

**REVISTA DEL
HOSPITAL ITALIANO
DE BUENOS AIRES**

Editorial
Alfie J.

Filosofar a martillazos
La Valle R.

Implementación de una iniciativa para promover un entorno laboral saludable en un Servicio de Medicina Familiar de un Hospital Universitario: investigación-acción participativa
Luciani L., et al.

Síndrome de encefalopatía posterior reversible con afectación del tronco cerebral y médula espinal y retinopatía hipertensiva grado IV
Alvarado R. N., et al.

Resonancia magnética en el diagnóstico de amiloidosis cardíaca
Dragonetti L. C., et al.

Prevención cuaternaria en Psicogeriatría
Pedace M.

Meningoencefalitis herpética: ¿cuándo sospecharla?
Magaz, M. M.

Accidente cerebrovascular de causa hemodinámica
Quistapace M. S., et al.

Medicina Chamánica: su análisis desde una perspectiva científica
Musso C. G.

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

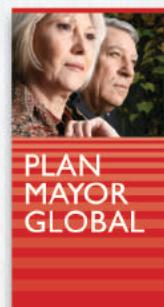
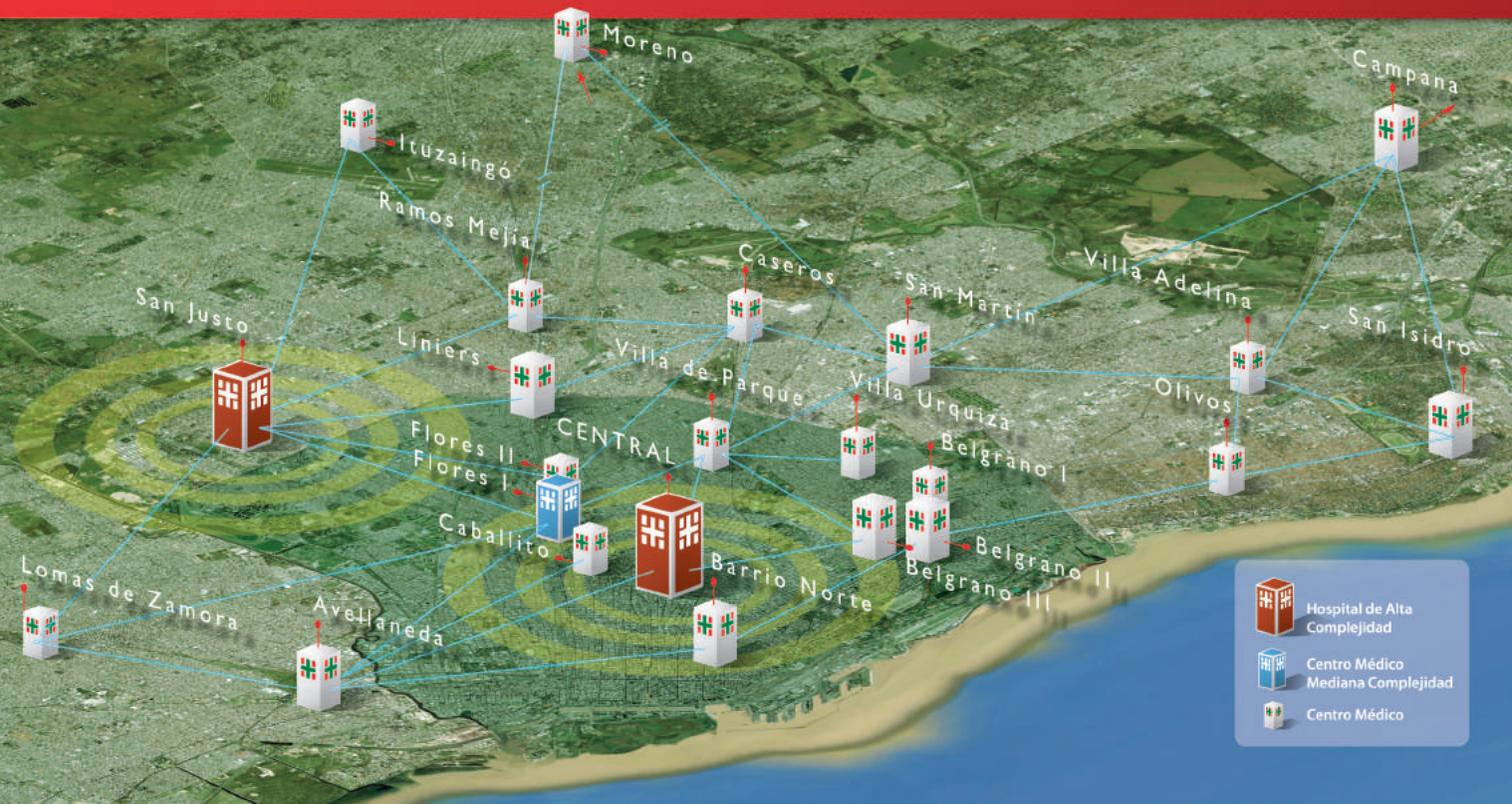


Cueva de las manos, por Sergio Carlos Kolinski
Santa Cruz, Argentina



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

Consejo honorario

Dres. 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 Sivori

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

Sociedad Italiana de Beneficiencia en Buenos Aires

Consejo Directivo Ejercicio 2015/2016

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 Miguez
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 Sivori, Héctor Marchitelli

Consejo de Administración Fundación Instituto Universitario

Presidente: Ing. Franco Livini
Vicepresidente: Ing. Juan Mosca
Vocales: Sr. Roberto Baccanelli,
Prof. Dr. Guillermo Jaime Etcheverry,
Ing. Jorge Firpo, Dr. Eduardo Tarditi.

Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Buenos Aires

Rector: Prof. Dr. Marcelo Figari
Rector Honorario: Prof. Dr. Osvaldo Blanco,
Prof. Dr. Enrique M. Beveraggi†
Vicerrector: Dr. Diego Faingold
Secretaría Académica: Mg. María Laura Eder
Secretaría Administrativa y de Gestión
Financiera: Cdra. Sandra L. Solowieiczkyk
Consejo Académico: Prof. Dr. José María
Ceriani Cernadas, Prof. Dra. Mercedes Liliana
Dalurzo, Prof. Dr. Héctor Marchitelli
Prof. Dr. Lucas Otaño, Prof. Dra. Rosa
Angelina Pace, Prof. Dr. Alberto Velazquez,
Prof. Dr. Gabriel Waisman, Prof. Lic. Victoria
Rosso, Dra. Elsa Nucifora
Asesoría Pedagógica: Lic. Norma Tauro

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 - 8° F - Buenos Aires
Tel.: 4824-9431 / 4821-2702
E-mail: estsigma@gmail.com
www.estudiosigma.com.ar



DICIEMBRE 2015
VOL. 35 N° 4

SUMARIO | SUMMARY

EDITORIAL / EDITORIAL

- 115 **Editorial**
Editorial
Alfie J.

CARTA AL EDITOR | LETTER TO THE EDITOR

- 116 **Filosofar a martillazos**
Philosophy with hammers
La Valle R.

ARTÍCULO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 118 **Implementación de una iniciativa para promover un entorno laboral saludable en un Servicio de Medicina Familiar de un Hospital Universitario: investigación-acción participativa**
Implementation of an initiative to promote a healthy working environment in a Division of Family Medicine at a University Hospital: participatory action research
Luciani L., et al.

CASO CLÍNICO | CLINICAL CASE

- 124 **Síndrome de encefalopatía posterior reversible con afectación del tronco cerebral y médula espinal y retinopatía hipertensiva grado IV**
Posterior reversible encephalopathy syndrome with brain stem and spinal cord involvement and grade IV hypertensive retinopathy
Alvarado R. N., et al.

MEDICINA INTERNA EN IMÁGENES | INTERNAL MEDICINE IMAGES

- 128 **Resonancia magnética en el diagnóstico de amiloidosis cardíaca**
Magnetic resonance imaging in the diagnosis of cardiac amyloidosis
Dragonetti L. C., et al.

EL HOSPITAL ITALIANO EN MEDLINE | HOSPITAL ITALIANO IN MEDLINE

- 131 **Prevención cuaternaria en Psicogeriatría**
Quaternary prevention psychogeriatrics
Pedace M.

ACTUALIZACIÓN Y AVANCES EN INVESTIGACIÓN | UPDATE AND ADVANCES IN RESEARCH

- 133 **Meningoencefalitis herpética: ¿cuándo sospecharla?**
Herpetic Meningoencephalitis: a review
Magaz M. M.

- 137 **Accidente cerebrovascular de causa hemodinámica**
Hemodynamic causes in cerebrovascular ischemic event
Quistapace M. S., et al.

HUMANIDADES | HUMANITIES

- 142 **Medicina Chamánica: su análisis desde una perspectiva científica**
Shamanic Medicine: analysis from a scientific perspective
Musso C. G.

- 145 **Arte y naturaleza humana XXII**
Art and human nature XXII
Musso C. G., et al.

- 147 **Reglamento general de presentación de artículos**
General guidelines for articles submission



Editorial

El presente número de la Revista actualiza dos entidades neurológicas. La *encefalitis por virus del herpes simple 1* (VHS1) es la causa más frecuente de infección viral fatal del sistema nervioso central, y la única que posee tratamiento específico. La sospecha clínica en un paciente con fiebre y síndrome confusional, déficit motor focal, afasia, ataxia o convulsión tónico-clónica generalizada permitirá la instauración temprana de aciclovir. El mecanismo clásico de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico es la oclusión, trombótica o embólica, de una arteria cerebral. El *ACV de mecanismo hemodinámico* ocurre cuando la circulación colateral no logra compensar el flujo de un territorio distal a una arteria cerebral ocluida o con estenosis crítica, en el contexto de hipotensión arterial absoluta o relativa. El *Artículo original* analiza la factibilidad de iniciativas para promover un entorno laboral saludable en un servicio hospitalario. En *Medicina interna en imágenes* se ilustra el valor de la resonancia magnética en el diagnóstico de las miocardiopatías infiltrativas como la amiloidosis. En la sección *El Hospital Italiano en medline*, los autores comentan su artículo *Prevención cuaternaria en Psicogeriatría*, que discute las consecuencias no deseadas de la medicalización de situaciones que no constituyen una enfermedad sino el malestar emocional ante el duelo o el envejecimiento. En la sección *Humanidades* se analiza el potencial curativo del chamán en las sociedades cazadoras-recolectoras. En *Arte y naturaleza humana* se aborda el tema de la esperanza a través de la obra de teatro *Esperando a Godot*.

Dr. José Alfie
Director de la Revista

Filosofar a martillazos

La medicina se ha convertido en un asunto poco saludable, tanto para los trabajadores de la salud como para los pacientes. La sociedad contemporánea, posmoderna, hiperinformada, hiperconectada, abandona aceleradamente los ideales de la modernidad para abrazar los cantos de sirena del mercado; abandona la solidaridad, el estado de bienestar, las identidades regionales, el ideal del progreso y los ideales políticos para abrazar el individualismo, el pragmatismo a ultranza, la competencia salvaje con la supervivencia del más fuerte, la exclusión, la desigualdad. La medicina ha elegido permanecer, además, en algunos ideales del positivismo y el cientificismo, como la objetividad, la ilusión de certeza, la exclusión de la ética y la metafísica de sus campos de conocimiento.

Hay muchas escuelas de pensamiento que intentan solucionar esta situación, como las “Medicinas basadas en...”. Estos aportes son valiosos pero usualmente señalan una sola dimensión del problema por lo que no cambian demasiado la situación. La Medicina Familiar y su hija dilecta, la Prevención Cuaternaria (P4), han comprendido, en cambio, la centralidad de las dimensiones políticas y económicas y es por eso que la P4 se ha convertido en un movimiento.

La P4 es un movimiento que se nutre de distintas corrientes de pensamiento, generalmente anglosajonas, que tienen en común la denuncia de los excesos de la medicina asistencial y preventiva y los daños que genera, así como la denuncia de las relaciones espurias entre las publicaciones médicas y la industria farmacéutica siendo estas las operadoras del *Disease Mongering*, la medicalización, el sobrediagnóstico, etcétera.

Todas estas corrientes son confluyentes y necesarias pero operan dentro del propio paradigma biomédico del Modelo Médico Hegemónico (MMH); el aporte fundamental de la P4, en cambio, es haber entendido que la denuncia, dentro de ese sistema solo constituye una molestia menor que no amenaza las causas profundas y que es pasible de ser cooptada y absorbida dentro del mismo sistema.

La P4 ha comprendido que las causas profundas exceden con creces los límites de la medicina, ha comprendido que el problema incluye aspectos éticos, políticos, económicos y de concepción de la ciencia y la medicina. Es por esta razón que la definición de P4 se ha desplazado a la función de idea fundacional, ya que el movimiento que se ha generado en torno a este concepto ha superado la inicial definición centrada en una visión biomédica. La P4 ha comprendido que es necesario un nuevo modelo de medicina y un nuevo pacto con la sociedad.

El modelo que se denuncia está profundamente arraigado en el positivismo, el capitalismo y en una concepción colonial

del mundo que –siendo hegemónica– difundió e impuso los valores en que se funda: el racismo, la misoginia, la exclusión, la explotación, la preeminencia del mercado por sobre las personas.

Esta situación se advierte mejor desde la periferia del Imperio que es donde más se sufren las consecuencias. Nosotros, los sudamericanos, somos periferia, somos del fin del mundo, somos de la Cruz del Sur, a veces nos creemos europeos que viven lejos y otras aceptamos sumisamente la imposición hegemónica. Nuestro desafío es superar esas limitaciones que reconocemos que en parte son propias, para ponernos a pensar de una buena vez por todas cómo es y cómo queremos que sea la salud vista desde esta parte del mundo. Tenemos la oportunidad de generar una revolución copernicana al cambiar de modelo, de forma de ser en el mundo, siendo y asumiendo lo que somos.

Para lograrlo, deberemos hacer lo que decía Friedrich Nietzsche: filosofar a martillazos, destruir todas las concepciones actuales y luego, utilizando también los restos, reconstruirlas.

Filosofar a martillazos no significa tirar todo absolutamente por la borda; hemos abrevado de la cultura europea pero debemos reconocernos diferentes. Nuestra mixtura incluye la inmensidad de nuestras pampas, ríos, montañas; incluye la tristeza y los colores de los kollas, la dignidad de los tobas, la libertad de los tehuelches y la insolencia de los gauchos, la mitología de los guaraníes en un territorio de paz, de tolerancia que al mismo tiempo conoce la miseria, la exclusión, la explotación y la abundancia de sus recursos. Borges decía que nosotros tenemos una mirada diagonal de Europa (tal vez sea una cita apócrifa pero no importa ya es que lo mismo que hacía Borges), lo que nos permite una suerte de sincretismo particular y prolífico.

Nos gusta pensar a Sudamérica como una heterotopía a diferencia de Europa que, según entendemos, se ha ocupado de clasificar las situaciones, las ciencias, las disciplinas en compartimentos rígidos y estancos que, aunque aparentemente sirven para analizar mejor los problemas, terminan dejando afuera una multitud de variables que son trascendentes. Este término podría pensarse en sintonía con lo que delineó Foucault en 1967 para designar un espacio heterogéneo en términos de la lógica aristotélica y del individuo cartesiano. Es un espacio donde es posible la fantasía, la excepción, la paradoja y en donde el individuo pueda diluirse en torno a las necesidades de la comunidad. Esta heterotopía fue denunciada por el mismo Borges cuando creó su “Taxonomía de cierta enciclopedia china” que desafiaba a Linneo con animales que se agitan como locos, que de lejos parecen moscas, que acaban de romper un jarrón, o dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello.

Desde esta heterotopía sudamericana estamos pensando que hay que repensar todo y comenzamos por definir un decálogo de doce principios desde donde empezar. Estos son:

1. La salud es un derecho y no un objeto de mercado.

2. La salud no puede ser comprendida analizando solamente el sector salud y prescindiendo de su contexto.
3. Los determinantes de la salud exceden la mera cantidad de recursos de salud disponibles. Es preciso hacer notar que el exceso de médicos y hospitales puede resultar perjudicial para la salud pública.
4. La medicina como ciencia es predominantemente social.
5. El ejercicio de la medicina es un arte y, como tal, subjetivo, local, audaz y falible.
6. La definición de un sistema de salud es política y forma parte indisoluble de la definición del modelo de país al que pertenece.
7. El ejercicio de la medicina está atravesado y determinado por la política y los médicos; en consecuencia, no deben ser actores pasivos, deben aportar su visión particular de la sociedad y participar en la definición del modelo para seguir.
8. La atención primaria de la salud solo funcionará estando integrada a un sistema de salud.
9. La medicina general/familiar debe ser una especialidad transversal.
10. La complejidad debe ser definida en función de la capacidad de resolución de problemas de los agentes de salud y no en función de la tecnología.
11. Los conocimientos son bienes sociales.
12. El modelo de médico actual, caracterizado como MMH, es reduccionista, deshumanizado, fragmentado y mercantilista. Este modelo no les sirve ni a la gente ni a los trabajadores de la salud. Debemos pensar una nueva forma de ser médico.

Estos son los valores que reconocemos como fundacionales y, además, coincidimos con los dichos de Evo Morales, quien afirmó que no usa corbata porque le han dicho que esa prenda “divide el pensamiento del sentimiento”.

Este es nuestro punto de partida y desde aquí estamos pensando una nueva definición de salud que reemplace la tradicional de la OMS, por otra sin pretensión de que sea unívoca, que incorpore la dimensión humana con su incertidumbre, su falibilidad y los aspectos sociales, políticos y económicos, es decir, una definición más vinculada con la vida. Una posible definición sería la del Dr. Miguel Larguía:

Salud es mucho más que ausencia de enfermedad. Salud es ser libre, vivir en un país democrático, tener libertad de expresarse, tener derecho a trabajar, tener derecho a vivir, ser capaz de amar y ser capaz de ser amado. Hay muchos sanos que están gravemente enfermos, y hay muchos gravemente enfermos que son un ejemplo de vida.

Otra podría ser la que recientemente formuló Marc Jamouille: *La salud es una resistencia. La resistencia a la enfermedad en sí misma. También la resistencia a la violencia y el acoso, la resistencia a las drogas, la resistencia a la explotación, la resistencia a la comida basura, la resistencia a la contaminación, la resistencia a las condiciones de vivienda desastrosa, resistencia al mercado farmacéutico, incluyendo la resistencia a la mercantilización de la salud y por lo tanto a veces la resistencia a la propia medicina. Nosotros, como profesionales de la salud, estamos tratando de ayudarlo a resistir.*

La prevención cuaternaria es un movimiento que no pretende certidumbres; no hay un punto de llegada seguro, no hay una ruta predeterminada, no hay garantías; lo único que sabemos es que estamos construyendo utopías. Te invitamos a sumarte.

Ricardo La Valle
Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria.
Hospital Italiano de Buenos Aires.
Correspondencia: ricardo.lavalle@hospitalitaliano.org.ar



Implementación de una iniciativa para promover un entorno laboral saludable en un Servicio de Medicina Familiar de un Hospital Universitario: investigación-acción participativa

Laura Luciani, Tami Guenzelovich, Sergio Terrasa y Vilda R Discacciati

RESUMEN

Objetivos: describir el proceso y los resultados de la implementación de un proyecto para la promoción de un entorno laboral saludable (ELS) en el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria de un Hospital Universitario.

Métodos: investigación con enfoque cualitativo, diseño investigación-acción participativa desarrollada entre marzo de 2011 y marzo de 2012. La intervención incluyó tres ejes de trabajo (alimentación, actividad física y estrategias comunicacionales) y estuvo dirigida a 60 profesionales médicos y a los cuatro empleados administrativos de dicho servicio. Se proveyeron cuestionarios (adaptados del "STEP" propuesto por la Organización Mundial de la Salud) antes de iniciar el proyecto y al año de la intervención. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y se aplicaron técnicas de observación-participante.

Resultados: el proyecto se institucionalizó y se destacó su repercusión positiva en el clima laboral. Se instauró dentro del Servicio, durante el horario de trabajo, el consumo de frutas y las pausas activas, se generaron espacios de actividad física y de recreación deportiva en horarios extralaborales y se difundió su existencia a otros sectores del hospital. Se documentó un aumento estadísticamente significativo en el consumo semanal promedio de frutas (+3,04 porciones semanales; IC 95% 0,86 a 5,21; $p < 0,01$) y un aumento estadísticamente no significativo en el consumo semanal de hortalizas (+0,8 porciones semanales; IC 95%: -1,84 a 3,45; $p = 0,55$) y en la práctica semanal de ejercicio (+101 minutos; -78,7 a 281,55; $p = 0,27$).

Conclusiones: una intervención sencilla y sustentable contribuyó a instalar el consumo de frutas durante el horario laboral y la posibilidad de la pausa activa; asimismo generó en las redes sociales un espacio de intercambio para propuestas saludables. Esperamos que estos resultados motiven a otros grupos de trabajo a avanzar en programas que promuevan un ELS.

Palabras clave: entorno laboral saludable, hábitos alimentarios, conductas saludables, promoción de la salud, satisfacción en el trabajo.

IMPLEMENTATION OF AN INITIATIVE TO PROMOTE A HEALTHY WORKING ENVIRONMENT IN A DIVISION OF FAMILY MEDICINE AT A UNIVERSITY HOSPITAL: PARTICIPATORY ACTION RESEARCH ABSTRACT

Objectives: To describe the process and the results of the implementation of a project to promote a healthy working environment (HWE) in the Division of Family and Community Medicine at a University Hospital.

Methods: Qualitative research using part of a participatory action research conducted between March 2011 and March 2012. The intervention included three working areas (food, physical activity and communication strategies) and was directed to 60 medical professionals and four administrative employees that were working in that service. Questionnaires (adapted from "STEP" proposed by the World Health Organization) have been administered before starting the project and a year of intervention. Semi-structured interviews and participant observation techniques were performed.

Results: the project was institutionalized, what highlights its positive impact on the working environment. Consumption of fruits and active breaks during working hours was installed and physical activity/recreative sports spaces during extra-working hours were generated and spread to other divisions of the hospital.

After the program a statistically significant increase (+3,04 portions weekly; 95% CI 0.86 to 5.21; $p < 0.01$) in the weekly average fruit consumption was documented and a no statistically significant increase in the weekly consumption of vegetables (+0.8 weekly servings, 95%CI -1.84 to 3.45; $p = 0.55$) and in weekly exercise (+101 min; -78.7 to 281.55; $p = 0.27$).

Conclusions: A simple and sustainable intervention contributed to installed fruit consumption during working hours, the possibility of active pause and generates a social networking space for healthy exchange proposals. We hope these results will encourage other working groups to implement programs that promote HWE.

Key words: healthy working environment, food habits, health behavior, health promotion, job satisfaction.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2015; 35(4): 118-123.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los adultos pasa más de la mitad de las horas de su día en su lugar de trabajo. Por eso, un ambiente laboral saludable resulta esencial, no solo para cuidar la salud de los trabajadores y para optimizar su calidad de vida sino también para incrementar su satisfacción, su espíritu de trabajo y su productividad¹. Por otro lado, los adultos con múltiples factores de riesgo potencialmente reducibles (tabaquismo, hipertensión arterial, obesidad y sedentarismo)² tienden a ser empleados de mayor “costo” en términos de su uso del sistema de salud, ausentismo, discapacidad y productividad³.

Es así como, también desde la mirada empresarial, la promoción de la salud constituye una inversión en “capital humano”, ya que es más probable que los empleados maximicen su desarrollo laboral si están en las mejores condiciones de salud psicofísica. Asimismo, probablemente se sientan más atraídos e interesados por su trabajo y aprecien más a aquella institución que los valora a ellos.

Sin embargo, y pese a sus beneficios comprobados, los entornos laborales saludables no son una realidad para gran parte de las personas⁴. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como entorno laboral saludable aquel en el que los trabajadores y sus directivos colaboran en la aplicación de un proceso de mejora continua para proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores y la sostenibilidad del lugar de trabajo⁵. La OMS y la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) han asumido el compromiso de promover y apoyar las acciones y las medidas que adopten los países para implementar lugares de trabajo saludables⁶. Por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera el lugar de trabajo como un ámbito prioritario para la promoción de la salud en el siglo XXI⁴, mientras que, la estrategia de promoción de la salud en el lugar de trabajo (PSLT) incluye la realización de una serie de políticas y actividades diseñadas para ayudar a los empleadores y a los trabajadores a mejorar su salud y su productividad, e indirectamente, para favorecer el desarrollo económico y social de los países⁴. Por otro lado, la Unión Europea desarrolló la iniciativa *More and Better Jobs*⁷ priorizando, por su mayor riesgo, a los trabajadores de la salud. En la Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación presentó una iniciativa que aporta herramientas para favorecer los ambientes de trabajo saludables⁸ con materiales diseñados específicamente para tal fin*.

JUSTIFICACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN

En el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires (SMFyC-HIBA) se desarrollan actividades de asistencia, de educación continua y de investigación. Actualmente trabajan en él más de 140 personas, en su mayoría médicos que se desempeñan principalmente en el ámbito ambulatorio del área Metropolitana de Buenos Aires. Entre ellos, 60 médicos y cuatro empleados administrativos trabajan predominantemente en la sede central ubicada en el barrio de Almagro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Sus actividades implican jornadas de trabajo extensas en las que predominan la atención de pacientes, las tareas de oficina frente a una computadora, las llamadas telefónicas y las reuniones de trabajo. El trabajo es muy sedentario, la cercanía de los lugares no favorece los desplazamientos, y muchas veces se deja de lado la pausa para almorzar. Fue en este contexto donde hemos diseñado un proyecto para promover un entorno laboral saludable en la Sede del SMFyC-HIBA. Dada la problemática planteada previamente y procurando generar una mejora en nuestros hábitos alimentarios y de ejercicio, que se naturalice e institucionalice en nuestro Servicio y que, de ser exitoso sirva como modelo para implementarlo en otros sectores del HIBA o en otras Instituciones de Salud, este equipo de investigación decidió implementar –con el aval de la Jefatura del Servicio– un proyecto de investigación-acción participativa (IAP) para la promoción de un entorno laboral saludable.

OBJETIVOS

Describir los resultados y la experiencia de la implementación de un proyecto de investigación-acción participativa para la promoción de un entorno laboral saludable en el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria de un Hospital Universitario.

MÉTODOS

Diseño

Se diseñó un trabajo de investigación con un enfoque cualitativo dentro del marco de una investigación- acción participativa (IAP), que combina los procesos de conocer a la población seleccionada y de actuar con ella. Este enfoque posibilita el aprendizaje y la toma de conciencia de la realidad, así como el empoderamiento de las personas involucradas y su movilización colectiva, procurando una acción transformadora. La construcción dialéctica de la IAP considera el objeto de investigación como sujeto (protagonista de la investigación) y la transformación social como finalidad. La participación implica poner en duda las representaciones colectivas y las ideologías cotidianas, adoptando una conciencia crítica del sentido común⁹. Sujeto, objeto y acción son parte del proceso en el que se recoge información y se actúa con la consideración de la

*Estos materiales incluyen el contenido multimedia de “pausa activa” editado en DVD, el manual o guía para su implementación, y elementos gráficos que propician la realización de actividad física y el consumo de vegetales de estación.

voz de los actores. Por eso, la IAP es un proceso cíclico de reflexión-acción-reflexión que reorganiza la relación entre el conocer y el hacer, y entre el sujeto y el objeto¹⁰. En la Teoría Social Crítica (TSC) subyace el presupuesto de que las personas adquieren conocimiento si logran crear y transformar la realidad social^{11**}.

Se trabajó con una modalidad dinámica que contempla modificaciones durante su desarrollo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y se aplicaron técnicas de observación-participante. Si bien la evaluación del programa también incluyó la respuesta a cuestionarios, estos solo tuvieron un papel complementario, procurando “objetivar” algunos resultados¹² desde el enfoque positivista de los estudios “antes-después”.

Población blanco y lugar

La población blanco estuvo integrada por los 60 profesionales médicos y los cuatro empleados administrativos del SMFyC-HIBA que trabajaban entre marzo de 2011 y marzo de 2012 en la sede central ubicada en el barrio de Almagro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Esta sede de trabajo fue priorizada por tres razones: 1) es donde se reúne la mayor parte de los médicos de familia debido a que allí se desarrolla la mayoría de las actividades académicas, 2) es el lugar donde la Jefatura del SMFyC-HIBA tiene mayores posibilidades de respaldar los cambios que se describen a continuación, 3) es el lugar principal de trabajo del grupo que lideró este programa de entorno saludable de trabajo.

El cuadro 1 describe las principales características demográficas de los sujetos que participaron en el programa.

Intervención

Incluyó tres ejes de trabajo: alimentación, actividad física y estrategias comunicacionales. Dado que solo tres personas eran tabaquistas al momento de poner en marcha este programa, para dicha problemática se decidió implementar un abordaje individual basado en intervenciones motivacionales adaptadas a su respectiva etapa de cambio, ofreciéndoles las alternativas terapéuticas disponibles en ese momento en el HIBA (abordaje individual y grupal, terapia de sustitución nicotínica y tratamiento farmacológico en el contexto del Programa de Control del Tabaco del Hospital Italiano de Buenos Aires: GRANTAHÍ).

Cuadro 1. Características demográficas de los sujetos participantes de un programa de promoción de un entorno saludable de trabajo en un Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria de un Hospital Universitario de Buenos Aires

		Número
Profesión	Médicos	57
	Empleados administrativos	4
Edad en años	21 a 30	17 (28%)
	31 a 40	19 (31%)
	41 a 50	17 (28%)
	51 a 60	3 (5%)
	No informada	5 (8%)

Alimentación

El equipo investigador puso a disposición del personal del SMFyC-HIBA (sede Almagro) bandejas con frutas y verduras de estación en los lugares de trabajo de gran circulación (p. ej., la cocina) donde, hasta la implementación de nuestro programa de IAP, habitualmente solo había galletitas y facturas. Estas bandejas también fueron ofrecidas durante los eventos académicos (ateneos clínicos y reuniones) y en las actividades científicas del XI Congreso de la Federación de Medicina Familiar y General que tuvo lugar en la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata durante 2011, en las que participó el SMFyC-HIBA. El financiamiento de la compra de las frutas estuvo a cargo del SMFyC-HIBA.

Actividad física

Durante la duración del programa IAP de ELS, el equipo investigador desarrolló las siguientes actividades:

1. La implementación bisemanal de pausas activas de cinco a diez minutos de duración en el lugar de trabajo durante los horarios de mayor presencia en los consultorios y durante los espacios académicos (ateneos, reuniones de equipo, etc.). Para lograr mayor concurrencia a ellas, los profesionales fueron convocados por correo electrónico durante la semana previa, avisándoles el horario en el cual tendrían lugar.
2. El fomento de caminatas dentro y fuera del Hospital hacia los espacios académicos. Por ejemplo, en vez de ir directamente desde el consultorio hacia el aula de los ateneos (aproximadamente 100 metros), se propuso llegar a través de un recorrido más largo que daba la vuelta a la manzana saliendo diez minutos antes del horario de comienzo de la actividad científica en cuestión.
3. La puesta a disposición del personal de una pelota de esferodinamia para que pudiera ser usada libremente por el personal, con tres encuentros guiados que fueron coordinados por el equipo que lideraba la IAP.

**La TSC propone la noción de la ciencia como “conocimiento emancipatorio” y permite legitimar y validar la construcción colectiva de un conocimiento científico a través de la participación de sus actores. Esta visión remarca la noción de “praxis” para superar dos divisiones: 1) la que puede darse entre la teoría y la práctica, 2) la que puede darse entre el sujeto y el objeto. Además, ayuda a evitar la generación de conocimientos fragmentados, que entorpecen la captación de la dinámica y la esencia de los hechos sociales.

4. La instalación en las computadoras del personal administrativo del SMFyC-HIBA del programa (software) de pausa activa del Ministerio de Salud de la Nación, que incluye un “entrenador virtual” que dirige la pausa y permite ser programado para activarse cada cierto tiempo (p. ej. cada hora), brindando a la vez mensajes de promoción de hábitos saludables.

5. La difusión semanal por correo electrónico de diferentes propuestas para realizar ejercicios en el lugar de trabajo.

6. La promoción –mediante distintas estrategias comunicacionales– de la práctica de actividad física fuera del trabajo, la caminata hacia y desde el lugar de trabajo, y el uso de bicicleta como medio de transporte.

7. Estrategias comunicacionales y dispositivos motivacionales: fueron enviados por correo electrónico 66 mensajes motivacionales, entre ellos las invitaciones a las caminatas al ateneo, los anuncios de las pausas activas y de los encuentros mensuales saludables luego del trabajo (“after office”), boletines informativos con el pronóstico del tiempo del fin de semana, poesías saludables, y la promoción del premio a la persona más saludable del invierno y la primavera (a través de votaciones en línea). Además se creó un espacio en la red social “Facebook”, desde donde se enviaron mensajes motivacionales.

Monitorización de la intervención y de los resultados

Para monitorizar la intervención fueron implementadas técnicas de observación-participante y entrevistas semiestructuradas. Por otra parte, y como una herramienta complementaria de evaluación, fueron administrados sendos cuestionarios estructurados para evaluar el autoinforme de consumo alimentario y de la práctica de actividad física, antes de iniciar el proyecto y al año de iniciado el programa. Estos cuestionarios fueron el cuestionario básico del régimen alimentario y de actividad física, ambos correspondientes al primer paso del “Instrumento del método progresivo (STEPS)”¹³ de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas (STEPS). Toda la información recolectada fue tratada en forma confidencial.

La observación-participante la llevaron a cabo tres de los investigadores en un sistema dinámico de registro, recuperando las respuestas de los integrantes del SMFyC. Cabe señalar que los tres investigadores se manejaron en un lugar horizontal de trabajo ya que también son médicos del servicio en el cual se desarrolló la experiencia. Se realizaron reuniones periódicas en las que se compartían los registros obtenidos como notas. Por otro lado, se realizaron entrevistas semiestructuradas muy breves en las cuales se indagaba de forma dirigida sobre las acciones desarrolladas a partir de su aceptación, oportunidades de cambio, satisfacción con ellas, y propuestas de actividades. Las entrevistas se realizaron en dos tiempos durante la

ejecución del proyecto, se codificaron las respuestas y se incluyeron acciones en función de los resultados obtenidos. En las reuniones de intercambio entre investigadores se pudo problematizar a partir de las observaciones realizadas y las respuestas de las entrevistas, en una instancia de monitorización que generó actividades para retroalimentar el proyecto positivamente.

RESULTADOS

A través de la técnica de observación-participante, el equipo investigador observó que la disponibilidad de frutas y verduras en los puntos clave de circulación dentro del edificio del SMFyC-HIBA tuvo gran aceptación y que los participantes comenzaron a considerarla parte de la normalidad y a reclamarlas cuando no estaban disponibles. Por otro lado, los sitios estratégicos donde se ubicó la fruta se tornaron más frecuentados que antes y se convirtieron en puntos clave de encuentro y de inicio de conversaciones. A través de los resultados de los cuestionarios STEPS realizados antes y después de la intervención se documentó un aumento estadísticamente significativo del consumo semanal de frutas y una tendencia no estadísticamente significativa de aumento del consumo semanal de hortalizas y de la práctica de cualquier tipo de actividad física (Cuadro 2). Se desarrollaron varias estrategias comunicacionales.

Los mensajes de correo electrónico tuvieron buena repercusión. En las entrevistas, los participantes expresaron mucha satisfacción con esos mensajes.

Además se colocaron en el Servicio de Medicina Familiar afiches con mensajes saludables, con las frutas y verduras de estación e invitación a utilizar la escalera.

Fueron organizadas dos instancias de premios que se llamaron “El saludable de la estación”, cuyos ganadores fueron elegidos a partir de una votación anónima de los participantes del programa (todos habían sido invitados a votar); los candidatos habían sido previamente postulados por alguno de sus pares sobre la base de la adopción de alguna nueva conducta saludable individual o grupal o ambas durante el invierno y durante la primavera.

También se creó una página de entorno laboral saludable en la red social Facebook, donde se promocionaron las actividades. Los participantes comenzaron en forma espontánea a publicar fotos personales en las que se encontraban practicando una actividad física, fotografías de comidas saludables, recetas, puntos de encuentro para realizar actividades el fin de semana, y a difundir carreras, maratones y bicicleteadas.

En las entrevistas semiestructuradas, los participantes informaron en su mayoría que ya se encontraban realizando actividad física en forma regular al comienzo del programa y que este tuvo poca repercusión en su conducta. Sin embargo, algunas personas comunicaron que la intervención los había motivado a viajar en bicicleta a su lugar de trabajo.

Cuadro 2. Autoinforme de consumo de hortalizas y frutas y de la práctica de actividad física del personal de un Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria de un Hospital Universitario de Buenos Aires, antes y después de la implementación de un programa de promoción de un entorno saludable de trabajo

Autoinforme		Antes de la intervención (n = 56)	Luego de la intervención (n = 52)	Diferencia (IC 95%)	p
De porciones semanales consumidas	De frutas ^a	6,98	10,02	3,04 (0,86 a 5,21)	0,0067
	De hortalizas	11,49	12,29	0,8 (-1,84 a 3,45)	0,5487
Suma de minutos semanales de todo tipo actividad física ^b		434,48	536,06	101,6 (-78,7 a 281,55)	0,2650

^aSe calcula una porción diaria de frutas de aproximadamente 80 gramos. ^bDesplazamiento caminando o en bicicleta, actividad física moderada y actividad física intensa.

Se encontraron dificultades en la implementación de la pausa activa, cuyas actividades contaron con baja participación, casi siempre de las mismas personas. Hubo dificultades para encontrar tiempo y espacios comunes, así como personas disponibles para coordinarlas.

DISCUSIÓN

El trabajo pone énfasis en el entorno laboral, un tema de particular relevancia y que debería estar presente en la agenda de toda organización. En esta experiencia se implementó un proyecto de entorno laboral saludable de un año de duración en un servicio hospitalario de medicina familiar, bajo el marco teórico de la investigación-acción. Se logró institucionalizar el proyecto y se destacó una repercusión positiva en el clima laboral. Se instalaron algunas conductas saludables como el consumo de frutas y la realización de pausas activas dentro del Servicio y en horario de trabajo. En horarios extralaborales se generaron espacios de actividad física y de recreación deportiva. Se identificaron las intervenciones motivacionales más eficaces en nuestro grupo.

En este sentido, se pudo observar que los médicos del servicio constituyen un grupo motivado de gente, que en su mayor parte realiza actividad física y elige alimentos saludables. Probablemente, las necesidades sean diferentes según el grupo al que esté dirigida la intervención. Como podemos observar en el cuadro 2, las características basales de la población blanco de la intervención eran muy buenas y no tan alejadas de los estándares propuestos por la OMS, especialmente en lo que respecta al autoinforme de práctica semanal de ejercicio. Esto podría explicar que, si bien se observó una tendencia al incremento del autoinforme de

actividad física luego de la intervención, estas diferencias no hayan sido estadísticamente significativas.

Respecto del consumo de frutas, pudo documentarse un aumento estadísticamente significativo. Por otro lado, dada la naturalización observada en el acceso a las frutas durante la jornada laboral y los reclamos efectuados por el personal cuando estas no estaban disponibles (lo que hoy continúa), consideramos que se logró institucionalizar este ingrediente del programa de “Entorno saludable de trabajo” y que el programa tuvo una repercusión positiva sobre el clima laboral del SMFyC-HIBA.

La mayor parte de las actividades propuestas fueron aceptadas; sin embargo, la pausa activa presentó sus limitaciones. El equipo investigador considera que esto se debió a que no se contaba con un equipo entrenado que las llevara adelante y que los tiempos de los médicos de cabecera en consultorio suelen ser complicados para organizar actividades grupales.

La experiencia generó una actividad de intercambio social vinculado a la propuesta de investigación-acción, que se dio a través de las redes; este es un aspecto motivacional muy importante, que también contribuye a la promoción de la salud en el entorno laboral y que podría derivar en efectos positivos que excedan este estudio.

Cabe destacar que el desarrollo de la experiencia en el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria funcionó como un modelo y disparador para que otras áreas de la Institución comiencen a trabajar en la importancia de generar un ambiente laboral saludable. Se espera que la intervención realizada pueda continuar contagiando a otros servicios del Hospital para poder, entre todos, constituir “un hospital saludable”.

CONCLUSIONES

Una intervención sencilla y sustentable contribuyó a instalar conductas saludables durante el horario laboral en un Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria de un Hospital Universitario. Deseamos que los resultados de esta experiencia motiven a otros grupos de trabajo de

características semejantes a avanzar en programas que promuevan entornos saludables de trabajo.

Fuentes de financiamiento: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Los autores no manifiestan conflictos de intereses vinculados con esta investigación.

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

BIBLIOGRAFÍA

1. Pencak M. Workplace health promotion programs. An overview. *Nurs Clin North Am.* 1991;26(1):233-40.
2. McGinnis JM, Foegen WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA.* 1993;270(18):2207-12.
3. Brownson RC, Baker EA, Leet TL, et al. *Evidence-Based Public Health.* New York: Oxford University Press; 2010.
4. Wiskow C, Albrecht T, Pietro C de. How to create an attractive and supportive working environment for health professionals [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 2010 [citado 23/10/2015]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/124416/e94293.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. *Ambientes de trabajo saludables: un modelo para la acción.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
6. Ichiro SJK. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(1):139-49.
7. Messenger JC. Working time trends and developments in Europe. *Cambridge J Econ.* 2010;35(2):295-316.
8. Argentina. Ministerio de Salud. *Manual de lugares de trabajo saludable* [Internet]. [Buenos Aires: el Ministerio; 2013 [citado 23/10/2015]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000482cnt-2013-01_manual-lugares-trabajo-saludables.pdf
9. Sirvent MT. *Educación de adultos: investigación, participación, desafíos y contradicciones.* 2a. ed. Buenos Aires: Dávila M. y editor; 2008.
10. Kember David GL. *Action Research as a Form of Staff Development.* *High Educ.* 1992;23(3):297-310.
11. Sirvent MT. La investigación social y el compromiso del investigador: contradicciones y desafíos del presente momento histórico en argentina. *Rev del IICE.* 2004;22:64-75.
12. Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional.* Madrid: Síntesis; 1999.
13. Organización Mundial de la Salud. *Método progresivo de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas (STEPS)* [Internet]. Ginebra: la Organización; s.d. [citado: 23/10/2015]. Disponible en: http://www.who.int/chp/steps/instrument/STEPS_Instrument_V3.0_ES.pdf

Síndrome de encefalopatía posterior reversible con afectación del tronco cerebral y médula espinal y retinopatía hipertensiva grado IV

Rodolfo Nicolás Alvarado, Lucas Seoane, Mariela Gago, Federico Angriman, Federico Martínez Grillo, José Alfie, Moira Altszul y Hernán Michelángelo

RESUMEN

El síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible se presenta con síntomas de edema cerebral e imágenes hiperintensas en las secuencias T2 y FLAIR en la resonancia magnética (RM) de cerebro. Las lesiones típicamente comprometen la región parietooccipital, aunque también pueden tener localizaciones atípicas. Presentamos el caso de una mujer de 33 años que consultó por trastornos visuales asociados con dolor de cabeza intenso e hipertensión grave (220/140 mmHg). El examen del fondo de ojo reveló retinopatía hipertensiva grado IV y la RM mostró lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR a nivel centropontino, bulbo y médula espinal, las cuales regresaron tras el control sostenido de la presión arterial.

Palabras clave: encefalopatía posterior reversible, crisis hipertensiva, retinopatía hipertensiva, médula espinal.

POSTERIOR REVERSIBLE ENCEPHALOPATHY SYNDROME WITH BRAIN STEM AND SPINAL CORD INVOLVEMENT AND GRADE IV HYPERTENSIVE RETINOPATHY

ABSTRACT

The posterior reversible leucoencephalopathy syndrome presents with symptoms of cerebral edema. On magnetic resonance imaging (MRI) of the brain, hyperintensities on T₂-weighted and FLAIR sequences typically affect the parietal-occipital region; however it may also have atypical locations. We report the case of a 33 year old patient with visual disturbances associated with intense headache and severe hypertension (220/140 mmHg). The Fundus examination revealed grade IV hypertensive retinopathy, and MRI showed hyperintense lesions in T2 and FLAIR affecting the pontine center, medulla and spinal cord, which regressed after sustain blood pressure control.

Key words: Posterior reversible encephalopathy, hypertensive crisis, hypertensive retinopathy, spinal cord.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2015; 35(4): 124-127.

Presentamos el caso de una mujer joven con hipertensión maligna, retinopatía hipertensiva grado IV y leucoencefalopatía posterior reversible con localización atípica.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 33 años, oriunda de Paraná (Entre Ríos), psicóloga, tabaquista activa, sin otros antecedentes médicos de relevancia. Un mes antes de ser derivada a nuestro hospital comienza con visión borrosa y encandilamiento. El examen de fondo de ojo mostró edema de papila, exudados blandos, hemorragias en llama y estrechamiento arteriolar generalizado (Fig. 1 A). Inicialmente, el cuadro es interpretado como neurorretinitis bilateral, y se la trata con triamcinolona subtenoniana. Evolucionó con ojo rojo y disminución de la agudeza visual. La resonancia magnética (RM) de cerebro y columna evidenció

área extensa de hiperintensidad en T2 y STIR desde el bulbo raquídeo hasta el segmento C7 de la médula espinal (con predominio central) y otra pequeña imagen lineal hiperintensa en región izquierda a nivel D4, sin realce con gadolinio. El cuadro es interpretado como neuromielitis óptica o enfermedad de Devic y fue tratada durante 20 días con meprednisona 40 mg diarios, sin mejoría de la agudeza visual.

Es derivada a Neuro-Oftalmología de nuestro hospital, donde se interpretó el cuadro como retinopatía hipertensiva y se derivó a guardia donde se midió 220/140 mmHg de presión arterial y se reinterpretó el diagnóstico como leucoencefalopatía posterior reversible con localización atípica asociada a hipertensión maligna. Se inició tratamiento antihipertensivo con labetalol, que luego se rotó a enalapril combinado con amlodipina, y se obtuvo una favorable respuesta antihipertensiva con franca mejoría sintomática.

El examen del fondo de ojo indirecto reveló papilas edematosas de bordes difusos, estrechamiento arteriolar generalizado con dilatación venosa, múltiples exudados blandos hacia región temporal en relación con ambas arcadas vasculares temporales y, en el haz papilo-macular,

Entregado 7/10/15

Aceptado 10/11/15

Servicio de Medicina Interna (R.N.A., L.S., M.G., F.A., H.M.). Servicio de Oftalmología (F.M.G.). Sección de Hipertensión Arterial (J.A.). Sección de Neuro-Oftalmología (M.A.). Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: rodolfo.alvarado@hospitalitaliano.org.ar

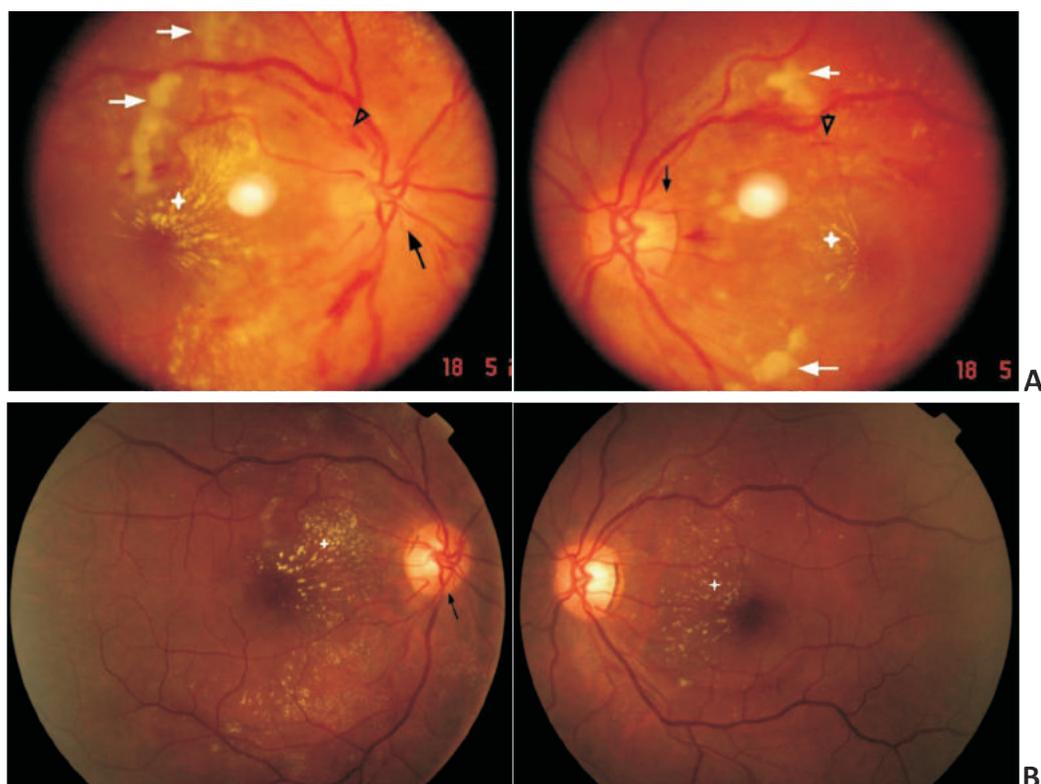


Figura 1 A. Retinografías previas al tratamiento antihipertensivo (gentileza de la Dra. Carla Yisel Brezinski del Insituto Santa Lucía del Paraná). Se observan ambas papilas edematosas de bordes difusos (indicado con flechas negras), estrechamiento arteriolar generalizado con dilatación venosa, múltiples exudados blandos (áreas de isquemia en retina) temporales a ambas arcadas vasculares temporales y en el haz papilo-macular en ojo derecho (indicado con flechas blancas), exudados duros (extravasación de proteínas) a predominio inferior y nasal inferior, y dispuestos alrededor de la fóvea (estrella macular, indicada con una estrella blanca), hemorragias en llama sobre arcadas vasculares temporales próximas a la papila (indicado con flecha negra vacía). Leve edema retiniano difuso predominantemente alrededor de las arcadas vasculares temporales. Todos los hallazgos antedichos son de menor magnitud en ojo izquierdo.

1 B. Retinografías de control (2do mes de tratamiento con enalapril). Ausencia del edema de papila, hemorragias en llama, edema retiniano y exudados algodinosos. Persisten exudados duros (indicados con una estrella blanca) y aumento de la tortuosidad vascular.

exudados duros con predominio inferior y nasal inferior, hemorragias en llama sobre arcadas vasculares temporales próximas a la papila, estrella macular (exudados duros dispuestos alrededor de la fóvea) y leve edema retiniano difuso con predominio en las zonas de las arcadas vasculares temporales.

Se repitió la RM cervical y de cerebro (Fig. 2A) que mostró lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR a nivel centropontino, una extensa bulbo-medular y otra lesión de similares características a nivel medular en C3 y C6-7.

En el laboratorio se constató hipopotasemia 3,1 mmol/L, con hemograma, recuento de plaquetas, función renal y hepatograma, uricemia y orina sin alteraciones. La punción lumbar fue normal. Los anticuerpos antinucleares resultaron positivos a título 1/160, con patrón moteado fino. La actividad de renina plasmática fue muy elevada (> 20 ng/mL/h), concordante con la fisiopatología de la hipertensión maligna¹. En el ecocardiograma transtorácico se evidenciaron diámetros y función del ventrículo izquierdo

conservados, espesor del VI incrementado en forma difusa con predominio septal. La cardiografía por impedancia mostró aumento de la resistencia periférica total.

Luego de 2 meses de sostenido control de la hipertensión con enalapril como único tratamiento, la paciente recuperó agudeza visual de 10/10 en ambos ojos. En el fondo de ojos persistieron los exudados duros en las máculas, pero sin el edema de papila, las hemorragias ni los exudados algodinosos (Fig. 1B). En la nueva RM ya no se visualizaron lesiones (Fig. 2B).

Finalmente, la pesquisa de hipertensión arterial secundaria resultó negativa. Se recibió el resultado de la prueba de anticuerpos antiacuaporina 4 que le habían solicitado para investigar neuromielitis óptica, que fue negativo.

DISCUSIÓN

El síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible se expresa clínicamente con cefalea, alteraciones visuales (escotomas centellantes, disminución de la agudeza visual,

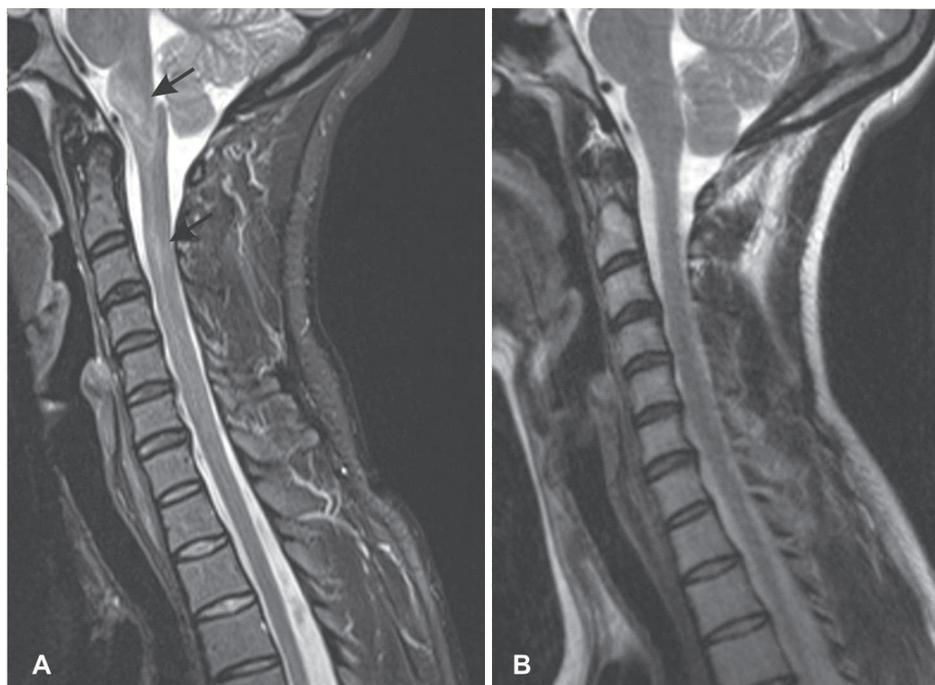


Figura 2 A. Resonancia magnética. Lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR (flechas) a nivel centropontino, una bulbo-medular extensa y otra lesión de similares características a nivel medular en C3. **B.** Resonancia magnética realizada al 2do mes de tratamiento mostrando ausencia de las lesiones.

diplopía), y puede llegar a las convulsiones y el coma². En la RM típicamente se observan imágenes hiperintensas parietooccipitales, temporooccipitales o frontales posteriores en las secuencias T2 y FLAIR². Existen escasos informes de casos de leucoencefalopatía posterior reversible de localizaciones atípicas como lóbulos frontales, cuerpo calloso, lesiones unilaterales, cerebelo, tronco cerebral y, más raramente, médula espinal³⁻⁹.

La incidencia es desconocida; suele ser más común en mujeres jóvenes y son frecuentes las condiciones asociadas tales como la hipertensión arterial, la insuficiencia renal aguda o crónica y el trasplante de órganos sólidos en especial en pacientes bajo tratamiento con inhibidores de la calcineurina². El mecanismo fisiopatológico se relaciona con alteraciones de la autorregulación de la circulación cerebral en el circuito posterior que derivan en hiperperfusión, aumento de la permeabilidad vascular y el consiguiente edema vasogénico subcortical sin infarto². En la retinopatía hipertensiva, las manifestaciones resultan del compromiso vascular a nivel de la retina, la coroides o el nervio óptico. Se producen esclerosis y hialinización de la pared de las arteriolas, cruces arteriovenosos, exudados algodonosos, exudados duros y hemorragias. La etapa más avanzada incluye edema de papila (retinopatía hipertensiva grado IV de la clasificación de Keith-Wagener-Barker), como presentaba nuestra paciente. Por lo general, los pacientes con leucoencefalopatía posterior reversible

no suelen presentar alteraciones en el fondo de ojo². Sin embargo, la encefalopatía posterior reversible con compromiso de la médula espinal se asocia a hipertensión severa y retinopatía hipertensiva grado IV¹⁰.

La localización atípica del síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible planteó el diagnóstico diferencial con mielopatías agudas¹¹. Inicialmente, antes de ser derivada a nuestro Hospital, el diagnóstico se orientó erróneamente hacia la neuromielitis óptica o síndrome de Devic. En la neuromielitis óptica, la autoinmunidad contra la acuaporina 4 predispone al edema vasogénico y al desarrollo de leucoencefalopatía posterior reversible¹². Sin embargo, ese diagnóstico es absolutamente incompatible con el fondo de ojo característico de retinopatía hipertensiva en su máxima expresión que presentaba esta paciente, sumado a la regresión de las lesiones tras el control de la hipertensión.

En conclusión, presentamos un caso de hipertensión maligna complicada con retinopatía hipertensiva grado IV y leucoencefalopatía posterior reversible con daño del tronco encefálico y médula espinal, que revierten con el tratamiento antihipertensivo eficaz.

Agradecimiento

Agradecemos a la Dra. Carla Yisel Breczinski del Insituto Santa Lucía de Paraná por las retinografías obtenidas antes de ingresar en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

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

REFERENCIAS

1. van den Born BJ, Koopmans RP, van Montfrans GA. The renin-angiotensin system in malignant hypertension revisited: plasma renin activity, microangiopathic hemolysis, and renal failure in malignant hypertension. *Am J Hypertens.* 2007;20(8):900-6.
2. Granata G, Greco A, Iannella G, et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome--Insight into pathogenesis, clinical variants and treatment approaches. *Autoimmun Rev.* 2015;14(9):830-6.
3. Karakis I, Macdonald JA, Stefanidou M, et al. Clinical and radiological features of brainstem variant of hypertensive encephalopathy. *J Vasc Interv Neurol.* 2009;2(2):172-6.
4. Bhagavati S, Chum F, Choi J. Hypertensive encephalopathy presenting with isolated brain stem and cerebellar edema. *J Neuroimaging.* 2008;18(4):454-6.
5. Cruz-Flores S, de Assis Aquino Gondim F, Leira EC. Brainstem involvement in hypertensive encephalopathy: clinical and radiological findings. *Neurology.* 2004;62(8):1417-9.
6. Choh NA, Jehangir M, Rasheed M, et al. Involvement of the cervical cord and medulla in posterior reversible encephalopathy syndrome. *Ann Saudi Med.* 2011;31(1):90-2.
7. Bartynski WS, Boardman JF. Distinct imaging patterns and lesion distribution in posterior reversible encephalopathy syndrome. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2007;28(7):1320-7.
8. Wu TY, Wei DY, Jordan A, et al. Reversible hypertensive encephalomyelopathy - the spinal variant of the posterior reversible encephalopathy syndrome. *N Z Med J.* 2015;128(1413):65-8.
9. de Havenon A, Joos Z, Longenecker L, et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome with spinal cord involvement. *Neurology.* 2014;83(22):2002-6.
10. de Havenon A, Joos Z, Longenecker L, et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome with spinal cord involvement. *Neurology.* 2014;83(22):2002-6.
11. Jacob A, Weinschenker BG. An approach to the diagnosis of acute transverse myelitis. *Semin Neurol.* 2008;28(1):105-20.
12. Magaña SM, Matiello M, Pittock SJ, et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome in neuromyelitis optica spectrum disorders. *Neurology.* 2009;72(8):712-7..

Resonancia magnética en el diagnóstico de amiloidosis cardíaca

Laura C. Dragonetti, Leandro J. Carballo, Verónica Flores, Marcelo A. Pietrani y Ricardo D. García Mónaco

RESUMEN

La resonancia magnética cardíaca (RMC) es un método no invasivo que provee información acerca de la anatomía, función y caracterización tisular del miocardio, llegando a ser de gran utilidad en el diagnóstico y diferenciación de trastornos infiltrativos como la amiloidosis. La amiloidosis cardíaca (AC) es una miocardiopatía restrictiva resultado del depósito de amiloide en el corazón, que determina una semiología característica en la RM que permite establecer el diagnóstico en la mayoría de los casos.

Los hallazgos por RMC incluyen hipertrofia miocárdica del ventrículo izquierdo (HVI) con realce tardío positivo en el ventrículo izquierdo (VI) y el resto de las cámaras cardíacas, asociado a alteración en la cinética del gadolinio con anulación del *pool* sanguíneo y hallazgos adicionales, como derrame pleural o pericárdico o ambos, que apoyan el diagnóstico¹⁻³.

Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de amiloidosis sometida a RMC en donde se demuestran los hallazgos característicos de esta patología.

Palabras clave: resonancia magnética cardíaca, miocardiopatía, amiloide, realce tardío.

MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE DIAGNOSIS OF CARDIAC AMYLOIDOSIS

ABSTRACT

Cardiac magnetic resonance imaging (MRI) is a noninvasive method of image that provides information about the anatomy, function and tissue characterization, becoming very useful in the diagnosis and differentiation of infiltrative disorders such as amyloidosis.

Cardiac amyloidosis (CA) is a restrictive cardiomyopathy result of amyloid deposition in the heart. MRI findings include myocardial hypertrophy with positive late gadolinium enhancement (LGE) in the left ventricle (LV) associated with the altered kinetics of gadolinium and additional findings as pleural and pericardial effusion that support the diagnosis.

We report the case of a patient diagnosed with amyloidosis showing the characteristic MR findings in this pathology.

Key words: cardiac magnetic resonance, cardiomyopathy, amyloidosis, tissue characterization.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2015; 35(4): 128-130.

INFORME DE CASO

Paciente femenina de 77 años, tabaquista, hipertensa, con antecedente de fibrilación auricular, que presenta internación por cuadro de insuficiencia cardíaca descompensada.

ECG: ritmo de FA, frecuencia cardíaca de 50 lat/por minuto. Se realiza ETT que informa hipertrofia ventricular concéntrica con función sistólica de VI en el límite inferior a la normalidad, *septum* interventricular de 24 mm y pared posterior de 23 mm.

Inmunohistoquímica: CD138: incremento de plasmocitos intersticiales (12% de la celularidad medular).

Se le solicita una RM cardíaca con gadolinio que informa un espesor parietal incrementado con predominio del *septum* con aumento marcado de la masa del VI.

La motilidad regional y la función sistólica global están conservadas (FEV 62%).

En las imágenes después de la inyección intravenosa de gadolinio *precoz* en secuencia inversión *recovery* (adquirida luego de los 3 minutos de la administración del contraste) se evidencia realce tardío positivo subendocárdico difuso con anulación de la señal del *pool* sanguíneo.

Estos hallazgos son característicos de la infiltración del miocardio por sustancia amiloide, el cual se presenta ávido por la captación del contraste, sacándolo rápidamente del *pool* sanguíneo.

Acompaña el cuadro derrame pericárdico y pleural bilateral.

DISCUSIÓN

La cardiorensonancia es una técnica no invasiva que provee información acerca de la anatomía, función, perfusión y viabilidad del tejido miocárdico. De acuerdo con el consenso de la ACCF/ACR/AHA/NASCI/SCMIR del año 2010,

Recibido: 01/04/16

Aceptado: 14/04/16

Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Correspondencia: laura.dragonetti@hospitalitaliano.org.ar

la RMC podría aplicarse en el diagnóstico de amiloidosis u otras causas de cardiopatías infiltrativas¹.

La ventaja de la RMC sobre las otras modalidades es su amplia accesibilidad a áreas no visibles por ecocardiografía, su caracterización tisular y su habilidad para demostrar afectación de estructuras adyacentes como mediastino y pulmones².

El depósito de amiloide dentro del miocardio se manifiesta como una hipertrofia concéntrica con deterioro de la contractilidad y disfunción diastólica grave y dilatación biatrial. En las secuencias de GE-sangre blanca se puede observar el engrosamiento miocárdico difuso, mientras que en las secuencias inversión-recuperación (IR), tras la administración de gadolinio, se observa un patrón de realce difuso, que no coincide con ningún territorio coronario.

Existe un patrón circunferencial particular de realce tardío en "rayas de cebra", con realce subendocárdico biventricular, que se extiende intramuralmente con anulación del *pool* sanguíneo (baja intensidad de señal de la sangre) característico³.

Vogelsberg y cols., en un trabajo que incluyó 33 pacientes en forma prospectiva con sospecha de AC a los que les realizaron resonancia y biopsia endomiocárdica, demostraron que el signo de RT tuvo una sensibilidad del 80%, una especificidad del 94%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 85%³.

Un estudio realizado por Mekinian y cols.⁴ en 2010 mostró que la presencia de realce tardío (RT) fue un predictor invariable de los resultados en pacientes con AC; sin embargo, no resultó un predictor independiente en la supervivencia al ajustarlo con presencia de insuficiencia cardíaca y valor alto de péptido natriurético tipo B (pro-BNP).

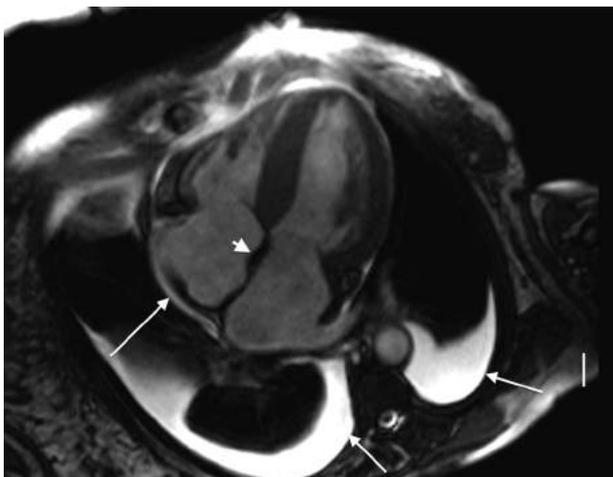


Figura 1. Amiloidosis cardíaca. Hipertrofia difusa en vista 4 cámaras, secuencias SSFP cine, donde se observa aumento de espesores parietales de ambos ventrículos, asociado a engrosamiento del *septo* interauricular (fecha corta). Se observa derrame pericárdico y pleural que acompañan el cuadro (flechas).

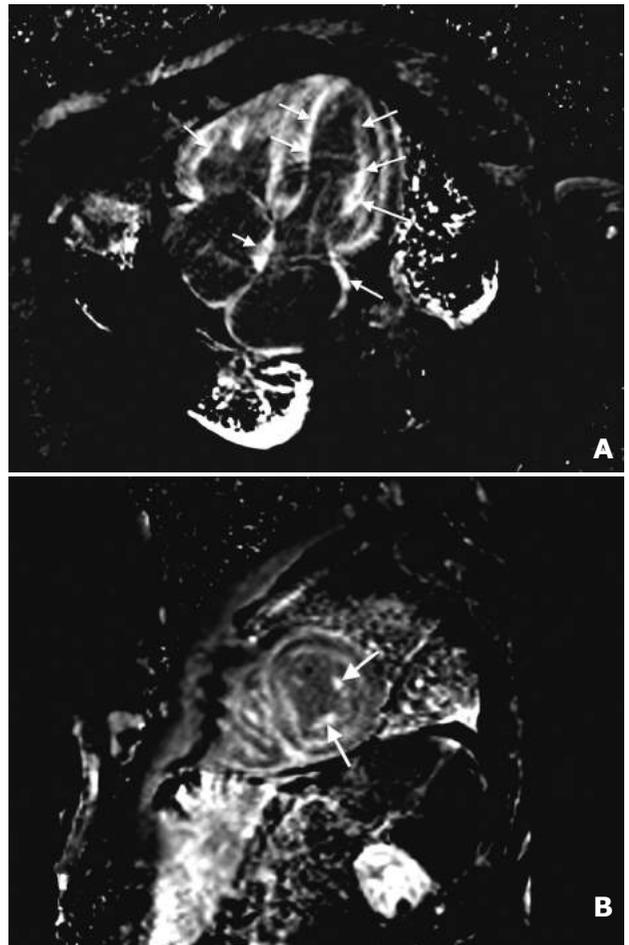


Figura 2. Secuencia de realce tardío con captación de gadolinio precoz (adquirida a los 3' poscontraste): (A) vista 4c realce subendocárdico biventricular, septal y en aurículas (flechas) con anulación del *pool* sanguíneo característico y (B) lo mismo en eje corto medioventricular. Normalmente el miocardio en esta secuencia está anulado y es totalmente negro. Nótese la afectación de los músculos papilares por infiltración amiloide (flechas en B).

Vanden Driesen y cols. en un seguimiento a 8 pacientes encontraron que el engrosamiento de la pared del ventrículo izquierdo y el RT característico del miocardio se presentó en todos los pacientes, mientras que en seis de siete pacientes se observó derrame pleural y pericárdico⁵.

Maceira cols., en una cohorte de 29 pacientes, sugirieron además que la secuencia del T1 *mapping* puede tener mayor capacidad para detectar la infiltración amiloide que el RT *per se*, posiblemente porque refleja con mayor precisión la carga amiloide intersticial cardíaca^{6,7}.

CONCLUSIÓN

La RMC provee información acerca de la anatomía, función y caracterización tisular del miocardio en una sola exploración, lo que resulta crucial para un temprano diagnóstico y tratamiento.

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

REFERENCIAS

1. American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents, Mark DB, Berman DS, Budoff MJ, et al. ACCF/ACR/AHA/NASCI/SAIP/SCAI/SCCT 2010 expert consensus document on coronary computed tomographic angiography: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents. *J Am Coll Cardiol.* 2010;55(23):2663-99.
2. Penugonda N. Cardiac MRI in infiltrative disorders: a concise review. *Curr Cardiol Rev.* 2010 May;6(2):134-6.
3. Thomson LE. Cardiovascular magnetic resonance in clinically suspected cardiac amyloidosis: diagnostic value of a typical pattern of late gadolinium enhancement. *J Am Coll Cardiol.* 2008;51(10):1031-2.
4. Mohty D, Damy T, Cosnay P, et al. Cardiac amyloidosis: updates in diagnosis and management. *Arch Cardiovasc Dis.* 2013;106(10):528-40.
5. vanden Driesen RI, Slaughter RE, Strugnell WE. MR findings in cardiac amyloidosis. *AJR Am J Roentgenol.* 2006 Jun;186(6):1682-5.
6. Kwong RY, Falk RH. Cardiovascular magnetic resonance in cardiac amyloidosis. *Circulation.* 2005 Jan 18;111(2):122-4.
7. Maceira AM, Prasad SK, Hawkins PN, et al. Cardiovascular magnetic resonance and prognosis in cardiac amyloidosis. *J Cardiovasc Magn Reson.* 2008 Nov 25;10:54.

Prevención cuaternaria en Psicogeriatría

Mariana Pedace

Moreno B, Pedace M, Matusevich D. De Ulises a París: viaje hacia la medicalización del envejecimiento. *Vertex*. 2015;26(123):374-81.

Respondiote el deiforme Alejandro: - ¡Héctor! Con motivo me increpas y no más de lo justo; pero tu corazón es inflexible como el hacha que hiende un leño y multiplica la fuerza de quien la maneja hábilmente para cortar maderos de navío: tan intrépido es el ánimo que en tu pecho se encierra. No me reproches los amables dones de la dorada Afrodita, que no son despreciables los eximios presentes de los dioses y nadie puede escogerlos a su gusto. Y si ahora quieres que luche y combata, detén a los demás troyanos y a los aqueos todos (...).

Y Menelao, valiente en la pelea, les habló de este modo: - Ahora, oídme también a mí. Tengo el corazón traspasado de dolor; y creo que ya, argivos y troyanos, debéis separaros, pues padecisteis muchos males por mi contienda, que Alejandro originó. Aquel de nosotros para quien se hallen aparejados el destino y la muerte, perezca y los demás separaos cuanto antes.

Homero, *La Ilíada*

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo desarrolla el surgimiento de un nuevo concepto en el campo de la salud: el síndrome de París. Este síndrome nace del estudiado síndrome de Ulises, descrito por el neurólogo Mercer Rang en el año 1972, y de la necesidad de reencaminar la calidad y la atención de la salud de los viejos hacia un cuidado más integral. Se denomina síndrome de Ulises, cuya fuente de inspiración para Rang fue el poema épico *La Odisea*, al conjunto de situaciones que se presentan en un paciente como resultado del proceso de una bien intencionada pero excesiva investigación diagnóstica.

El dios Zeus le dio a París, hijo de Príamo y Hécuba, la tarea de seleccionar entre Hera, Atenea y Afrodita a la diosa más hermosa; cada una de ellas le prometió algo si resultaba ser la elegida. El joven se inclinó por Afrodita, que además se convirtió en su protectora, desencadenando la ira de las otras dos deidades que juraron vengarse; lo que no sabía era que su decisión daría lugar a una serie de peripecias de lo más variadas hasta llegar a desatar la

guerra de Troya. Esta historia extraída de *La Ilíada* ilustra de manera clara y definida el derrotero de muchos de los pacientes psicogerítricos, condicionados antropológica, social y médicamente a tener que elegir entre diferentes opciones que prácticamente nunca dan lo que prometen y que casi siempre conllevan efectos que no están del todo explicitados a la hora de tomar las decisiones supuestamente terapéuticas.

Cuando París optó por la diosa Afrodita no se imaginaba la prolongada batalla, el sufrimiento y muerte que desencadenaría como resultado de su elección; al igual que el héroe mitológico, muchos pacientes ancianos cuando aceptan ser sometidos a complejos procesos diagnósticos y terapéuticos no llegan a dimensionar lo que dicha decisión puede llegar a implicar para su existencia ni cómo su vida toda será condicionada a partir de ese momento.

El síndrome de París hace referencia a la sucesión de intervenciones diagnósticas y terapéuticas a las que son sometidos un importante grupo de pacientes ancianos frágiles tentados por la biomedicina, que sin ser necesariamente iatrogénicas condicionan definitiva y muchas veces irreversiblemente la vida del paciente y su familia al punto de que una vez arribado al final del camino no puede volver a llevar adelante su vida como lo hacía. El principal objetivo al desarrollar este síndrome reside en dilucidar un marco clínico en el cual los pacientes ancianos quedan expuestos debido a una combinación entre la calidad de las intervenciones y la vulnerabilidad inherente al colectivo envejecido.

Es así como recibir una medicación antidepresiva, vivir las contingencias de un proceso de institucionalización, atravesar un duelo, realizar un proceso psicoterapéutico, tener que padecer una internación clínica, ser evaluado neuropsicológicamente o requerir una imagen de cerebro son solo algunas de las múltiples posibilidades que plantean al viejo y a su familia un escenario en donde el lado B de las intervenciones nunca está del todo explicitado. No hacemos referencia aquí a declarar los efectos adversos posibles de un psicofármaco o a explicar los riesgos de una internación clínica, sino a los cambios no deseados y a veces muy difíciles de predecir de las intervenciones psiquiátricas y psicológicas.

Para un abordaje más completo desarrollamos y analizamos cuatro situaciones vivenciadas por nosotros con distintos pacientes de nuestra práctica privada. Estos

Recibido 14/12/15

Acceptado 30/12/15

ejemplos reflejan situaciones paradigmáticas como son los duelos, las fallas en la memoria, los rasgos narcisistas de personalidad y la institucionalización, debido a que es en los momentos de mayor vulnerabilidad social, psicológica y psiquiátrica cuando se dan las condiciones de posibilidad para que el síndrome de Paris se desarrolle.

Los casos clínicos evidencian también algunas de las dificultades que se despliegan en la psicogeriatría a la hora de tener que tomar decisiones clínicas. La fragilidad de este grupo asociada a la gran cantidad de variables médicas, sociales y culturales que condicionan las consultas determina un contexto singular que debe ser individualizado para poder intervenir con mayores posibilidades de éxito.

Asimismo, este trabajo amplía el campo de estudio haciendo partícipes a otras ciencias además de la medicina, como son la psicología, la antropología y la filosofía. De esta forma articula los pensamientos de Juan Villoro, Gervas Camacho, Cerecedo Pérez, entre otros. Problematicando conjuntamente males propios de la práctica médica de hoy en día, tales como el vejeísmo y la medicalización, Cerecedo Pérez, Tovar Bobo y Rozadillas Arias plantean que la infelicidad existencial se relaciona con la prosecución de la felicidad absoluta, situación que se hace patente en el terreno de la salud al ver cómo se instala en la vida cotidiana el rechazo a la enfermedad y a la muerte. Afirman estos autores que la actitud que lleva a considerar el malestar emocional como una enfermedad susceptible de ser medicalizada no deriva tanto del conocimiento científico como de nuestro sistema de valores; muchas personas se consideran enfermas frente a los sucesos de la vida, cuando en realidad su salud está intacta ya que su estado emocional es consecuente con la situación que están viviendo¹.

DISCUSIÓN

El síndrome de Ulises es un claro ejemplo del proceso de medicalización que está atravesando nuestra sociedad toda

y es en este sentido que los autores consideran adecuado modificarlo con ejemplos del otro extremo de la vida al propuesto por Rang, ya que los pacientes ancianos hoy en día constituyen uno de los eslabones más sensibles del sistema de salud. Según la OMS, el porcentaje de personas mayores de 60 años en las distintas poblaciones mundiales está creciendo vertiginosamente. Se calcula que, entre los años 2000 y 2050, dicha proporción pasará de 11 a 22%. Todos los individuos de esta franja etaria se enfrentan a la difícil tarea de poder asimilar las diversas modificaciones simultáneas que se dan en distintos planos de su existencia, con las sensaciones displacenteras asociadas que esto conlleva⁷.

El texto plantea que las intervenciones sobre cuestiones que podrían denominarse eventos de la adversidad cotidiana (personas que no aceptan envejecer, duelos, consejos acerca de visitar o no a una persona institucionalizada, sugerencias acerca de cómo vivir, etc.) aumentan notablemente la posibilidad de incurrir en fracasos terapéuticos puesto que apuntan a resolver cuestiones que no son problemas médicos o psicológicos sino avatares de la existencia.

La propuesta de este nuevo síndrome se dirige a reasignar el malestar y la demanda del paciente a través de intervenciones que intenten evitar el síndrome de Paris, procurando esclarecer los motivos de consulta de la manera más amplia posible para tratar de soslayar los procedimientos innecesarios, poniendo el eje en el protagonismo de los pacientes en la toma de decisiones a través de una psiquiatría y una psicología basadas en los valores de los ancianos; desarrollando algunas ideas como recuperar la incertidumbre como parte de la vida, conocer que las ciencias tienen límites, rescatar que no todo sufrimiento corresponde a una enfermedad y sabiendo que los ejercicios de la medicina jamás son inocuos y pueden desencadenar fuerzas muy difíciles de controlar.

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

REFERENCIAS

1. Cerecedo Pérez MJ, Tovar Bobo M, Rozadilla Arias A. [Medicalization of life at the GP level: Where are we headed to?]. *Aten Primaria*. 2013;45(10):536-40.
2. Villoro J. De eso se trata. Ensayos literarios. Barcelona: Anagrama; 2008.
3. Coetzee J, Kurtz A. El buen relato. Buenos Aires: El hilo de Ariadna; 2015.
4. Homero. La Iliada. Puerto Rico: La editorial Universidad de Puerto Rico; 1967.
5. Rang M. The Ulysses syndrome. *Can Med Assoc J*. 1972;106(2):122-3.
6. Kopitowski K. Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires*. 2013;33(3):90-5.
7. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Centro de prensa. Notas descriptivas. La salud mental y los adultos mayores. [citado Ago 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
8. Gervas Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*. 2012; 8(6): 312-7.
9. Martínez Martín M, Gonzales J, Otero Puime A. Anciano frágil: ¿hablamos todos de lo mismo? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:357-60.

Meningoencefalitis herpética: ¿cuándo sospecharla?

María de las Mercedes Magaz

RESUMEN

La encefalitis herpética (EH) secundaria a la infección por el virus de *herpes simple 1* (VHS1) es la causa conocida más frecuente a nivel mundial de infección viral fatal del sistema nervioso central (SNC). La agresividad de su curso clínico y la morbilidad asociada a su desarrollo obligan a todo médico generalista a mantener una alta sospecha clínica para lograr su diagnóstico. Ciertas manifestaciones clínicas como la fiebre asociada a alteraciones en el sensorio o a alteraciones en el comportamiento de un paciente o a ambas posibilidades se presentan en un porcentaje superior al 90% de los casos confirmados. La solicitud en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para el VHS1 es el estudio complementario de laboratorio que posee la mayor sensibilidad y especificidad para confirmar el diagnóstico de EH. A su vez, la resonancia nuclear magnética (RNM) es el estudio de imagen que posee mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la enfermedad. La EH secundaria al VHS1 es, de las infecciones virales que afectan el SNC, la única que posee tratamiento específico. La instauración temprana de tratamiento con aciclovir disminuye la mortalidad asociada al desarrollo de la enfermedad de un 70% y sin tratamiento, hasta un 10-20%. El objetivo principal de esta revisión es señalar las diversas situaciones clínicas en las cuales se debe sospechar la EH así como guiar la correcta utilización de los estudios complementarios e instaurar de manera temprana el tratamiento para reducir al máximo la morbimortalidad.

Palabras clave: virus del herpes simple, encefalitis herpética, diagnóstico presuntivo.

HERPETIC MENINGOENCEPHALITIS: A REVIEW

ABSTRACT

The *herpes simplex virus type 1* (HSV1) encephalitis (EH) is the most common known cause of sporadic fatal encephalitis worldwide. The fatal consequences in the development of this disease and the morbidity related to it, should alert general practitioner to be always aware of its possible diagnosis. Clinical features such as fever associated with altered mental status or disturbances in the level of consciousness are present in more than 90% of confirmed cases. The analysis of the polymerase chain reaction (PCR) for HSV1 in central nervous system (CNS) fluid is the laboratory study of choice for establishing the diagnosis with the best sensitivity and specificity. Moreover, magnetic resonance image (MRI) is the most sensitive and specific imaging study for the detection of this entity. The VHS1 EH is one of the few treatable viral infection of the central nervous system to date. Hence, early administration of adequate antiviral therapy with Acyclovir remains paramount. The early administration of empiric therapy can decrease the mortality rate from 70% without treatment to 10-20% in confirmed cases. We sought to describe the disease's clinical features, and to further discuss the accurate use of diagnostic tools and treatment strategies in order to reduce the high related morbi-mortality.

Key words: herpes simplex virus, meningoencephalitis, herpetic encephalitis, early diagnosis.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2015; 35(4): 133-136.

Las infecciones virales del sistema nervioso central se caracterizan por presentar síndromes meníngeos o encefalíticos asociados a su desarrollo. La principal diferencia entre estas entidades es la preservación de las funciones del sistema nervioso central (SNC) en el caso de las meningitis. Para ejemplificarlo con mayor claridad, los pacientes con meningitis se diferencian de los pacientes con encefalitis porque, si bien pueden encontrarse letárgicos o con cefalea al momento del diagnóstico, conservan intacto su funcionamiento cerebral superior. A diferencia de estos, los pacientes con encefalitis generalmente presentan como síntomas: síndrome confusional, conductas inapropiadas, trastornos en la personalidad, alteraciones del discurso o de los movimientos corporales, o de ambos, foco motor

neurológico o convulsiones tónico-clónicas asociadas al desarrollo de la enfermedad. Los virus que comúnmente causan los síndromes clínicos meníngeos agudos en los Estados Unidos son los siguientes: enterovirus (Coxsackie, ecovirus y enterovirus humano 68-71), virus del herpes simple tipo 2 (VHS2), virus transmitidos por artrópodos, virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y, con menor frecuencia, virus de la varicela zóster (VZV), virus de Epstein-Barr y virus de la coriomeningitis linfocítica. Entre los virus que comúnmente causan los síndromes clínicos encefalíticos agudos en los Estados Unidos se encuentran: virus del herpes simple tipo 1 (VHS1), VZV, virus de Epstein-Barr, virus transmitidos por artrópodos (virus de la Crosse, virus del Nilo occidental, virus de la encefalitis de San Luis) y, con menor frecuencia, virus de la rabia, virus de la encefalitis equina oriental, virus de la encefalitis equina occidental, virus Powassan, fiebre de la garrapata del Colorado y parotiditis. En adultos (personas mayores de 18 años), el patógeno que con mayor frecuencia desa-

rolla un síndrome clínico compatible con EH es el VHS1; con menor frecuencia pero también considerado un factor causal de importancia, se encuentra el VHS2. En huéspedes inmunocomprometidos, el citomegalovirus (CMV) y el enterovirus pueden presentarse asociados generalmente a un cuadro clínico compatible con encefalitis. Es importante destacar que no se debe asumir de manera errada un incremento de la sospecha clínica diagnóstica de EH en los pacientes que posean algún grado de inmunocompromiso. La EH no se presenta con mayor frecuencia en aquellos pacientes que posean algún tipo de inmunocompromiso. Por el contrario, ante un paciente inmunocomprometido y sospecha clínica de meningoencefalitis, se debe abrir aún más el abanico de posibilidades diagnósticas.

La EH secundaria a VHS1 es la causa conocida más frecuente de encefalitis en el mundo, con una incidencia acumulada en los Estados Unidos de aproximadamente 0,2 cada 100 000 personas/año. En contraposición, no hay hasta el momento un registro conocido de incidencia de esta patología en nuestro país. Más aún, la verdadera incidencia de todos los posibles factores causales de infecciones virales del SNC es difícil de estimar dadas las dificultades para confirmar el diagnóstico definitivo de cada una de ellas.

La EH presenta un porcentaje de mortalidad asociada a su desarrollo, en ausencia de tratamiento, de alrededor del 70%. Este porcentaje se puede ver significativamente reducido llegando a valores de entre un 10 y un 20% con la instauración temprana del tratamiento antiviral adecuado. Los datos anteriormente descriptos obligan a todo médico generalista a tener una alta sospecha clínica diagnóstica de esta patología; a utilizar, a su vez, los estudios complementarios adecuados que ayuden a confirmar o descartar su diagnóstico y a instaurar de manera temprana el tratamiento antiviral conveniente. Esta es la única forma conocida hasta el momento que permite tanto mejorar el pronóstico de supervivencia del paciente que padece la enfermedad como reducir al mínimo las comorbilidades asociadas a ella.

Se conocen diferentes formas mediante las cuales el HSV1 llega a comprometer el SNC. La primera de ellas se relaciona con la invasión viral del nervio trigémino o del tracto olfatorio, seguida de un episodio de infección primaria por HSV1 en la orofaringe. En segundo lugar, una infección recurrente por VHS1 se puede interpretar como reactivación viral y comprometer el SNC. En tercero y último lugar, la infección del SNC sin una infección primaria recurrente por VHS1 podría estar relacionada con la reactivación de una infección por HSV latente previa alojada en el SNC. En la mayoría de los casos confirmados, el compromiso dentro del SNC ocurre a nivel del lóbulo temporal en el cual se observa el mayor grado de desarrollo de necrosis tisular. Muchos pacientes con diagnóstico de EH pueden también sufrir un síndrome meníngeo asociado al cuadro clínico y en algunos de estos casos se puede observar afec-

ción concomitante de la médula espinal o el compromiso de las raíces nerviosas de la columna vertebral.

El síndrome clínico se caracteriza por fiebre, cefalea, convulsiones, signos de foco neurológico motor o sensitivo, o alteración del estado mental, o ambos (cuadro 1). Dicha signosintomatología debe alertar siempre al médico tratante acerca de la posible sospecha diagnóstica de EH. Esta, a su vez, debe desencadenar la solicitud de estudios complementarios que colaboren a confirmar o descartar la hipótesis diagnóstica, y a continuación la correcta indicación empírica de comenzar con el tratamiento antiviral temprano con aciclovir 10 mg/kg cada 8 horas. Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes del cuadro se encuentran aquellas modificaciones en el estado de conciencia que se desarrollen en un tiempo menor de una semana desde el comienzo de la sintomatología. Estas podrían ser caracterizadas por: síndrome confusional, déficit motor focal, afasia, ataxia e incluso convulsiones tónico-clónicas generalizadas asociadas a incontinencia urinaria o fecal y, en general, siempre asociadas a un síndrome febril (temperatura axilar > 37,8 °C o temperatura rectal > 38,2 °C). En un porcentaje cercano al 90% de los casos confirmados de EH se observa la presencia de al menos uno de los síntomas anteriormente descriptos siempre asociados a la presencia de fiebre.

Entre los estudios complementarios de laboratorio para realizar con el fin de alcanzar la confirmación diagnóstica se encuentran la punción lumbar (PL) y el análisis del LCR (cuadro 2). El examen minucioso del LCR puede considerarse una herramienta diagnóstica decisiva a la hora de iniciar la terapéutica antiviral temprana en el paciente. El análisis fisicoquímico del LCR con un valor de

Cuadro 1. Signos y síntomas presentes en la encefalitis herpética

FIEBRE siempre asociada a uno de los siguientes síntomas:

- Síndrome confusional
 - Afasia
 - Ataxia
 - Presencia de foco neurológico motor
 - Convulsiones
-

Cuadro 2. Estudios complementarios para solicitar cuando hay sospecha diagnóstica de encefalitis herpética

-
- Estudios complementarios
 - PL PCR VHS (*gold standard*)
 - RNM
 - EEG
-

PL: punción lumbar; PCR: reacción en cadena de la polimerasa; RNM: resonancia nuclear magnética; EEG: electroencefalograma.

glucorraquia dentro de valores normales de referencia (una relación mayor del 50% de la glucorraquia respecto de la glucemia al momento de la realización del procedimiento), la presencia de proteínas ligeramente aumentadas (en general menor de 150 mg/dL), o la presencia de hematíes (descartando siempre como posibilidad el traumatismo durante la ejecución de la práctica) deben aumentar aún más la probabilidad clínica pretest del paciente de presentar EH. A su vez, el análisis citológico del LCR con presencia de leucocitosis en un número generalmente no mayor de 250/mm³ con predominio linfocitario justifica el inicio temprano de terapia empírica. Sin embargo, un LCR que no presente ninguno de los hallazgos previamente descriptos no descarta la posibilidad diagnóstica de EH. En aquellos casos en los que el análisis del LCR no colabore a la confirmación diagnóstica y la probabilidad clínica pretest del paciente de padecer EH sea lo suficientemente elevada, se mantiene la indicación de la instauración temprana y el mantenimiento del tratamiento antiviral. Siempre se prioriza el potencial beneficio que recibe el paciente al comenzar de manera temprana el tratamiento antiviral adecuado por sobre el perjuicio posible de no recibirlo en caso de que se confirme el diagnóstico de EH. No obstante, el hallazgo en el LCR de una hipogluorraquia muy marcada (menor del 50% de la glucorraquia respecto de la glucemia al momento de la realización del procedimiento) debe ser una alerta que indique al médico tratante la reevaluación del cuadro clínico y la obligación de sospechar otras etiologías como la meningitis bacteriana. La PCR para HSV1 en el LCR es el actual procedimiento de referencia (*gold standard*) para la confirmación diagnóstica de EH. Tiene una sensibilidad del 98% y una especificidad del 94% en el diagnóstico final de la enfermedad. El valor de esta permanece positivo en el LCR por un tiempo no menor de dos (2) semanas y hasta un (1) mes desde el comienzo de la sintomatología. La realización de estudios complementarios de imagen también contribuye a confirmar o descartar la posibilidad diagnóstica en el diagnóstico final de EH. El estudio de elección es la RNM en la cual el compromiso del SNC con hemorragia o no de lóbulo temporal está relacionado fuertemente con el diagnóstico final de EH. Sin embargo, esta misma afección también se puede observar en las infecciones del SNC por otros agentes virales como el VZV, el virus de Epstein-Barr, o el virus del herpes simple tipo 6. El compromiso de otros sectores del SNC como el tálamo o los ganglios de la base se puede encontrar en encefalitis secundarias a infecciones virales del sistema respiratorio, arbovirus y en la meningitis tuberculosa. El electroencefalograma es a su vez una herramienta muy útil a la hora del diagnóstico y reflejaría el componente de descarga eléctrica que puede presentar dentro de su desarrollo la EH. Este último se caracteriza por un patrón patológico con alteraciones focales de ondas intermitentes de amplitud elevada o descargas epileptiformes provenien-

tes de la zona que posiblemente se encuentre afectada, generalmente temporal. Otros muchos hallazgos pueden aparecer en este estudio; hoy se los considera de caracterización inespecífica y deben ser evaluados con mucha precaución por especialistas y técnicos especializados. Entre los diagnósticos diferenciales que siempre deben considerarse en todo paciente con sospecha clínica de meningoencefalitis se encuentran: los tumores primarios o secundarios del SNC, la reacción adversa a medicamentos, las enfermedades autoinmunitarias o paraneoplásicas, el absceso cerebral, la sífilis, la meningitis tuberculosa o secundaria a hongos, el hematoma subdural y el lupus eritematoso sistémico. Es fundamental el conocimiento del inmunocompromiso o no del paciente afectado dado que, en pacientes inmunodeprimidos, el abanico diagnóstico de posibilidades es mucho más extenso y obliga a considerar entre otras encefalitis ocasionadas por otros virus tales como CMV, Epstein-Barr, VZV, *enterovirus*, *influenza A*, *adenovirus* y la leucoencefalopatía multifocal secundaria a virus JC.

El único tratamiento eficaz conocido hasta el momento en el tratamiento de la EH secundaria a VHS1 es el inicio temprano de terapia antiviral con aciclovir 10 mg/kg cada 8 horas. Este debe mantenerse con observación cautelosa de la función renal del paciente y ajustarse a ella en caso de que esta no se encuentre dentro de valores normales ajustados a peso y edad. La bibliografía actual recomienda, en aquellos casos confirmados de EH o en aquellos en los cuales la probabilidad clínica pretest resulta lo suficientemente elevada, un tiempo de mantenimiento de la terapéutica antiviral no inferior a catorce (14) días y hasta veintiún (21) días desde el comienzo de los síntomas. Se recomienda no suspender el tratamiento si la sospecha clínica es elevada, aunque los estudios complementarios no arrojen resultados positivos confirmatorios de EH. Por otro lado, en el caso de que la sospecha clínica no fuese tan elevada de inicio, se sugiere utilizar los resultados de todos los estudios complementarios anteriormente descriptos para decidir la adecuada suspensión del tratamiento y continuar en la búsqueda del factor causal de la enfermedad. El aciclovir tiene un mínimo efecto sobre la replicación viral del VHS1; esto incrementa y confirma la necesidad de comenzarlo tempranamente ante la sospecha diagnóstica de la enfermedad con el objetivo de prevenir la mayor cantidad de daño posible al SNC. Se considera, según la bibliografía disponible, la instauración temprana del tratamiento antiviral al inicio de este, previa pérdida de la conciencia del paciente, durante las primeras 24-48 horas del inicio de la sintomatología, o cuando el paciente presenta una escala de Glasgow en un valor de nueve (9) sobre quince (15) puntos en su evaluación inicial. El cumplimiento estricto de estas indicaciones incrementa la posibilidad de disminuir al mínimo las consecuencias fatales desarrolladas por la EH y a disminuir las alteraciones

cognitivas y del comportamiento que pueden desarrollarse como secuelas neurológicas en el paciente afectado.

Según la bibliografía disponible, en la actualidad, el diagnóstico de certeza final de la EH como entidad se realiza en muy pocas ocasiones. Sin embargo, en los casos en los que por las manifestaciones clínicas la sospecha clínica o la probabilidad clínica pretest, o ambas, sea elevada, se sugiere la instauración y la continuación del tratamiento antiviral. Asimismo, como ya ha sido mencionado previamente, se recomienda no aguardar los resultados de estudios complementarios si la sospecha clínica es lo suficientemente alta. De todas maneras, se sugiere siempre reevaluar la continuidad del tratamiento instaurado considerando el valor obtenido por el actual procedimiento de referencia en el diagnóstico de la EH, que es la PCR para VHS en LCR y los hallazgos pato-

lógicos encontrados en la RNM. Dado el alto grado de agresividad de la enfermedad y las posibles consecuencias catastróficas en el desarrollo de esta, se incentiva a todos los médicos generalistas a indicar el inicio de una terapéutica adecuada temprana para favorecer la mejoría en el pronóstico.

En resumen, los aspectos más relevantes para el diagnóstico y manejo apropiados de la EH como entidad clínica son la alta sospecha clínica diagnóstica al comienzo de los síntomas, la instauración del tratamiento antiviral temprano y su adecuación y continuidad en relación con la probabilidad pretest y los resultados de los estudios complementarios disponibles. De esta forma se asegura la instauración temprana del tratamiento antiviral adecuado y se disminuye al máximo la morbimortalidad asociada al desarrollo de la enfermedad.

Conflictos de interés: la autora manifiesta no poseer ningún tipo de conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, editors, et al. Harrison Principios de medicina interna. 18a ed. México, D.F: McGraw-Hill; 2012. Vol. I, p. 3410-34.
- Magaz Mde L, Wainsztein V, Maritano J, et al. [Clinical characteristics of adult patients with herpetic meningoencephalitis: a nested case control study]. *Rev Chilena Infectol.* 2015;32(3):266-71.
- Levitz RE. Herpes simplex encephalitis: a review. *Heart Lung.* 1998;27(3):209-12.
- Whitley RJ. Viral encephalitis. *N Engl J Med.* 1990;323(4):242-50.
- Hatipoglu HG, Sakman B, Yuksel E. Magnetic resonance and diffusion-weighted imaging findings of herpes simplex encephalitis. *Herpes.* 2008;15(1):13-7.
- Arciniegas DB, Anderson CA. Viral encephalitis: neuropsychiatric and neurobehavioral aspects. *Curr Psychiatry Rep.* 2004;6(5):372-9.
- Raschilas F, Wolff M, Delatour F, et al. Outcome of and prognostic factors for herpes simplex encephalitis in adult patients: results of a multicenter study. *Clin Infect Dis.* 2002;35(3):254-60.
- Kupila L, Vuorinen T, Vainionpää R, et al. Etiology of aseptic meningitis and encephalitis in an adult population. *Neurology.* 2006;66(1):75-80.
- Polage CR, Petti CA. Assessment of the utility of viral culture of cerebrospinal fluid. *Clin Infect Dis.* 2006;43(12):1578-9.
- Kamei S, Sekizawa T, Shiota H, et al. Evaluation of combination therapy using aciclovir and corticosteroid in adult patients with herpes simplex virus encephalitis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2005;76(11):1544-9.

Accidente cerebrovascular de causa hemodinámica

María Soledad Quistapace y María Cristina Zurrú

RESUMEN

El accidente cerebrovascular hemodinámico es una entidad pobremente descrita. Puede ser causada por enfermedades sistémicas tales como insuficiencia cardíaca o hipotensión y también por la obstrucción grave de las arterias carótidas o vertebrales. Los pacientes con accidente cerebrovascular hemodinámico pueden mostrar características clínicas específicas que los distinguen de los pacientes con embolia o enfermedad de pequeños vasos. Los estudios complementarios de perfusión cerebral pueden mostrar si el flujo de sangre al cerebro se ve comprometido y proporcionar información de valor pronóstico. El tratamiento dirigido a incrementar el flujo sanguíneo cerebral podría ser considerado en pacientes con estenosis graves de las arterias extracraneanas sobre la base de la información proveniente de series de casos.

Palabras clave: hemodinámico, accidente cerebrovascular, diagnóstico y pronóstico.

HEMODYNAMIC CAUSES IN CEREBROVASCULAR ISCHEMIC EVENT

ABSTRACT

Hemodynamic stroke is a poorly described entity. It can be caused by systemic diseases such as heart failure or hypotension, but also by severe obstruction of the carotid or vertebral arteries. Patients with hemodynamic cerebrovascular event might show specific clinical features that distinguish them from patients with embolism or local small-vessel disease. Complementary studies of cerebral perfusion can show whether blood flow to the brain is compromised and provide important prognostic information. Treatment aimed at increasing cerebral blood flow might be considered in patients with severe extracranial artery stenosis on the basis of information from case series.

Key words: hemodynamic, ischemic cerebrovascular event, diagnosis and prognosis.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2015; 35(4): 137-141.

INTRODUCCIÓN

El término accidente cerebrovascular (ACV) o ataque isquémico transitorio (AIT) de causa hemodinámica ha sido tradicionalmente utilizado para referirse a los síntomas neurológicos secundarios a hipoperfusión cerebral. La hipoperfusión puede ser regional en un territorio arterial que presenta una obstrucción fija (por ejemplo: estenosis crítica del territorio anterior o posterior a nivel del cuello o de la circulación cerebral) o un cuadro de hipoperfusión global en casos de hipotensión sistémica grave (por ejemplo: hipotensión ortostática, paro circulatorio o cuadros de bajo gasto cardíaco). En autopsias, los infartos límites representan el 10% de todos los infartos cerebrales; sin embargo, en estudios de imágenes de pacientes con estenosis crítica de la arteria carótida interna (ACI) se informa una incidencia que puede ser del 19 al 69%¹.

FISIOPATOLOGÍA

Cuando el flujo sanguíneo cerebral (FSC) disminuye en forma crónica a niveles críticos y ya no es suficiente para satisfacer la necesidad de oxígeno del tejido cerebral, la

fracción de extracción de oxígeno (FEO) se incrementa como mecanismo compensador de la hipoperfusión grave. Las áreas que se afectan en esta condición hemodinámica extrema involucran los territorios de circulación límite entre las principales ramas del polígono de Willis. Se describen los siguientes patrones de lesión:

Circulación anterior:

- Territorio superficial: entre las ramas corticales de la arteria cerebral anterior (ACA), la arteria cerebral media (ACM) y la arteria cerebral posterior (ACP).
- Territorio profundo: en la sustancia blanca a lo largo y ligeramente por encima del ventrículo lateral, entre los sistemas arterial superficial y profundo de la ACM.

Circulación posterior:

- En las zona de unión de la arterias cerebelosa superior (ACS) y arteria cerebelosa posteroinferior (ACPI) y en la circulación espinal entre la arteria espinal anterior (AEA) y la arteria espinal posterior (AEP).

La susceptibilidad de las áreas límites se piensa que es resultado de su situación de "campo distal", en donde la presión de perfusión es menor y con escasa circulación colateral en la cual la autorregulación cerebral ha producido una vasodilatación máxima y una reducción adicional de la presión puede implicar una lesión isquémica. En la figura 1 se observan las áreas de localización de los infartos límites¹.

Recibido 19/11/15

Aceptado 22/12/15

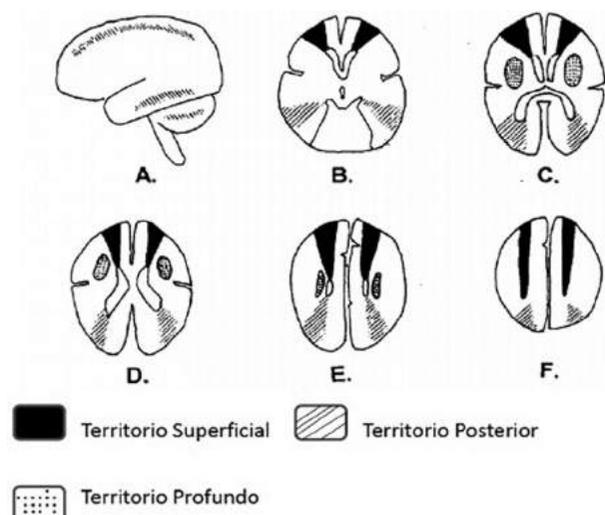


Figura 1. Esquema de infartos límites en la circulación cerebral.

CONDICIONES PREDISONENTES

1) Obstrucción de la circulación carotídea:

- En una serie hospitalaria, alrededor del 9% de los pacientes con AIT o ACV isquémico presentaban una oclusión completa de la ACI.
- Los primeros días después de la oclusión de ACI puede observarse la propagación del trombo hacia la circulación intracraneana distal^{2,3}.
- Algunos trabajos sugieren que émbolos surgidos a partir del muñón distal o proximal de la ACI pueden migrar a la circulación cerebral incluso hasta 2 años después de la oclusión. Las placas en la carótida común, externa o interna contralateral, podrían ser fuentes alternativas de embolias al territorio de la ACI ocluida^{2,3}.
- La baja presión de perfusión es la causa más común de isquemia o infarto cerebral en pacientes con ACI ocluida, según la mayoría de los autores. Tal hipótesis está apoyada por síntomas que pueden ocurrir en circunstancias en las que la presión sanguínea se halla temporalmente baja, como después de levantarse de postura supina o después de la introducción de antihipertensivos.

2) Obstrucción vertebrobasilar:

- Un estudio demostró una pobre respuesta vasodilatadora de la arteria basilar (AB) en los pacientes con isquemia grave de dicho territorio y esto fue interpretado como una falla en la autorregulación.
- En pacientes con obstrucción bilateral grave de la arteria vertebral (AV) y falla en la autorregulación, la perfusión fue dependiente del incremento de la presión arterial sistémica^{2,3}.

3) Hipotensión arterial:

- Diversas situaciones clínicas pueden condicionar un descenso brusco de la presión arterial sistémica y predisponer al desarrollo de infartos en territorios límites. En pacientes ancianos con evidencias de rigidez arterial secundaria a la edad y los factores de riesgo vascular, el uso de ciertos fármacos antihipertensivos puede favorecer episodios de hipotensión ortostática. En estos casos es fundamental conocer la hemodinamia del paciente para instaurar un tratamiento adecuado. En tales casos, el aumento en la variabilidad de la presión arterial o el aumento en la presión de pulso predice el desarrollo de ACV o AIT.
- En pacientes sometidos a cirugía con circulación extracorpórea, la hipotensión asociada a la bomba puede ser causa de lesiones vasculares isquémicas secundarias a hipoperfusión cerebral. Sin embargo, en esta población, más que el factor hemodinámico la embolia arterioarterial desde el cayado aórtico suele ser la causa más frecuente de infarto en el posoperatorio⁴.

4) Anemia grave:

- Puede precipitar AIT o ACV isquémicos en pacientes con enfermedad carotídea grave, debido a mecanismos trombogénicos y a una reducción de concentración de hemoglobina que se traduce en hipoxia crónica.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Algunos pacientes pueden presentar antecedentes que sugieran un mecanismo hemodinámico. En el interrogatorio y el examen físico es importante rescatar la relación de los síntomas con la ingesta excesiva de alimentos, los cambios bruscos de temperatura, las maniobras de Valsalva y el uso de fármacos hipotensores o el registro de hipotensión ortostática⁵.

Los síntomas clínicos secundarios a estenosis crítica de los troncos supraaórticos pueden ser:

- Sacudidas o temblor en una mitad del cuerpo (*limb-shaking syndrome*) de pocos segundos o minutos de duración que pueden ser precipitadas por el ejercicio o la bipedestación.
- Síntomas focales hemisféricos (motores, sensitivos, visuales o del lenguaje), los cuales pueden ser transitorios o permanentes.
- Ceguera monocular transitoria (amaurosis fugaz).
- Trastornos cognitivos y de la marcha secundarios a hipoperfusión crónica.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

No hay un estudio patrón para el diagnóstico de los pacientes con AIT o ACV isquémico de probable origen hemodinámico. El estudio de la circulación a nivel del cuello y el polígono de Willis y el grado de circulación colateral a través de las arterias comunicantes, la oftálmica,

la red pial y la carótida externa son elementos esenciales a la hora de evaluar una terapia de recanalización. La angiografía digital (AD) podría añadir información en relación con el patrón de llenado, confirmar la presencia de oclusión o estenosis muy graves con flujos filiformes que no contribuyen a la circulación cerebral. Este método también permite evaluar la circulación colateral en forma completa. En la figura 2 se observa hipoflujo al territorio de la arteria cerebral media derecha en una paciente con oclusión de la carótida interna derecha y estenosis grave de la carótida interna izquierda. La paciente presentaba disartria y hemiparesia izquierda que mejoraba con el aumento de presión arterial. En las figura 3 y 4 se observa la colocación del *stent* en la carótida interna izquierda. En la figura 5A se observa, en una vista angiográfica de frente,



Figura 2. Vista angiográfica de frente en la que se observa hipoflujo al territorio de la arteria cerebral media derecha, que llena por arteria comunicante anterior, en una paciente con oclusión de la carótida interna derecha y estenosis severa de la carótida interna izquierda.

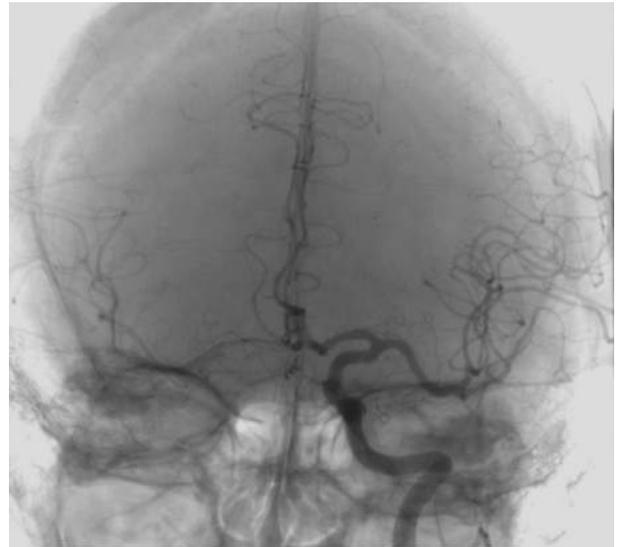


Figura 3. Estenosis de más del 70% de la carótida interna izquierda.



Figura 4. *Stent* colocado en la carótida interna izquierda.

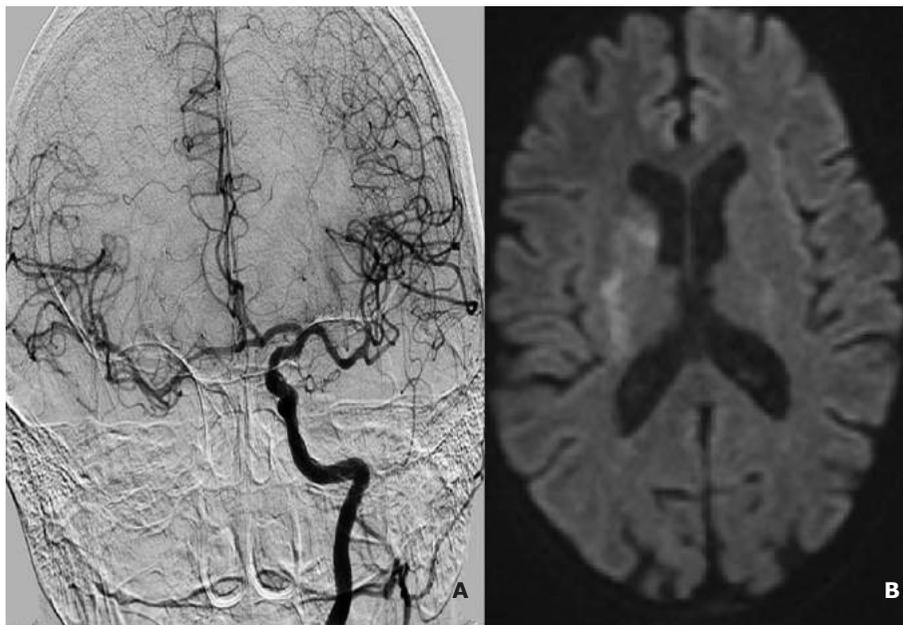


Figura 5. A. Imagen angiográfica de frente donde se observa mejoría del flujo en el territorio de la arteria cerebral media derecha después de la colocación de *stent* en la carótida interna izquierda. **B.** Corte axial de difusión por resonancia magnética en la cual se observa imagen isquémica aguda en territorio límite profundo.

la mejoría del flujo al territorio de la arteria cerebral media derecha después de la colocación de *stent* y en la figura 5B se observa en difusión la lesión isquémica en territorio límite de la arteria cerebral media.

La angiotomografía (ATC) y la angiorresonancia (ARM) se pueden utilizar para determinar la anatomía vascular y en muchos casos permiten llegar al diagnóstico sin la AD. La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) de cerebro permiten detectar la presencia de infartos agudos en territorios límites o evidenciar signos crónicos de hipoperfusión cerebral. El estado hemodinámico puede evaluarse mediante estudios de perfusión cerebral tanto con TC como con RM. Sin embargo, el estudio más sensible y específico es la tomografía por emisión de positrones (PET) para la evaluación del estado hemodinámico cerebral. Se describe una etapa 1 de compromiso con disminución del FSC en respuesta a un fenómeno hemodinámico, porque la vasodilatación arteriolar ya alcanzó su máxima respuesta. Si la perfusión cerebral disminuye aún más, el metabolismo normal del oxígeno cerebral se mantiene a expensas de un aumento de la fracción de extracción de oxígeno (FEO) de la sangre, constituyendo la etapa 2 que se puede medir únicamente con PET (fig. 6).

El compromiso hemodinámico se ha asociado con un alto riesgo de ACV recurrente. El riesgo de ACV recurrente para pacientes con oclusión de la ACI sintomática y un aumento de la FEO es de aproximadamente seis a siete

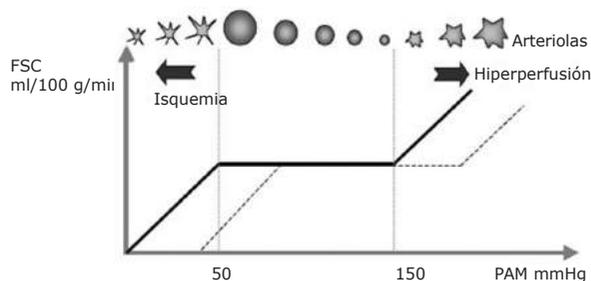


Figura 6. Esquema de la autorregulación cerebral.

veces mayor que para los pacientes en los que la FEO está dentro del rango normal^{1,7}.

PRONÓSTICO

Las características asociadas con un riesgo relativamente bajo de ACV isquémico recurrente estarían dadas cuando el paciente presenta solo síntomas retinianos, sin síntomas de isquemia cerebral y estos no recurren. Por el contrario, un riesgo alto de ACV podría determinarse ante la presencia de síntomas hemisféricos recurrentes, ausencia de una circulación colateral adecuada y fallas en la autorregulación cerebral.

TRATAMIENTO MÉDICO

Los pacientes con AIT o ACV isquémico secundario a patología aterotrombótica deben estar antiagregados, con estatinas y estricto control de los factores de riesgo

vascular. La cesación tabáquica, al igual que la dieta y la realización regular de actividad física, son medidas necesarias para reducir el riesgo vascular de estos pacientes. El descenso de peso, la dieta hiposódica y evitar el sedentarismo son 3 medidas no farmacológicas que permiten reducir significativamente los valores de presión arterial. El control de la presión arterial en estos pacientes suele ser complejo, dado que el aumento de la rigidez arterial y la falla autonómica fundamentalmente en los diabéticos o muy ancianos favorece la presencia de hipotensión ortostática, lo cual puede predisponer a la presencia de AIT o ACV. El manejo de los fármacos antihipertensivos debe hacerse conociendo la situación hemodinámica del paciente al igual que sus comorbilidades.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Los pacientes con oclusión carotídea y estenosis crítica de más del 70% de la contralateral y que presentan síntomas de hipoperfusión del lado de la oclusión pueden beneficiarse de la revascularización del lado de la estenosis si contribuye a la circulación colateral por la comunicante anterior. Este tratamiento de recanalización puede realizarse por vía

endovascular o quirúrgica con un riesgo inferior al 6% de complicaciones⁵.

En los pacientes con oclusión bilateral de ambas carótidas y signos de hipoperfusión unilateral o bilateral, las posibilidades de revascularización son menores y con una evidencia más cuestionable. Si a la circulación intracerebral contribuyen ramas de la arteria carótida externa y esta presenta ateromatosis grave (> 70%), se puede intentar recanalizarla por vía quirúrgica o endovascular, siempre que el riesgo de complicaciones sea menor del 6%. Si la carótida externa no contribuye a la circulación colateral, puede realizarse un *bypass* temporosilviano. Este tipo de procedimiento se efectúa solo en casos extremos, dado que su viabilidad depende del flujo en la temporal superficial, que es la rama dadora del *bypass*. En el seguimiento a largo plazo, muchas de estas anastomosis se oclúan⁵.

En el circuito vertebrobasilar, las estenosis críticas de la arteria basilar pueden generar un cuadro de hipoflujo distal. En estos casos se debe optimizar el tratamiento médico y, de no estabilizarse el cuadro, se evaluará la vía endovascular. En esta localización, la angioplastia con *stent* implica un riesgo de complicaciones de un 10%⁵.

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

REFERENCIAS

1. Momjian-Mayor I, Baron JC. The pathophysiology of watershed infarction in internal carotid artery disease: review of cerebral perfusion studies. *Stroke*. 2005;36(3):567-77.
2. Del Sette M, Eliasziw M, Streifler JY, et al. Internal borderzone infarction: a marker for severe stenosis in patients with symptomatic internal carotid artery disease. For the North American Symptomatic Carotid Endarterectomy (NASCET) Group. *Stroke*. 2000;31(3):631-6.
3. Moustafa RR, Izquierdo-Garcia D, Jones PS, et al. Watershed infarcts in transient ischemic attack/minor stroke with > or = 50% carotid stenosis: hemodynamic or embolic? *Stroke*. 2010;41(7):1410-6.
4. Yamauchi H, Nishii R, Higashi T, et al. Hemodynamic compromise as a cause of internal border-zone infarction and cortical neuronal damage in atherosclerotic middle cerebral artery disease. *Stroke*. 2009;40(12):3730-5.
5. Klijn CJ, Kappelle LJ. Haemodynamic stroke: clinical features, prognosis, and management. *Lancet Neurol*. 2010;9(10):1008-17.
6. Moustafa RR, Momjian-Mayor I, Jones PS, et al. Microembolism versus hemodynamic impairment in rosary-like deep watershed infarcts: a combined positron emission tomography and transcranial Doppler study. *Stroke*. 2011;42(11):3138-43.

Medicina chamánica: su análisis desde una perspectiva científica

Carlos G. Musso

RESUMEN

La actividad chamánica se ha documentado en todas las sociedades cazadoras-recolectoras pasadas y presentes sin excepción. La función del chamán se caracteriza fundamentalmente por dominar la experiencia extática, un estado de trance donde el chamán cree lograr que su alma deja su cuerpo adquiriendo la capacidad de explorar el plano de los espíritus, lo cual desde su perspectiva constituye la base de su poder curativo y de dominio sobre las fuerzas de la naturaleza.

La ciencia moderna ha propuesto explicaciones racionales con respecto a cuáles serían los fundamentos en los que se basan dos de las características centrales de la medicina chamánica: la generación del estado extático por parte del chamán y su poder curativo. Con respecto al estado extático, sería el desarrollo de un estado de percepción alterada propio de la mente humana propiciado por factores personales (enfermedades), ambientales (ambientes inhóspitos) o farmacológicos (agentes psicotrópicos) o de las tres clases, mientras que los efectos curativos del chamán podrían atribuirse a la eficacia simbólica de sus rituales.

Palabras clave: medicina chamánica, estado extático, eficacia simbólica.

SHAMANIC MEDICINE: ANALYSIS FROM A SCIENTIFIC PERSPECTIVE

ABSTRACT

Shamanic activity has been documented in all hunter-gatherer societies past and present without exception. The role of the shaman is primarily characterized by dominating the ecstatic experience, a trance where the shaman believes make his soul leaves his body acquiring the ability to explore the level of spirits, which in his view is the basis of his power healing and control over the forces of nature. Modern science has proposed rational explanations about what would be the foundations on which two of the central features of shamanic medicine are based: the generation of ecstatic state by the shaman and his potential healing power. With regard to the ecstatic state it would be the development of a state of altered perception itself of the human mind led by personal factors (diseases), environmental (inhospitable environments) and / or pharmacological (psychotropic agents); while the shaman healing effects could be attributed to the symbolic efficiency of rituals.

Key words: shamanic medicine, ecstatic state, symbolic efficiency.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2015; 35(4): 142-144.

Si bien el término chamanismo es de origen centroasiático, la actividad chamánica se ha documentado en todas las sociedades cazadoras-recolectoras pasadas y presentes sin excepción. La función del chamán en estas sociedades no debe ser confundida con la de un mero hechicero o curandero, dado que —si bien ambas actividades pueden ser ejercidas por el chamán—, este se caracteriza fundamentalmente por dominar la experiencia extática, un estado de trance donde cree lograr que su alma abandona el cuerpo y adquiere así la capacidad de explorar el plano de los espíritus. Desde esta creencia, tal capacidad le confiere al chamán dotes de psicopompo*, así como el ser capaz

de lograr un libre acceso al conocimiento del porvenir, el control de los fenómenos naturales y la curación de enfermedades¹.

Al estudiar desde el punto de vista neuropsicológico no solo en qué consiste la experiencia extática sino también cómo logran los chamanes arribar a ella, se ha llegado a las siguientes conclusiones^{1,2}: la experiencia extática es un estado alterado de conciencia conformado por una serie de etapas que están tan estrechamente relacionadas entre sí, que en realidad conforman un continuo, el cual va desde su forma inicial, conocida como “plena conciencia” hasta su forma extrema conocida como “trance profundo”; debe recordarse que dicha capacidad de poder pasar de un estado de conciencia a otro es una característica inherente al sistema nervioso humano.

En el estado de “plena conciencia”, pese a que se halla ensimismada en un acto de introspección, la persona conserva aún la plena conciencia de aquello que la rodea y la capacidad de reacción frente al entorno de manera racional. Por el contrario, durante los “estados profundos o

* Psicopompo: ser que en ciertas tradiciones es capaz de conducir las almas de los difuntos a la Ultratumba.

de trance”, que son los que experimenta el chamán, aparecen fenómenos alucinatorios cuya instalación puede explicarse a partir de los siguientes factores propiciadores^{1,3,4}:

- Factores personales: el reclutamiento del candidato para recibir el entrenamiento que lo haría devenir chamán en las sociedades primitivas se basaba, por lo general, en la presencia en el candidato de algún tipo de psicopatología. Por esta razón se cree que gran parte de los chamanes eran individuos que habían logrado transformar algún tipo de afección neurológica o psicológica (neurosis, psicosis, migraña, epilepsia temporal) en una ventaja para ejercer su rol.
- Factores ambientales: se ha visto que lugares inhóspitos y de climas extremos, como es el caso de la estepa siberiana, pueden predisponer a la aparición de experiencias extáticas, pues inciden en la instalación de estados alterados al modificar la percepción por parte del sistema nervioso. Lugares aislados, oscuros y fríos como las cavernas, sobre todo si poseen pinturas rupestres, también son ambientes que propician la experiencia extática. Con respecto a este tipo de pinturas, cabe señalar que contribuyen a enriquecer el mundo de imágenes que la mente del chamán proyecta en el tercer estadio del trance, como detallaremos más adelante.
- Factores físicos: la privación sensorial (ausencia de ruido, luz o estimulación física) propiciada *ex profeso* por medio del ayuno, el aislamiento social prolongado, el dolor intenso, la hiperventilación generada por la danza o el canto prolongados, los ritmos repetitivos de los instrumentos de percusión y de los cánticos salmodiados.
- Factores químicos: el empleo de plantas y hongos alucinógenos. Estos eran utilizados sobre todo por los chamanes carentes de disturbios psiconeurológicos o que habitaban una geografía no hostil, de manera que ni el factor personal ni el factor ambiental los ayudaba a alcanzar el estado extático.

Las investigaciones neuropsicológicas de esos estados de trance han descrito en ellos la existencia en general de tres grandes etapas con posible cabalgamiento entre sí o ausencia de alguna de ellas en ciertas oportunidades⁴.

En el primer estadio del trance se ven formas geométricas (zigzags, parrillas, conjunto de líneas o curvas paralelas) de diversos colores y centelleantes, formas geométricas ampliamente conocidas por la neuropsicología. En el segundo estadio, el chamán se esfuerza por racionalizar sus percepciones geométricas, transformándolas en objetos cargados de significación religiosa o emocional; así por ejemplo las líneas onduladas del primer estadio pueden devenir durante el segundo un manojo de serpientes. Finalmente, durante el tercer estadio, el chamán experimenta ser atraído por un torbellino (vórtice), producto de la confluencia de las líneas paralelas visualizadas en el primer estadio, al final del cual se ve una luz intensa. Luego de atravesar dicho túnel, el chamán experimenta la sensación de ingresar en otro mundo,

el cual está poblado por representaciones antropomórficas proyectadas sobre las superficies que lo rodean y que, desde la perspectiva occidental, son equiparables a proyecciones de pinturas, diapositivas o filmaciones que flotan sobre el techo y las paredes y que luego cobran animación, dando la impresión de que están con vida. Es en esta etapa cuando el chamán cree poder transformarse en una forma geométrica o en un animal (pájaro, reptil, cuadrúpedo, monstruo) y lograr volar haciendo que su espíritu abandone su cuerpo. Estos seres que el chamán alucina son los que él interpreta como sus auxiliares o colaboradores, es decir, quienes lo ayudarán a empoderarlo en la tarea que motivó su ingreso en el estado de trance: la curación de un enfermo o el control de cualquier fuerza de la naturaleza.

Si bien estos tres estadios descriptos son universales, ya que nacen de la mente humana, lo cual explica por qué son idénticamente descriptos por chamanes de diversas culturas del mundo, mientras que las imágenes observadas en los primeros estadios son puramente neurofisiológicas (geométricas), aquellas vistas en los últimos estadios extáticos están absolutamente influenciadas por el contexto sociocultural del chamán⁴.

La relación del chamanismo con la enfermedad es de carácter doble ya que, por un lado, el chamán es investido por su tribu con el atributo de poder combatir las enfermedades y, por otro, los individuos de la tribu elegidos para ejercer esta actividad suelen frecuentemente (no siempre) verse afectados por algún tipo de enfermedad que los ayuda a adquirir las dotes de chamán¹. Cuando se analiza desde el punto de vista científico cómo puede el chamán llegar a tener algún grado de efecto real sobre la curación de los enfermos, se concluye que dicha capacidad se basa en la *eficacia simbólica*⁵⁻⁷.

Según el antropólogo C. Lévi-Strauss, la *eficacia simbólica* es el fenómeno por el cual una persona, una narración o una imagen cobra, en un determinado momento, la categoría de símbolo, y a partir de entonces se constituye en el instrumento por el cual un acontecimiento en la vida de una persona adquiere un sentido místico, tras lo cual dicho elemento (símbolo) logra operar transformaciones en el ámbito de lo real^{5,6}.

Por supuesto, para que la eficacia simbólica pueda concretarse, el símbolo tiene que operar dentro de un sistema de referencia que lo sustente. Así por ejemplo, en el caso del chamán, los enfermos que lo consultan depositan su esperanza en su supuesto poder, y el chamán refuerza este fenómeno ejerciendo una estética plagada de simbología en su atuendo, adornos, lenguaje ininteligible y gestualidad, donde el brillo de sus adornos de oro y cristales evoca su luminosidad; las figuras zoomórficas de sus ropas, adornos y cetro rememoran el poder que en él depositan sus animales auxiliares, y el ritmo iterativo de sus cánticos, danzas e instrumentos musicales (percusión) crean un clima propicio para la sugestión⁷⁻¹⁰. Cabe destacar que, así como la neurobiología moderna ha comprobado que existen en los animales distintos patrones de formas y

colores, conocidos como *primitivos sensoriales*, capaces de inducirlos a adoptar determinadas conductas, se postula que el ser humano podría también responder neurohormonal e inmunológicamente a ciertos estímulos sensoriales (primitivos simbólicos) que serían los que sin saberlo estimula el chamán^{7,11}. Estos *primitivos simbólicos* son los mismos que han sido intuitos por los grandes artistas de todas las épocas, los cuales –al utilizarlos en la realización de sus obras– han logrado impregnarlas de un rico potencial simbólico que las ha hecho perdurables en el tiempo¹¹.

En cuanto a los primitivos simbólicos que participan en la cura chamánica, los antropólogos han documentado al menos dos: aquellos de connotación fálica (animales con cuerpo o al menos partes de su cuerpo alargada: aves,

ardillas, etc.) y otros de connotación corrosiva (animales de gran voracidad: roedores, pirañas, etc.).

El sentido psicológico de ambos primitivos simbólicos sería, con respecto a la simbología fálica: la idea de que el chamán estaría inseminando la cura en el enfermo, mientras que, con respecto a la simbología corrosiva, la idea de que estaría simultáneamente destruyendo el estado mórbido anterior a fin de facilitar el desarrollo y consolidación de la incipiente sanación infundida^{2,9}.

Concluimos, entonces, que la ciencia moderna propone explicaciones racionales con respecto cuáles serían los fundamentos en los que se basan dos de las características centrales de la medicina chamánica de las sociedades primitivas: la generación del estado extático por parte del chamán y su potencial poder curativo.

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

REFERENCIAS

1. Eliade M. El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis. México: Fondo de Cultura Económica; 1960.
2. Clothes J, Lewis-Williams D. Los chamanes de la pre-historia. Barcelona: Planeta; 2001.
3. Reichel-Dolmatoff G. Un estudio iconográfico del Museo del Oro. Bogotá: Museo del Oro; 2014.
4. Museo del Oro. Una mirada desde el chamanismo. Bogotá: Banco de la República; 2014.
5. Lévi-Strauss C. Antropología estructural. Barcelona: Paidós; 1974.
6. Burguera Rozado J. El reencuentro con la eficacia simbólica en Big Fish. Kindle Edition. 2012.
7. Ceriani Cernadas C. El poder de los símbolos. Magia, enfermedad y acto médico. Rev Hosp Ital B.Aires. 2006;26(3):87-93.
8. Rojas Alba M. Tratado de medicina tradicional mexicana. Bases históricas, teoría y práctica clínico terapéutica. Cuernavaca: Tlahui; 2009.
9. Pelcastre-Villafuerte, Blanca. La cura chamánica: una interpretación psicosocial. Salud pública Méx. 1999;41(3):221-9.
10. Pineda Camacho R. El poder de los hombres que vuelan. Gerardo Reichel Dolmatoff y su contribución a la teoría del Chamanismo. Bogotá. Tabula Rasa. 2003; 1:15-47.
11. Kandel E. La era del inconsciente. Barcelona: Paidós; 2013.

Arte y naturaleza humana XXII

Carlos G. Musso y Paula A. Enz

RESUMEN

A través de su obra de teatro *Esperando a Godot*, Samuel Becket nos hace reflexionar acerca de la naturaleza dual de la *esperanza*, no solo fuente de acción sino también potencial soporte del estancamiento.

Palabras clave: esperanza, arte, Becket.

ART AND HUMAN NATURE XXII

ABSTRACT

Through his play *Waiting for Godot*, Samuel Beckett makes us to think about the dual nature of hope, not only fount of action but also potential source of stagnation.

Key words: hope, art, Becket.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2015; 35(4): 145-146.

En esta oportunidad abordaremos otro de los aspectos de la naturaleza humana: *la esperanza*, que analizaremos basándonos en la obra de teatro *Esperando a Godot* del escritor irlandés Samuel Becket (1906-1989).

ARGUMENTO DE LA OBRA

Vladimir (o Didi) y Estragon (o Gogo) son dos pordioseros que esperan en vano la llegada de Godot (¿Got-Dios?), quien –pese a que su llegada es anunciada por un emisario– nunca llega. Otros personajes de la obra son el cruel Pozzo y su criado Lucky (irónicamente “suertudo”), que representan los arquetipos históricos del amo y el esclavo (Hegel), respectivamente. La obra consta de dos actos, en clara alusión a la naturaleza dual de la esperanza; en el primer acto, la situación está dada para que la relación entre Pozzo y Lucky pueda cambiar ya sea por compasión del primero o rebeldía del segundo, mientras que, en el segundo acto, Pozzo es ciego (insensible) y Lucky es mudo (indemandante), combinación nefasta que convierte a la esperanza en una simple espera eterna.

EJEMPLO EN LA OBRA

El efecto paralizante de la esperanza vacía se refleja sobre todo en el final de la obra, cuando Vladimir le propone a Estragon: “¿Nos vamos?” y Estragon le responde: “Sí, vámonos”, y sin embargo ambos se quedan fijos como estatuas.

LA ESPERANZA Y SU DUALIDAD

La esperanza es un arma de doble filo, pues puede brindar tanto una perspectiva promisorio del futuro que suministre la fuerza suficiente como para seguir adelante en la adversidad, como brindar una dulce fantasía que conduzca a una pasividad que solo lleve a perpetuar el estado de cosas. Además, quien vive aferrado a la esperanza (posible futuro), como quien lo hace a la nostalgia (pasado consumado), se pierde vivir lo único real, que es el presente. Vale decir que, mientras la primera perspectiva (positiva) se asemeja a una visión religiosa de la esperanza, la segunda (negativa) se asemeja a una visión propia del mundo clásico, donde la esperanza era considerada como uno más de los males que contenía la caja de Pandora. Resulta, entonces, que la esperanza útil (positiva) es la esperanza activa, aquella que nace de haber aceptado el aspecto luminoso de la adversidad, vislumbrado un camino de salida y comenzado a trabajar en pos de transitarlo, ya que –si bien no siempre pueden controlarse las circunstancias vividas– sí puede poseerse durante estas una actitud creativa y laboriosa capaz de encender la esperanza.

Dado que los seres humanos necesitan de la “metáfora del otro”, sucede en general que el Hombre requiere –para que su esperanza sea efectiva– que esta se encarne en el prójimo, y en particular el enfermo requiere que su esperanza se encarne en su médico, no solo durante la consulta, sino incluso después de ella, llevándose la consigo en los consejos, las prescripciones y el afecto recibidos.

CONCLUSIÓN

Esperando a Godot de Samuel Becket constituye una buena oportunidad para reflexionar acerca de la importancia de la esperanza y la dualidad de su naturaleza.

Entregado 2/11/15

Acceptado 19/11/15

Servicio de Nefrología (C.G.M.). Servicio de Dermatología (P.A.E.). Hospital Italiano de Buenos Aires
Correspondencia: carlos.musso@hospitalitaliano.org.ar

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

BIBLIOGRAFÍA

- Hutchings W. Samuel Beckett's Waiting for Godot: A Reference Guide. Drama Workshop. 1988
- López Quintás A. El libro de los valores. Buenos Aires: Puerto de Palos; 2003.
- Ferry L. La sabiduría de los mitos. Buenos Aires: Taurus; 2010.
- Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder; 1991.
- Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros básicos; 1961.
- Musso CG. El arquetipo asclepiano. Evidencia. 2005; 8(2):60.



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.



**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



*Ospedale vecchio. Antica facciata sulla via Bolívar.
Società Italiana di Beneficenza in Buenos Aires. La storia dell'Ospedale Italiano:
Buenos Aires 14 de Settembre 1853 - 8 dicembre 1922. Buenos Aires; 1923. p. 98.*