

Diciembre 2014 Volumen 34 Número 4

Expectativa de vida y fragilidad
Jáuregui J. R.

Acciones médicas frente a los cambios en la expectativa de vida.
¿Cuánto debemos actuar preventivamente con los pacientes ancianos?
Velazquez A.

Fragilidad en el anciano
Benchimol J. A.

Nuevos anticoagulantes para el tratamiento de la fibrilación auricular
Maid G. F., et al.

Neurofibromatosis tipo II con afectación pelviana
Servicio de Urología. Hospital Italiano de Buenos Aires

Neumonía por *Pneumocystis Jirovecii*
Residencia de Clínica Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires

Arte y naturaleza humana XVIII
Musso C. G., et al.

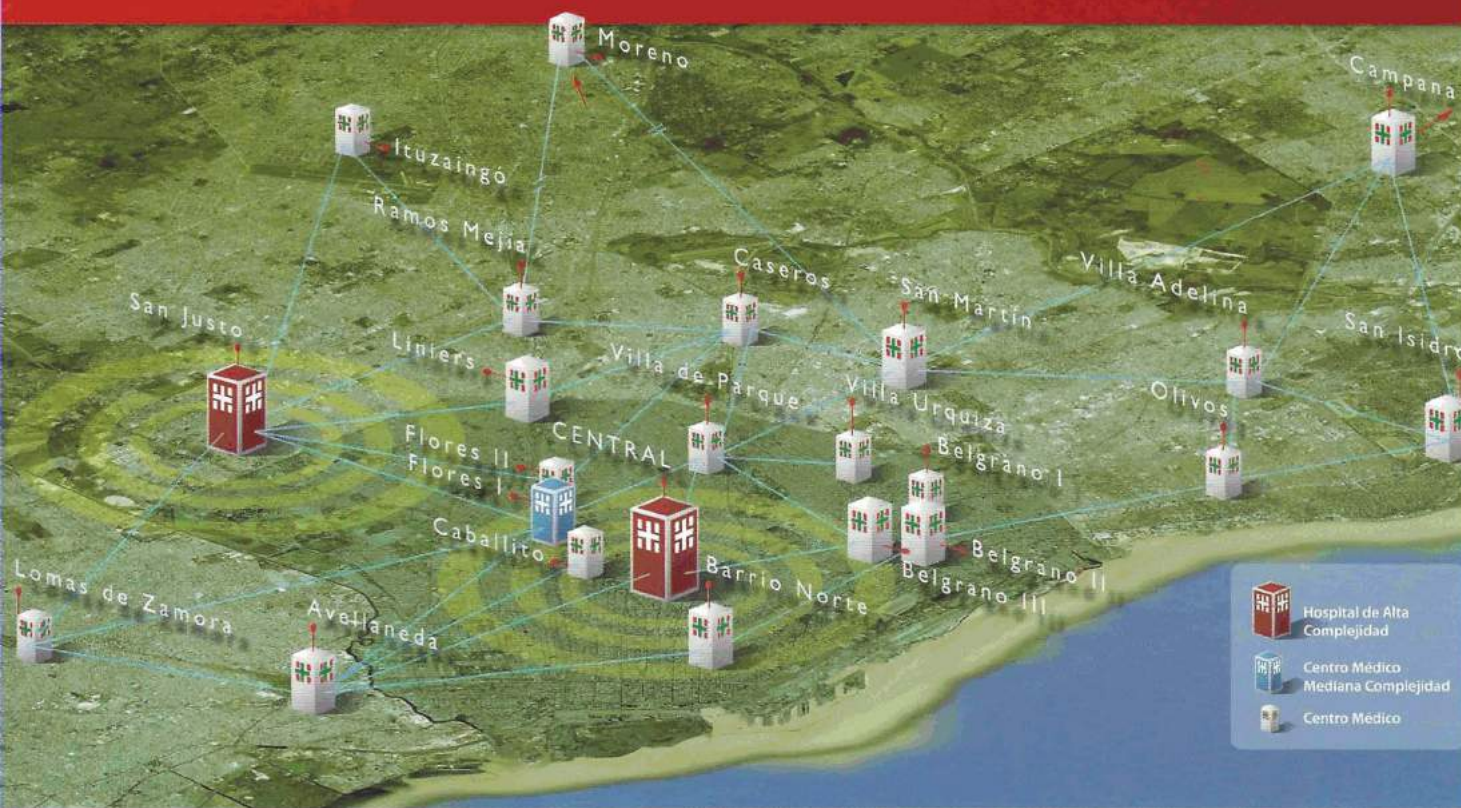
Medicalización ¿una categoría útil para reflexionar sobre el desarrollo
de la salubridad en la Argentina?
Mines A.



RNM que muestra un gran neurofibroma pelviano.
Pág. 124

SI TIENE ENTRE 0 Y 85 AÑOS,
TENEMOS UN PLAN PARA USTED.
SI VIVE EN CAPITAL O GBA,
TIENE UN HOSPITAL ITALIANO CERCA.

RED DE 23 CENTROS MÉDICOS



PLAN DE SALUD

 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

0-800-777-7007

www.hospitalitaliano.org.ar



REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Director

Dr. José Alfie

Comité Editorial

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

Consejo honorario:

Dres. Pablo F. Argibay, Enrique M. Beveraggi, Luis J. Catoggio, José M. Ceriani Cernadas, Juan A. De Paula, Roberto Kaplan, Marcelo Mayorga, Titania Pasqualini, Mario Perman, Enrique R. Soriano, Jorge Sívori

Coordinación Editorial

Mariana Rapoport

Corrección de textos

Prof. María Isabel Siracusa

Editor responsable

Publicación trimestral del Instituto Universitario Escuela de Medicina, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Tte. Juan D. Perón 4190 | 1° piso | Escalera J | C1199ABB | C.A.B.A. | Argentina

URL: <http://www.hospitalitaliano.org.ar/revista/> | E-mail: revista@hospitalitaliano.org.ar

Facebook: /RevistadelHIBA - Tel. 54-11-4959-0200 int. 9293 | Fax. 54-11-4959-0383

Imagen de tapa

RNM que muestra un gran neurofibroma pelviano con áreas sólidas y quísticas, que se extiende desde el sector sacro hacia la endopélvis, donde comprime al útero y a la vejiga y genera uronefrosis derecha. Ver página 124.

Sociedad Italiana de beneficencia en Buenos Aires

Consejo Directivo Ejercicio 2014/2015

Presidente: Ing. Franco Livini
Vicepresidente Primero: Ing. Juan Mosca
Vicepresidente Segundo: Sr. Roberto Baccanelli

Consejeros: Ing. Roberto Bonatti, Arq. Aldo Brunetta, Ing. Roberto Chioccarelli, Lic. Paolo Dal Pino, Dr. Guillermo Jaim Etcheverry, Sr. Renato Montefiore, Cdr. Dario Mosca, Sr. Natale Rigano, Sr. Elio Squillari, Sr. Eduardo Tarditi

Hospital Italiano de Buenos Aires

Director Médico: Dr. Atilio Migues

Director de Gestión: Ing. Horacio Guevara

Vice-Director Médico de Gestión

Operativa: Dr. Juan Carlos Tejerizo

Vice-Director Médico de Planeamiento

Estratégico:

Dr. Fernán González Bernaldo de Quirós

Vice-Director Médico de Plan de Salud:

Dr. Marcelo Marchetti

Vice-Director Médico Hospital Italiano de

San Justo Agustín Rocca: Dr. Esteban

Langlois

Directores Honorarios: Dres. Enrique M.

Beveraggi, Jorge Sívori, Héctor Marchitelli

Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Buenos Aires

Rector: Dr. Marcelo Fernando Figari

Rector Honorario:

Dr. Osvaldo Agustín Blanco

Secretaría Académica:

Mg. María Laura Eder

Secretaría Administrativa

Prof. Claudia Madruga

Consejo Académico: Dr. José María

Ceriani Cernadas, Dr. Mercedes Dalurzo,

Dr. Marcelo Figari, Dr. Héctor Marchitelli

Dr. Lucas Otaño, Dra. Rosa Angelina Pace,

Lic. Victoria Rosso, Dr. Alberto Velázquez,

Dr. Gabriel Waisman

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

Indexada 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: 2000 ejemplares
ISSN 1669-2578
ISSN-L 2314-3312

Edición realizada por Estudio Sigma S.R.L.
J. E. Uriburu 1252 - 8º F - Buenos Aires
Tel.: 4824-9431 / 4821-2702
E-mail: estsigma@gmail.com
www.estudiosigma.com.ar



DICIEMBRE 2014
VOL. 34 N° 4

SUMARIO | SUMMARY

EDITORIAL | EDITORIAL

- 111 **Expectativa de vida y fragilidad**
Life expectancy and frailty
Jáuregui J. R.

ARTÍCULO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 112 **Acciones médicas frente a los cambios en la expectativa de vida. ¿Cuánto debemos actuar preventivamente con los pacientes ancianos?**
Medical actions against changes in life expectancy. How far should we go with preventive measures in elderly patients?
Velazquez A.

ARTÍCULO DE REVISIÓN | REVIEW ARTICLE

- 115 **Fragilidad en el anciano**
Frailty in elderly people
Benchimol J. A.

ACTUALIZACIÓN Y AVANCES EN INVESTIGACIÓN | UPDATE AND ADVANCES IN RESEARCH

- 119 **Nuevos anticoagulantes para el tratamiento de la fibrilación auricular**
New oral anticoagulants in atrial fibrillation
Maid G. F., et al.

MEDICINA INTERNA EN IMÁGENES | INTERNAL MEDICINE IMAGES

- 124 **Neurofibromatosis tipo II con afectación pelviana**
Neurofibromatosis type II with pelvic involvement
Servicio de Urología. Hospital Italiano de Buenos Aires
- 126 **Neumonía por *Pneumocystis Jirovecii***
Pneumocystis Jirovecii
Residencia de Clínica Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires

HUMANIDADES | HUMANITIES

- 128 **Arte y naturaleza humana XVIII**
Art and human nature XVIII
Musso C. G., et al.
- 130 **Medicalización ¿una categoría útil para reflexionar sobre el desarrollo de la salubridad en la Argentina?**
Medicalization, does a useful category to reflect on the development of health in Argentina?
Mines A.
- 137 **Reglamento general de presentación de artículos**
General guidelines for articles submission

Expectativa de vida y fragilidad

Tal como se ha definido en los artículos publicados en este número, la fragilidad es un estado de vulnerabilidad aumentado que predispone a tener desenlaces desfavorables¹ y no es sinónimo de enfermedad ni de discapacidad, puesto que estas son condiciones evidentes con causas generalmente asociadas y secuelas determinadas. La fragilidad es un estado subyacente que condiciona predictivamente la posibilidad de enfermarse o morir. Solo el 1% de los sujetos ancianos que son frágiles pueden retrotraer este estado a uno de más salud.² El objetivo es entonces tratar de evitarla. De la mano de esto, la trayectoria de vida de las personas desde su desarrollo intraútero (Baker y col.),³⁻⁶ el capital de salud acumulado o gastado a lo largo de la vida, el esfuerzo laboral, los hábitos y estilos de vida, el estatus socioeconómico, el nivel educativo y su carga genética determinarán en mayor o menor medida la esperanza de vida, y sobre todo la esperanza de vida libre de enfermedad o discapacidad.⁷⁻⁹ Las poblaciones en todo el mundo están envejeciendo con las tendencias mostradas por A. Velázquez en su artículo; por ahora, las posibilidades de fragilización sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro tienden a seguir aumentando con velocidad acelerada en aquellas franjas etarias de mayor edad (> 80 años), y sabemos entonces que a mayor edad mayores son esas posibilidades debido a los factores expuestos por J. Benchimol (inflamación crónica, tiempo y acumulación de déficits).¹⁰

El gran desafío de la salud pública en una sociedad cada vez más envejecida, donde no hay evidencia de utilidad de rastro de enfermedades, tratamientos útiles o resultados esperanzadores de terapéuticas comunes en los muy mayores, ni la posibilidad de que exista una comprensión de la morbilidad hacia los últimos años, con mayor cantidad de años libres de enfermedad, es la prevención desde edades más tempranas. Niños y adultos sanos garantizarían un envejecimiento más saludable a la población en general.

Dr. José Ricardo Jáuregui

Unidad de Investigación en Biología del Envejecimiento
Hospital Italiano de San Justo

REFERENCIAS

- Jáuregui JR, Rubin RK. Fragilidad en el adulto mayor. *Rev Hosp Ital B.Aires.* 2012; 32(3):110-5.
- Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, et al. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Intern Med.* 2006;166(4):418-23.
- Barker DJ, Eriksson JG, Forsén T, et al. Infant growth and income 50 years later. *Arch Dis Child.* 2005;90(3):272-3.
- Barker DJ, Osmond C, Forsén TJ, et al. Trajectories of growth among children who have coronary events as adults. *N Engl J Med.* 2005;353(17):1802-9.
- Barker DJ. In utero programming of chronic disease. *Clin Sci (Lond).* 1998;95(2):115-28.
- Barker DJ (ed). *Mothers, babies and health in later life.* 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998.
- Guimarães RM. Health capital, life course and ageing. *Gerontology.* 2007;53(2):96-101.
- Foster JR. Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: an interpretation of epidemiologic data. *Psychiatr Q.* 1997;68(3):189-219.
- Armstrong JJ, Mitnitski A, Andrew MK, et al. Cumulative impact of health deficits, social vulnerabilities, and protective factors on cognitive dynamics in late life: a multistate modeling approach. *Alzheimers Res Ther.* 2015;7(1):38.

Acciones médicas frente a los cambios en la expectativa de vida. ¿Cuánto debemos actuar preventivamente con los pacientes ancianos?

Alberto Velazquez

RESUMEN

La longevidad ha llegado para quedarse; si la tendencia es como la actual, las personas de 65 años o más superarán a la población de niños y adolescentes. En contraposición a la forma de pensar que atribuye estos avances a los logros de la medicina, algunos autores proponen que esto es una ganancia natural que se estima en 2,5 meses por año. Como médicos, la meta frente a esta situación sería no estudiar con procedimientos invasivos que pudieran generar situaciones riesgosas, no sobremedicar y alentar a los pacientes a no fumar, tener una red social abundante y hacer actividad física.

Palabras claves: longevidad, expectativa de vida, envejecimiento, prevención.

MEDICAL ACTIONS AGAINST CHANGES IN LIFE EXPECTANCY. HOW FAR SHOULD WE GO WITH PREVENTIVE MEASURES IN ELDERLY PATIENTS?

ABSTRACT

Longevity is here to stay, if the trend continues like this, people aged 65 and over will exceed the population of children and teenagers. Contrary to the thinking that these advances are because of the achievements of medicine, some authors suggest that this is a natural gain estimated at 2.5 months per year. As physicians, the goal to face this situation would not be testing with invasive procedures that could create dangerous situations, not overmedicalize, and to encourage patients not to smoke, to have a wide social network and exercising regularly.

Key word: longevity, life expectancy, aging, prevention.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2014; 34(4): 112-114.

Es indudable que la expectativa de vida se prolonga en el tiempo.

Lo vemos en todos lados: personas de mayor edad que hacen filas infinitas, suben a los colectivos, están en aeropuertos, tienen cargos universitarios, son políticos, practican deportes, etcétera.

La proporción de la población mayor de 65 años en los países ricos se elevará de 15% en 2010 a 27% en 2050; los mayores de 80 años aumentarán del 4% al 9%.

La expectativa de vida (EV) se prolonga y eso crea muchas dudas y preguntas:

¿QUÉ ES LA EXPECTATIVA DE VIDA?

Cuando se habla de que la expectativa de vida actual aumentó de los 67 años a mediados del siglo XX a los casi 80 años en la actualidad, se está diciendo que de todas las personas que nacieron, supongamos, en 1961 (año en que nació el autor de esta nota), al llegar a los 67 años la mitad de ellas habrá muerto. Es decir que la expectativa

de vida representa el percentilo 50 de la población que llegará a los 67 años.

¿LA EXPECTATIVA DE VIDA ES FIJA?

Lo interesante de este punto es que la expectativa de vida se va modificando con la edad. Se estima un promedio de 2,5 meses por cada año de vida.

Quiere decir que cada 5 años se gana 1 año de vida.

De esta manera, si una persona nació en 1961 y llega a los 67 años (su EV de vida al nacer), ahora ganará 13 años más ($67/5 = 13$). Quiere decir que su nueva EV es ahora de 80 años ($67 + 13$ años). Por supuesto que este recorrido no es del todo lineal (¡ni infinito!): de la población original quedan cada vez menos.

¿HAY FACTORES QUE ALTERAN LA EV?

Sí. Los estilos de vida como fumar, beber alcohol, ser sedentario, etc. modifican la EV pero, pese a ello, la tendencia es que la EV siguió aumentando progresivamente.

¿POR QUÉ SE PRODUCE ESTE AUMENTO EN LA EV?

Esta pregunta no es fácil de responder.

En la Antigüedad, la esperanza de vida era tan corta que las pocas personas que tenían la suerte de llegar a los 40 años se consideraba que tenían el "favor de los dioses".

Recibido 29/10/2014

Aceptado 27/11/2014

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Correspondencia: alberto.velazquez@hospitalitaliano.org.ar

A partir del siglo XIX, esto cambió lentamente. Desde 1840, la esperanza de vida al nacer ha aumentado. Una persona que nacía ese año en Suecia, país mucho más estudiado debido a sus fiables registros tenía una EV de 45 años para las mujeres; hoy es de 83 años. Los Estados Unidos y la Argentina muestran más o menos la misma tendencia. Cuando comenzó el siglo XX, la esperanza de vida al nacer era de 47 años, ahora es casi de 79 años. Si se siguen añadiendo 2,5 meses por cada año que pasa, la esperanza de vida al nacer a finales de este siglo será de 100 años.

Vistos en conjunto, la prolongación de la esperanza de vida parece independiente de cualquier acontecimiento único o específico.

No parece que se aceleró tanto con los antibióticos y las vacunas y tampoco retrocedió mucho durante las guerras o las epidemias.

El siguiente gráfico (Fig. 1) acerca de la esperanza de vida mundial se parece a una escalera mecánica subiendo suavemente.

La tendencia se mantiene, en la mayoría de los años, tanto en los distintos países ricos como en los pobres; todo el mundo se sube a esta escalera mecánica.

Pero las proyecciones de la expectativa de vida no tienen en cuenta los descubrimientos médicos, son independientes de ellos. Simplemente el viaje continúa (Vaupel, 2002).

Si se descubren los fármacos antienvjecimiento o las terapias genéticas, la pendiente podría acrecentarse. Los centenarios pueden convertirse en la norma, en lugar de ser las rarezas.

Otros estudios demostraron que el *gap* entre mujeres y hombres se acortó de 6 años en los 80 a 3,8 años en 2013 (Fig. 2).

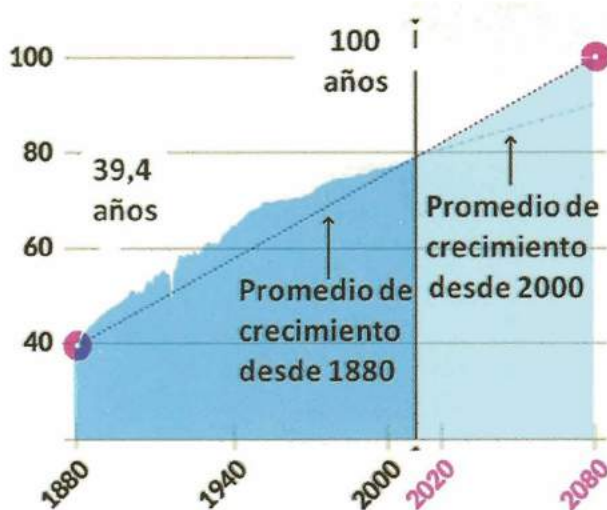


Figura 1. Esperanza de vida mundial.

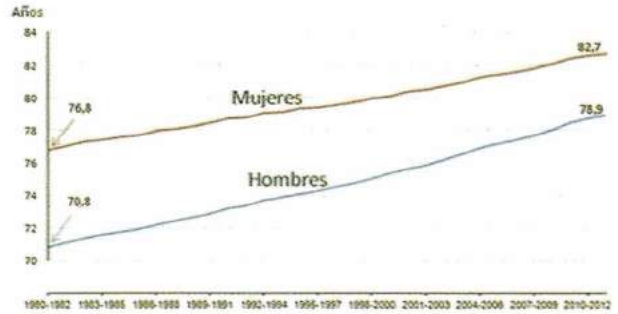


Figura 2. Aumento en la expectativa de vida en las últimas 3 décadas en mujeres y hombres.

Algunos investigadores, como S. Jay Olshansky de la Universidad de Chicago, tienen ideas diferentes. Olshansky señaló² que el aumento de la esperanza de vida va a “llegar a un punto, si es que aún no lo ha hecho...”. Además: “La mayor parte de las ganancias del siglo XX en cuanto a la longevidad provinieron de la reducción de la mortalidad infantil, y esas fueron significativas”. Según él, “...hay un enorme impacto estadístico sobre la esperanza de vida, cuando los niños sobreviven...”. Evitar la mortalidad en una persona joven (p. ej., con vacunas) “ahorra” la mayor parte de la vida de una persona.

Los cambios en la medicina o en los estilos de vida no añaden mucho a los números.

Olshansky calcula que, si el cáncer se eliminara, la esperanza de vida aumentaría solo tres años, debido a una serie de otras enfermedades crónicas mortales que están a la espera para tomar su lugar. Piensa que el siglo XXI extenderá el promedio de vida “otros 10 años más o menos” y luego el incremento se lentificará notablemente, o se detendrá.

LOS MÉDICOS Y EL ENVEJECIMIENTO

¿Debemos seguir estudiando a los pacientes, o no?
 ¿Prevenimos algo si los sometemos a estudios como la videocolonoscopia o la mamografía? ¿Vivirán más?

La Fuerza de Tareas norteamericana (USPSTF)³ ha difundido recomendaciones I (insuficiente evidencia) para continuar con el rastreo en personas mayores de 75 años con cáncer de mama,⁴ y recomendación C para rastrear cáncer de colon de los 76 a los 85 años.⁵

Si bien las recomendaciones I o C pueden hacer que los médicos realicen la práctica preventiva, es importante entender algunas cosas que deberían delinear la conducta médica.

Un estudio⁶ estimó el riesgo y los beneficios de la colonoscopia en una cohorte hipotética de pacientes de 65 años o más sometidos a una colonoscopia con resultado negativo a los 55 años.

En él se determinó que, por cada 1000 personas, se evitarían 14 cánceres colorrectales, pero habría 8 muertes relacionadas con el cáncer y 8 complicaciones por el procedimiento.

Y concluye que rastrear más allá de los 75 años lleva a daño neto.

Sin duda que este cambio poblacional atañe a nuestras conductas como médicos.

CONCLUSIONES

¿Por qué hay que ser prudente?

- La persona que está sentada frente al médico y llegó a su EV es un sobreviviente de la cohorte de niños que nacieron el mismo día que él (de los cuales el 50% ya fallecieron).

Aunque uno pueda pensar que el paciente vive longevamente gracias a las medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento que se le han indicado en cuanto a su salud,

está probado que su EV se incrementa a razón de 2,5 meses por cada año que vive independientemente de ellas.

- Otra cualidad de ese paciente que está sentado frente a nosotros es que tiene características propias (genéticas y adquiridas) que hicieron que pueda llegar a esa edad.
- La evidencia también demuestra que estudiarlos provoca más daño que beneficio.

Todos estos factores llevan a una respuesta:

- Vale la pena ser prudentes con los pacientes longevos.
- No medicalizarlos (esto no ha probado prolongar su EV).
- Alentarlos a seguir estilos de vida saludables: no fumar, no beber alcohol, hacer actividad física, consumir una dieta rica en frutas y verduras y tener una red social rica que los contenga.

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

REFERENCIAS

1. Oeppen J, Vaupel JW. Demography. Broken limits to life expectancy. *Science*. 2002;296(5570):1029-31.
2. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow RC, et al. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *N Engl J Med*. 2005;352(11):1138-45.
3. U.S. Preventive Services Task Force. Published recommendations [Internet]. Rockville, MD: USPSTF Program Office; June 2015 [Consulta: 23-06-

- 2014]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspsttopics.htm>
4. U.S. Preventive Services Task Force. Breast cancer: screening [Internet]. Rockville, MD: USPSTF Program Office; Nov 2009 [Consulta: 23-06-2014]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Topic/recommendation-summary/breast-cancer-screening>
5. U.S. Preventive Services Task Force.

Colorectal cancer screening [Internet]. Rockville, MD: USPSTF Program Office; Oct 2008 [Consulta: 23-06-2014]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Topic/recommendation-summary/colorectal-cancer-screening>

6. van Hees F, Zauber AG, Klabunde CN, et al. The appropriateness of more intensive colonoscopy screening than recommended in Medicare beneficiaries: a modeling study. *JAMA Intern Med*. 2014;174(10):1568-76.

Fragilidad en el anciano

Javier A. Benchimol

RESUMEN

La fragilidad es un síndrome geriátrico muy importante por el impacto que tiene su presencia en la población anciana y por su íntima asociación con resultados adversos en la esfera de la salud. El diagnóstico es clínico (pérdida peso, cansancio, debilidad muscular, enlentecimiento de la marcha y poca actividad física); su tratamiento multifactorial y su abordaje en una etapa temprana permiten mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir los costos de su cuidado.

Palabras clave: fragilidad, anciano, vulnerabilidad, discapacidad, sarcopenia.

FRAILTY IN ELDERLY PEOPLE

ABSTRACT

Frailty is a very important geriatric syndrome by the impact that diagnosis has in the elderly population and adverse health outcomes. The diagnosis is clinical (loss weight, fatigue, muscle weakness, slowed gait and poor physical activity), multifactorial treatment and its early approach allows to improve the quality of life in patients and reduce the costs of care.

Key words: sarcopenia, frailty, vulnerability, disability, elderly.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2014; 34(4): 115-118.

El envejecimiento está biológicamente programado y socialmente condicionado, es una experiencia individual, más que una norma generalizada.

INTRODUCCIÓN

La fragilidad es la expresión más problemática y compleja del envejecimiento poblacional. Puede definirse como un estado de vulnerabilidad asociado al envejecimiento y que predispone a la aparición de discapacidad.¹ Se trata de un síndrome biológico que se caracteriza por una disminución de la reserva y resistencia a las situaciones de estrés, como consecuencia del déficit acumulado a lo largo del tiempo en diferentes sistemas biológicos y que induce vulnerabilidad y resultados adversos en el campo de la salud.^{2,3,4} En diferentes lugares del mundo se han desarrollado modelos explicativos de este nuevo síndrome geriátrico y evidencian la asociación entre la fragilidad del anciano (persona ≥ 65 años) y su mala evolución clínica: aumento del riesgo de caídas, discapacidad, institucionalización, hospitalización, alta utilización de recursos sanitarios y elevada mortalidad.

A pesar de esto, en la práctica clínica diaria resulta difícil detectar la fragilidad, principalmente en sus estadios iniciales. De esto se desprende la importancia de su diagnóstico y

abordaje en la atención del anciano, a fin de poder mejorar su calidad de vida y reducir los costos de su cuidado.

DESARROLLO

Definición de fragilidad

Se espera que para el año 2050 vivan en el mundo más de 2000 millones de ancianos,⁵ que pueden llegar a constituir así el 22% de la población mundial. La fragilidad en el anciano aparece como consecuencia de la declinación con la edad de diferentes sistemas fisiológicos, circunstancia que lleva a la persona a una situación de vulnerabilidad frente a eventos estresantes y en consecuencia a daño en su salud. El impacto de este síndrome se produce en diferentes niveles fisiológicos: regulación de los sistemas metabólico, endocrino e inmunitario, así como enfermedades crónicas del anciano, lo que representa un continuo entre el envejecimiento normal y el estadio final de discapacidad y muerte. La prevalencia de fragilidad en los ancianos de la comunidad es de un 6,9%; esa prevalencia se incrementa con la edad y resulta ser el doble en las mujeres respecto de los hombres, mientras que la prevalencia de prefragilidad es del 46,6%.⁶ Hay que tener en cuenta que la prevalencia de la fragilidad es mayor en ancianos institucionalizados y si se incluye en su evaluación la fragilidad psicosocial. La fragilidad puede ser definida como un síndrome clínico o fenotipo (según la clásica descripción de L. Fried) o como la sumatoria de problemas de salud (modelo de déficit, índice de fragilidad).^{6,7}

A partir del *Cardiovascular Health Study* (estudio prospectivo, observacional de adultos mayores de 65 años)

(cuadro 1) se desarrolla y delinea el fenotipo de fragilidad, compuesto por tres o más de los siguientes criterios:

Según esta definición, se diagnostica fragilidad si reúne tres o más criterios; si reúne entre uno y dos criterios es un paciente prefrágil y si no reúne ninguno se considera un paciente robusto. Si bien este modelo es clínicamente coherente y reproducible, no evalúa la cognición ni el ánimo. La fragilidad se asocia con baja educación y bajos ingresos económicos, problemas de salud y altas tasas de enfermedades crónicas y discapacidad.

Hay diferentes escalas validadas para diagnosticar fragilidad, además del Cardiovascular Health Study, tales como el Study of Osteoporotic Fractures,^{8,9} Deficit Model,^{10,11} FRAIL –International Academy of Nutrition and Aging–,^{12,13} SHARE-FI,^{14,15} Vulnerable Elder Survey-13,^{16,17,18} Tilburg Frailty Index^{19,20} y Groningen Frailty Indicator.^{21,22}

Las diversas escalas se han validado y comparado entre sí, y resultaron ser útiles para su empleo por parte del médico asistencial.²³

Los modelos de fragilidad se han desarrollado teniendo en cuenta tres dominios: funcional, acumulación de déficit (combinación de síntomas, enfermedades, condiciones y discapacidades) y biológico (fenotipo de L. Fried).

Se acepta que los diferentes modelos predicen un incremento de la vulnerabilidad ante resultados adversos en relación con la salud, y de la mortalidad. Algunas Sociedades Geriátricas (la francesa y la inglesa, entre otras) recomiendan el rastreo de la fragilidad en los pacientes ancianos, principalmente en toda persona mayor de 70 años o que tenga una pérdida de peso superior al 5% en el último año en el contexto de padecer al menos una enfermedad crónica.

La falta de un límite preciso entre la fragilidad (discapacidad y dependencia) y la funcionalidad conservada dificulta en muchas situaciones el diagnóstico temprano de la fragilidad. Se puede realizar la evaluación de los factores de riesgo que predicen episodios adversos y pérdida de la funcionalidad (edad avanzada, hospitalización, caídas,

Cuadro 1. Cardiovascular Health Study. Escala de fragilidad⁶

- Pérdida de peso no intencional ($\geq 5\%$ del peso en el último año)
- Cansancio (autoinformado)
- Debilidad muscular (fuerza prensora $\leq 20\%$ del límite de la normalidad ajustado por sexo y por índice de masa corporal)
- Lentitud de la marcha (velocidad de la marcha para recorrer una distancia de 4,5 m $< 20\%$ del límite de la normalidad ajustado por sexo y altura)
- Nivel bajo de actividad física (cálculo del consumo de calorías semanales por debajo del quintil inferior ajustado por sexo)

Cuadro 2. Escala de fragilidad²⁴

- Activo, motivado, hace actividad física regularmente: **entrenado**
- Sin síntomas de enfermedad, actividad física ocasional: **buen estado**
- Con problemas médicos controlados, sin actividad física: **controlado**
- Sin dependencia de las ABVD ni AVDI, con síntomas que limitan sus actividades: **vulnerable**
- Con dependencia de las AVDI: **fragilidad leve**
- Con dependencia total de las AVDI, dependencia de algunas ABVD: **fragilidad moderada**
- Con dependencia total de las ABVD, sin riesgo de mortalidad a los 6 meses: **fragilidad severa**
- Completamente dependiente, final de la vida: **fragilidad muy severa**
- Expectativa de vida < 6 meses: **terminal**

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria (comida, lavado, arreglo personal, control de esfínteres, vestimenta, baño, deambulación).

AVDI: Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (uso de teléfono, compras, preparación de comidas, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de transporte, manejo de medicación y de finanzas).

alteración de la marcha y equilibrio, debilidad muscular, comorbilidades, polifarmacia y condicionantes sociales adversos) o evaluar tempranamente la pérdida de la funcionalidad (sin que exista todavía un grado evidente de discapacidad o dependencia) utilizando aspectos ejecutivos de la evaluación integral del anciano y con posibilidades de revertir o modificar con intervenciones adecuadas el cuadro del paciente.

Los aspectos ejecutivos se miden en un individuo cuando realiza una tarea específica, con una evaluación objetiva, sistematizada, uniforme (ya sea por el número de repeticiones o el tiempo de duración de la actividad), por ejemplo velocidad de la marcha, el equilibrio y el traslado (incorporarse de una silla), y compuesta (balance y marcha utilizando la Escala de Tinetti POMA o Get Up and Go). La velocidad de la marcha enlentecida puede detectar un anciano en riesgo para eventos adversos: mortalidad y hospitalización.²⁴

A fin de no confundir el concepto de fragilidad hay que entender que puede solaparse con la discapacidad (alteración de las actividades de la vida diaria –básicas o instrumentales– por afectación física y/o intelectual) y la morbilidad (Figura 1). No todas las personas con discapacidad son frágiles. La fragilidad difiere de la morbilidad múltiple ya que esta última es más generalizada y está presente en 3 de 4 ancianos y en 1 de 4 personas menores de 65 años. El

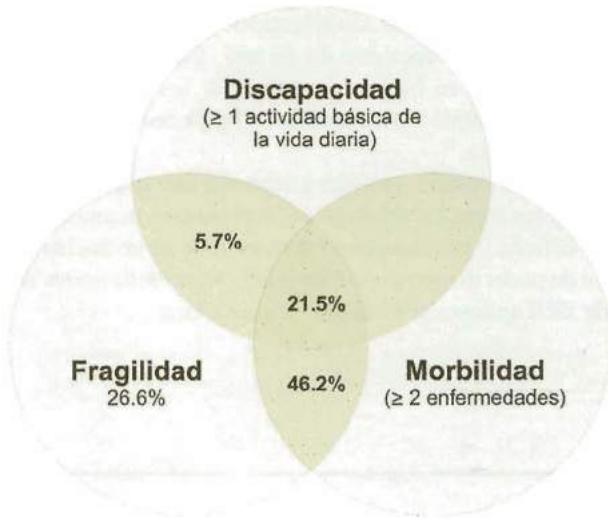


Figura 1. Superposición entre fragilidad, discapacidad y morbilidad⁶

tratamiento de la morbilidad está dirigido a cada condición por separado, mientras que el tratamiento de la fragilidad está dirigido al enfoque específico, con una evaluación y manejo multidimensional e interdisciplinario.²⁵

En pacientes con demencia, la fragilidad se puntúa según el grado de demencia: leve, moderada o severa.

La sarcopenia no es sinónimo de fragilidad sino un componente de ella, y se la define como el déficit de masa muscular acompañado por déficit de fuerza muscular y actividad física. La sarcopenia aumenta el riesgo de discapacidad física, disminución de la calidad de vida y muerte.²⁶ La sarcopenia primaria se relaciona con la edad y la secundaria con el sedentarismo, las enfermedades y la desnutrición. La fragilidad es multifacética en relación con la sarcopenia; su tratamiento es similar al de la fragilidad.

Fragilidad en otros ámbitos médicos

La fragilidad en el anciano predice en forma independiente complicaciones posquirúrgicas, estadía hospitalaria e institucionalización en pacientes con intervenciones quirúrgicas y plantea un cambio en la evaluación convencional del riesgo quirúrgico. El diagnóstico de la fragilidad puede ayudar al paciente y al médico a tomar decisiones más informadas.²⁷ La fragilidad se asocia además con riesgo de deterioro cognitivo leve y acelerado con el envejecimiento.²⁸

Polifarmacia y fragilidad

La polifarmacia se define como la toma de cuatro o más fármacos, cuestión que incrementa el riesgo de uso de medicación inapropiada (con aumento de la morbimortalidad).

La identificación de los ancianos frágiles debería modificar, entre otros aspectos, la prescripción de medicamentos ya que, en la mayoría de los ancianos frágiles, el objetivo del tratamiento farmacológico es aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Se debe considerar la expectativa de vida e indicar solamente los fármacos que poseen la chance de resultar beneficiosos en dicho plazo.²⁹

Tratamiento de la fragilidad

Es fundamental implementar medidas preventivas para evitar la fragilidad, por ejemplo ejercicios (principalmente de resistencia) y optimizar la nutrición (la ingesta proteica); incluso en un futuro próximo habrá drogas dirigidas al tratamiento de la sarcopenia.

Numerosas intervenciones geriátricas se han propuesto para los pacientes ancianos frágiles, tales como:

- 1) Musculoesquelética: ejercicio de resistencia y aeróbico. El ejercicio físico aumenta la fuerza muscular, disminuye los marcadores inflamatorios, mejora la fuerza y el equilibrio, pero no está claro que disminuya la discapacidad. Probablemente esto signifique que el ejercicio no es el único factor para considerar a fin de disminuir la fragilidad.³⁰
- 2) Nutrición: suplementos calóricos proteicos y vitamina D. Mejorar el aporte de nutrientes y micronutrientes es adecuado en la prevención. Aporte proteico recomendado: 0,8-1,3 g/kg/día en adultos sanos. La vitamina D tiene efecto demostrado en prevención de caídas 800-1000 UI/día. El tratamiento de la pérdida de peso aumenta la masa y la fuerza muscular, reduce complicaciones y actúa en forma sinérgica con el ejercicio.^{31,32}
- 3) Reducción de la polifarmacia: la prescripción racional de fármacos en este grupo de pacientes es compleja por la limitada evidencia del uso de medicamentos en la población frágil y la ausencia de inclusión de los pacientes en ensayos controlados. El uso de fármacos tiene como objetivo mejorar la calidad de vida, reduciendo síntomas o controlando una enfermedad en el corto plazo. Es importante calcular la expectativa de vida, determinar el objetivo del cuidado, identificar la enfermedad prioritaria para tratar, e individualizar el tratamiento. Los fármacos deben tener una indicación precisa y actualizada, con una forma de administración y dosificación sencilla y ser aceptados por el paciente. Hay criterios de prescripción de fármacos en los ancianos que se deben tener en cuenta en este grupo (Criterios de Beers [2012] y STOPP [Screening Tool of Older Person’s Prescription]-START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment [2013] [opiniones de expertos]).^{33,34}

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La fragilidad es un síndrome médico que no debe ser confundido con discapacidad pero que aumenta el riesgo

de morbimortalidad, y, dado que puede ser revertido o atenuado mediante intervenciones, resulta entonces importante su temprana detección.

Con respecto al diagnóstico hay escalas simples y rápidas para detectarla, algunas basadas en la presencia de tres o más síntomas, otras en la acumulación de discapacidades o déficits y otras que dependen del juicio clínico basado en el examen físico y en la historia clínica del paciente. La posibilidad de medir la fragilidad permite identificar a los ancianos que pueden ser beneficiados por planes

específicos de salud multidisciplinarios e intentar anticiparse a la necesidad de su uso. Entre las medidas terapéuticas se hallan el ejercicio, los suplementos calórico-proteicos, la vitamina D y la reducción de la polifarmacia.

Uno de los desafíos es llegar a tener una escala que englobe todos los aspectos (biológicos, funcionales, acumulación de déficits y psicosociales) para evaluar en un anciano, a fin de poder diagnosticar fragilidad, y que dicha escala sea de fácil aplicación en la práctica cotidiana.

Conflictos de interés: el autor no presenta conflictos de interés.

REFERENCIAS

- Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752-62. Errata en: *Lancet*. 2013;382(9901):1328.
- Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing*. 1997;26(4):315-8.
- Bortz WM 2nd. The physics of frailty. *J Am Geriatr Soc*. 1993 Sep;41(9):1004-8.
- Hamerman D. Toward an understanding of frailty. *Ann Intern Med*. 1999;130(11):945-50.
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. The world at six billion [Internet]. New York: United Nations; 1999 October 12. [Consulta: noviembre 2014]. Disponible en: www.un.org/esa/population/publications/sixbillion/sixbilpart1.pdf
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-56.
- Morley JE, Vellas B, van Kan GA, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(6):392-7.
- Ensrud KE, Ewing SK, Taylor BC, et al. Comparison of 2 frailty indexes for prediction of falls, disability, fractures, and death in older women. *Arch Intern Med*. 2008;168(4):382-9.
- Kiely DK, Cupples LA, Lipsitz LA. Validation and comparison of two frailty indexes: The MOBILIZE Boston Study. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(9):1532-9.
- Rockwood K, Abeyundera MJ, Mitnitski A. How should we grade frailty in nursing home patients? *J Am Med Dir Assoc*. 2007;8(9):595-603.
- Rockwood K, Mitnitski A, Song X, et al. Long-term risks of death and institutionalization of elderly people in relation to deficit accumulation at age 70. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(6):975-9.
- Abellan van Kan G, Rolland YM, Morley JE, et al. Frailty: toward a clinical definition. *J Am Med Dir Assoc*. 2008;9(2):71-2.
- Abellan van Kan G, Rolland Y, Bergman H, et al. The I.A.N.A Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice. *J Nutr Health Aging*. 2008;12(1):29-37.
- Romero-Ortuno R. The Frailty Instrument of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE-FI) predicts mortality beyond age, comorbidities, disability, self-rated health, education and depression. *Eur Geriatr Med*. 2011;2(6):323-326.
- Romero-Ortuno R, Walsh CD, Lawlor BA, et al. A frailty instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatr*. 2010;10:57.
- Min LC, Elliott MN, Wenger NS, et al. Higher vulnerable elders survey scores predict death and functional decline in vulnerable older people. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(3):507-11.
- Min L, Yoon W, Mariano J, et al. The vulnerable elders-13 survey predicts 5-year functional decline and mortality outcomes in older ambulatory care patients. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(11):2070-6.
- Biganzoli L, Boni L, Becheri D, et al. Evaluation of the cardiovascular health study (CHS) instrument and the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13) in elderly cancer patients. Are we still missing the right screening tool? *Ann Oncol*. 2013;24(2):494-500.
- Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, et al. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *J Am Med Dir Assoc*. 2010;11(5):344-55.
- Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, et al. Determinants of frailty. *J Am Med Dir Assoc*. 2010;11(5):356-64.
- Peters LL, Boter H, Buskens E, et al. Measurement properties of the Groningen Frailty Indicator in home-dwelling and institutionalized elderly people. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(6):546-51.
- Hoogendijk EO, van Hout HP. Investigating measurement properties of the Groningen Frailty Indicator: a more systematic approach is needed. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(8):757; author reply 757-8.
- Malmstrom TK, Miller DK, Morley JE. A comparison of four frailty models. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(4):721-6.
- Montero-Odasso M, Schapira M, Soriano ER, et al. Gait velocity as a single predictor of adverse events in healthy seniors aged 75 years and older. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005;60(10):1304-9.
- Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173(5):489-95.
- Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al. Sarcopenia in Older People. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010;39(4):412-23.
- Makary MA, Segev DL, Pronovost PJ, et al. Frailty as a predictor of surgical outcomes in older patients. *J Am Coll Surg*. 2010;210(6):901-8.
- Boyle PA, Buchman AS, Wilson RS, et al. Physical frailty is associated with incident mild cognitive impairment in community-based older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(2):248-55.
- Pouidel A, Hubbard RE, Nissen L, et al. Frailty: a key indicator to minimize inappropriate medication in older people. *QJM*. 2013;106(10):969-75.
- Theou O, Stathokostas L, Roland KP, et al. The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: a systematic review. *J Aging Res*. 2011;2011:569194.
- Cawood AL, Elia M, Stratton RJ. Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. *Ageing Res Rev*. 2012;11(2):278-96.
- Muir SW, Montero-Odasso M. Effect of vitamin D supplementation on muscle strength, gait and balance in older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(12):2291-300.
- Pyszka LL, Seys Ranola TM, Milhans SM. Identification of inappropriate prescribing in geriatrics at a Veterans Affairs hospital using STOPP/START screening tools. *Consult Pharm*. 2010;25(6):365-73.
- Resnick B, Pacala JT. 2012 Beers Criteria. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(4):612-3.

Nuevos anticoagulantes para el tratamiento de la fibrilación auricular

Gustavo Fabián Maid y Germán Fernández

RESUMEN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente en adultos. Su presencia se asocia a eventos de gran relevancia clínica como el accidente cerebrovascular (ACV), el accidente isquémico transitorio (AIT) y la embolia sistémica, entre otros. La anticoagulación resulta ser una medida muy eficaz de prevención, tanto primaria como secundaria. Por otro lado, el principal riesgo de los anticoagulantes es el sangrado. Históricamente, los anticoagulantes más utilizados fueron los antagonistas de la vitamina K (warfarina, acenocumarol). Estos fármacos son muy eficaces pero originaron numerosas dificultades por su utilización crónica (controles frecuentes, interacciones farmacológicas y dietarias, rango terapéutico estrecho). En los últimos años surgieron los nuevos anticoagulantes como alternativa terapéutica para este grupo de pacientes. En el presente artículo se describirán los escenarios en los que se pueden utilizar estas nuevas drogas, sus beneficios y riesgos.

Palabras clave: fibrilación auricular, anticoagulantes, tratamiento.

NEW ORAL ANTICOAGULANTS IN ATRIAL FIBRILLATION

ABSTRACT

Atrial fibrillation is the most common sustained arrhythmia in adults. Its presence is associated with clinically relevant events such as: cerebrovascular accident, transient ischemic attack and systemic embolism. Anticoagulation is an effective action against systemic embolism. However, bleeding is a main risk of anticoagulation.

Historically the most widely used anticoagulants were the vitamin K antagonists (warfarin, acenocoumarol). These drugs have many difficulties for chronic use (drug and dietary interactions, narrow therapeutic range). In recent years emerged as a therapeutic alternative in this group of patients the new anticoagulants. In this article we describe the clinical scenarios where these drugs can be used.

Key words: Atrial fibrillation, anticoagulants, treatment.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2014; 34(4): 119-123.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente en personas adultas. Su complicación más devastadora es el accidente cerebrovascular. Hoy en día disponemos de la anticoagulación como método eficaz de profilaxis tromboembólica. Es por ello que su detección precoz y su tratamiento desempeñan un papel fundamental en la prevención de eventos cerebrovasculares.

Históricamente han sido utilizados como anticoagulantes de gran eficacia los antagonistas de la vitamina K (AVK). Los principales inconvenientes de estos fármacos son: requerimiento de monitorizaciones séricas periódicas, múltiples interacciones con otros fármacos y con alimentos, rango terapéutico estrecho, respuesta imprevisible, lento comienzo y desaparición del efecto, resistencia genética, etc. En los últimos años se han desarrollado nuevos anticoagulantes con el fin de resolver esos inconvenientes

manteniendo la eficacia demostrada por los AVK. Hasta ahora se han aprobado 3 nuevos fármacos anticoagulantes para la profilaxis tromboembólica en FA no valvular.

En el presente artículo se describirán las principales características de cada uno de estos nuevos fármacos y su utilización en distintos escenarios.

IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ DE FA

En el estudio de Framingham, luego de 34 años de seguimiento se detectó que aquellos pacientes con FA tenían cerca de 5 veces más probabilidad de sufrir un ACV que aquellos sin FA (RR 4,8; $p < 0,001$).

La FA puede cursar en forma asintomática y con largos periodos de latencia entre un episodio y otro, por lo cual resulta muy difícil de detectar en monitorizaciones convencionales (electrocardiograma, Holter).

Se ha estimado que cerca del 15% de todos los ACV isquémicos son causados por FA.

Sin embargo, este porcentaje se incrementaría si consideramos los ACV criptogénicos que podrían ser consecuencia de una FA silente.

El ACV originado por FA suele ser más severo e invalidante que los de otra etiología.

Cuando ocurre un ACV se realizan numerosos estudios para determinar el origen, pero en un 20 a 40% de los casos la causa no se identifica y se clasifican como ACV criptogénicos.

Se han publicado recientemente dos estudios clínicos aleatorizados que evaluaron el uso de dispositivos para monitorización prolongada a fin de detectar FA silente en pacientes con ACV criptogénico.

El EMBRACE¹ es un estudio aleatorizado 1:1 controlado, abierto y multicéntrico que evaluó la utilidad de un registrador prolongado de eventos en pacientes con ACV criptogénico. Se comparó la estrategia de un registrador prolongado de eventos a 30 días *versus* el abordaje clínico convencional más Holter de 24 horas. Incluyó 571 pacientes y alcanzó el punto primario (detección de FA de más de 30 segundos dentro de los 90 días) en 45/280 (16,1%) en el grupo intervención vs. 9/277 (3,2%) en el grupo control, lo que implica una diferencia significativa. En este trabajo se observó también que se triplicó la indicación de tratamiento anticoagulante oral (ACO) en el grupo intervención, por lo cual el hallazgo sirvió para modificar una conducta de manera significativa.

El CRYSTAL AF² es otro trabajo aleatorizado 1:1 controlado y prospectivo, abierto. En este estudio se comparó el implante de un registrador de eventos subcutáneo de aproximadamente 2 años de longevidad (Reveal™, Medtronic) frente al seguimiento convencional. También se observó una mayor detección de eventos en el grupo intervención: FA en el 8,9% vs. 1,4% a los 6 meses, 12,4% vs. 2% a los 12 meses y 30% vs. 3% a los 3 años, respectivamente. En este trabajo, el 75% de los episodios detectados fueron asintomáticos. Se duplicó, entonces, la indicación de ACO en el grupo intervención.

EVALUACIÓN DEL RIESGO EMBÓLICO Y DEL RIESGO HEMORRÁGICO

En aquellos pacientes con FA es muy importante establecer el riesgo embólico. Para ello pueden utilizarse diferentes escalas.

La de CHADS₂ era la más utilizada, pero en la actualidad se recomienda emplear la de CHA₂DS₂-VASc. La puntuación (*score*) de CHADS₂ calcula el riesgo anual de sufrir un ACV al año sin terapia antitrombótica. Incluye las 5 variables (edad > 75 años, hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca y ACV/AIT previos) y otorga un punto por la presencia de cada una de estas, exceptuando el antecedente de ACV/AIT, que otorga 2 puntos (Fig. 1). Ante un resultado igual a 2 o mayor, las guías sugieren la anticoagulación, ya que el paciente tiene más riesgo anual de sufrir un ACV/AIT que de presentar un efecto adverso por la anticoagulación.

El CHA₂DS₂-VASc considera más factores de riesgo. Incluye al sexo femenino como factor de riesgo embólico independiente y enfatiza la edad, otorgando un punto a aquellos mayores de 65 años y 2 puntos a aquellos mayo-

res de 75 años. Además agrega la variable “enfermedad vascular” y le otorga un punto (Fig. 2). Este *score* permite reclasificar con mayor precisión a aquellos pacientes de bajo riesgo embólico (*score* = 0 tiene 0,78% de riesgo de ACV al año).

Por otro lado, es también importante evaluar el riesgo de sangrado. Para ello existen diferentes escalas, pero la más utilizada es la HAS-BLED. Uno de los principales inconvenientes con estos puntajes es que algunos de los factores de riesgo para presentar un episodio tromboembólico también son factores de riesgo de hemorragia (p. ej., la edad, la hipertensión arterial y el antecedente de ACV). Sin embargo, en el HAS-BLED se hace énfasis en el riesgo hemorrágico que presenta la hipertensión no controlada (mayor de 160/100 mm Hg). Con un *score* igual a 3 o mayor, el paciente un riesgo considerable de presentar sangrados mayores (Fig. 3).

UTILIDAD DE LOS ANTICOAGULANTES EN FA

Ya se conoce desde hace tiempo que el uso de anticoagulantes reduce el riesgo de ACV en los pacientes con

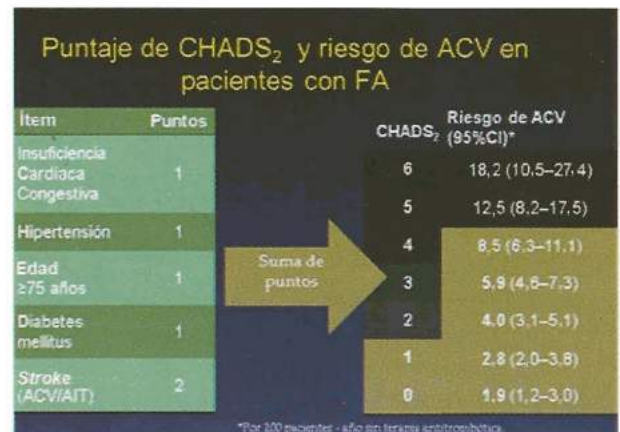


Figura 1. Puntaje de CHADS₂.

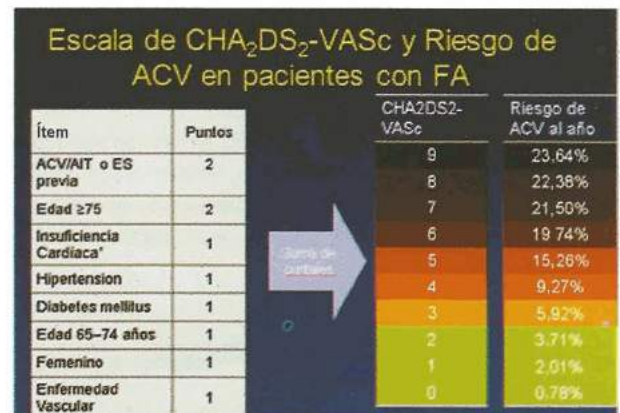


Figura 2. Puntaje de CHADS₂-VAS₂C.

riesgo embólico elevado. Un metanálisis de 29 estudios con 28 044 pacientes mostró que la administración de dosis ajustadas de warfarina (RIN 2-3, relación internacional normalizada) reduce los ACV isquémicos en un 67% y la mortalidad total en un 26%.³ Muy pocas medidas en medicina tienen un impacto tan grande en la prevención de un evento mayor como es el ACV.

Las limitaciones del uso de los AVK incluyen: la heterogénea respuesta interindividual al fármaco, la ventana terapéutica estrecha (RIN menor de 2 mantiene riesgo de embolia y RIN mayor de 3,5 incrementa el riesgo de sangrado), la necesidad de monitorizaciones sistemáticas de la coagulación, el lento comienzo y desaparición del efecto, la necesidad de frecuentes ajustes de las dosis, las numerosas interacciones con fármacos y alimentos, la resistencia genética a la warfarina. Debido a las limitaciones se ha estimado que hasta el 50% de los pacientes elegibles para ser tratados no reciben tratamiento anticoagulante.

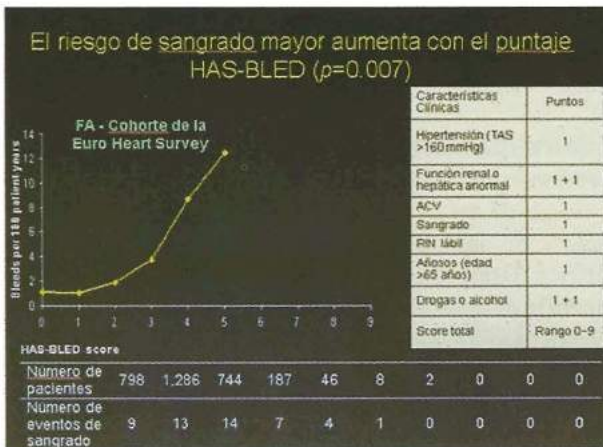


Figura 3. Puntaje (score) HAS-BLED.

Los nuevos anticoagulantes traen la promesa de una dosificación simple y dosis fijas, una anticoagulación predecible y sin necesidad de monitorizaciones, menor interacción con fármacos y alimentos, con lo que se lograría una mejor calidad de vida, mayor eficacia y seguridad. Hoy en día en nuestro país se encuentran disponibles: el dabigatrán que actúa sobre el factor IIa de la coagulación, el rivaroxabán y el apixabán (ambos actúan inhibiendo la acción del factor Xa) (cuadro 1).

En el estudio RELY, que incluyó más de 18 000 pacientes con FA no valvular con CHADS₂ ≥ 1, se evaluó al dabigatrán en dos dosis alternativas (una rama 110 mg/bid. [D110] y otra rama 150 mg/bid. [D150]) vs. warfarina.

Para el punto final primario de eficacia de ACV y embolia sistémica, el D150 fue superior a la warfarina 1,11 (0,66, 0,53-0,82; p < 0,001), sin diferencia significativa en el punto final primario de seguridad de hemorragia grave. El D110 no fue inferior a la warfarina, con un 20% menos de hemorragias graves (Cuadro 1). Las tasas de ACV hemorrágico y hemorragia intracraneal (HIC) fueron inferiores con ambas dosis de dabigatrán, pero la hemorragia gastrointestinal aumentó significativamente con el D150. Con este, sin embargo, hubo una reducción significativa en ACV isquémico, un descenso límite en la mortalidad por cualquier causa (p = 0,051) y un descenso significativo en la mortalidad vascular (p = 0,04). Las tasas de abandono fueron más elevadas con el D150 (20,7%) y el D110 (21,2%), en comparación con el 16,6% registrado con warfarina a los 2 años.

Un análisis *post-hoc* ha registrado una significativa interacción con la edad, de modo que con el D110 los pacientes mayores de 75 años tenían tasas de hemorragia grave similares que con warfarina, con tendencia hacia más hemorragia con D150; no obstante, las HIC fueron

Cuadro 1. Resumen de los ensayos clínicos que compararon los nuevos ACO y warfarina

	RELY	ROCKET	ARISTOTLE
Tamaño	18,113	14,266	18,201
Tratamiento	Dabigatran 110mg BID Dabigatran 150mg BID	Rivaroxaban 20mg OD	Apixaban 5mg BID
Diseño	No inferioridad Abierto-ciego	No inferioridad Doble ciego	No inferioridad Doble ciego
Pacientes	FA + CHADS ₂ ≥ 1	FA + CHADS ₂ ≥ 2	FA + CHADS ₂ ≥ 1
Punto final 1	ACV (isquémico o hemorrágico) o embolia sistémica	ACV (isquémico o hemorrágico) o embolia sistémica	ACV (isquémico o hemorrágico) o embolia sistémica
Seguridad	Primario: Sangrado Mayor Secundario: Sangrado Mayor + SMCR*	Primario: Sangrado Mayor Secundario: Sangrado Mayor + SMCR*	Primario: Sangrado Mayor Secundario: Sangrado Mayor + SMCR*

*SMCR = sangrado menor clínicamente relevante

menos con ambas dosis de dabigatrán. La eficacia y la seguridad de dabigatrán concordaron en todos los estratos de riesgo CHADS₂.

La Food & Drug Administration (FDA) ha aprobado la dosis de 150 mg dos veces al día, y la dosis de 75 mg dos veces al día en pacientes con deterioro renal grave, mientras que la EMEA (Agencia Europea del Medicamento) ha aprobado tanto la dosis de 110 mg dos veces al día como la de 150 mg dos veces al día.

Con respecto al rivaroxabán, este fue evaluado frente a warfarina en el estudio ROCKET. Más de 14 000 pacientes con FA no valvular y CHADS₂ ≥ 2 (mayor riesgo embólico comparado con los otros estudios) y no hubo diferencias significativas en el punto final primario. Hubo mayor requerimiento de transfusiones y mayor caída de hemoglobina en el grupo rivaroxabán pero menor sangrado de órgano crítico, de hemorragia intracraneal y de sangrado fatal. En este trabajo tampoco hubo diferencia significativa en mortalidad entre los dos grupos. El rivaroxabán no fue inferior a la warfarina en el objetivo primario de ACV y embolia sistémica, y el análisis del tratamiento por protocolo consiguió superioridad estadística (reducción del riesgo relativo [RRR] del 21%; $p = 0,015$), pero, utilizando el más convencional análisis por intención de tratar, el rivaroxabán no fue superior ($p = 0,12$). No hubo reducción en las tasas de mortalidad o ACV isquémico, sino significativamente menos ACV hemorrágico e HIC. El objetivo primario de seguridad era el compuesto de hemorragia grave y hemorragia no grave clínicamente relevante, que no fue significativamente distinto entre el rivaroxabán y la warfarina, pero con rivaroxabán hubo un descenso significativo en hemorragias mortales y un aumento en las hemorragias gastrointestinales y las que requirieron transfusión.

Finalmente, en el trabajo ARSITOTLE, se comparó al apixabán (5 mg dos veces al día con ajuste de la dosis a 2,5 mg dos veces al día en pacientes de edad ≥ 80 años, peso ≤ 60 kg o con creatinina sérica ≥ 1,5 mg/dL) contra la warfarina. Se incluyeron más de 18 000 pacientes con FA no valvular y CHADS₂ ≥ 1. Hubo un descenso significativo en el resultado de eficacia primaria de ACV o embolia sistémica del 21% (0,79, IC 0,66-0,95; $p = 0,01$) con apixabán en comparación con warfarina, con un descenso del 31% en hemorragias graves y un descenso significativo del 11% en mortalidad por cualquier causa (0,89, IC 0,80-0,99; $p = 0,047$). Las tasas de ACV hemorrágico y hemorragia intracraneal, pero no la de ACV isquémico, fueron significativamente más bajas con apixabán que con warfarina. Las hemorragias gastrointestinales fueron similares en los grupos de tratamiento.

Es importante recordar que no se recomienda la utilización de estos nuevos fármacos en pacientes con deterioro significativo de la función renal.

RECOMENDACIONES ACTUALES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Tanto las guías europeas de 2012 como las estadounidenses de 2014 proponen utilizar antagonistas de la vitamina K en los pacientes con FA valvular, y en los pacientes con FA no valvular utilizar la puntuación de CHA₂DS₂VASC. En caso de ser 0 se recomienda no emplear terapia antitrombótica. Con un puntaje = 1, las guías dejan a disposición del médico tratante 3 posibilidades: pueden utilizarse aspirina, fármacos antitrombóticos o ninguna terapia. Con un resultado igual a 2 o mayor, se sugiere fuertemente anticoagulación con los nuevos anticoagulantes o con antagonistas de la vitamina K con un nivel de recomendación I y nivel de evidencia A. Las guías también remarcan la necesidad de evaluar rutinariamente el riesgo de sangrado por medio del puntaje HAS-BLED. Es necesario prestar especial atención a aquellos pacientes con un puntaje ≥ 3, porque presentan un riesgo incrementado de hemorragia. En estos individuos es muy importante optimizar los factores hemorrágicos corregibles, como presión arterial descontrolada, RIN lábil, fármacos concomitantes (aspirina, antiinflamatorios), alcohol, etcétera.

RECOMENDACIONES EN SITUACIONES ESPECIALES

Cardioversión eléctrica

El riesgo de un evento tromboembólico es aún mayor después de una cardioversión al ritmo sinusal, ya sea eléctrica, farmacológica o espontánea. El tiempo de permanencia de la arritmia también se relaciona con el riesgo tromboembólico. Los pacientes sometidos a cardioversión de la FA de más de 48 horas de duración representan un grupo de riesgo particularmente alto (en comparación con aquellos con FA de menor duración), con un riesgo embólico entre el 1 y el 5% en el primer mes, en ausencia de anticoagulación. Esta tasa es sustancialmente mayor que la tasa calculada para la población general que sufre FA, en los que la tasa anual de la gran mayoría de los pacientes se sitúa entre 1,3 y 5,1%.

Para lograr un adecuado manejo de la anticoagulación poscardioversión, se pueden dividir estos pacientes de manera esquemática en 2 grandes grupos:

1) Aquellos que presentan fibrilación auricular de ≥ 48 horas de evolución o de tiempo indeterminado

Según los estudios observacionales de cohortes, se debe administrar tratamiento con antagonistas de la vitamina K (con un RIN objetivo entre 2-3) al menos durante 3 semanas antes de la cardioversión o nuevos anticoagulantes (dabigatrán, rivaroxabán o apixabán) durante el mismo período de tiempo.

Para la mayoría de los pacientes, las guías sugieren —con mayor nivel de evidencia de anticoagulación— precardioversión con warfarina debido a los más extensos datos de eficacia y seguridad (nivel de recomendación I, evidencia

B). Sin embargo, también hay pruebas suficientes para utilizar un nuevo anticoagulante en esta circunstancia (nivel de recomendación IIa, evidencia C).

En este grupo de pacientes, independientemente de la forma en la cual se haya reinstaurado el ritmo sinusal, ya sea espontáneo, por cardioversión eléctrica o por cardioversión farmacológica, el tratamiento anticoagulante debe continuarse durante un período mínimo de 4 semanas luego de la intervención.

2) Aquellos que presentan fibrilación auricular ≤ 48 horas de evolución

El riesgo embólico parece ser muy bajo si la cardioversión se produce dentro de las 48 horas de la aparición de la fibrilación auricular. Según las últimas guías estadounidenses, se puede realizar una cardioversión sin ecografía transesofágica (ETE) o anticoagulación previa.

Manejo del sangrado en pacientes tratados con nuevos anticoagulantes

Acerca del manejo de un paciente con sangrado asociado a la utilización de un nuevo anticoagulante, la recomendación de las guías 2012 es primeramente valorar el estado hemodinámico del paciente y realizar las pruebas básicas de coagulación para valorar el efecto anticoagulante. Si el sangrado es menor, retrasar la próxima dosis o suspender el tratamiento. Si el sangrado es moderado, realizar tratamiento de soporte y sintomático, compresión mecánica, reemplazo de fluidos, transfusión sanguínea y carbón activado si la ingesta fue reciente. Si el sangrado es severo, considerar el factor VII activado recombinante, concentrados de complejo protrombina, hemoperfusión con filtro de carbón activado y hemodiálisis (solamente con dabigatrán).

Errores con la dosis

- Dosis olvidada
 - En régimen cada 12 horas (apixabán-dabigatrán): si faltan más de 6 horas para la próxima dosis, tomar la olvidada.
 - En régimen de 24 horas (rivaroxabán): si faltan más de 12 horas para la próxima dosis, tomar la olvidada.
- Doble dosis
 - En régimen cada 12 horas (apixabán-dabigatrán): reiniciar luego de 24 horas
 - En régimen de 24 horas (rivaroxabán): continuar tomando la medicación de acuerdo con su régimen
- Dudas en tomar la medicación
 - En régimen cada 12 horas (apixabán-dabigatrán): reiniciar a las 12 horas
 - En régimen de 24 horas (rivaroxabán): tomar una dosis extra y luego continuar cada 24 horas

CONCLUSIÓN

Los nuevos ACO presentan una alternativa atractiva para la profilaxis tromboembólica en pacientes con FA no valvular. Han demostrado no ser inferiores a los AVK y en algunos casos presentaron mayor eficacia, menor sangrado, menor interacción con fármacos y alimentos, mejor adherencia, y además no requieren control. Como puntos débiles, presentan un precio muy elevado, no cuentan con antídotos (aunque se están realizando protocolos evaluando antídotos para cada uno de los nuevos anticoagulantes) y no son aptos para pacientes con FA valvular. Los AVK tienen vida media larga, requieren monitorización de rutina y presentan múltiples interacciones tanto alimentarias como farmacológicas. A favor de estos fármacos, son drogas que han sido utilizadas con gran eficacia por muchos años, tienen antídoto y un bajo costo.

Conflictos de interés: los autores no presentan conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Gladstone DJ, Spring M, Dorian P, et al. Atrial fibrillation in patients with cryptogenic stroke. *N Engl J Med.* 2014;370(26):2467-77.

2. Sanna T, Diener HC, Passman RS, et al. Cryptogenic stroke and underlying atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2014;370(26):2478-86.

3. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med.* 2007;146(12):857-67.

Neurofibromatosis tipo II con afectación pelviana

Servicio de Urología. Hospital Italiano de Buenos Aires



Figura 1. Tumor pelviano con áreas sólidas y quísticas que realza con contraste de manera heterogénea.

Se trata de una mujer de 25 años con diagnóstico de neurofibromatosis (NF) tipo II en seguimiento por una voluminosa formación expansiva a nivel lumbosacro. La masa fue aumentando de tamaño sin provocar síntomas hasta que desarrolla incontinencia urinaria y fecal y finalmente se complica con retención aguda de orina.

Como antecedentes presenta hipoacusia severa por neurinomas vestibulares bilaterales y antecedentes de exéresis de meningioma de la hoz, exéresis de neurinomas dorsales en niveles D5 y D6, y colocación de catéter de derivación ventriculoperitoneal por hidrocefalia.

La ecografía mostró un riñón derecho de forma normal pero disminuido de tamaño con ecoestructura homogénea y espesor cortical disminuido, marcada uronefrosis con apertura piélica de aproximadamente 28 mm de diámetro AP. El riñón izquierdo no tenía particularidades. En la región pelviana del lado derecho, se observa voluminosa formación sólido-quística, de aproximadamente 109 x101 mm, que presenta vascularización al Doppler color, y desplazamiento contralateral de los órganos pelvianos.

La resonancia magnética (RM) mostró un tumor con áreas sólidas y quísticas, que ha crecido de manera significativa desde su origen en el sector sacro hacia la endopelvis, y que ejerce compresión y desplazamiento vesicouterino y que provoca uronefrosis derecha. Hay atrofia de masa muscular glútea derecha. El contraste provoca realce de forma heterogénea.

La anatomía patológica de la masa pelviana reseca identificó un schwannoma celular bien diferenciado.

La localización de neurofibromas en la pelvis es muy poco frecuente. Se originan en nervios de pelvis, vejiga y plexos prostáticos. Pueden ser aislados, superficiales o infiltrantes. Cuando aparecen en la pelvis, la vejiga suele estar afectada. Los síntomas de presentación pueden ser obstructivos, incontinencia de orina, hematuria, polaquiuria entre otros. El riesgo de malignización es del 12-29% en caso de localización pelviana. La RM es el mejor método de imágenes para su estudio. Las lesiones que sugieren neurofibromas en estudios por imagen en pacientes con NF no requieren biopsia para confirmar el diagnóstico. El tratamiento debe ser conservador, reservando el abordaje quirúrgico únicamente para aquellos casos con repercusión clínica.

Conflictos de interés: el autor no presenta conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

Asthagiri AR, Parry DM, Butman JA, et al. Neurofibromatosis type 2. *Lancet*. 2009;373(9679):1974-86.

Evans DG. Neurofibromatosis 2 [Bilateral acoustic neurofibromatosis, central

neurofibromatosis, NF2, neurofibromatosis type II]. *Genet Med*. 2009;11(9):599-610.

Evans DG. Neurofibromatosis type 2 (NF2): a clinical and molecular review. *Orphanet J Rare Dis*. 2009;4:16

Mazdar A, Asseban M, Aboussalah H, et al. Schwannoma of the urinary bladder: a case report. *Pan Afr Med J*. 2014;18:84.

Slaibi EB, Daher JG, da Fonseca GG, et al. Clinical and radiological repercussions of plexiform neurofibroma in the pelvic region. *Radiol Bras*. 201;47(5):326-8.

Neumonía por *Pneumocystis Jirovecii*

Residencia de Clínica Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires

Se trata de una mujer de 56 años con Linfoma no Hodgkin leucemizado que ingresa por cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, desaturación, uso de músculos accesorios, hipotensión sostenida sin respuesta a expansión con cristaloides. Requiere asistencia ventilatoria y medicación vasopresora. Se constata neutropenia y en la radiografía de tórax se evidencian infiltrados intersticiales bilaterales. antibiocioterapia empírica con Piperacilina-Tazobactam + Amikacina + Trimetoprima Sulfametoxazol (TMS). La tomografía de tórax sin contraste evidencia opacidades difusas y parcheadas en vidrio esmerilado en ambos campos pulmonares a predominio periférico y apical, asociado a engrosamiento de los tabiques interlobulillares, y derrame pleural laminar bilateral. Del lavado brocoalveolar se rescata *Pneumocystis Jirovecii* y se rota el tratamiento a TMS + corticoides. La paciente es extubada a las 48 hs evolucionando favorablemente. El *Pneumocystis Jirovecii* es un hongo que ocasiona infecciones respiratorias en pacientes inmunocomprometidos. Es clásicamente descrito en individuos con virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) positivo con recuentos de CD4 menor a 200 células/mm³. Sin embargo, también se han reportado casos en pacientes con otras causas de inmunosupresión, como ser tratamientos con agentes antineoplásicos, inmunosupresores o glucocorticoides, y en quienes padecen enfermedades oncohematológicas. En una cohorte retrospectiva de 82 pacientes adultos con infección respiratoria por *P. jirovecii* atendidos en nuestro hospital entre 2006 y 2013, 55% (45) fueron seronegativos para VIH. Los casos no infectados con VIH, fueron significativamente más añosos y tuvieron mayor mortalidad, mayor número de complicaciones y evolución a insuficiencia respiratoria con falla multiorgánica.

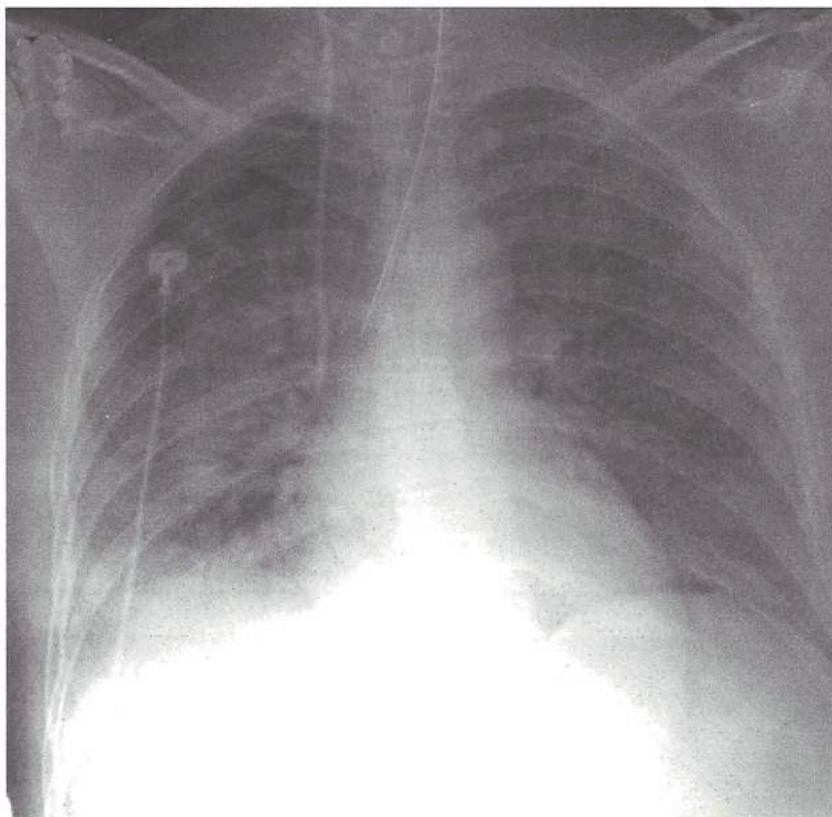


Figura 1. RX simple de tórax en lecho (sin bucky), en incidencia de frente. Se observan infiltrados intersticiales bilaterales.

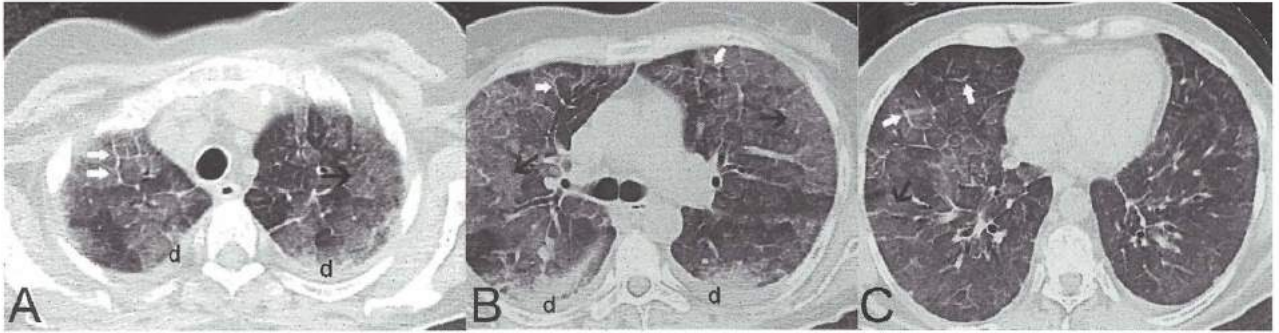


Figura 2. TAC de tórax sin contraste EV, con ventana pulmonar. En A, B y C se observan opacidades en vidrio esmerilado con disposición difusa y en parches (flechas blancas) con predominio de distribución apical y periférica. Engrosamiento de septos interlobulillares (flechas negras). Leve derrame pleural bilateral (d).

Conflictos de interés: el autor no presenta conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

– Rey A, Losada C, Santillán J, Fiorentini F, Schiaffino M, Peroni HJ, Giunta D, Barcán

L y Waisman G. Comparación de infecciones por *Pneumocystis jirovecii* en pacientes con

y sin diagnóstico de infección por VIH. Rev Chilena Infectol 2015; 32 (2): 175-180.

Arte y naturaleza humana XVIII

Carlos G. Musso y Paula A. Enz

RESUMEN

En su obra maestra *Mundos imposibles*, Maurits Escher nos muestra que muchas personas pueden compartir cotidianamente un mismo espacio físico y temporal y, sin embargo, estar transitando por distintos planos de conciencia, ya que cada ser humano recorre un camino personal que está hecho a la medida de su comprensión emocional e intelectual. Esto fundamenta la importancia de la tolerancia como garante de la convivencia, ya que esta nace de comprender y aceptar la naturaleza diversa de los senderos conceptuales humanos.

Palabras clave: planos de conciencia, Escher, mundos imposibles.

ART AND HUMAN NATURE XVIII

ABSTRACT

In his masterpiece "Impossible worlds", Maurits Escher shows us that many people can share a single daily physical space and time, and yet be moving through different levels of consciousness, since every human being goes through a personal journey that is tailored to their emotional and intellectual understanding. This underlies the importance of tolerance as a guarantor of coexistence, as it comes to understand and accept the diverse nature of human conceptual paths.

Key words: planes of consciousness, Escher, impossible worlds.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2014; 34(4): 128-129.

En esta oportunidad abordaremos otro de los aspectos de la naturaleza humana: los diversos planos de conciencia, que analizaremos basándonos en la obra *Mundos imposibles* de Maurits Escher (1898-1972).

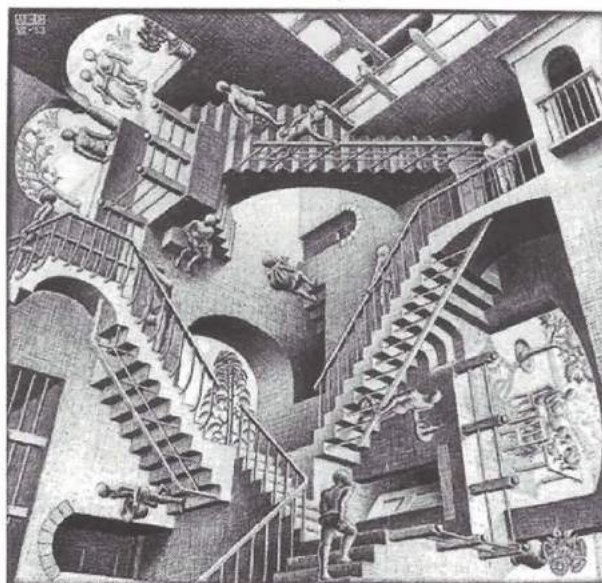
"Muchos hombres aprenden en la escuela, y por ende saben, que la tierra es una roca que gira alrededor del sol; sin embargo solo algunos de ellos viven sintiéndolo en su sangre."
Münchhausen film (1943)

DESCRIPCIÓN DE LA OBRA

Un grupo de personas transitan con total naturalidad a través de un enmarañado conjunto de escaleras, las cuales están dispuestas en los más diversos planos y sentidos (niveles de conciencia). Resulta entonces que, mientras algunos transeúntes cambian de plano ascendiendo (evolución) o descendiendo (involución), otros permanecen en un mismo estrato (estancamiento), abocados a distinto tipo de actividades (distractores) que representan el arribo a algún tipo de frontera conceptual.

INTERPRETACIÓN DE LA OBRA

Como claramente lo representa Escher en esta obra, si bien muchas personas comparten cotidianamente un mismo



espacio físico y temporal, pueden sin embargo transitar por distintos planos de conciencia, de modo que en la práctica están separadas por distancias siderales. A partir del principio de que la relación entre las partes constitutivas de un todo representa una forma de conciencia cohesiva, resulta entonces que las relaciones moleculares que dan existencia, por ejemplo a una piedra, constituyen un plano de conciencia mineral (conciencia sin conscien-

cia)*. De manera análoga pueden describirse, entonces, diversos planos de conciencia: protozoaria, vegetal, animal y humana (conciencia con consciencia). Vale decir que, en definitiva, toda forma de existencia (orgánica o inorgánica, inteligente o no) transita por algún plano de conciencia que organiza su forma de vida. En el caso de los seres humanos, independientemente del juego de relaciones al que se

encuentren sujetos, cada uno recorre un camino personal que está hecho a la medida de su comprensión emocional e intelectual. Por esta razón, las metas que para algunos son el afán de sus días, para otros resultan naderías. Esto fundamenta la importancia de la tolerancia como garante de la convivencia, ya que esta nace de comprender y aceptar la naturaleza diversa de los senderos conceptuales humanos.

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

BIBLIOGRAFÍA

- Capra F. *The Tao of physics*. Boston: Shambhala; 2010.
- Escher M. *Estampas y dibujos*. Amsterdam: Taschen; 2008.
- Fernández M. *No todo es vigilia la de los ojos abiertos*. Buenos Aires: Corregidor; 2007.
- Hofstadter DR. *Gödel, Escher, Bach: un eterno y grácil bucle*. Buenos Aires: Tusquets; 2010.
- Muñoz M. *Macedonio Fernández filósofo: el sujeto, la experiencia y el amor*. Buenos Aires: Corregidor; 2013.
- Tolle E. *El poder del ahora*. Buenos Aires: Grijalbo; 2012.

*Desde esta perspectiva, "conciencia" es cualquier grado de cohesión entre las partes constitutivas de un todo, por ejemplo las fuerzas que mantienen unidos a los protones, neutrones y electrones de un átomo constituyen una forma de "conciencia atómica" (Eckhart Tolle). En cambio el término "consciencia" remite a uno de los componentes del aparato psíquico propio de los organismos complejos, y que difiere de su otro componente: el "inconsciente" (Sigmund Freud).

Medicalización ¿una categoría útil para reflexionar sobre el desarrollo de la salubridad en la Argentina?

Ana Mines

RESUMEN

En este trabajo analizamos, de modo exploratorio y cualitativo, la utilidad de la categoría de medicalización y sus alcances para reflexionar sobre aspectos del desarrollo del sistema de salubridad nacional. El trabajo consta de tres instancias. En la primera vamos a definir qué entendemos por medicalización. La noción de medicalización, tal como la han definido E. Menéndez y P. Conrad, entre otros, describe el proceso mediante el cual cuestiones no médicas pasan a ser pensadas y entendidas como médicas. En la segunda, vamos a analizar una serie de procesos institucionales de la historia argentina reciente, es decir, una serie de cristalizaciones de procesos seguramente más generales y complejos. Por último, vamos a elaborar algunas reflexiones finales con el objetivo de pensar tanto la utilidad de la noción de medicalización, es decir, qué y cómo nos permite pensar tal noción el desarrollo del sistema de salubridad nacional, como también reflexionar sobre sus efectos en tanto proceso histórico.

Palabras clave: medicalización, sistema de salubridad, biopolítica, autonomía.

MEDICALIZATION, DOES A USEFUL CATEGORY TO REFLECT ON THE DEVELOPMENT OF HEALTH IN ARGENTINA?

ABSTRACT

This paper analyzes by an exploratory and qualitative way, the usefulness of the category of medicalization and its scope to reflect on aspects of development of the national health system. The work consists of three instances. At first let's define what we mean by medicalization. The notion of medicalization, as defined E. Menendez, P. Conrad, among others, describes the process by which non-medical issues become thought and understood as medical. In the second, we will analyze a series of institutional processes Argentina's recent history, that is to say, a series of crystallization of general and certainly more complex processes. Finally we will make some final thoughts in order to think about both the usefulness of the concept of medicalization, that is why and how it allows us to think such a notion the development of the system of national safety, and also reflect on its effects on both historical process.

Key words: medicalization, health system, biopolitics, autonomy.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2014; 34(4): 130-136.

La salud no es solamente la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales.

G. Canguilhem

INTRODUCCIÓN

En este artículo reflexionamos en torno la utilidad de la categoría de *medicalización* para analizar aspectos del desarrollo del sistema de salubridad¹ nacional argentino. Cabe destacar que es un trabajo exploratorio y cualitativo, en el cual nos proponemos pensar qué aporta la noción de *medicalización* cuando la utilizamos para interpretar aspectos de los procesos políticos y biopolíticos locales. El trabajo consta de tres instancias. Primero vamos a definir qué entendemos por medicalización y para ello haremos un breve *racconto* del uso que hacen de tal concepto algunos

autores. Por ejemplo, medicalización, tal como la han definido E. Menéndez² y P. Conrad³, entre otros, describe el proceso mediante el cual cuestiones no médicas pasan a ser pensadas y entendidas como médicas. Según M. Foucault⁴, este proceso surge a mediados del siglo XVIII en Europa y se relaciona con el proceso de desarrollo de los Estados modernos occidentales y sus consiguientes necesidades de control social.

Segundo, tomaremos una serie de procesos institucionales de la historia argentina reciente, es decir, una serie de cristalizaciones de procesos seguramente más generales y complejos de lo que aquí se vaya a abordar. Cabe señalar que el relato que planteamos es una construcción e interpretación situada⁵: parcial, localizada en relación con nuestros objetivos, etc.

Por último, vamos a elaborar algunas reflexiones con el objetivo de, por un lado, pensar tanto la utilidad de la noción de medicalización (es decir, qué y cómo nos permite pensar tal noción el desarrollo del sistema de salubridad nacional) y, por otro, reflexionar sobre sus efectos en tanto proceso histórico.

Recibido: 4/12/2014

Aceptado: 29/12/2014

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, República Argentina.
Correspondencia: anamines@yahoo.com.ar

MEDICALIZACIÓN. DEFINICIONES Y ALCANCES

Al reflexionar sobre los orígenes de la medicalización en Europa, allá por el siglo XVIII, Foucault afirma que esta consistió en un proceso a través del cual no solo la conciencia sino también el cuerpo humano se vieron englobados en una red, cada vez más densa y amplia de instituciones, saberes y discursos que tenía por objeto la atención de la enfermedad y el control de diferentes procesos vitales⁶. Según Menéndez, la medicalización consiste en el proceso a través del cual toda una serie de episodios vitales que hasta entonces fueron parte de los acontecimientos y comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos se convierten en enfermedades. La medicalización implica no solo que sujetos y grupos asuman dichos acontecimientos y comportamientos en términos de enfermedad (y no de lo que tradicionalmente han sido, es decir, conflictos y padeceres), sino que pasen a explicarlos y atenderlos a través de técnicas y concepciones biomédicas⁷. En este sentido, para Menéndez, la medicalización es un modo de operar de la biomedicina. Menéndez afirma que, si bien en nuestra sociedad existe toda una variedad de formas de comprender y actuar sobre los procesos de salud, enfermedad y atención, la biomedicina —en tanto dispositivo hegemónico— niega dichos saberes y prácticas, ubicándolos en una posición de subalternidad⁸. En efecto, Menéndez utiliza el término *biomedicina* con el objetivo de especificar este modo particular de comprender y actuar con respecto a los procesos de salud, enfermedad y atención, el cual se caracteriza por su identificación con la racionalidad científica moderna y la centralidad explicativa que le otorga a la biología.

P. Conrad, por su parte, señala que la medicalización ha desarrollado sus características actuales al promediar la segunda mitad del siglo XX, paralelamente a la expansión de la industria farmacéutica. Afirma que la medicalización es un proceso múltiple por el cual diferentes aspectos de nuestra vida pasaron y pasan a ser propios del campo biomédico ya sea bajo la forma de enfermedades o trastornos⁹. La industria químico-farmacéutica, en alianza con los medios de comunicación, componen una verdadera usina tendiente a la mercantilización de la salud, proceso visceralmente enredado en la medicalización de la sociedad. Tal industria desempeña un papel activo tanto en la producción de sustancias como en la construcción de patrones de legitimación del consumo de medicamento¹⁰, estilos de vida saludable-deseable, patrones de comportamiento, etc. En Occidente en general, y en la Argentina en particular, estamos viviendo un proceso de mercantilización de la salud¹¹. En este contexto, la industria químico-farmacéutica se conforma como un actor poderoso que favorece el fenómeno de la mercantilización de la salud al punto de subordinar el papel del médico a los intereses del mercado¹². Desde diferentes corrientes de pensamiento, N. Rose y R. Passos Nogueira coinciden en que el alcance de la medicalización no se agota en los procesos de salud y enfermedad

sino que, cada vez más, opera a través de otro tipo de regulaciones sobre la vida, como por ejemplo, los procesos de control, administración, modificación, redefinición y modulación de nuestras propias capacidades vitales. Según Rose, las tecnologías médicas contemporáneas no buscan meramente curar la enfermedad una vez que se manifiesta, sino controlar procesos vitales del cuerpo y la mente¹³. En efecto, este autor sugiere pensar los procesos contemporáneos de medicalización en términos de *optimización* de los cuerpos y sus procesos vitales. Por otro lado, Passos Nogueira afirma que en nuestras sociedades modernas se creó una especie de obsesión por la salud. Se trata de un nuevo consumismo de un cuerpo saludable que es alimentado de forma difusa por diferentes actores, entre ellos la ya mencionada industria farmacéutica y su alianza con los medios de comunicación¹⁴.

Menéndez disiente con la perspectiva de Rose y Passos Nogueira respecto del papel que desempeña la noción de enfermedad¹⁵. Afirma que, si bien la mayoría de las formas de atención y de saberes respecto del cuerpo se preocupan por la salud, e incluso la biomedicina habla de producir salud y de estilos de vida saludables, lo cierto es que casi la totalidad de las actividades, los diversos saberes y formas de atención actúan respecto de los padecimientos y enfermedades y no respecto de la producción de salud. Y esto ocurre no solo porque lo proponen e impulsan los curadores, sino porque, además, los sujetos y los grupos sociales demandan básicamente acciones sobre sus padeceres más que sobre su salud¹⁶. A diferencia de Menéndez, Rose y Passos Nogueira toman distancia de la idea de enfermedad poniendo énfasis en el despliegue de la medicalización en términos positivos/productivos.

La medicalización es un proceso complejo, en el que se yuxtaponen diversos procesos. La biomedicina se apropia de prácticas y saberes que antes no eran de su competencia. En este sentido, la medicalización es un proceso que podría traer consecuencias negativas en tanto consiste en expropiar a las personas en su capacidad de cuidar de su salud. Por otro lado (y probablemente al mismo tiempo), mediante la creciente articulación entre estrategias de mercado y publicidad, la confluencia de la expansión y penetración de saberes y prácticas propias del campo biomédico en múltiples aspectos de la vida, etc., asistimos tanto a la conformación de una subjetividad obsesionada por la vida saludable y garante y responsable por esta, como a la conformación de todo un biomercado en el cual el cuerpo y sus procesos son intervenidos en pos de una lógica capitalista de lucro.

Otro aspecto que nos gustaría señalar es la relevancia de la noción de *riesgo*. Según Passos Nogueira, la noción de riesgo se traduce en *conciencia del riesgo*, la cual motoriza una serie de acciones por parte de los sujetos que, sin estar enfermos, al entenderse en riesgo, actúan (constantemente) en consecuencia. Así, por ejemplo, tomar yogur laxante, comer cereales fortificados, tomar sustan-

cias que aumentan nuestras defensas, consumir pastillas que previenen infartos, hacer ejercicio, tomar dos litros de agua, dormir 8 horas, etc. componen hábitos de vida saludable, baluartes frente a la amenaza omnipresente de afecciones silenciosas.

ARGENTINA: UN RELATO DEL DESARROLLO DE SU SISTEMA DE SALUBRIDAD¹⁷

Como hemos desarrollado en el apartado anterior, el siglo XX fue escenario de un proceso de medicalización creciente, proceso que –si bien excede los límites que establecen las fronteras nacionales– adquiere características particulares según el contexto, los actores que lo componen, etc. En este sentido quisiéramos rescatar algunos aspectos del desarrollo institucional del sistema de salubridad nacional y pensarlos a la luz de la noción de medicalización.

El siglo XX fue el escenario en el cual, en la Argentina, se construyeron las bases institucionales del Estado nacional, y, consiguientemente, del sistema de salubridad en tanto parte de él. Este proceso de edificación institucional se fue cimentando al calor de fuertes pujas sociales y al ritmo de una permanente crisis de hegemonía en la arena política. Cabe señalar también que el Estado nacional se fue configurando al mismo tiempo que expandiendo.

Una característica notable del sistema sanitario argentino es su heterogeneidad. Está compuesto por tres sectores: el público (llamado en este trabajo sistema de salubridad), el privado y la seguridad social. Estos sectores, las relaciones entre sí y su injerencia en el sistema sanitario nacional se fueron delimitando en tensión con procesos políticos, económicos e institucionales de mayor alcance por los que pasó el país. Tanto la disputa en la definición de qué sector social iba a financiar el gasto que implicaba el desarrollo del sistema de salubridad como la lucha por las ganancias que comenzaron a vislumbrarse con el proceso de la mercantilización de la salud fueron tensiones subrepticias a lo largo de todos estos años (actualmente vigentes).

Si bien sus antecedentes pueden ubicarse mucho antes, las bases del sistema de salubridad nacional, tal como lo conocemos hoy, tienen casi 70 años¹⁸. Una figura destacada en este proceso fue la de Ramón Carrillo, quien en 1946, en el mismo momento en que la cartera de salud se independizó del Ministerio del Interior, fue nombrado primer Secretario de Salud Pública del país. Pocos años más tarde, en 1949 la Secretaría de salud se jerarquizó al lograr rango ministerial; Carrillo fue el primer Ministro de Salud del país¹⁹. Anteriormente, Carrillo había sido Jefe de Neurocirugía del Hospital Militar²⁰. Durante los años en que Carrillo estuvo frente a la cartera de salud se produjo un fuerte crecimiento del sector público al incrementar y mejorar la dotación de recursos humanos y materiales. En efecto, en esta etapa se iniciaron una serie de medidas que expresaron la voluntad de expansión, regulación y homogeneización²¹ mediante la centralización del sistema

de salubridad por parte del Estado²². Para ello, Carrillo hablaba (apelando a metáforas militares) de una “unidad de comando”²³. La intervención del Estado se basó, primero, en la extensión del sistema sanitario, luego en la necesidad de organizar y homogeneizar un sistema que, hasta ese momento, se había caracterizado por condiciones de fragmentación y heterogeneidad²⁴.

En esta etapa, el hospital público se convirtió en un centro formador de nuevos profesionales y en un lugar de atención médica que ya no estaba destinado solo a los “indigentes” (como sí lo fue durante el siglo XIX). El sector privado quedaría como destino de los sectores más pudientes, quienes podían costearse los gastos en salud.

Por otro lado, durante el gobierno peronista, se asistió a una notable expansión de la seguridad social, principalmente de las obras sociales impulsadas por sindicatos. Sería útil pensar este proceso a la luz de las relaciones entre el gobierno peronista y las organizaciones sindicales de aquel entonces, tema que excede los límites de este breve trabajo. La expansión del sistema sanitario de aquellos años produjo la redefinición de prioridades en materia sanitaria y la elaboración de nuevos saberes y nuevas prácticas para conceptualizar, definir e intervenir en torno a los procesos de salud, es decir, la configuración de un nuevo campo de saber/poder²⁵ en torno al cuerpo. Este proceso trajo aparejada la configuración de nomenclaturas específicas, datos estadísticos, clasificaciones e instituciones que pudiesen llevar esto a cabo como también la producción de nuevas problemáticas sanitarias y la configuración de nuevos actores sociales. Todo ello no solo debía ser atendido por un Estado en construcción sino que se configuraba entrelazadamente con él. En efecto, en este período, se focalizó el tratamiento de enfermedades infectocontagiosas; la defensa sanitaria de fronteras, puertos terrestres, marítimos, etc.; la protección integral de la madre y el niño, la higiene y la medicina infantil y del trabajo; la prestación médica de seguros, maternidad, enfermedad y vejez; la higiene y la vivienda urbana; el suministro de agua potable; la medicina preventiva; la elaboración de campañas sanitarias; la creación y la dirección de establecimientos para fines de salud pública; etc.²⁶ Diversos aspectos de la vida social e individual (que no necesariamente se relacionaban con la enfermedad) pasaron a ser de competencia de las políticas sanitarias. Algunos sectores sociales que antes no accedían al sistema de salubridad ahora sí lo hacen y, en paralelo, se verán sometidos a una nueva serie de controles médicos. La maternidad (parto, puerperio, lactancia, primera infancia), por ejemplo, sin ser definida como una enfermedad, se constituyó en una etapa de la vida medicalizada. La expansión de las políticas de prevención se centró en incidir masivamente en acontecimientos cotidianos, como por ejemplo la higiene. El proceso de medicalización comenzó a expandirse en paralelo a un Estado que también lo hacía. Otro aspecto que nos interesa señalar de esta etapa es

el surgimiento de una retórica en la que se conjugan incipientemente el sentido de *universalidad* con el de *accesibilidad*. El entonces presidente del país, el general Perón, estableció tres principios de lo que llamó la *sanidad justicialista* (una “nueva sanidad que no se ha iniciado en ninguna otra parte del mundo, sino en la República Argentina”²⁷): “1) todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la salud, 2) no puede haber política sanitaria sin política social y 3) de nada sirven las conquistas de la técnica médica si esta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados. En estos principios están los Derechos de la Salud, incluidos también en los Derechos del Trabajador”²⁸.

Durante la década de los años sesenta se profundizó un proceso de expansión y tecnificación del sistema de salubridad²⁹, el cual se mantendrá durante los gobiernos de Frondizi (1958-1962), Illia (1963-1966) y, en sus aspectos “tecnocráticos”, también durante parte del gobierno de facto de Onganía (1966-1970)³⁰. Durante este período identificamos por lo menos dos imperativos (que separamos con fines analíticos) en los cuales se fundamentaba la intervención estatal en materia de salud: el técnico-organizativo y el político-redistribucionista. La financiación de los servicios de atención médica y su organización política constituyeron dos puntos nodales de las disputas en el desarrollo del sistema sanitario de entonces. Por otra parte, queremos señalar que durante esos años la seguridad social experimentó un importante crecimiento tanto en los alcances de su cobertura (para el año 1969 el 26,7% de la población del área metropolitana se hallaba cubierta por las obras sociales³¹) como en la complejización de su institucionalización (burocratización) y en su relación con el Estado nacional.

Durante el “onganiato”, el Estado puso en marcha un programa de reorganización de las instituciones del sector salud conforme a las pautas técnico-organizativas elaboradas desde instituciones internacionales como OPS/OMS, las que, según S. Belmartino, gozaban de aceptada generalización en los medios sanitarios locales³². Así, por primera vez, estas agencias paradigmáticas del modelo biomédico³³ comienzan a incidir en la agenda de salubridad local y a regularla. En paralelo, nos parece interesante señalar que, solo en la década del 70, la Argentina alcanzó una proporción de médicos acorde a su población³⁴.

La dictadura de 1976 provocó importantes cambios para el sistema de salubridad local entre los que destacamos el ingreso abrumador de una lógica neoliberal junto con el achicamiento y desplazamiento del Estado. En efecto, la reducción de la capacidad reguladora, ejecutora y fiscalizadora del Estado fue acompañada por el desarrollo de un creciente mercado privado de servicios de salud³⁵ junto con la consolidación de agentes políticos internacionales (como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo) en tanto auditores de las políticas locales.

Los sinuosos caminos que venían experimentando los procesos político-institucionales tendientes a la universalidad y a la accesibilidad se vieron truncados. Como afirma Menéndez, con el neoliberalismo entrante, el papel del médico quedó subordinado a los intereses del mercado consolidándose así un modelo prestador de servicios privado, sumamente tecnologizado y de alta especialización. En este modelo se privilegiaba el uso indiscriminado e innecesario de recursos tecnológicos y la atención de determinadas patologías específicas en detrimento de los servicios de menor complejidad, la medicina general y las acciones preventivas³⁶. Así, el mencionado autor propone pensar el desplazamiento de la figura del paciente a la figura del consumidor³⁷.

Por otra parte, el gobierno dictatorial atacó a las organizaciones sindicales en su intento por debilitarlas, tendiendo a eliminar la presencia del Estado en la administración de las obras sociales. Este fue sin duda el principal objetivo de la Ley 22.269 sancionada en 1980³⁸.

En 1979 se llevó a cabo el proceso de transferencia de los servicios salubridad de la nación a las provincias y municipios. En el año 1980 solo el 2% de los establecimientos públicos pertenecían al nivel nacional (el resto era de competencia de los niveles provinciales y municipales). Dicha medida no solo favoreció la desarticulación y fragmentación del sistema sino también, al no contemplar una transferencia de recursos financieros basada en las realidades locales, provocó el empobrecimiento generalizado en las instituciones transferidas efecto agudizado en las provincias y municipios más pobres y periféricos del país. Según A. Isuani y H. Mercer, durante las décadas de los años setenta y ochenta, se consolidó un espectro institucional caracterizado por un sector público de la salud en retroceso y por el despliegue del sector privado, correspondiendo al primero, básicamente, favorecer, cuando no financiar, al segundo³⁹. Durante esos años, los sectores que componían el sistema sanitario local no solo no se integraron sino actuaron de modo contradictorio: carencia de materiales/presupuestos cuantiosos, concentración de servicios en algunas zonas, e insuficiencia en otras, etc.

El restablecimiento del régimen democrático estuvo atravesado por el ya mencionado desmantelamiento del aparato estatal, por las consecuencias más amplias del terrorismo de Estado, por el creciente proceso de globalización, etc. Fragilidad, atomización, desarticulación son algunas de las características que tiñeron el funcionamiento del sistema de salubridad en ese período consolidando una accesibilidad estratificada en detrimento de la equidad en su acceso. Según Isuani y Mercer, el mosaico institucional de la salubridad de la Argentina de aquellos años difícilmente puede ser calificado como un “sistema de salud”. En la década del 90 y durante los primeros años del 2000, promovidas por las políticas ejecutadas por el menemismo, las tendencias neoliberales se agudizaron. Esta etapa

significó el reachicamiento del Estado en su capacidad de organizar, regular, administrar, y el triunfo de una lógica del lucro que favoreció a sectores privados. De este modo, la salud se convirtió en un bien de mercado⁴⁰.

De la última década podemos mencionar, de modo general, que el Estado ha recuperado parte de su capacidad de regulación y gestión. Esto se refleja en la amplia cobertura de previsión social, programas de medicamentos como el REMEDIAR, la capacidad y calidad de los hospitales públicos (si bien mayoría depende de gobiernos provinciales y municipales), etc. También podemos destacar el crecimiento de la seguridad social como el acercamiento entre este sector y el Estado nacional. Hoy, nuestro sistema de salud es de carácter mixto, con cierta centralidad del sector público, pero con un sistema privado con fuerte capacidad de acción política. Podríamos decir que ambas partes conviven tensamente. Por otro lado, cabe mencionar cierta continuidad tanto en la permeabilidad de las agencias internacionales de salud en la agenda de las políticas sanitarias como en el estado de fuerte fragmentación y diversificación del sistema sanitario⁴¹.

REFLEXIONES FINALES: ¿UN PROCESO DE MEDICALIZACIÓN EN LA ARGENTINA?

Como intentamos mostrar, el desenvolvimiento del sistema sanitario local conforma un complejo entramado de dimensiones. Así, quisiéramos afirmar que en la Argentina convivieron por lo menos dos procesos complementarios, diferenciables solo a nivel analítico ya que ambos se configuran mutuamente. Primero, el de las disputas y conflictos en torno a la conformación, alcances y capacidades del Estado/sistema de salubridad. Estos conflictos se esgrimieron en un medio comprendido por dos tensiones: 1) la tirantez que implica la expansión/centralización estatal frente a expresiones locales particulares y 2) el sentido de lo público/estatal frente a una lógica del lucro. Ambas tensiones, a su vez, están atravesadas por una tercera tensión relacionada con los efectos de la expansión y el funcionamiento del sistema de salubridad, sus costos y ganancias. Segundo, las mutaciones que fueron experimentando la mirada y la práctica médica, a la luz no solo de las transformaciones en el sistema de salubridad, sino también ante la emergencia de nuevas formas de mirar, pensar, entender la salud, y de nuevas tecnologías. Como desarrollamos a lo largo del texto, estas mutaciones tendieron, con muchos matices, a la expansión del proceso de medicalización.

Una noción que nos parece interesante para profundizar en posibles matices con respecto a la medicalización es la de *accesibilidad*. Esta ha flotado a lo largo del recorrido propuesto en tanto atributo que se puso en juego en los vaivenes entre la ampliación y el achicamiento del Estado y en las tensiones subsiguientes entre el sector privado y el público. Vamos a detenernos aquí para hacer una serie de puntualizaciones. A primera vista podría parecer que

medicalización, ampliación del alcance del sistema de salubridad y accesibilidad constituyen un *continuum*. Sin embargo, podemos afirmar que accesibilidad no implica *sine qua non* medicalización del mismo modo que *no accesibilidad* no implica *per se* un proceso de *desmedicalización*. Esto es así si entendemos que la accesibilidad (asequibilidad) tiene un fuerte parentesco con la noción de *disponibilidad*. Mientras que la disponibilidad referiría a, por ejemplo, servicios ofrecidos por el sistema de salud, la accesibilidad implicaría la posibilidad de que esos servicios ofrecidos sean realmente utilizados por quienes los requieren. Así, un hospital disponible no necesariamente es accesible. En este punto resulta fundamental problematizar la idea de *pasividad* con la que la biomedicina caracteriza al paciente. En términos abstractos, un sistema de salubridad disponible y accesible, en el que la relación médico-paciente fuese horizontal, priorizando el trabajo comunitario, situado, basado en la circulación de conocimientos y herramientas, podría garantizar la accesibilidad promoviendo la desmedicalización. Esto sería plausible siempre y cuando se privilegie un enfoque de salud que priorice la autonomía y las capacidades de las personas⁴². Asimismo quisiéramos agregar otra puntualización paralela a la recién comentada. En el texto hemos señalado por lo menos dos aspectos posibles del proceso de medicalización. El primero se relaciona de modo directo con las instituciones del sistema de salud y la penetración de la lógica de lucro. Cuando esto sucede, se intensifica la conversión de problemas no médicos en médicos ya que, si en el funcionamiento del sistema sanitario prima una lógica capitalista en la que la industria farmacéutica y las corporaciones privadas marcan el pulso de su funcionamiento, la medicalización creciente de la vida sería proporcional al incremento de ganancias ya que implica la ampliación de un mercado⁴³. Entonces allí es pertinente decir que el contexto argentino requiere un análisis detenido ya que, como intentamos mostrar, la lógica del lucro no fue la única que operaba. El carácter complejo de nuestro sistema de salud (compuesto por el sistema de salubridad, servicios sociales y empresas privadas) ofrece resistencias y matices a dicha lógica. El sector público, al estar regulado, *a priori*, por una lógica que no es idéntica a la de compra/venta, actuó y actúa ofreciendo algún tipo de resistencia ante la tendencia medicalizadora/mercantilizadora de alcance occidental.

El segundo se expresa mediante la introyección por parte de los sujetos (proceso de subjetivación) de la noción de *riesgo* y se manifiesta en el disciplinamiento de la propia vida en tanto vida saludable, principalmente mediante la adquisición de hábitos preventivos, lo que implica también el consumo de productos de diversa índole en un novedoso biomercado. La configuración de este nuevo tipo de subjetividad ciudadana tiende a la creciente demanda y consumo de técnicas de monitorización, intervenciones, consumo

de medicamentos y tratamientos “preventivos” ante potenciales enfermedades o trastornos (es decir, consumo en “estado de salud”) motorizados por la noción de riesgo y el constante estado de alerta que esta produce. Desde muchos sectores (especialmente desde la ya mencionada alianza medios de comunicación/industria farmacéutica) moldean los parámetros de consumo promoviendo la venta de productos que prometen una vida sana. Como señala Passos Nogueira, en nuestras sociedades posindustriales, tan enamoradas de la *promoción persecutoria*, el cuidado compulsivo está relacionado con la proliferación de la noción de riesgo. Así, parece naturalizarse el *ethos* de la enfermedad como potencia, lo que conlleva una nueva

pérdida de la autonomía⁴⁴ de las personas e implica la producción de un tipo de sujeto que desea consumir lo que el biomercado tenga para ofrecerle.

A modo de cierre nos preguntamos, ¿es posible soñar con un sistema de salubridad que combine su accesibilidad con el respeto hacia las heterogeneidades sociales y su autonomía?, ¿es posible promover la equidad en el acceso a los servicios de salud sin que ello implique reforzar la lógica de mercado e imponer modos de saber?, ¿podremos disfrutar de la disponibilidad de recursos humanos, farmacológicos, tecnológicos, institucionales, comunicativos, etc. y que estos circulen según las necesidades y deseos de las personas y los grupos?

Conflictos de interés: la autora no presenta conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. G. Canguilhem problematiza la noción de salud pública. Afirma que la distinción entre lo público y lo privado en los procesos que atañen a la salud no son tajantes ni lineales. Por ello propone utilizar el término salubridad para pensar los procesos que involucran a un individuo y lo ponen en relación con diferentes relaciones sociales, con el Estado, con médicos/as, con diferentes instituciones abocadas a la salud, etc. En su: *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu; 2004.
2. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar; 2009.
3. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press; 2007.
4. Foucault M. *Historia de la medicalización*. En: *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira; 2008.
5. Para ampliar sobre esta idea puede consultarse: Haraway D. *Ciencia, cyborgs y mujeres*. Madrid: Cátedra; 1995.
6. Foucault M. *Historia de la medicalización*. En: *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira; 2008.
7. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. *Introducción al enfoque relacional en la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar; 2009. p. 40.
8. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. *Introducción al enfoque relacional en la salud colectiva*. Bs. As: Ed. Lugar; 2009; 26.
9. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press; 2007.
10. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. *Introducción al enfoque relacional en la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar; 2009.
11. Según J. C. Escudero (citado por G. Laplacette y L. Vignau), la presión para convertir la salud en un área prioritaria de beneficio capitalista sigue siendo muy fuerte, motorizada principalmente por los organismos rectores del capitalismo mundial: la Organización Mundial de Comercio, el FMI y el Banco Mundial, además de una larga lista de gobiernos centrales, especialmente aquellos que fabrican medicamentos nuevos y que han colocado capitales en los seguros privados de América Latina.
12. Laplacette G, Vignau L. *Medicalización de la salud*. En: Cannelotto A, Luchtenberg E. *Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre la construcción de enfermedades*. Buenos Aires: UNSAM Edita; 2010. p. 65.
13. Rose N. *Políticas de la vida; biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: UNIPE Editorial Universitaria; 2012. p. 48.
14. Nogueira Passos R. *La salud que hace mal*. Buenos Aires: Lugar; 2008. p. 27.
15. El papel que desempeña la noción de enfermedad en el proceso de medicalización es un punto de abierta discusión en los estudios sociales citados. Seguramente las diferencias en los enfoques no se saldaron ni deban saldarse a nivel teórico o abstracto sino a nivel local mediante un enfoque situado.
16. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras: *introducción al enfoque relacional en la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar; 2009.
17. Como adelantamos en la introducción de este trabajo, en este apartado vamos a proponer un relato situado; necesariamente fragmentario, discreto, para el cual seleccionamos fuentes secundarias (principalmente investigaciones historiográficas) según los propósitos de investigación aquí definidos. Intentamos seguir a M. Foucault en su crítica al relato Universal de la Historia, una historia lineal, acumulativa, con origen. En efecto, no buscamos ofrecer la verdad de la historia del sistema de salubridad de la Argentina, sino un relato de la misma. Para ampliar sobre esta idea puede consultarse en: Foucault M. *Nietzsche, la genealogía y la historia*. Buenos Aires: La piqueta; 1992.
18. Róvere M. *La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto* [Internet]. UNER. Facultad de Ciencias de la Salud; [2004]. [Último acceso: 11/10/2014]. Disponible en: <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf>
19. Ramacciotti KI. De neurocirujano a primer ministro de salud de Argentina. *Salud Colectiva*. 2008;4(1):91-103.
20. Ya sea para caracterizar, debatir o ahondar en cuestiones pertinentes al sistema de salubridad, en sus discursos más de una vez utilizó metáforas de índole militar: “La defensa de la salud pública debe ser una defensa organizada, porque las enfermedades son ejércitos formados por enemigos invisibles (...). Entendemos que los médicos debemos familiarizarnos con el ejército, sino también para analizar el proceso de medicalización de los hospitales europeos (modelos de los nuestros). Cabe mencionar que el filósofo e historiador M. Foucault también recurrió a metáforas militares no solo para describir el proceso de expansión de la medicalización de Alemania en el siglo XVIII (la conformación de una “policía médica”). Carrillo R. *Contribuciones al conocimiento sanitario. Obras completas*. Buenos Aires: Eudeba; 1974. p. 146.
21. Foucault M. *Historia de la medicalización*. En: *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira; 2008. p. 90.
21. Para ampliar en los modos y efectos del proceso de homogenización puede consultarse: Ben P. *Muéstrame tus genitales y te diré quién eres*. En: Acha O, Halperin

- P (comps). *Cuerpos, géneros e identidades*. Buenos Aires: Ediciones del Siglo; 2000.
- Y Salessi J. *Médicos, maleantes y maricas: higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina (1871-1914)*. Buenos Aires: Beatriz Viterbo; 1995.
22. Isuani EA, Mercer H. *La fragmentación institucional del sector de salud: ¿pluralismo o irracionalidad?* Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988. p. 34.
23. Belmartino S. *Servicios de salud y sistema político: Argentina, Brasil y Chile entre 1920 y 1970*. En: Armus D. *Avatares de la medicalización en América Latina 1870 – 1970*. Buenos Aires: Lugar editorial, 2005; 104.
24. Ramacciotti K. *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos; 2009. p. 64.
25. *Estamos utilizando la noción de saber tal como la entiende Michel Foucault, es decir, de modo inseparable de la noción de poder. El poder en Foucault es un poder productivo, no represivo. En efecto, “el saber es la integración de las relaciones de fuerza [poder] en el sentido más general que exista: las relaciones de fuerza entre las cosas, entre las personas, entre letras, entre luces, entre sombras y luz, entre todo lo que quieren”* En Deleuze G. *El saber: curso sobre Foucault*. Buenos Aires: Cactus; 2013. p. 243.
26. Ramacciotti K. *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos; 2009. p. 65.
27. Carrillo R. *Sanidad justicialista*. En *Obras completas II. Contribuciones al conocimiento sanitario*. Buenos Aires: Eudeba; 1974. p. 424.
28. En: Carrillo R. *Sanidad justicialista*. En *Obras completas II. Contribuciones al conocimiento sanitario*. Buenos Aires: Eudeba; 1974. p. 432.
29. Róvere M. *La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto* [Internet]. UNER. Facultad de Ciencias de la Salud; [2004]. [Último acceso: 11/10/2014]. Disponible en: <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf>
30. Belmartino S. *Servicios de salud y sistema político: Argentina, Brasil y Chile entre 1920 y 1970*. En: Armus D. *Avatares de la medicalización en América Latina 1870 – 1970*. Buenos Aires: Lugar; 2005. p. 107.
31. Isuani EA, Mercer H. *La fragmentación institucional del sector de salud: ¿pluralismo o irracionalidad?* Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988. p. 48.
32. Belmartino S. *Servicios de salud y sistema político: Argentina, Brasil y Chile entre 1920 y 1970*. En: Armus D. *Avatares de la medicalización en América Latina 1870 – 1970*. Buenos Aires: Lugar; 2005. p. 108.
33. Menéndez E. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar; 2009. p. 37.
34. Isuani EA, Mercer H. *La fragmentación institucional del sector de salud: ¿pluralismo o irracionalidad?* Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988. p. 65.
35. *A modo de ejemplo, podemos decir que en este período el sector privado se convirtió en el más importante propietario de equipos de medicina de alta complejidad* Ver: Isuani EA, Mercer H. *La fragmentación institucional del sector de salud: ¿pluralismo o irracionalidad?* Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988. p. 69.
36. Isuani EA, Mercer H. *La fragmentación institucional del sector de salud: ¿pluralismo o irracionalidad?* Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988. p. 39.
37. Menéndez E. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar; 2009.
38. Isuani EA, Mercer H. *La fragmentación institucional del sector de salud: ¿pluralismo o irracionalidad?* Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988.
39. Isuani EA, Mercer H. *La fragmentación institucional del sector de salud: ¿pluralismo o irracionalidad?* Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988. p. 75.
40. Laplace G y Vignau L. *Medicalización de la salud*. En *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades*. Buenos Aires: UNSAM Edita; 2010. p. 64.
41. Róvere M. *La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto* [Internet]. UNER. Facultad de Ciencias de la Salud; [2004]. [Último acceso: 11/10/2014]. Disponible en: <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf>
42. Siguiendo las reflexiones que I. Illich propone en su libro “Némesis médica”, este equilibrio dinámico entre la autonomía de los sujetos (atributo deseable para nuestras sociedades) y heteronomía en relación con los saberes específicos sobre salud y a los recursos biotecnológicos y farmacológicos, no se salda en términos universales ya que, según Illich, sería insoslayable la tensión que provee cada contexto, las características de los actores sociales, institucionales e individuales en cuestión, etc. En efecto, el problema aquí planteado debería ser abordado, para este autor, a nivel comunitario. En: Illich I. *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral; 1975.
43. Laplace G, Vignau L. *Medicalización de la salud*. En: Cannelotto A, Luchtenberg E. *Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades*. Buenos Aires: UNSAM Edita; 2010.
44. Nogueira Passos R. *La salud que hace mal*. Buenos Aires: Lugar; 2008. p. 23.

Reglamento general de presentación de artículos

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

Instrucciones generales de presentación

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

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

Presentación de los trabajos

- En formato electrónico, a la dirección: revista@hospitalitaliano.org.ar

Dirigido a Dr. José Alfie, Director de Revista

Se aceptarán trabajos para las Secciones:

Recordatorio: en memoria de personas fallecidas. Serán solicitados por el Comité Editorial.

Carta al editor: observaciones y comentarios sobre trabajos publicados con anterioridad por la Revista, o comunicaciones breves sobre temas científicos o de otras áreas de interés humanístico, ético, educativo, etc. En el caso de referirse a artículos publicados, el autor tendrá la oportunidad de responder en esta misma Sección. No deberá superar las 750 palabras.

Las contribuciones podrán ser modificadas para adaptarlas al formato editorial de la Revista. El Comité Editorial se reserva el derecho de publicación.

Artículo: comunicaciones de trabajos originales. No deben haber sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congresos) ni estar considerados para su publicación en otra revista.

Artículo de revisión: artículos de actualización en temas clínicos, fisiopatológicos, farmacológicos, meta-análisis, epidemiológicos o de otras categorías, que sean considerados relevantes para la práctica médica.

Educación médica: artículos sobre aspectos educativos, de la enseñanza de la medicina, cuestiones metodológicas, técnicas, prácticas y habilidades tanto de pregrado como de posgrado.

Caso clínico: presentaciones clínicas seguidas de estudios de evaluación que, eventualmente, pueden conducir a un diagnóstico. Podrá incluir una breve revisión del tema.

Ateneo radiológico: presentación de uno o más casos de pacientes ilustrado(s) por imágenes de relevancia clínica, incluyendo una breve revisión del tema.

Medicina Interna en Imágenes: presentaciones clínicas generadas a partir de una imagen: introducción, relato del caso y comentario de las imágenes. Debe incluir una breve revisión del tema.

No más de 500 palabras.

Notas sobre estadística e investigación: artículos sobre estadística dirigido a médicos asistenciales o que desarrollan actividades de investigación clínica. No debe exceder las 1500 palabras, se deben incluir hasta 15 referencias y de 1 a 3 tablas o figuras con sus respectivos epígrafes.

El Hospital Italiano en Medline: Los autores de artículos originales publicados en el último año en revistas indexadas en Medline, comentan sus resultados en nuestra revista. El artículo no debe exceder las 1500 palabras y 10 referencias.

Videos en medicina: videos que muestran procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Se publicarán en la versión online de la revista. El archivo de video debe ser de 2 a 3 minutos de duración y no superar los 10 MB. Formatos: QuickTime, AVI o MPEG. Deben ir acompañados de un texto explicativo de alrededor de 1.000 palabras y hasta 5 referencias. Puede incluir una voz en off de audio. En un archivo aparte incluir los datos de los autores, filiación, mail de contacto, título del video, resumen de no más de 150 palabras y de 3 a 5 palabras clave.

Actualización y avances en investigación: artículos sobre temas biomédicos que se encuentren en etapa de investigación básica o aplicada, con potencial clínico inminente, o que, encontrándose ya en etapa clínica, su práctica esté poco difundida o resulte novedosa.

Humanidades: artículos originales acerca de temas históricos, de bioética, comentarios o revisiones bibliográficas críticas sobre publicaciones o temas relacionados con la historia de la medicina o de las ciencias, entrevistas a personas que tengan una relación con la medicina, ensayos elaborados en torno a imágenes, cuadros, fotografías, etc.

Iconografía dermatológica: casos clínicos dermatológicos ilustrados.

Más detalles en <http://www.hospitalitaliano.org.ar/educacion/revista/>

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

Estructura de los trabajos y datos de la primera página

Autores: se deberá consignar el autor responsable del artículo al cual se dirigirá el Comité de Revista en cualquiera de las etapas del proceso de publicación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Proceso de publicación

Recepción de originales en versión electrónica. La coordinación editorial acusará recibo del envío y solicitará, si es necesario, completar la presentación según lo requerido en el Reglamento general de presentación de artículos

Presentación al Comité de Revista. Se presentará el original al comité para su primera revisión. En esta etapa se podrá solicitar algún cambio antes de enviar el artículo a revisión externa

Sistema de evaluación. Si el Comité de Revista recomienda la publicación del trabajo, se lo envía como mínimo a dos profesionales externos a la institución. El sistema de evaluación es de doble ciego: no se informan los datos de los autores ni de los evaluadores. La evaluación se debe realizar en catorce días, aunque puede retrasarse por eventualidades ajenas al Comité. Los evaluadores podrán recomendar la publicación sin cambios, con cambios, o rechazarla. **En cualquier caso se enviará a los autores el resultado de la evaluación. Si se requirieran cambios, los autores deberán realizarlos marcándolos con color rojo en el plazo estipulado por el Comité (entre siete y diez días, según la necesidad de cada caso) y adjuntar una nota en la que explicarán los cambios realizados y, si hubiera rechazo de alguna sugerencia, el porqué de este. Una vez recibido, el trabajo corregido se enviará nuevamente a los revisores para su aceptación. Si es aceptado se continuará con el proceso de publicación: corrección ortográfica y de estilo, galeras, etcétera. Si se requieren más correcciones se vuelve a realizar el proceso a partir de la siguiente marca **. A partir de esta etapa no se aceptan cambios en el texto.

Aceptación del trabajo. Una vez aceptado el trabajo, la Coordinación Editorial se comunicará con el autor responsable para informar la decisión del Comité de Revista.

Corrección y galeras. Luego de aceptado, el artículo pasa a la etapa de corrección profesional que incluye una corrección ortográfica, gramatical y de estilo. En esta etapa pueden surgir dudas las cuales se remitirán al autor responsable. En la siguiente etapa el autor recibirá la prueba de galera para su revisión y aceptación final. En esta instancia no se pueden hacer cambios significativos que impliquen una cantidad de texto que modifique el sentido o la puesta en página del artículo. El autor responsable enviará por mail, en el plazo solicitado por la coordinación, las correcciones o la aceptación de la prueba de galera. Se recomienda fuertemente poner énfasis en la corrección de posibles errores ortográficos o de diagramación.

Publicación online e impresa. El Comité de Revista podrá publicar en forma adelantada el artículo en su página web. El autor responsable será informado de su publicación en cualquiera de los formatos de la Revista. Recibirá cuatro ejemplares y una carta de agradecimiento del Director de Revista.



General guidelines for article submission

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

General instructions for submission

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

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

Paper submission

- In electronic format, to the following email: revista@hospitalitaliano.org.ar

Articles must be addressed to Jose Alfie, M.D., Journal Director. Submissions for the following Sections will be accepted:

Obituary: in memory of the deceased. Will be requested by the Journal's Board.

Letters to the editor: These comprise observations and comments about previously published articles in the Journal, short communications on scientific topics or areas related to human sciences, ethics, education, etc. When referring to already published articles, the corresponding author can answer in this same section.

Contributions might be modified in order to adapt them to the Journal's editorial format. The Journal's Board has the right either to approve or disregard a publication.

Articles: original papers relative to medicine and related areas. They should not have been published or submitted to other journals for review and publication.

Review Articles: reviewed articles or updates on physiological, pharmacological, or clinical topics as well as meta-analysis or epidemiological analysis that are considered relevant for the medical practice.

Medical Education: Articles on aspects of medical education, methodological issues, techniques, practices and skills both undergraduate and graduate.

Clinical Case: clinical presentations followed by evaluation studies may eventually lead to a diagnosis. It may include a brief review of the subject.

Images in Internal Medicine: Clinical presentations generated from an image: introduction, case report and review of images. Authors should include a brief review of the subject. Word limit 500 words.

Notes on statistics and research: articles on statistics aimed at clinical care physicians and those who perform clinical research. Should not exceed 1500 words, should include not more than 15 references and 1-3 tables or figures with their respective footnotes.

The Hospital Italiano in Medline: Authors of original articles indexed in Medline during the last year, discuss their results in our journal. The article should not exceed 1500 words and 10 references.

Videos in medicine: videos showing diagnostic or therapeutic procedures will be published in the online version of the journal. The video file should be 2-3 minutes long and not exceed 10 MB. Formats: QuickTime, AVI or MPEG. They must be accompanied by an explanatory text of about 1,000 words and 5 references. It can include audio voiceovers. In a separate file include the data of the authors, affiliation, contact email, video title, abstract of no more than 150 words and 3-5 keywords.

Update and Advances in Research: biomedical issues that are either on their pre-clinical phase or about to be used in clinical applications, or those that although being already approved for clinical use are not widely known or represent a novelty.

Humanities: Original articles on historic and/or philosophic topics about medical sciences and related sciences. The maximum length of these articles including bibliography should be 5000 words. Images (with the corresponding licenses, permits and /or proper identification can be included).

Iconography Dermatologic

This section publishes clinical cases with photos.

More details: <http://www.hospitalitaliano.org.ar/educacion/revista/>

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

Article structure and first page data

Authors: there must be a corresponding author to whom the Journal's Board will address during the whole process prior to publication.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Publishing process

Original electronic version. The editorial coordination area of the Journal will acknowledge reception and will ask, if necessary, to

complete the submission according to the requirements in the General guideline for article submission.

Presentation to the Journal's Board. The original version will be presented to the committee for the first review. During this period, they might ask the authors to modify the article before sending it to the external review.

Evaluation system. If the Journal's Board recommends this article for publication, it is sent to at least two external peer reviewers. Papers received will be sent to two blind referees. The review must be done in fourteen days, though it might take a little longer due to issues not related to the Journal Committee. Reviewers might recommend publication without changes, with some changes or might even reject it.

**In every possible scenario, the authors will receive feedback of the review process. If peer reviewers ask for changes, they must be made in red color, within the fourteen abovementioned days (between seven and ten days according to each case) and there must be an explanation for them. In the event of a suggestion or a rejection from the peer reviewers, they must justify it. Once the article has been completed and corrected, if needed, it will be sent to the reviewers again. If the article is then accepted, the publishing process will continue with the corresponding spelling and style corrections, galley proofs, etc. If more corrections are needed, the process starts again as from this mark **. From this stage onwards, no more changes in the text will be accepted.

An accepted article. Once an article has been accepted, the Editorial Coordination will communicate with the responsible author to inform the Committee's decision.

Correction and galley proof. Once accepted, the article undergoes professional correction including spelling, style and grammar. During this stage, doubts may arise, and if so, they will be submitted to the responsible author.

During the following step, the author will receive the galley proof for review and final acceptance. During this step, no significant changes implying a large amount of new text that might modify the meaning or the number of pages of the article can be done. The responsible author will send an e-mail, within the requested days, either the corrections or the acceptance of the galley proof. We strongly recommend to correct possible grammatical and /or design and layout mistakes.

Online and printed publication. The Journal's Board might publish beforehand any article in its web page. The responsible author will be informed about the publication in any of the Journal formats. The author will receive four copies and a letter of appreciation from the Journal's Director.



SERVICIO DE ONCOLOGIA
RADIANTE



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires



EXCELENCIA Y PRESTIGIO EN ONCOLOGIA RADIANTE

Tratamientos del Centro Médico

Acelerador lineal de electrones
Planificación tridimensional conformada
Tratamientos hiperfraccionados
Radiocirugía
Braquiterapia de alta tasa de dosis
Braquiterapia prostática
Roentgenterapia: radioterapia superficial
Betaterapia
Irradiación corporal total
Irradiación de piel total con electrones
Intensidad modulada

Centros Periféricos

Barrio Norte - C.A.B.A.
Pacheco de Melo 3061

San Justo - Pcia. de Buenos Aires
Perón 2231

Lomas de Zamora - Pcia. de Buenos Aires
Acevedo 365

Avellaneda - Pcia. de Buenos Aires
Colón 980

Central

Tte. Gral. J. D. Perón 3931/3937 (C1198AAW)
Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Tel./fax. 4958-1213 líneas rotativas
info@mevaterapia.com.ar

www.mevaterapia.com.ar



Certificación de calidad
ISO 9001:2000



Posa della pietra donfamentale dell'asilo Cronici in San Justo (F.C.O.) il 10 Dicembre 1922. Vista d'insieme.

Società Italian di Benedecenza in Buenos Aires. La storia dell'Ospedale Italiano: Buenos Aires 14 Septiembre 1983- 8 Dicembre 1922. Buenos Aires; 1923. 245

"El actual Centro Agustín Rocca del HI (HICAR), se inició como "L'Asilo dei Cronici", una "...nueva obra de asistencia a la vejez inválida e indigente y que, con el tiempo, servirá también de protección para la infancia abandonada...", coincidente con las visiones altruistas con las cuales arribaron miles de inmigrantes europeos de ese tiempo y con el objeto de paliar las consecuencias no deseadas de algunas de las enfermedades prevalentes de ese entonces, así como de sus secuelas y efectos sociales (TBC óseas y sepsis puerperales, por ejemplo)." Extracto. Kaplan R. Centro Agustín Rocca del Hospital Italiano (ex Casa San Justo). Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2001, Núm. Ext., pág. 13-5.