde se toman decisiones sobre la competencia de los alumnos a partir de un solo caso. ¿Qué porcentaje de falsos negativos y positivos tendrá? Posiblemente muy alto ya que adolece de falta de confiabilidad intercasos (obviamente es un solo caso) e inter observador (que se hace patente en las llamadas mesas examinadoras con especialistas o profesionales de distintas áreas y sin una estructuración mínima del examen).
- b. La objetividad de un examen se refiere al grado en el que observadores con el mismo entrenamiento en el uso del instrumento de evaluación obtienen los mismos resultados (alta confiabilidad inter ob-

servador). Los exámenes de ítems de elección de opciones múltiples (los conocidos *multiple-choice*) permiten que la opinión de los observadores no altere los puntajes. Cuando se utilizan estos exámenes, la confiabilidad de los puntajes no se ve afectada por los procedimientos de corrección. En los exámenes más habituales (como preguntas a desarrollar) la confiabilidad puede verse amenazada por la baja correlación inter observador. Sin embargo, esto no quiere decir que deberían abandonarse en aras de adoptar exámenes con una mayor confiabilidad, sino que se deberían utilizar como parte de la estrategia de enseñanza y más que nada por su impacto educacional (ver más adelante).

En la tabla 1, se puede observar el uso de exámenes en cuanto a su confiabilidad de acuerdo al tipo de decisiones a adoptar según sus resultados.

Tabla 1: Demandas de Confiabilidad y naturaleza de la Decisión (Modificado de Linn R & Gronlund N³).

Alta confiabilidad es necesaria cuando:

- La decisión es importante.
- La decisión es final (en un currículum, una carrera).
- La decisión es irreversible.
- La decisión no se puede confirmar.
- La decisión está relacionada con individuos.
- La decisión tiene efectos duraderos (por ejemplo, selección de residentes).

Baja confiabilidad es tolerable cuando:

- La decisión es de menor importancia.
- La decisión se toma en estadios tempranos del currículum (evaluación formativa).
- La decisión es reversible.
- La decisión se puede confirmar por otras fuentes.
- La decisión está relacionada con grupos.
- La decisión tiene efectos temporarios (por ejemplo, revisar un tema del curso).

2. *Validez:* se refiere a diferentes dimensiones que se resumen con el término validez. Así, podemos hablar de diferentes tipo de validez^{3,5-6}:

- a. Validez de concepto (construct): muestra hasta qué punto el método mide lo que se pretende que mida. Si se pretende medir el nivel de hemoglobina de un paciente y el método mide el recuento de leucocitos, entonces el método no es válido ya que no se podrá establecer si el paciente está anémico o no. En Educación, si se pretenden medir las habilidades comunicacionales para entrevistar un paciente, un examen estructurado en base a ítems de verdadero-falso no es válido ya que no indicará claramente si el estudiante tiene las habilidades comu-

nicacionales para la entrevista clínica.

- b. Validez de criterio: muestra si los resultados de un examen son concordantes con los resultados de otras pruebas ya validadas (es raro encontrar un *Gold-Standard* en educación), o si estos resultados predicen el desempeño futuro de los alumnos. Por ejemplo, en Canadá se realizó un estudio donde se observó que los médicos que obtenían mayores puntajes en un examen de certificación, tenían una práctica de mejor calidad que las de los que obtenían puntajes más bajos⁸⁻⁹.
- c. Validez de contenido: demuestra el grado de "muestreo" de todos los aspectos que se pretende medir. A modo de ejemplo, se puede decir que para que los instrumentos de evaluación de la competencia clínica tengan validez de contenido, es posible utilizar la Pirámide de Miller. El educador George Miller (1990)⁷ definió un modelo para la evaluación del competencia profesional como una pirámide de cuatro niveles (ver fig. 2). En los dos niveles de la base se sitúan los conocimientos (saber) y decir cómo aplicarlos a casos concretos (saber cómo). En el nivel inmediatamente superior (mostrar cómo), se ubica a la competencia cuando es medida en ambientes "in vitro" (simulados) y donde el profesional debe demostrar todo lo que es capaz de hacer. En la cima se halla el desempeño (hace) o lo que el profesional realmente hace en la práctica real independientemente de lo que demuestre que es capaz de hacer (competencia).

Figura 2: La pirámide de Miller G¹⁰.



A nivel de post-grado, existe evidencia de que lo que el médico es capaz de hacer en el nivel del demuestra cómo (evaluación de habilidades clínicas en medios "simulados" de la vida real) no predice el desempeño en el nivel de "hace" (lo que realmente hace en la vida real, o sea, la competencia)¹¹. Dicho de otra manera, es posible que sea un excelente especialista en el "laboratorio", pero con des-

empeño "pobre" en la realidad. Esto obedece al hecho de que los actos y las decisiones que se toman en el día a día en la práctica real están influidos por numerosos factores que están "controlados" en el nivel de la evaluación de la competencia pura. Tales factores pueden ser agrupados como aquellos relacionados con el individuo (salud física y mental del profesional, el estado cognitivo en el momento de la consulta, relaciones con otras personas, incluida la familia) y aquellos factores relacionados con el sistema en el cual se desempeña el profesional (tales como programas obligatorios del Estado para aplicar en el cuidado de los pacientes, características de la organización del sistema de Salud, forma de pago, condiciones de la atención, etc.). Como se puede concluir, existe una compleja interacción entre competencia, desempeño y los factores individuales y sistémicos en el cuidado de los pacientes.

Por otra parte, la evaluación de los alumnos debería ser capaz de "medir" las llamadas habilidades "metacognitivas" que definen la percepción que el individuo tiene de por qué sabe lo que sabe (fig. 3)^{2,12}. Con este nombre se conocen a las estructuras del conocimiento que son capaces de "diagnosticar" y "prescribir" tratamientos cuando existen carencias en el conocimiento. Es el sistema de monitoreo del conocimiento y del estilo que cada uno tiene para adquirirlo. Sin estas habilidades desarrolladas se vuelve dificultoso seguir aprendiendo, o sea, el desarrollo profesional continuado se vuelve dependiente de la oferta de cursos (aprendizaje centrado en el docente, o más bien, en

Figura 3: Las habilidades metacognitivas (modificado de Van der Vleuten K²).



los proveedores de educación continuada) más que de la demanda de conocimientos por parte de los especialistas en relación a resolver problemas que surgen del cuidado médico (aprendizaje centrado en el estudiante) cuando este sistema de monitoreo no está desarrollado. Existen pruebas para estimularlas y evaluarlas tales como el portafolio y el plan de Desarrollo Personal.

3. Impacto educacional: "La evaluación guía el aprendizaje de los estudiantes"². Esta afirmación ha llegado a convertirse en un nuevo paradigma en la educación como se mencionó anteriormente. Esto significa que los estudiantes (en este caso, los que quieren certificarse) buscan "pasar" los exámenes y orientarán sus esfuerzos en ese sentido más que en "aprender". La integración de los conocimientos y la adquisición de determinadas competencias se verán más o menos estimuladas de acuerdo al tipo de examen que se aplique. La administración de pruebas donde se tenga que demostrar cómo estimulará la adquisición de competencias relacionadas con ese dominio. Si la prueba es del tipo de examen de selección de opciones múltiples, el aprendizaje se orientará al dominio de sabe y a lo sumo de sabe cómo, en desmedro de demuestra cómo o hace.

"La evaluación guía el aprendizaje a través de su formato"². Las tareas solicitadas en las pruebas de evaluación deben ser lo más cercanas posibles a las que los estudiantes realizarán en la práctica real. Una situación descrita en la literatura mostró cómo la evaluación de habilidades a través de una lista de cotejo muy detallada y descontextualizada de una situación real (por ejemplo, revisar una rodilla, ver una radiografía de tórax), llevó a la trivialización de la habilidad: los alumnos comenzaron a memorizarlas para pasar el examen.

La evaluación debe guiar el aprendizaje a través de la información brindada a los alumnos⁴. La evaluación también debe ser un ejercicio de aprendizaje a través del *feedback* de los resultados del examen y comprometiendo a los alumnos en planes de mejoramiento de su propio aprendizaje, individualmente o aún mejor, en grupos de reflexión. Además, los resultados de los exámenes son un buen insumo para un programa de mejoramiento de la calidad del programa de formación.

4. Aceptabilidad: se refiere a que tanto los evaluados como los evaluadores acepten los métodos de evaluación propuestos para el examen de certificación. Pueden aparecer resistencias a nuevas iniciativas relacionadas con la cultura del país, el modelo educacional (centrado en el docente vs. centrado en el estudiante), sistemas de entrenamiento de postgrado, etc.
5. Costo: una buena evaluación es definitivamente costosa. Los nuevos métodos de evaluación de las competencias (como puede ser el ECOE, portafolios y la observación de entrevistas reales) son métodos válidos para la evaluación de competencias en los niveles de demuestra cómo y hace. Sin embargo, su implementación es costosa por el despliegue logístico y económico que re-

quieren. Esto puede limitar su aplicación a pesar de cumplir con todas las demás características.

Sin embargo, invertir en evaluación es invertir en enseñanza y aprendizaje: una buena evaluación facilitará un buen aprendizaje.

De particular importancia es la estructura regulatoria, que es el marco en el que toda la información de los exámenes es recolectada. Si la hemoglobina de un paciente es baja y se asume que el paciente está anémico, esto no significa automáticamente que sufre de deficiencia de vitamina B12. Para aclarar el diagnóstico son necesarias otras pruebas, las cuales deberían estar orientadas en la misma dirección para facilitar el diagnóstico. Sin embargo, algunos diagnósticos no son tan fáciles de hacer, ya que a veces los resultados son contradictorios o no conclusivos. La tarea de suma importancia en estos casos es considerar toda la información, valorarla, considerar la sensibilidad y especificidad de cada una para establecer un diagnóstico y comenzar un tratamiento. Para la enfermedad "incompetencia" se aplican los mismos criterios. Los juicios deben estar basados en información de diferentes pruebas, prolijamente recolectada e interpretada. Esto se consigue con un programa de evaluación con una estructura regulatoria cuidadosamente diseñada.

CONSECUENCIAS PARA LA APLICACIÓN EN LOS EXÁMENES DE TODOS LOS DÍAS

1. No basar las evaluaciones en exámenes cortos: para que los exámenes sean suficientemente confiables, se debe usar una muestra amplia del mismo contenido. Las preguntas que son de desarrollo extenso producen en general exámenes menos confiables que las preguntas que permiten respuestas más cortas. Una prueba que está basada en un solo caso es poco confiable.
2. No basar los exámenes en un solo método: cada examen tiene sus propias fortalezas y debilidades. Ningún instrumento aisladamente es la panacea: el "cuadro" general sólo puede ser visto por un programa de evaluación organizado alrededor de diversos métodos cuidadosamente seleccionados y combinados, con diferente validez, confiabilidad, impacto educacional y aceptabilidad.
3. Combinar los resultados: si se utilizan varios métodos, entonces los resultados de los exámenes pueden ser combinados de dos maneras diferentes, con o sin compensación¹³:
 - a. Combinación sin compensación significa que el estudiante tiene que aprobar todas las pruebas individuales para pasar el curso.
 - b. Combinación con compensación total significa que el estudiante puede pasar si la media total de los puntajes es suficiente, es decir que podría sacarse

un 10 en un contenido y un 2 en otros y aún así pasar.

En la combinación con compensación parcial, la media global determina si el estudiante puede pasar, pero para cada prueba individual un puntaje mínimo tiene que ser obtenido. En el caso anterior, el estudiante no pasaría. En general, los métodos sin compensación llevan a un número alto de resultados falsos negativos (tienen la enfermedad "incompetencia" pero pasan), debido a que los déficits de confiabilidad de cada método se combinan y este error puede ser acumulativo a través de todas las pruebas de la combinación. El estudiante podría aprobar cada contenido con el mínimo puntaje, situación en la que la probabilidad de falso negativo es mayor dada la falta de discriminación por debilidad en la confiabilidad del método.

En cambio, la combinación con compensación total puede llevar a que los alumnos puedan decidir abandonar el estudio de algunos de los contenidos y compensar con el puntaje en otros llevando a un indeseable efecto negativo en el estilo de aprendizaje. La compensación parcial es un compromiso entre ambos métodos y es el que mejor refleja nuestro trabajo clínico. Aún cuando una prueba sea anormal, concluiremos que

el paciente está sano si los otros parámetros son normales, pero si uno de los resultados de laboratorio está realmente muy desviado de lo "normal" (verdadero positivo), entonces asumiremos que algo malo puede estar pasando con el paciente y padecer la enfermedad ("incompetencia médica").

En el próximo número, se revisarán diferentes métodos y cómo se podrían combinar de acuerdo a las bases conceptuales descritas en este documento.

En conclusión, la evaluación de los conocimientos no es tan compleja como parece ni tan simple como estamos acostumbrados a "padecerla". Es preciso incluir desde el inicio del diseño curricular un sistema de evaluación que sea coherente con las competencias deseadas y que oriente el aprendizaje de los alumnos en la misma dirección. Una combinación de métodos con impacto en los diferentes niveles de la pirámide de Miller⁷ y con suficiente confiabilidad y validez, asegurarán a los responsables de los programas de educación, así como a los alumnos y la sociedad, que los egresados de estos programas no padecen la enfermedad "incompetencia médica". Tal vez, si en el caso de Brasil se hubieran seguido algunos de estos principios, el famoso panadero analfabeto no habría ingresado en la Facultad.

REFERENCIAS

1. Newble D, Jaeger K. The effect of assessments and examinations on the learning of medical students. *Med Educ* 1983, 7: 165- 171.
2. Van der Vleuten CPM. The assessment of professional competence: development, research and practical implications. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 1996, 1: 41- 67.
3. Brailovsky C. Educación Médica, Evaluación de las competencias. En: Aportes para un Cambio Curricular en Argentina. Buenos Aires: OPS - Facultad de Medicina, UBA; 2001.
4. Linn R y Gronlund N. Measurement and Assessment in Teaching. New Jersey: Prentice - Hall; 2000.
5. Van der Vleuten CPM. Validity of final examinations in undergraduate medical training. *BMJ* 2000, 321: 1217-1219.
6. Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales: A Practical Guide to their development and use. 2 ed. New York: Oxford University Press; 1995.
7. Van der Vleuten CPM, Swanson DB. Assessment of clinical skill with standardized patients: state of the art. *Teaching and learning in medicine* (1990).
8. Freidzon E. How dominant are the professions? En: Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy. Cambridge: Polity Press; 1994.
9. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Brailovsky CA y col. The association between licensing examination scores and medical practice. *JAMA* 1998, 280: 989-996.
10. Miller GE. The assessment of clinical skills/ competence/performance. *Acad Med* 1990, 65(9s): S63 - S67.
11. Rethans JJ, Norcini JJ, Baron-Maldonado M y col. The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. *Med Educ* 2002, 36: 901-909.
12. Venturelli J. Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y Métodos. Washington DC: OPS; 1997.
13. Muijtjens AM, van Vollenhoven HM, van Luijt S y col. Sequential testing in the assessment of clinical Skills. *Acad Med* 2000, 75: 369-373.

Cirugía pediátrica

Eduardo Ruiz, Javier Escalante y Titania Pasqualini

INTRODUCCIÓN

Las asociaciones de patología del árbol urinario y ginecológico son frecuentes en la etapa pediátrica como resultado de una alteración embriológica con una raíz común en un mismo momento del desarrollo fetal. Los conocimientos sobre embriología, adquiridos en nuestra formación médica pueden ayudar a elaborar y resolver este tipo de problemas en la etapa pediátrica de la vida. El caso que presentamos es un claro ejemplo para mostrar las ventajas de conocer estas asociaciones de anomalías del desarrollo.

CASO CLÍNICO

Una niña de 9 meses de edad es derivada desde el sur de nuestro país por presentar telarca de 4 meses de evolución y secreción vaginal persistente. En su ciudad de origen se había pensado en una fuente exógena de estrógenos, por lo que se habían revisado las medicaciones y alimentación recibidas por la niña y por la mamá durante la lactancia. Había nacido de un parto normal, sin antecedentes familiares o fetales de importancia. El embarazo había sido controlado en forma clínica y con ecografías en los dos primeros trimestres, sin referir hallazgos de patología del feto ni de la placenta.

En su lugar de origen se le había realizado una ecografía

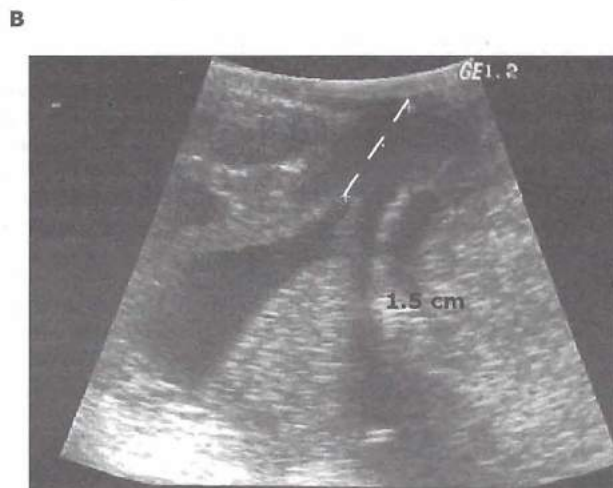
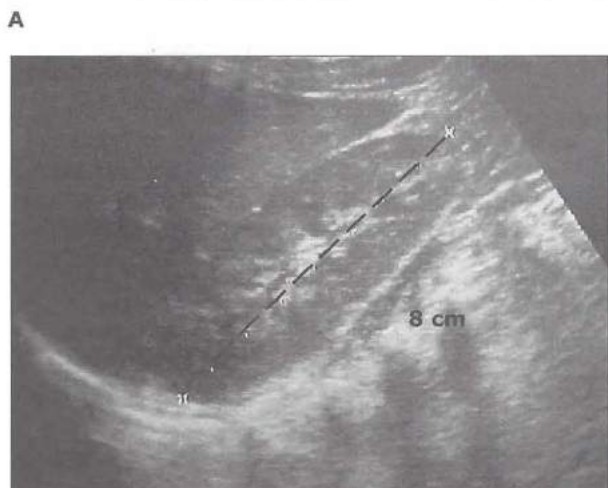
mamaria donde se informaba la ausencia de tumor, ecografía abdominal que mostraba ausencia del riñón izquierdo y un riñón derecho de ecogenicidad normal y aspecto vicariante (compensador) y a nivel pelviano, la presencia de un tumor quístico, probablemente de ovario, por lo que fue derivada a endocrinología pediátrica.

A su ingreso al hospital, la niña presentaba un excelente estado general, la telarca descrita en la derivación y secreción vaginal leve no hemorrágica. Se le solicita una radiografía de muñeca, donde se observa que la edad ósea es normal y exámenes de alfa feto proteína y gonadotropina coriónica humana, subunidad beta y gonadotropinas LH y FSH. El mismo día, con cirugía pediátrica, junto con profesionales de diagnóstico por imágenes, solicitan una nueva ecografía con los hallazgos que se describen en las figuras 1 A y B).

Los valores hormonales fueron normales. Dada la asociación conocida entre agenesia renal unilateral y duplicación vaginal tabicada ipsilateral, se le realizó una endoscopia por vía uretral y vaginal que confirmó la presencia de un hemitrígono derecho y ausencia de meato ureteral izquierdo y una vagina derecha desplazada por un tabique intervaginal con abombamiento hacia el mismo lado. El cuello uterino era de aspecto normal.

La patología se resolvió en el mismo acto quirúrgico, en

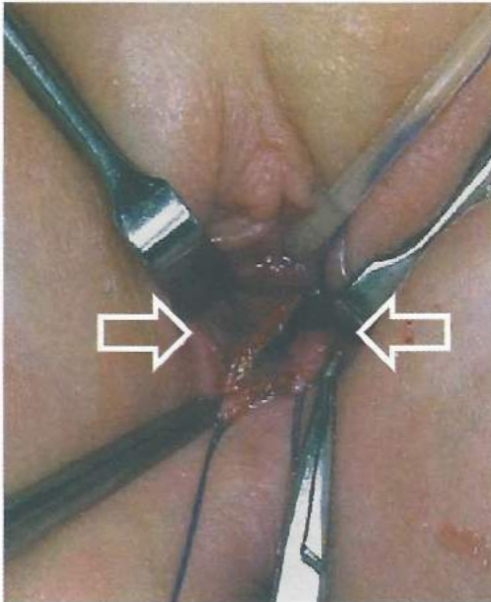
Figura 1 A. Riñón derecho normal de aspecto compensador con un diámetro mayor de 8 cm.
B. Imagen pelviana retrovesical con líquido y nivel en su interior a 1,5 cm de la vulva.



forma combinada con un abordaje laparoscópico y perineal creando una amplia comunicación entre las dos vaginas y drenando material de aspecto hemático y purulento de la vagina tabicada (fig. 2). La evolución fue favorable con desaparición de la secreción vaginal quedando en control y la telarca sin diagnóstico de certeza, que fue rotulada como idiopática.

La función renal era normal, por lo que sólo se recomendó control pediátrico periódico y anuales de laboratorio y ecografía renal.

Figura 2. Hemivagina izquierda y derecha (flechas) ya comunicadas antes de la resección del tabique (con autorización).



EMBRIOLOGÍA CLÍNICA

Los dos tercios distales de la vagina, el útero y las trompas de Falopio se desarrollan a partir de los conductos de Müller como una invaginación del epitelio celómico en una ubicación lateral y dorsal a los conductos de Wolff o conductos mesonéfricos, los cuáles van a dar origen al uréter y a formar el conducto deferente y los conductos eyaculadores en el feto masculino. Alrededor de la semana 8, los conductos de Müller están fusionados en la línea media y mantienen un septum intacto. Alrededor de la semana 10 este septum comienza a desaparecer de distal a proximal, a excepción del sector que va a formar las trompas de Falopio, que se mantienen independientes. Dado que durante todo el desarrollo ambos conductos (Wolff y Müller) permanecen muy próximos en relación espacial y temporal, las asociaciones entre malformaciones del árbol urinario y de la vagina y el útero es muy alta (puede alcanzar al

40%), siendo la más frecuente la agenesia renal unilateral. Por estas razones, es probable que la duplicación y obstrucción vaginal descrita en este caso sea secundaria a la malformación del esbozo mesonéfrico o de Wolff que generó la agenesia renal, que se interpone entre los Müller que intentan fusionarse. Hay que recordar que cuando existe una vagina duplicada y tabicada, en el 100% de los casos se presenta agenesia renal o displasia extrema (riñón multiquistico). Esta asociación es también conocida como Síndrome de Wunderlich.

CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS

Existen dos momentos en la vida de una niña donde la acumulación de secreciones y fluidos dentro de la vagina tabicada nos permitirá sospechar el diagnóstico de duplicación vaginal tabicada. El primero es cercano al nacimiento, cuando la estimulación hormonal estrogénica que recibe la recién nacida de su madre aumenta en forma muy importante la producción de secreción vaginal y uterina (en especial en las niñas con diagnóstico prenatal de agenesia renal unilateral). En algunos casos, la vagina tabicada protruye y es fácilmente visible en el introito, lo que puede confundir con el prolapso de un ureterocele ectópico (fig. 3). La ecografía pelviana nos acercará al diagnóstico, al mostrar una masa quística retrovesical en las duplicaciones y en cambio una masa quística intravesical y un sistema pieloureteral doble en el ureterocele ectópico. El segundo momento es el comienzo de la menarca, donde se produce dolor periódico con cada uno de los ciclos menstruales y la aparición de un tumor palpable en la pelvis. En estas pacientes, el aspecto del introito hace pensar en himen imperforado (fig. 4), pero la presencia de menstruaciones normales por parte de la otra hemivagina hace sospechar la duplicación. El examen ginecológico permite ob-

Figura 3. Duplicación vaginal que protruye por el introito (24 horas de vida) (con autorización).



Figura 4. Aspecto característico del himen imperforado con ausencia de orificio vaginal permeable (foto de archivo).



jetivar mediante el tacto vaginal la presencia de la hemivagina normal. La ausencia del riñón en forma ipsilateral a la vagina duplicada confirma el diagnóstico. El pasaje de sangre por las trompas hacia el peritoneo aumenta el dolor abdominal y puede ser causa de implantación de focos de endometriosis.

TRATAMIENTO

El tratamiento quirúrgico es simple, ya que consiste en comunicar ampliamente ambas hemivaginas, lo cual no requiere hoy en día de una cirugía a cielo abierto, como se hacía en el pasado, ya que puede combinarse una vía endoscópica con un control laparoscópico de seguridad en los neonatos y lactantes y para descartar endometriosis asociada en las adolescentes. Las posibilidades de embarazos a posteriori son buenas, pero está descripta distocia en el parto y prematuridad y pérdidas de fetos por hipoplasia uterina, lo cual suele mejorar o corregirse en los sucesivos embarazos. Nuevamente se revaloriza en este caso la importancia del diagnóstico prenatal, su adecuada interpretación y un seguimiento postnatal que permita en los casos necesarios una intervención precoz, que evite secuelas a nivel ginecológico y reproductivo.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- González ET Jr. Gynecological disorders in Children. In *Pediatric Urology*. 3 ed. Cambridge: Butterworth Heinemann; 1997.
- Gilsanz V, Cleveland RH, Reid BS. Duplication of the Mullerian ducts and genitourinary malformations II. Analysis of malformations. *Radiology* 1982; 144: 797-801.
- Iñón A, Ruiz E, León F y Puigdevall J. Asocia-

ción de duplicación uterovaginal completa con oclusión unilateral y malformación renal ipsilateral. *Arch Argent Pediatr* 1991, 91: 41-47.

- Bailez M, Bagnati E. (h), Katabian L y col. Malformaciones de los conductos de Muller y de la placa del seno urogenital. En: *Manual de Ginecología Infantojuvenil*. Buenos Aires: Editorial Ascune; 2003.

- Thompson DP, Lynn HB. Genital anomalies associated with solitary kidney. *Mayo Clin Proc* 1966; 41: 538-542.
- Koehler Carpenter E, Rock AJ. Uterovaginal Anomalies. En: *Pediatric and Adolescent Gynecology*. New York: Raven Press; 1992. Cap.20, pp 313-330.

Carcinoma infiltrante de mama

Oscar Blejman, Mariana Castro Barba y Héctor Guixá

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de sexo femenino, sin antecedentes de enfermedad, que se efectúa una mamografía de control en nuestro Servicio. Presenta un examen clínico negativo y refiere que su último control mamográfico fue realizado 18 meses atrás.

IMÁGENES

La mamografía muestra un patrón de tejido predominantemente adiposo, hallándose una pequeña densidad asimétrica en el CSE (cuadrante superoexterno) de la mama izquierda, que es evidente en la incidencia cráneo-caudal (fig. 1) y muy tenue en la incidencia oblicua (fig. 2).

Se pidió un estudio magnificado que mostró una pequeña imagen nodulillar de bordes espiculados (fig. 3). Por su aspecto radiológico (nódulo en parte espiculado) es categorizado como BIRADS 4c. Esta categorización requiere de un estudio histopatológico, ya que la imagen tiene un alto valor predictivo positivo.

La paciente refiere haber efectuado una mamografía en otro centro 18 meses antes, que trae a la consulta. Al revisar los estudios previos se identifica la imagen mencionada, que se mantuvo estable en el tiempo y no modificó sus características radiológicas (fig. 4).

Se efectuó cirugía conservadora, cuyo resultado fue un carcinoma infiltrante tubulo-lobulillar de 6 mm.

DISCUSIÓN

Debido al aspecto radiológico de la imagen (nódulo espiculado de lento crecimiento) sospechamos un carcinoma tubular, que es un tumor muy diferenciado y suele presentarse con estas características radiológicas. Sin embargo, el resultado fue un tumor mixto túbulo-lobulillar.

Por la alta sospecha de malignidad, se sugirió efectuar una biopsia radio-quirúrgica, previa marcación con carbón y biopsia de ganglio centinela. La paciente pidió tener un diagnóstico de punción antes de una cirugía, por lo que se efectuó entonces una punción percutánea con guía estereotáxica y aguja Mammotome® (fig. 5) dejando un clip marcador de referencia al finalizar la punción (fig. 6). Luego de la punción se logró la remoción casi total de la lesión radiológica.

El resultado fue el de un carcinoma infiltrante de 6 mm (T1b). Se marcó con carbón el clip metálico y se efectuó la cirugía conservadora que confirmó el diagnóstico. La exploración del ganglio centinela fue negativa.

CONCLUSIÓN

Si bien la imagen hallada fue altamente sugestiva de un carcinoma tubular, el resultado fue un tumor mixto túbulo-lobulillar.

La estabilidad en el tiempo de una lesión que tiene características de sospecha no indica benignidad del proceso y

Figura 1. Mamografía craneo-caudal, año 2004.

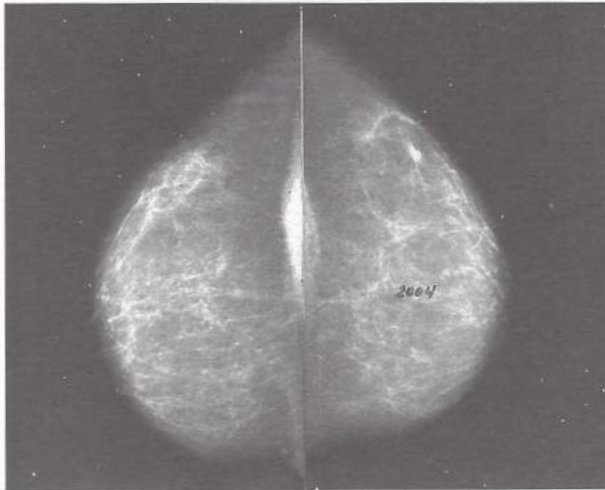
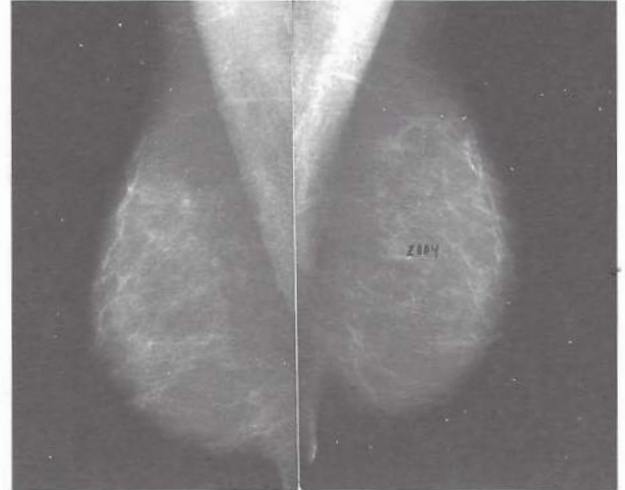


Figura 2. Mamografía oblicua, año 2004.



debe sugerirse el estudio histológico. Por el tamaño de la lesión (menor de 1 cm) y axila clínicamente negativa se realizó la biopsia de ganglio centinela en lugar de un vaciamiento axilar.

Figura 3. Magnificación, año 2004.

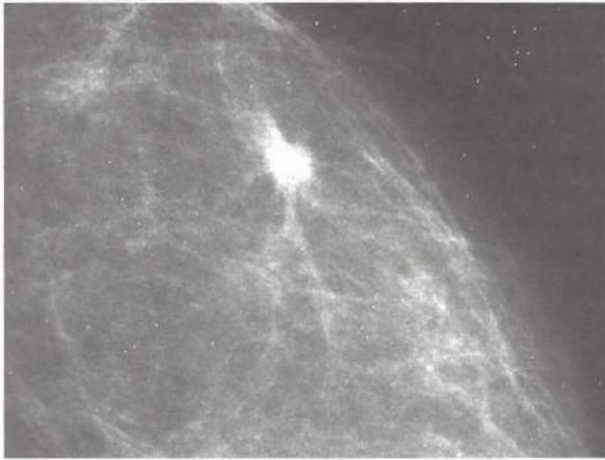


Figura 5. Punción estereotáxica con Mammotome®.

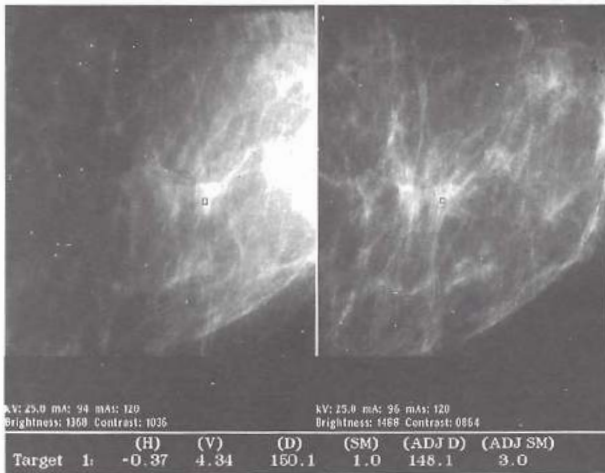


Figura 4. Mamografía, año 2002.

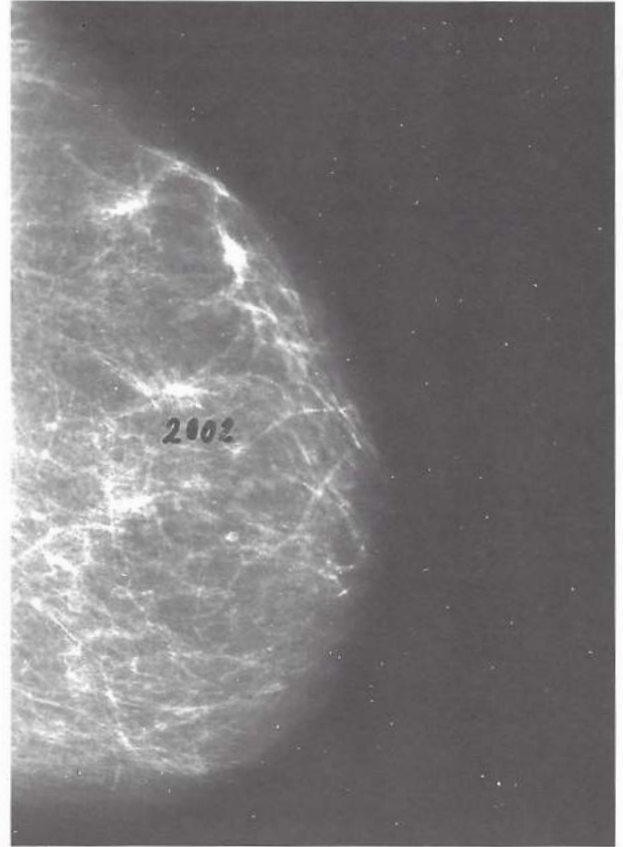
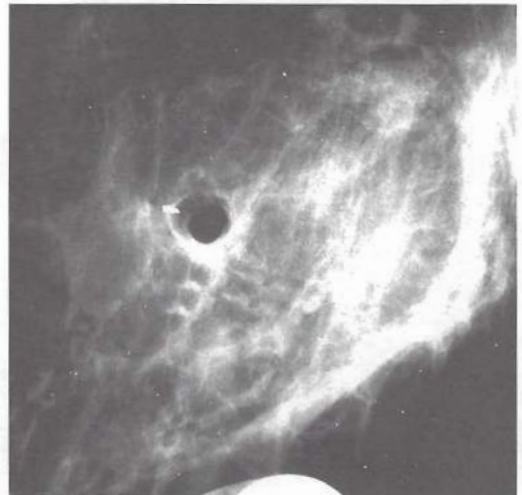


Figura 6. Colocación de clip.



BIBLIOGRAFÍA

- Heywang S, Dershaw D, Scheer I. Diagnostic Breast Imaging. 2 ed. New York: Thieme; 2001.
- Sickles EA. Nonpalpable, circumscribed, non-

calcified solid breast masses: likelihood of malignancy based on lesion size and age of patients. Radiology 1994; 192: 439-442

- Liberman L, Dershaw DD, Rosen PP y col. Stereotaxic core biopsy of impalpable spiculated breast masses. AJR 1995; 165: 551-554.

Las drogas de la inteligencia y la valoración social de las capacidades cognitivas: prescripción irresponsable y Pigmalión frustrado

Juan Martín Seeber y Pablo Argibay

“El hombre no esperará pasivamente por millones de años hasta que la evolución le ofrezca un mejor cerebro... En el sentido nootrópico, desarrollar una acción farmacológica de acción íntegra en el cerebro, tiende a encontrar un lugar en este lejano objetivo humano”.

C.E. Giurgea

Pigmalión se enamoró de su estatua; tanto, que ésta cumplió la mayor de sus expectativas y se convirtió en mujer de carne y hueso. La sociedad de consumo es pigmalionista, moldea estatuas, rompe voluntades, genera necesidades y al final siempre sus mejores expectativas se cumplen, se vende y se vende mucho. Ya no bastan cuerpos perfectos y bellamente duraderos, sobre todo esto último. A tal punto que hay toda una medicina de la estética, ya que no creemos que ésta sea estética en sí misma. El objetivo de la medicina, parece que lo olvidamos, es prevenir, curar, ayudar a bien morir si se quiere. Corregir deformidades y dolores del alma por fealdades físicas imaginarias o reales, también. Sin embargo, mal en nuestro siglo de catástrofes sociales diversas, podría haber algo así como una medicina estética cuyo fin sea la búsqueda de lo puramente bello sin caer en una frivolidad casi inaceptable. Más allá de la búsqueda del cuerpo perfecto y su inmortalidad, el postmodernismo nos está dejando como resaca algo más preocupante: no ya la búsqueda del cuerpo bello e inmutable, sino y bastante más ambiciosa en su proyecto, la eficiencia sin límites de la inteligencia y la perduración de ésta más allá de la noble e imparable vejez.

En psicología, el efecto pigmalión es un fenómeno mediante el cual las creencias y expectativas del entorno respecto al individuo afectan su conducta a tal punto que se provoca en éste la confirmación de sus expectativas. Confirmación ilusa, claro está, en muchos casos.

En 1972 el investigador belga C.E. Giurgea propuso el término “nootropismo” para definir la acción de una serie de drogas que tendrían acción facilitando la adquisición, consolidación y recuerdo o evocación de la información: las

smart drugs, drogas nootrópicas o eficientizadoras de la actividad intelectual que apuntan al desarrollo de la memoria en general y a la inteligencia humana. La memoria, ese balance dinámico entre millares de hechos aprendidos, retenidos o borrados es en parte los que nos define como seres individuales. Ese mecanismo, que en el “Funes” de Borges era una tortura, es en gran medida lo que somos.

El mercado es claro y la situación también: la expectativa de vida aumenta notablemente y con ella la vejez, su fisiología normal y la incidencia de ciertos desórdenes. Por otra parte, las compañías farmacéuticas han intentado generar potenciales tratamientos para las enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer (modelo extremo de degeneración neurocognitiva), con relativo éxito. Colateralmente y sin llegar al Alzheimer, crece la preocupación por los trastornos de la memoria que afectan a la mayoría de la población de más de 50 años. Además, en el otro extremo de la vida, los trastornos del aprendizaje en niños también son objeto de estudios farmacológicos. Como quiera que sea, en la enfermedad o en los trastornos fisiológicos propios de la edad avanzada, vivimos una valoración social desmedida de la esfera cognitiva, lo cual ha hecho que proliferen una cierta cantidad de “potenciadores” cerebrales. Ya no basta con tener una cabellera leonina o una piel tensa, libre de arrugas a pesar de la edad. Tenemos que seguir siendo inteligentes más allá del tiempo. Las drogas nootrópicas continúan hoy siendo el centro de debate de muchos investigadores ya que su dudosa efectividad y eficacia no concuerdan con su utilización y venta desmedida en muchos países.

Utilizando un buscador de Internet, las *smart drugs* parecen ofrecer una gran diversidad y cantidad de páginas. La información abarca desde conceptos como el nuevo “Viagra para el cerebro”, hasta los que hablan de ciertos nutrientes que mejoran las habilidades mentales. Piracetam, acetyl-L-carnitina, ginkgo biloba, cholina, son tan sólo algunas de las tantas drogas catalogadas posiblemente como *smart drugs*. Dentro de este amplio repertorio, no hay que

olvidar que todas estas drogas figuran como drogas de venta libre y disponibles para el consumidor. La fórmula parecería ser que si no poseen efectos adversos y dan ganancias entonces: "el mercado ofrece", la sociedad valora y el individuo consume.

Más allá del consumo indiscriminado por parte de la población, las investigaciones biomédicas han realizado una ardua tarea en tratar de descifrar la función y posible utilización de algunas de ellas. El piracetam, por ejemplo, pareció ser inicialmente el gran estandarte de las drogas nootrópicas. Sin embargo, utilizado este en diversos estudios de trastornos y patologías que afectan la cognición^{2,3}, no demostró cambios significativos, así como tampoco fueron dilucidados sus mecanismos de acción específica. Los estudios científicos en los últimos años continúan en la búsqueda de alguna respuesta certera^{4,5,6,7}. En la Argentina el piracetam es una droga de venta bajo receta, indicado entre otras cosas, en el apoyo de trastornos cognitivos en pacientes añosos con exclusión de la enfermedad de Alzheimer. En Alemania⁸ hace varios años, un estudio en Baja Sajonia analizó los factores que influenciaban las prescripción de las drogas nootrópicas. En este estudio, un 70% de médicos prescribían piracetam y otras drogas para diversos tipos de trastornos cognitivos. Un 56% de estos médicos tenían dudas acerca de la efectividad en la utilización de estos fármacos, y aún así, continuaban recetándolos. Finalmente, se llegó a la conclusión de que la prescripción de drogas nootrópicas estaba más influenciada por factores que conciernen a la relación médico-paciente (el dejar tranquilo mediante la prescripción), que a otros criterios médicos. Un factor interesante a estudiar por la sociología de la medicina y en bioética, es el fenómeno de "prescripción sin expectativas biológicas", que puede originarse en ciertas circunstancias de la práctica médica. Parecería que al no haber efecto biológico negativo, este tipo de fármacos podrían utilizarse casi como efecto placebo. Sin embargo, la cuestión no es tan sencilla. Un placebo es una sustancia biológicamente inerte que se utiliza en estudios clínicos o en algunas situaciones especiales para observar la mejoría del paciente a través de fenómenos de sugestión o comparar el efecto del azar en los estudios clínicos. No es el caso con los fármacos nootrópicos. De hecho, si bien no se ha comprobado un efecto terapéutico del piracetam, sí se sabe que tiene efectos biológicos a nivel del sistema nervioso central. En síntesis, la prescripción sin expectativas clínicas es un ejercicio irresponsable de la medicina y un síntoma más de una sociedad de consumo en la cual al paciente hay que darle algo para dejarlo tranquilo.

Pígalión está entre nosotros, valoramos a los demás por lo que poseen y de esta manera los "construimos" a nuestra imagen, ya que lo que queremos que posean en cierta

forma es nuestra propia necesidad. Como en un juego de dos espejos enfrentados que reflejan una imagen, en el medio de ellos este efecto *pígalionizador* se repite en forma recurrente millones de veces. El deseo de posesión hace tiempo que ha sobrepasado los bienes personales. Ahora valoramos y nos valoramos por la más preciada de las pertenencias, nuestro cuerpo. El fenómeno de la "comercialización y valoración del cuerpo" no es nuevo, tampoco lo es el de la valorización extrema de la inteligencia. El problema es que el continuo desarrollo de las neurociencias, nos está develando cada día más el misterio de la conciencia y la mente. Las "*smart drugs*", no tienen hoy expectativas biológicas y son prácticamente una mercancía de bazar naturista. Sin embargo, la biología de la memoria avanza a pasos agigantados y nada hace pensar en que pronto no tendremos verdaderas drogas eficientizadoras de la actividad mental. ¿Es esto deseable?, ¿es necesario?, ¿será adecuada la utilización de estas drogas por fuera de las enfermedades? La ética del nuevo milenio no podrá seguir por mucho tiempo un paso atrás de los conocimientos científicos y los avances tecnológicos. Estamos preocupados por las terapias génicas que podrían alterar el patrimonio genético de la humanidad en su deseo de prevenir y abolir enfermedades. Sin embargo, nos olvidamos que el ser humano hace tiempo que superó la mera evolución genética a través de la "evolución" cultural. Pígalión está entre nosotros; si prescribimos o aconsejamos sin sentido el uso de drogas nootrópicas, poco a poco iremos construyendo por selección cultural una sociedad donde la ausencia de brillantez sea considerada tanto o más oprobiosa que poseer una nariz larga o un abdomen prominente. El lugar del médico consejero, acompañante en el bien morir y en el bien envejecer, irá dando lugar al escultor chipriota dentro nuestro, el que a fuerza de querer lo casi imposible lo logra. Por otro lado, el mercado acecha. El "mercado de la mente" parece ser hoy una idea lejana e inclusive absurda, pero no necesariamente irreal. En conclusión, la problemática acerca de las "*smart drugs*", se centra principalmente en el tipo de rol que debería adoptar el médico ante dichas circunstancias. Es importante considerar que por un lado la industria farmacológica ofrece gran variedad de drogas de amplia difusión y uso, y que a veces pueden ser de dudosa efectividad. Por el otro lado, la sociedad puede desarrollar falsas creencias acerca de promesas terapéuticas, además de ir más allá y querer mejorar lo fisiológico. En un tercer pilar, la ciencia cada vez está más cerca de ofrecer un conocimiento detallado de potenciales blancos de mejoras cognitivas. La ética emanada de una sociedad responsable y educada debería establecer los límites a estos procesos sociales. Las academias, deberían tratar en su seno estos problemas y ser el efector último de la educación farmacológica de la socie-

dad. El médico debería intentar evitar transformarse en un escultor cultural para ser quizás un cultor de la mayéutica, el parto de ideas con el cual Sócrates invitaba a sus oyentes a enfrentarse críticamente consigo mismo. En fin, a medida que aumenta la expectativa de vida de la población humana, la vejez está siendo ya vieja para algunos. El dilema, ¿se debe ayudar a bien envejecer? o ¿debemos obsesionarnos con la ineludible y devenible "levedad del ser" y hasta frenarla a toda costa?

Funes "El memorioso", de Borges⁹ se pierde en la eterni-

dad de los recuerdos y pronuncia: "*Lo cierto es que vivimos postergando todo lo postergable; tal vez todos sabemos profundamente que somos inmortales y que tarde o temprano, todo hombre hará todas las cosas y lo sabrá todo*". Aún así, Funes finalmente muere, tal vez porque habría olvidado el saber olvidar, y así, como en esos mitos de la antigüedad, vengativos dioses hicieron que la eternidad le fuera arrebatada. Pigmalión tiene a su amada, ¿podrá ésta amarlo?

BIBLIOGRAFÍA

1. Rose SP. 'Smart drugs': do they work? Are they ethical? Will they be legal? *Nat Rev Neurosci* 2002; 3: 975-9
2. Ricci S, Celani MG, Cantisani TA y col. Piracetam in acute stroke: a systematic review. *J Neurol*. 2000; 247:263-6.
3. Flicker L, Grimley Evans G. Piracetam for dementia or cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD001011.
4. Noorbala AA, Akhondzadeh S, Davari-Ashtiani R y col. Piracetam in the treatment of schizophrenia: implications for the glutamate hypothesis of schizophrenia. *J Clin Pharm Ther* 1999; 24: 369-74.
5. Ruthrich H, Grecksch G, Krug M. Effects of piracetam on pentylene-tetrazol-kindling development, hippocampal potentiation phenomena and kindling-induced learning deficit. *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol* 1999; 360: 413-20.
6. Vaglenova J, Vesselinov Petkov V. Can nootropic drugs be effective against the impact of ethanol teratogenicity on cognitive performance? *Eur Neuropsychopharmacol* 2001; 11: 33-40.
7. Rauca C, Jantze H, Krug M. Does fucose or piracetam modify the effect of hypoxia preconditioning against pentylene-tetrazol-induced seizures? *Brain Res* 2000; 880: 187-90.
8. 4. Stoppe G, Sandholzer H, Staedt J y col. Factors influencing the prescribing of nootropic drugs. Results of a representative inquiry in Lower Saxony. *Dtsch Med Wochenschr* 1995; 120: 1614-9.
9. Borges JL. Funes el memorioso. En: *Ficciones*. Buenos Aires: Emece, 2004.

El Dr. Juan B. Borla

Se han cumplido cien años del nacimiento del doctor Borla. Nada más esclarecedor que escuchar las lecciones que nos dieron con su vida los grandes espíritus desaparecidos cuando, circunstancialmente, camino de noche por los corredores de nuestro querido Hospital. Ellas guían nuestros pasos, señalan nuestra conducta, nuestros grandes ideales y, en fin, señalan cómo cumplieron ellos con esos deberes, cómo llegaron a conquistar esos ideales que definitivamente fueron las bases sólidas y profundas en que se cimentó este magnífico Hospital Italiano, orgullo no sólo de la colectividad, sino de toda la comunidad por la excelencia médica que brinda a todo el país y algunos países vecinos.

En los períodos de debilitamiento de los altos valores morales, de oscurecimiento de las virtudes, de empobrecimiento de los ideales y del surgir de los grandes egoísmos de esta sociedad de consumo, encontraremos en nuestros precursores las fuerzas y las luces que harán desaparecer las sombras, indispensables para resurgir de nuestras cenizas como el ave fénix, orientarnos y salvarnos.

Encontraremos, mirando alrededor, hombres excepcionales, no sólo por su ciencia médica, sino sobre todo por su conciencia moral.

La ciencia estuvo limitada a los recursos y conocimientos de la época romántica de la medicina de principios de siglo.

El doctor Borla inició su profesión en este querido Hospital allá por el año 1916.

Fue un verdadero maestro, enseñó más con su sabiduría que con la ciencia: comprendió y alivió las miserias humanas. Un espíritu de su amplitud, de su universalidad, de su sensibilidad, se concentró específicamente en desarrollar su querido Hospital.

Era Borla un hombre alto, delgado, de cutis mate. Sus amigos lo llamaban "el negro Borla". De frente amplia y despejada, nariz regular, ojos negros, mirar sereno y penetrante. Su andar algo desgarbado lo hacía sumamente atractivo y seductor, con mucho éxito en el sector femenino.

Muy inteligente aunque holgazán; a veces bromista, otras irónico, con un alma exquisitamente bondadosa, un carácter alegre y sobre todo amable, con los que adquirió gran influencia entre sus compañeros.

En muchas oportunidades permanecía parado, con las piernas separadas, bamboleándose de atrás hacia delante, enviando con sus ojos mensajes diversos, de aprobación, de reproche, de ironía...

Nunca olvidaré el día que operé al doctor Elpidio González, ex vicepresidente de la Nación. El comedor estaba lleno, se festejaba mi primera guardia como médico interno y el doctor Pierino levantó su copa:

—Brindo por el novel interno, por el éxito de la operación que realizó hace pocos minutos con nuestro ilustre paciente el doctor González y sobre todo porque estamos frente a un cirujano de gran futuro, no solamente hospitalario sino también universitario. Vos, negro—dirigiéndose a Borla— estarás más que satisfecho con tu discípulo—.

En la otra cabecera de la mesa, Borla, con su sombrero negro ligeramente ladeado, balanceándose según su hábito, al guiñarme un ojo me decía in mente —lo oía como si realmente su voz resonara— "bien pibe, estoy orgulloso de ti".

Vivía en el barrio de Almagro, en la calle Medrano al 400, humilde suburbio de principios de siglo que se incorporaba a la metrópoli avanzando sobre la periferia.

Se lo veía pasar por las calles de su barrio, visitando a uno y otro enfermo, muchas veces caminando junto a sus amigos de los alrededores con los que conversaba y otras veces hablando consigo mismo. Era hinchado de Atlanta.

Dueño de una autonomía moral y de un equilibrio interior excepcionales.

Los domingos me llevaba, junto con el doctor Pesce, a conversar con los pájaros y los árboles al Jardín Botánico. Era mejor clínico que cirujano.

Había sido discípulo del profesor Marotta, el mejor clínico quirúrgico de la década del 30 y del doctor Salvador Marino, uno de los mejores cirujanos de Buenos Aires en



aquella época.

Toda su carrera la realizó en el Hospital Italiano, desde practicante hasta director médico en el año 1945.

Después de su etapa quirúrgica, le sigue una segunda etapa, también quirúrgica.

En ella pone énfasis en la cirugía psicológica y moral.

Sin duda, en esta faceta aparece el extraordinario cirujano de almas, que se complementa con el discreto cirujano.

Con su verbo reemplazó en forma contundente al bisturí.

Hizo cirugía reparadora, de los médicos y de la medicina que presentaban deformaciones morales.

En el humorismo de su palabra estaba la anestesia y la crítica reemplazaba al bisturí.

Con la cirugía, en el quirófano había aprendido que todo se puede corregir en el cuerpo humano y salvar al paciente con conocimiento, paciencia, perspicacia y oportunidad. Tenía bien claro que el bisturí demasiado afilado y agudo era siempre peligroso.

Sabía perfectamente que la supresión del dolor constituye la acción médica más conmovedora que un hombre puede hacer por un semejante. Que las cicatrices se pueden disimular en forma tal, que no dejen señales visibles aún en las operaciones más complicadas y difíciles.

Tenía un concepto claro de que en la cirugía de las almas, debía estar presente lo que había aprendido en el quirófano, en la cirugía de los cuerpos. Por eso su palabra fue siempre serena, suave, flexible y trasuntaba seguridad.

Señalaba los defectos con delicadeza, sin hundir el puñal de la crítica despojada de afecto.

Con su buen humor era capaz de curar el dolor, como si fuera un sedante.

Se cuidaba muchísimo de no dejar cicatrices visuales en la vanidad, en el orgullo, ni en la soberbia, reemplazándolas con apenas unas líneas de blanquecinos puntos.

Era natural que así fuese. Había visto desfilar a la criatura humana, con buena luz, a través de sus ojos claros, transparentes; las había fijado en la cámara oscura de sus retinas y las revelaba cuando lo consideraba oportuno, a través de sus charlas y consejos.

Borla fue un gran amigo de sus amigos, un conversador fácil y amable; un incitador al diálogo.

Cuando yo me levantaba para ir a la facultad o al Hospital,

en las charlas cotidianas que manteníamos en nuestro consultorio, me detenía al pasar.

—Sentáte, hijo, tenés que aprender a perder el tiempo.

Yo no lo comprendía, no quería perder tiempo, quería ganarlo todo.

Hoy, pasados los años, lo comprendo en toda su intensidad. Sabía relatar las anécdotas de la vida real, llenándolas de gracia, de picardía y sobre todo de filosofía.

Era capaz de mantener la atención de sus interlocutores; nadie se fatigaba o aburría a su lado, era sin duda un gran seductor.

De la amistad hacía un culto. Repetía lo de Gracián: “no hay mayor desierto como vivir sin amigos, la amistad multiplica los bienes, reparte los males; el único remedio contra la adversa fortuna y un desahogo del alma...”. Por eso toda su vida vivió rodeado de sus amigos y bebió el puro vino de la amistad.

En los últimos tiempos se lo notaba triste. Yo trataba de alentarlo, de distraerlo.

—Mirá hijo —me decía entonces— cuando el caballo se pone viejo, se hace lerdo y tristón, se arrinconca solitario en el ángulo más alejado del potrero esperando que llegue la muerte.

Con estos pincelazos he tratado de hacer un retrato del hombre que inició esa obra monumental que es el Hospital Italiano. Yo tuve la fortuna de ser a veces su instigador y otras su brazo ejecutor.

Él fue un buen cirujano que utilizó su voz para atenuar, corregir y encaminar mi vida, como si fuese mi padre médico y en realidad lo fue.

Tuvo piedad para los injustos, mucho amor para los buenos, piedad para los doloridos, perdón para los perdidos. Guardó su última sonrisa para su propia muerte.

Qué injusticias tiene la vida. Hoy su Hospital lo ha olvidado, mi querido doctor Borla.

Usted ni siquiera es un recuerdo.

Francisco Loyúdice
Director Médico Honorario
Hospital Italiano de Buenos Aires

Guía de práctica clínica para bronquiolitis

DEFINICIÓN

Para la presente guía, definimos bronquiolitis al primer episodio de obstrucción inflamatoria aguda de la vía aérea inferior (bronquiólos), de etiología probablemente viral, en niños menores de 18 meses.

El grado de recomendación se basa en el nivel de evidencia disponible, según los criterios del *Oxford Centre for Evidence Based Medicine* (www.cebm.net):

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Diseño de los estudios
A	1a	Revisión sistemática o Meta-análisis con homogeneidad
	1b	Estudio clínico controlado con distribución aleatoria e IC estrecho
B	2a	Revisión sistemática de cohortes
	2b	Un estudio de cohorte
	3a	Revisión sistemática de casos-control
	3b	Un estudio caso-control
C	4	Serie de casos
D	5	Opinión de expertos

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Enfermedad viral respiratoria alta precedente.
- Signos de enfermedad respiratoria baja:
 - Sibilancias.
 - Retracciones.
 - Taquipnea.
 - Aleteo nasal.
 - Respiración en balancín.
- Epidemiología viral presente.

CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE

- Criterios de riesgo (Grado de recomendación B).
 - Aspecto tóxico.
 - Intolerancia oral y/o deshidratación > 5%.
 - Hipoxemia: oximetría, con aire ambiente, < 94%.

- Apneas.
- Frecuencia respiratoria > 60 respiraciones por minuto.
- Edad < 8 semanas.
- Prematurez con edad cronológica corregida < 3 meses.
- Dificultades socio-familiares.
- Cardiopatía subyacente.
- Patología pulmonar crónica: DBP, FQP.
- Inmunodeficiencia congénita o adquirida.

- Puntaje de Wood-Downes, modificado por Martín-Torres F, et al.

Puntaje	0	0,5	1	2
Oxigenación/ SpO ₂ (FiO ₂)	> 95% (21%)	90-95% (21%)	<90% (21%)	90% (40%)
Murmullo vesicular	Normal	Asimetría leve	Desigual	Disminuido o ausente
Uso de músculos accesorios	Ninguno	Leve	Moderado	Máximo
Sibilancias espiratorias	Ninguna	Leve	Moderadas	Marcado
SNC	Normal	Agitado al estímulo	Excitado o deprimido	Coma

- Leve: 0 a 3 puntos.
- Moderada: 4 a 6 puntos.
- Grave: 7 ó más puntos.

CONDUCTA EN LA SALA DE EMERGENCIAS

Evaluación inicial

- Anamnesis y examen físico.
- Desobstrucción de la vía aérea superior (aspiración suave si fuera necesaria).
- Evaluar criterios de riesgo y puntaje de gravedad.

Grupo	Criterios de riesgo	Puntaje (W-D)
A	Ausentes	≤ 3
B	Ausentes	4 a 6
C	Presentes (*)	> 6 (*)

(*) Un criterio de riesgo presente o puntaje > 6.

Abreviaturas utilizadas: IC: intervalo de confianza; DBP: displasia broncopulmonar; FQP: enfermedad fibroquística pulmonar; FR: frecuencia respiratoria; UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátricos; PO: por boca; SNG: sonda nasogástrica; IV: intravenosa; CPAP: presión continua positiva en la vía aérea; ARM: asistencia respiratoria mecánica; FRIA: falla respiratoria inminente aguda; VSR: virus sincicial respiratorio; SE: sala de emergencias; SpO₂: oximetría de pulso; FiO₂: fracción inspirada de oxígeno; W-D: puntaje de Wood-Downes; SBT: salbutamol.

CONDUCTA EN EL GRUPO A

1. Indicaciones a los padres.
2. Permeabilización de la vía aérea superior (Grado de recomendación D).
 - Tratamiento postural (decúbito supino, 30° elevación, cuello ligeramente extendido).
 - Lavados nasales con suero fisiológico, maniobras de desobstrucción a demanda y antes de las tomas.
3. Alimentación fraccionada.
4. Beta 2 adrenérgicos (aerocámara) en pacientes procedentes de grupo B (Grado de recomendación C). Existe un posible beneficio al no poder discriminar si es el primer episodio de asma del lactante (Grado de recomendación B).
5. Antitérmicos (sólo paracetamol en menores de 6 meses).

CONDUCTA EN EL GRUPO B (SALA DE EMERGENCIAS)

1. Salbutamol (aerocámara), 2 series de 2 disparos, separadas por 20 minutos (Grados de recomendación A y B).
 - Buena respuesta: $SpO_2 > 95\%$ con aire ambiental y puntaje ≤ 3 , familia confiable y contenida, pasa a grupo A (tratamiento y seguimiento ambulatorios).
 - Mala respuesta: pasa a grupo C (internación).

CONDUCTA EN EL GRUPO C (INTERNADO)

1. Medidas de aislamiento respiratorio.
2. Evitar las situaciones de llanto e irritabilidad.
3. Monitorización: SpO_2 , Frecuencias respiratoria y cardíaca, y puntaje de gravedad (Wood-Downes) (Grado de recomendación C).
 - $FR > 60/\text{min}$ ó $SpO_2 < 92\%$: UCIP. Requiere monitoreo continuo.
 - $FR < 60/\text{min}$ y $SpO_2 > 92\%$: Cuidados Intermedios. Requiere monitoreo intermitente.
4. Revaloración del sitio de internación cada 12 hs.

TRATAMIENTO PARA EL GRUPO C

1. Cuidados intermedios
 - Permeabilización de vía aérea superior (Grado de recomendación D).
 - Antitérmicos.
 - Oxígeno por cánula nasal, 2 L/min, en función de SpO_2 (Grado de recomendación B).
 - Hidratación PO, SNG o IV según tolerancia. Objeto:

normohidratación (Grado de recomendación B).

- Kinesioterapia respiratoria: sólo si aparecen atelectasias (Grado de recomendación D).
 - Salbutamol (aerocámara), 2 disparos cada 4-6 horas. Si no mejora luego de 2 secuencias, suspender (Grado de recomendación C).
 - La evidencia sobre la utilidad de la epinefrina nebulizada, que podría ser de utilidad en la sala de emergencias, no está definida, ya que existen estudios con grados 1 y 2 con resultados dispares. Necesita ser nebulizada y no está claro el seguimiento posterior, tanto en internación como a nivel ambulatorio.
 - Corticoides: sólo si hay antecedentes claros de asma en la familia (Grado de recomendación C y D).
 - Antibióticos: no están indicados.
2. Cuidados Intensivos (UCIP)
 - Al tratamiento en Cuidados Intermedios se agrega CPAP (Grado de recomendación B), nasal o ARM invasiva si aparece FRIA.

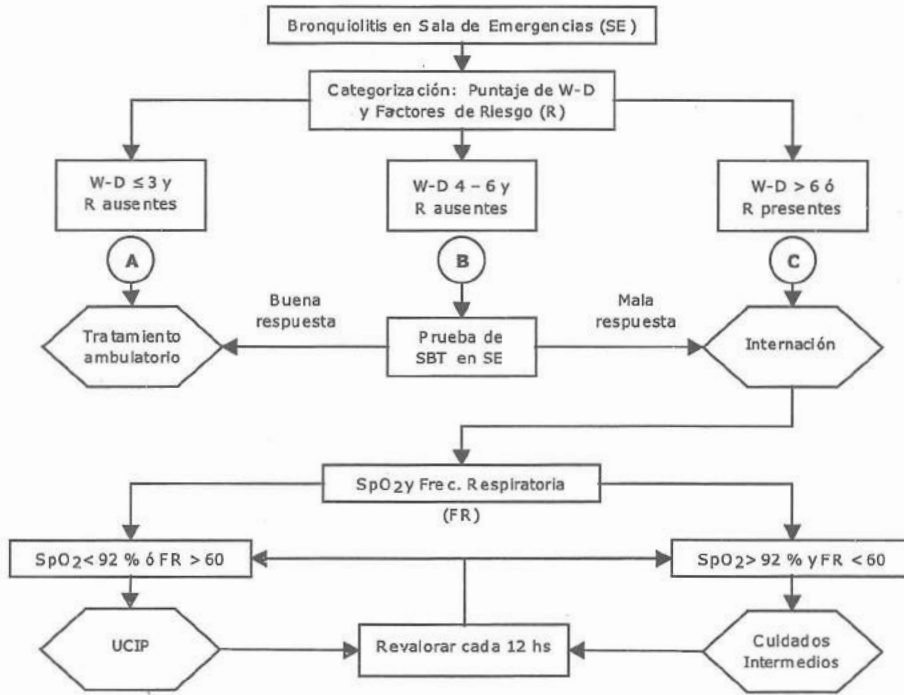
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- No está justificada la realización de exploraciones complementarias de rutina en pacientes ambulatorios.
- Aspirado nasofaríngeo para determinación de VSR dentro de las 72 horas de evolución de la enfermedad (Grado de recomendación C y D).
 - Edad < 2 meses.
 - Inmunosuprimidos.
 - Enfermedad severa.
- Radiografía de tórax: No se recomienda en pacientes ambulatorios. Excepción: el diagnóstico de bronquiolitis no es claro, o bronquiolitis complicada (fiebre elevada, puntaje > 6). (Grado de recomendación C).
- Hemocultivos, hemograma y urocultivo: no recomendados en la evaluación inicial. (Grado de recomendación C).
- Gases en sangre: no recomendados en la evaluación inicial. (Grado de recomendación D).

EGRESO HOSPITALARIO

- Puntaje de W-D < 3 (sin disnea).
- $SpO_2 > 94\%$ con aire ambiental.
- Temperatura $< 38^\circ\text{C}$.
- Buena tolerancia oral.

Algoritmo para la asistencia de los niños con bronquiolitis



BIBLIOGRAFÍA

- Abul-Ainine A, Luyt D. Short term effects of adrenaline in bronchiolitis: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child* 2002; 86: 276-9.

- Bertrand P, Aranibar H, Castro E y col. Efficacy of nebulized epinephrine versus salbutamol in hospitalized infants with bronchiolitis. *Pediatr Pulmonol* 2001; 31: 284-8.

- Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence based clinical practice guideline for infant with bronchiolitis. Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2001 Nov 28. 9 p. [82 references] [2005 mar] Disponible en: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3113&nbr=2339&string=cincinnati.

- De Boeck K, Van der Aa N, Van Lierde S y col. Respiratory syncytial virus bronchiolitis: a double-blind dexamethasone efficacy study. *J Pediatr* 1997; 131: 919-21.

- Dobson JV, Stephens-Groff SM, McMahon SR y col. The use of albuterol in hospitalized infants with bronchiolitis. *Pediatrics* 1998; 101(3 Pt 1): 361-68.

- El-Radhi AS, Barry W, Patel S. Association of fever and severe clinical course in bronchiolitis. *Arch Dis Child* 1999; 81: 231-4.

- Flores G, Horwitz RI. Efficacy of beta2-agonists in bronchiolitis: a reappraisal and meta-analysis. *Pediatrics* 1997; 100 (2pt1): 233-9.

- Hariprakash S, Alexander J, Carroll W y col. Randomized controlled trial of nebulized adrenaline in acute bronchiolitis. *Pediatr Allergy*

Immunol 2003; 14: 134-9.

- Hartling L, Wiebe N, Russell K y col. A meta-analysis of randomized controlled trials evaluating the efficacy of epinephrine for the treatment of acute viral bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157: 957-64

- Kellner JD, Ohlsson A, Gadomski AM y col. Bronchodilators for bronchiolitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2): CD001266.

- Klassen TP, Sutcliffe T, Watters LK. Dexamethasone in salbutamol-treated inpatients with acute bronchiolitis: a randomized, controlled trial. *J Pediatr* 1997; 130: 191-6.

- Liebelt EL, Qi K, Harvey K. Diagnostic testing for serious bacterial infections in infants aged 90 days or younger with bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999; 153: 525-30.

- Martinon-Torres F, Rodriguez-Nunez A, Martinon-Sanchez JM. Heliox therapy in infants with acute bronchiolitis. *Pediatrics*. 2002; 109: 68-73.

- Meates M. Does nebulised adrenaline (epinephrine) reduce admission rate in bronchiolitis? *Arch Dis Child* 2002; 87:548-50.

- Menon K, Sutcliffe T, Klassen TP. A randomized trial comparing the efficacy of epinephrine with salbutamol in the treatment of acute bronchiolitis. *J Pediatr* 1995; 126: 1004-7.

- Patel H, Platt RW, Pেকেles GS y col. A randomized, controlled trial of the effectiveness of nebulized therapy with epinephrine compared with albuterol and saline in infants hospitalized for acute

viral bronchiolitis. *J Pediatr*. 2002; 141: 818-24.

- Ray MS, Singh V. Comparison of nebulized adrenaline versus salbutamol in wheeze associated respiratory tract infection in infants. *Indian Pediatr* 2002; 39: 12-22.

- Reijonen T, Korppi M, Pitkakangas S y col. The clinical efficacy of nebulized racemic epinephrine and albuterol in acute bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149: 686-92.

- Roosevelt G, Sheehan K, Grupp-Phelan J y col. Dexamethasone in bronchiolitis: a randomized controlled trial. *Lancet* 1996; 348: 292-5.

- Rusconi F. Efficacy of epinephrine with salbutamol in treatment of acute bronchiolitis. *J Pediatr* 1996; 128: 441-3.

- Schuh S, Coates AL, Binnie R y col. Efficacy of oral dexamethasone in outpatients with acute bronchiolitis. *J Pediatr* 2002; 140: 27-32.

- van Woensel JB, Wolfs TF, van Aalderen WM y col. Randomised double blind placebo controlled trial of prednisolone in children admitted to hospital with respiratory syncytial virus bronchiolitis. *Thorax* 1997; 52: 634-7.

- Wainwright C, Altamirano L, Cheney M y col. A multicenter, randomized, double-blind, controlled trial of nebulized epinephrine in infants with acute bronchiolitis. *N Engl J Med* 2003; 349: 27-35.

- Wood DW, Downes JJ, Lecks HI. A clinical scoring system for the diagnosis of respiratory failure. Preliminary report on childhood status asthmaticus. *Am J Dis Child*. 1972; 123: 227-8.



Acelerador Lineal • Telecobaltoterapia

Simulación / Planificación

Braquiterapia • Próstata 3D

Radiocirugía • Estereotaxia

Total Body

Alta complejidad en Terapia Radiante



**Certificación ISO 9001: 2000
R1 9000 - 528**

**Tte. Gral. Juan D. Perón 3937 C1198AAW
Tel/Fax: 4958-1213 • e-mail: info@mevaterapia.com**



Liliana Barrera. Presión. Oleo, 60 x 50.
Primer Premio Salón de Arte 2004,
Hospital Italiano de Buenos Aires