

# Medicina

para  
y por

# Residentes

es una publicación de la Fundación SIIC para el Programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACISE)

Vol. 5, N° 4, Octubre 2016

## ■ Noticias ACISE, pág. 6

### Artículos originales

#### Criterios actuales para el abordaje de las enfermedades psiquiátricas desde la salud

Irene Kremer, pág. 7

#### Comentarios

J. De Battista, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina, pág. 10

M. B. Podio, Hospital Militar Central Dr. Cosme Argerich, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, pág. 11

### Entrevistas

#### Diferencias en el enfoque del infarto de miocardio en el sistema de salud público o privado

Ezequiel Zaidel, pág. 13

#### Comentario

M. C. Luna, Facultad de Medicina, UNT, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina, pág. 15

### Caso clínico

#### Síndrome de Eisenmenger y retinopatía capilar obstructiva

Ana María Piñero Rodríguez, Alejandro Álvarez López, Estanislao Gutiérrez Sánchez, Antonio Piñero Bustamante, pág. 17

#### Comentario

G. Monti, Hospital Central de San Isidro, San Isidro, Buenos Aires, Argentina, pág. 20

### Red Científica Iberoamericana

#### El acompañamiento terapéutico como estrategia de salud pública

Susana Fernández Carral, pág. 21

#### Comentario

M. Medina, Resistencia, Chaco, Argentina, pág. 22

### Informes seleccionados

#### Prevalencia de arritmias cardíacas en hombres sanos maratonistas

American Heart Journal, pág. 24

#### Insuficiencia de vitamina D

New England Journal of Medicine, pág. 25

#### Diferencias entre los sexos en las tasas de depresión

Journal of Psychiatry & Neuroscience, pág. 26

## ■ Cartas al Editor pág. 27

## ■ Eventos científicos para Residentes pág. 28

## ■ Contacto directo con autores pág. 29

## ■ Instrucciones para los autores pág. 30



# Medicina para y por Residentes



Código Respuesta Rápida  
(Quick Response Code, QR)

Dirección Editorial  
**Andrés Bernal**

## Consejo Editorial

Marcelo Loyato, Secretario, CODEI, H. Juan A. Fernández, CABA.  
Gerardo Perazzo, Director, CODEI, H. Vélez Sarsfield, CABA.  
Miguel Farroni, Decano, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe.  
Nery Fures, Científico Revista Epidemiología y Salud.  
Miguel Ángel Falasco, Director, CODEI, H. Dr. Pedro Fiorito, Avellaneda, Buenos Aires.  
Salvador Lizzio, Subsecretario de Formación Profesional, FCM-UNC, Córdoba.  
Raúl Costamagna, Ex Presidente, Asociación Parasitológica Argentina, Buenos Aires.  
Roberto Elizalde, Jefe de Ginecología Oncológica, H. Pirovano, CABA.  
José Vázquez, Jefe de Sección Andrología, H. de Clínicas J. de San Martín, CABA.

## Comisión Académica Asesora (2009- )

Gerardo Perazzo, Director, CODEI, H. Vélez Sarsfield, CABA.  
Nora Castiglia, CODEI, H. B. Rivadavia, CABA.  
Horacio Repetto, H. Prof. Dr. A. Posadas, El Palomar, Buenos Aires.  
Rubén De Marco, Coordinador, H. El Cruce, Florencio Varela, Buenos Aires.  
Salvador Lizzio, Subsecretario de Formación Profesional, FCM-UNC, Córdoba.  
Roberto Elizalde, Jefe de Ginecología Oncológica, H. Pirovano, CABA.  
José Vázquez, Jefe de Sección Andrología, H. de Clínicas J. de San Martín, CABA.  
Marcelo Loyato, Secretario, CODEI, H. Juan A. Fernández, CABA.  
Orlando Barrionuevo, Jefe de Sala de Docencia e Investigación, HZGA Mi Pueblo, Florencio Varela, Buenos Aires

## Comisión Científica de Médicos Residentes (2010- )

Ana Prosello, H. Dr. Pablo Soria, Jujuy.  
Gustavo Morales, H. Córdoba, Córdoba.  
Laura Iburguren, H. Subzonal Rawson, Chubut.  
Francisco Paulín, H. J. A. Fernández, CABA.  
Pedro Nuñez, H. Prof. Dr. J. P. Garrahan, CABA.  
Elmita Acosta, H. Río Gallegos, Santa Cruz.  
Federico Parra, H. San Juan Bautista, Catamarca.  
Pablo Panico, H. Ángel C. Padilla, Tucumán.  
Laura Francesconi, H. de Niños, San Justo, Buenos Aires.  
Ana Clara Bernal, H. Materno Infantil, Buenos Aires.  
Ricardo Pastre, H. Justo José de Urquiza, Entre Ríos.  
Nicolás Morello, H. de Niños Dr. Alassia, Santa Fe.  
José Picco, CONAREC.

## Misión y Objetivos

Medicina *para y por Residentes* contribuye a la formación científica continua de los médicos de habla hispana y portuguesa recientemente egresados de sus respectivas universidades. Es una revista trimestral compuesta por 4 números agrupados en un volumen anual.

Los textos de la publicación son seleccionados por la Comisión Científica de Médicos Residentes, con el asesoramiento de la Comisión Asesora, la Dirección Científica y los asesores científicos de la Fundación SIIC.

Medicina *para y por Residentes* edita artículos relacionados con las ciencias biomédicas en todas sus disciplinas, con énfasis en la producción científica de Iberoamérica. Sus contenidos se dirigen a los profesionales y técnicos vinculados con las ciencias de la salud, con especial hincapié en aquellos de reciente graduación o en las etapas finales de su capacitación profesional.

Los revisores científicos externos (*peer review*) juzgan la trascendencia científica, exactitud técnica, rigor metodológico, claridad y objetividad de los manuscritos. Los revisores no reciben compensación económica por su colaboración científica.

El contenido científico de Medicina *para y por Residentes* es responsabilidad de los autores que escribieron los textos originales.

### Medicina *para y por Residentes*

Se desarrolla con la colaboración editorial de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).  
Adhiere a la Asociación Argentina de Editores Biomédicos (AAEB).  
Es indizada por SIIC *Data Bases*.

### Medicina *para y por Residentes*

Es una publicación de la Fundación SIIC que integra los programas Actualización Científica sin Exclusiones (ACISE).

Esta revista es de libre distribución entre residencias biomédicas de hospitales públicos de la Argentina y América Latina adheridos a los programas ACISE.

La versión virtual de Medicina *para y por Residentes* puede ser consultada libre y gratuitamente por profesionales residentes, concurrentes y becarios en la página [www.siicsalud.com/residentes](http://www.siicsalud.com/residentes).

Los médicos que escriben en español los artículos de fuentes colegas no emiten opiniones personales sino que los resumen objetivamente.

Los valores de las suscripciones incluyen todos los gastos de envío. Para más información contactarse con Fundación SIIC, entidad responsable y propietaria de Medicina *para y por Residentes* ([fundacion@siic.info](mailto:fundacion@siic.info)).  
Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio o soporte editorial sin previa autorización expresa de SIIC. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la ley N° 11723.  
La revista Medicina *para y por Residentes* se terminó de imprimir en el mes de octubre 2016 en G.S. Gráfica, Charlone 958, Avellaneda, Buenos Aires, Argentina.

Fundación SIIC, Avda. Belgrano 430, 9° Piso, depto. "D" (C1092AAR), CABA, Argentina. Tel.: +54 11 4342 4901.



Presidente  
**Rafael Bernal Castro**

Directora  
**Rosa María Hermitte**

### Asesores científicos (*ad honorem*)

Alfredo Buzzi<sup>†</sup>, Decano, Facultad de Medicina, UBA, CABA.  
Javier Lottersberger, Decano, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, UNL, Santa Fe.  
Miguel Farroni, Decano, Facultad de Ciencias Médicas, UNR, Rosario, Santa Fe.  
Olindo Martino, Académico titular, Academia Nacional de Medicina, CABA.

Alberto Monchablón Espinoza, Director, H. Braulio A. Moyano, UBA, CABA.  
Amelia Musacchio de Zan, Directora, Comisión de Psiquiatría, Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, CABA.  
Berta Roth, Directora, Área Terapia Radiante y Diagnóstico por Imágenes, Instituto de Oncología Ángel Roffo, CABA.

Guillermo Roccatagliata, Director, Dpto. Pediatría, Facultad de Medicina, UBA, CABA.  
Miguel Ángel Falasco, Director, CODEI, H. Dr. Pedro Fiorito, Avellaneda, Buenos Aires.  
Daniel Campi, Vicedirector, Instituto Superior de Estudios Sociales, San Miguel de Tucumán, Tucumán.



Los programas ACISE cuentan con el respaldo de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC); declarados de Interés Nacional por Presidencia de la Nación (940/13), son oficialmente reconocidos por su utilidad y calidad por los ministerios de Salud (Res. N° 1058/10 y 1258/12), Ciencia y Tecnología (Res. N° 266/09 y 747/13) y Educación (Res. N° 529SPU/09 y 1891SPU/12) de la Nación.

### Unidades de Coordinación ACISE

*Áreas y sectores de contacto para la participación profesional e institucional en los programas ACISE\*.*

Nacional: Ministerio de Educación, Secretaría de Políticas Universitarias. MINCYT/ CONICET, Dirección de Relaciones Institucionales.  
Buenos Aires: Ministerio de Salud, Director de Residencias Juan Manuel Castelli; Director Provincial de Hospitales, Claudio Ortiz; Director Ejecutivo Región Sanitaria XI, Nery Fures; Universidad Nacional de La Plata, Secretaría Académica, María Isabel Medina; HIGA P. Fiorito, CODEI, Miguel Falasco; HIGA San Martín, CODEI, Delia Mariño.  
Catamarca: H. San Juan Bautista, CODEI; Guillermo Almendra; H. Int. de Niños Eva Perón, CODEI, Eleonora Campos.  
Chaco: H. J. C. Perrando, Coord. de Gestión Área Médica, Daniel Moscatelli; H. Pediátrico Dr. Avelino Castelán, CODEI, Alberto Reyes.  
Chubut: H. Comodoro Rivadavia, CODEI; H. Rural Trevelín, Director, Ricardo Piegara.  
Ciudad de Buenos Aires: UBA, Facultad de Medicina, Decanato; H. Fernández, CODEI, Marcelo Loyato; H. Penna, CODEI, Horacio Gandelman; H. Piñero, CODEI, Oscar Collia; H. Rivadavia, CODEI, Nora Castiglia.  
Córdoba: UNC, Facultad de Ciencias Médicas, Subsecretario de Formación Profesional, Salvador Lizzio; H. Córdoba, CODEI; H. Tránsito Cáceres de Allende, CODEI, Sabrina Battellino.

Corrientes: H. I. Escuela José Francisco de San Martín, CODEI, Daniel Palma.  
Entre Ríos: H. San Martín, CODEI; H. Justo José de Urquiza, CODEI, Joaquín Goiburú.  
Formosa: H. de Alta Complejidad Pte. Juan Domingo Perón, CODEI, Víctor Cambra.  
Jujuy: H. Dr. Héctor Quintana, CODEI, Berta Baspineiro; H. Dn. Pablo Soria, CODEI, Marta Valdez.  
La Pampa: H. Lucio Molas, CODEI, María Esther Castro.  
La Rioja: Hospital Escuela y de Clínicas Virgen María de Fátima, Diego Comay.  
Mendoza: UNCU-Facultad de Ciencias Médicas, Secretario de Ciencia y Técnica, Dr. Roberto Miatello, H. Central de Mendoza, CODEI, Dr. Jaime Reynals; H. del Carmen, CODEI, Hugo Ibañez.  
Misiones: H. de Pediatría Dr. Fernando Barreyro, CODEI, Victoria Cetera.  
Neuquén: UNCo-Facultad de Ciencias Médicas, Silvia Cilleruelo; Hospital Provincial Castro Rendón, CODEI, Gabriela Lucchetti.  
Río Negro: Ministerio de Salud, Directora General de Desarrollo de Recursos Humanos Dirección de Capacitación, Silvina Campos; U.N. del Comahue, Decano, Álvaro Oliva;

Hospital Zonal Bariloche Ramón Carrillo, CODEI, Fernando Tortosa; Hospital de Vidma Inf. Artemides Zatti, CODEI.  
Salta: Hospital de Autogestión Dr. Arturo Oñativía, CODEI, Ana Cecilia Fernández de Ulivarri.  
San Juan: Ministerio de Salud, Directora de Planificación y Control de Gestión, Dra. Susana Ruddaef; Hospital Rawson, CODEI.  
San Luis: UNSL, Secretaria de Ciencia y Tecnología, Nora Debattista.  
Santa Cruz: H. Regional de Río Gallegos, CODEI, Fernando Peliche; H. Distrital Las Heras, CODEI.  
Santa Fe: UNR, Facultad de Ciencias Médicas, Decanato; UNL, Facultad de Bioquímica y Cs. Biológicas, Decanato; H. J. M. Cullen, CODEI, Francisco Guerra; H. J. B. Alberdi, CODEI, Julio Miljevic.  
Santiago del Estero: Contáctese con ACISE.  
Tucumán: UNT, Facultad de Medicina, Sec. de Ciencia y Técnica, Silvia Petrino; H. Ángel C. Padilla, CODEI, Mario Kahn; H. Zenón Santillán, CODEI.  
Tierra del Fuego: H. Regional Ushuaia, CODEI.

\* Este listado es meramente enunciativo. Para más información contáctese directamente con Fundación SIIC.

	Página		Página
<b>Noticias ACISE</b>	6	<i>de retinopatía obstructiva e isquemia ocular crónica secundaria.</i>	
		A. M. Piñero Rodríguez, A. Álvarez López, E. Gutiérrez Sánchez, A. Piñero Bustamante	17
<b>Artículos Originales</b>		<b>Comentario</b>	
SIIC publica artículos originales e inéditos escritos por prestigiosos investigadores, expresamente invitados, que presentan sus trabajos de manera rigurosa, desde el punto de vista científico, y amena, desde el aspecto pedagógico. Las estrictas supervisiones científicas y literarias a que son sometidos los artículos originales aseguran documentos de calidad en temas estratégicos de la medicina y la salud.		G. Monti, Hospital Central de San Isidro, San Isidro, Buenos Aires, Argentina	20
<b>Criterios actuales para el abordaje de las enfermedades psiquiátricas desde la salud</b>		<b>Red Científica Iberoamericana</b>	
<i>Current criteria in studying psychiatric illness</i>		La Red Científica Iberoamericana (RedCibe) difunde los avances médicos y de la salud de América Latina, España y Portugal que contribuyen al progreso de las ciencias médicas de la región. La RedCibe, como parte integrante del Programa ACISE, publica en esta sección artículos e informes territoriales o especializados de calificados profesionales comprometidos con la salud de Iberoamérica.	
<i>La evaluación positiva de la salud mental significa un avance por limitar el impacto de la enfermedad y de los trastornos evitando la estigmatización.</i>		<b>El acompañamiento terapéutico como estrategia de salud pública</b>	
I. Kremer	7	<i>The therapeutic companion as a public health tool</i>	
<b>Comentarios</b>		<i>El acompañamiento terapéutico supone la facilitación de la inclusión social de las personas que padecen un malestar psíquico, físico o relacional. Se transforma, entonces, en un servicio de apoyo sanitario y social.</i>	
J. De Battista, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.	10	S. Fernández Carral	21
M. B. Podio, Hospital Militar Central Dr. Cosme Argerich, Ciudad de Buenos Aires, Argentina	11	<b>Comentario</b>	
		M. Medina, Resistencia, Chaco, Argentina	22
<b>Entrevistas</b>		<b>Informes seleccionados</b>	
Reportajes a prestigiosos profesionales del mundo entrevistados por los redactores, corresponsales, columnistas o consultores médicos de SIIC.		Resúmenes de trabajos seleccionados de la literatura médica universal, escritos por médicos integrantes del Comité de Redacción Científica de SIIC.	
<b>Diferencias en el enfoque del infarto de miocardio en el sistema de salud público o privado</b>		<b>Prevalencia de arritmias cardíacas en hombres sanos maratonistas</b>	
<i>Different approach of acute myocardial infarction in public or private health system</i>		<i>American Heart Journal 170(1):149-155, Jul 2015</i>	24
<i>La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en la Argentina, y sus principales determinantes son el infarto de miocardio, el accidente cerebrovascular y la insuficiencia cardíaca.</i>		<b>Insuficiencia de vitamina D</b>	
E. Zaidel	13	<i>New England Journal of Medicine, Jul 2015</i>	25
<b>Comentario</b>		<b>Diferencias entre los sexos en las tasas de depresión</b>	
M. C. Luna, Facultad de Medicina, UNT, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina	15	<i>Journal of Psychiatry &amp; Neuroscience 40(4):219-221, Jul 2015</i>	26
<b>Casos Clínicos</b>		<b>Cartas al Editor</b>	27
Descripción de pacientes que por sus características clínicas, de diagnóstico, forma de presentación infrecuente, imágenes radiológicas o estudios histopatológicos demostrativos puedan resultar de interés para nuestros lectores.		<b>Eventos científicos para Residentes</b>	28
<b>Síndrome de Eisenmenger y retinopatía capilar obstructiva</b>		<b>Contacto directo con autores</b>	29
<i>Eisenmenger syndrome and obstructive capillary retinopathy</i>		<b>Instrucciones para los autores</b>	30
<i>La hipoxia crónica causada por el síndrome de Eisenmenger provoca eritrocitosis, con la consecuente hiperviscosidad de la sangre. Esta situación se manifiesta a nivel ocular con cuadros</i>			



► Esta sección difunde las novedades de los Programas Actualización Científica sin Exclusiones (ACISE). Fundación SIIC, Programa ACISE, Coordinación Institucional, tel: (011) 4343-5767, acise@siic.info/prensa@siic.info



## Ciclo de Entrevistas Científicas ACISE

### En el Hospital Fernández Nueva Jornada ACISE



Dr. Fernando Filippini, presidente de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial.

En el Aula Magna del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández se llevó a cabo una nueva jornada del Ciclo de Entrevistas a Expertos del programa ACISE de Fundación SIIC.

En esta oportunidad, el Dr. Fernando Filippini, presidente de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, brindó una conferencia magistral sobre *Las complicaciones cardiometabólicas del síndrome metabólico*.

La actividad contó con la presencia del director del hospital, Dr. Ignacio Previgliano; el director de Docencia e Investigación, Dr. Marcelo Loyato; y el presidente de SIIC, Prof. Rafael Bernal Castro. Participaron

además funcionarios, directores, jefes y profesionales en general. «Ha sido una disertación superlativa sobre fisiopatología del síndrome cardiometabólico y su implicancia en la hipertensión arterial y el sistema cardiovascular. Como miembro integrante del comité de expertos de SIIC, agradezco la organización para obtener tan prestigiosa visita en nuestro hospital», comentó al respecto el Dr. Miguel Payaslian, jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Fernández.

En este sentido, concurrieron profesionales con desempeño en las siguientes instituciones: Hospital Municipal Eva Perón, Merlo (Buenos Aires); Hospital Interzonal General de Agudos General José de San Martín (Buenos Aires); Hospital Zonal General de Agudos General Manuel Belgrano (Buenos Aires); Hospital Central de Mendoza (Mendoza); Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni (Buenos Aires); y el Hospital Municipal Nuestra Señora del Carmen (Buenos Aires), entre otros.

Esta jornada, organizada por Fundación SIIC y la Dirección de Docencia e Investigación del Hospital Fernández, se desarrolló con el patrocinio exclusivo de Laboratorios Argentina, en el marco del programa ACISE para Residentes en Cardiología.

Más información: [www.siicsalud.com/pdf/argentina\\_siic\\_73114.pdf](http://www.siicsalud.com/pdf/argentina_siic_73114.pdf).

### Encuentro Editorial con SIIC Jefes de Residentes en ACISE



Jefes de residentes con autoridades de SIIC, del Hospital Fernández y de Laboratorios Argentina.

El 29 de septiembre se llevó a cabo el encuentro anual de Jefes de Residentes miembros del programa ACISE para Residentes en Cardiología. La actividad contó con el panel de especialistas entrevistadores presentes en la conferencia a cargo Dr. Filippini, y finalizó con una reunión editorial en la sede de la Biblioteca Biomédica SIIC, con intervención de la Dirección de Relaciones Profesionales de Fundación SIIC, y representantes de Laboratorios Argentina, patrocinador de este programa. Participaron de la cita las doctoras Laura Barrera (Hospital San Bernardo, Salta), Daniela Lobianco (Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires), María Florencia Russo (Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón, Merlo, Buenos Aires), y los doctores Franco Gregorietti (Hospital Privado del Sur, Bahía Blanca, Buenos Aires), Walter Vivas (Clínica Privada de Especialidades Villa María, Córdoba), y Facundo Altamirano (Instituto Cardiovascular de Rosario, Santa Fe).

### Becas ACISE

#### XVII Congreso de Cancerología



Sociedad Argentina de Cancerología

En el marco del Programa ACISE, la Sociedad Argentina de Cancerología le otorgó a Fundación SIIC, becas de acceso para el XVII Congreso Argentino de Cancerología, llevado a cabo entre el 11 y 13 de agosto. Entre otros, resultaron beneficiarios profesionales adheridos al programa y con desempeño en: Hospital de Oncología Marie Curie (CABA); Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos

Dr. Alejandro Korn (Buenos Aires). «Es una gran oportunidad para actualizar conocimientos vinculados con la especialidad», comentó el Dr. Carlos José Chavera Bianchi (Hospital de Gastroenterología B. Udaondo), uno de los profesionales adjudicatarios de beca.



#### Inicia Distribución Nacional Salud(i)Ciencia

Se editó el volumen 22, número 1, de la revista Salud(i)Ciencia, órgano oficial de la Sociedad Ibe-

roamericana de Información Científica (SIIC). En esta edición se destaca en tapa el artículo *Colonización por bacterias multiresistentes en unidades de alto riesgo de una institución polivalente*, de la Dra. Marina Bottiglieri y colaboradores. La distribución de este ejemplar ya fue iniciada por intermedio de la Red ACISE, con alcance nacional y para América Latina. Para más información, contáctese a [atencion lector@siic.info](mailto:atencion lector@siic.info). La versión digital de este número puede consultarse desde [www.siicsalud.com/saludiciencia/index.php](http://www.siicsalud.com/saludiciencia/index.php).



#### Uso del Código Respuesta Rápida (CRR)

Proceda de la siguiente manera:

- Enfoque la cámara de su teléfono móvil del tipo *Smartphone* (u otro dispositivo de mano con cámara y GPRS) al CRR impreso, evite los contrastes de luz y obtenga una foto de él o simplemente aguarde unos segundos.
- El sistema lo llevará automáticamente a [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com).



Departamento de Prensa  
Fundación SIIC  
[www.siic.info](http://www.siic.info)

Avda. Belgrano 430, Piso 9 «C», (C1092AAR), Buenos Aires, Argentina, Tel.: +54 11 4343 5767, [prensa@siic.info](mailto:prensa@siic.info).

# A - Criterios actuales para el abordaje de las enfermedades psiquiátricas desde la salud

## *Current criteria in studying psychiatric illness*

Irene Kremer

Médica, Profesora de Posgrado, Clínica asistencial, Universidad Católica de Córdoba, Córdoba, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud

Código Respuesta Rápida  
(Quick Response Code, QR)



Primera edición, www.siicsalud.com: 22/10/2015

Enviar correspondencia a: Irene Kremer,  
Universidad Católica de Córdoba, 5004,  
Córdoba, Argentina  
irene.kremer@institutokremer.com.ar



+ Especialidades médicas relacionadas,  
producción bibliográfica y referencias  
profesionales de la autora.

### Abstract

The observation that current criteria for mental health and illness are associated primarily with severe and consolidated mental pathology overlooks the development, presence and functioning of the psychic abilities related to health. This model proposes a dimensional diagnosis combined with currently used diagnoses and is based on positive mental health indicators, regardless of the various symptoms or disorders that a person may present. It evaluates dimensions that are intrinsically related to mental abilities that have the potential for development in the course of life, such as playing and its transformations into creating, learning, working; having a sense of humor; regulating one's emotions and mental states; integrating the erotic and the tender and having experiences of intimacy. It is concluded that a positive assessment of mental health means a step forward in limiting the impact of disease and disorders. It prevents stigmatization, contributes to the development and care of capabilities related to health in each stage of life, promotes prevention and care in vulnerable situations, considers at all times the inter-subjective matrix in human affairs and tolerates the presence of health-related symptoms without attempting to place them in pathological categories. These considerations are applicable to wider fields of medical and psychological work. By using them it is possible to move from a reductionist perspective to another of inclusiveness; and from an illness-based perspective to a health-based one as a starting point from which to investigate illness.

**Key words:** mental health, development, pluralism, diagnosis, psychiatry, psychoanalysis

### Resumen

La observación de que los criterios actuales de salud y enfermedad mental se vinculan prioritariamente con la enfermedad mental grave y ya consolidada desconoce el desarrollo, la presencia y el funcionamiento de capacidades psíquicas vinculadas a la salud. Se propone un diagnóstico dimensional combinado con los diagnósticos categoriales en uso, basado en indicadores positivos de salud mental, más allá de los distintos síntomas o trastornos que manifieste una persona. Se evalúan dimensiones intrínsecamente relacionadas con capacidades mentales que tienen potencialidad de desarrollo en el curso de la vida, tales como: jugar y sus transformaciones en crear, aprender, trabajar; el sentido del humor; regular las propias emociones o estados; integrar lo erótico y lo tierno; tener experiencias de intimidad. Se concluye que la evaluación positiva de la salud mental significa un avance por limitar el impacto de la enfermedad y de los trastornos evitando la estigmatización; contribuir al desarrollo y cuidado de capacidades ligadas a la salud en cada etapa vital; promover la prevención y el cuidado en situaciones de vulnerabilidad; considerar siempre la matriz intersubjetiva en los asuntos humanos; tolerar la presencia de síntomas que orientan a la salud sin forzar categorías patológicas. Estas consideraciones son aplicables a amplios campos del trabajo médico y psicológico y con ellas se pasa de una visión reduccionista a otra de carácter integrador, y de una visión patográfica a otra que parte de la salud para, desde allí, incursionar en la enfermedad.

**Palabras claves:** salud mental, desarrollo, pluralismo, diagnóstico, psiquiatría, psicoanálisis

### Introducción

Las nuevas teorías del desarrollo humano se basan en observaciones que parten del bebé y del niño sano a partir de las cuales se trata de deducir sus probables experiencias subjetivas. Stern,<sup>1-4</sup> Fonagy,<sup>5</sup> Fonagy y Target<sup>6,7</sup> y Dio Bleichmar<sup>8</sup> pusieron de manifiesto la apasionante interrelación entre capacidades heredadas y aportes del medio en todas sus dimensiones, y dejaron a la vista una enorme complejidad en la que infinitas variables van influyendo de manera diversa, regulándose mutuamente y sin que se puedan fijar con certezas y de antemano sus resultados. Esta perspectiva integradora promueve el reconocimiento de la emergencia y el desarrollo de las distintas capacidades humanas y su metamorfosis a lo largo de la vida de un modo holístico y desde la salud.

### Constitución subjetiva temprana

Gran parte de estas capacidades están preconstituidas en el ser humano, pero necesitan de un entorno lo suficientemente saludable para desarrollarse. Ello deja en claro el valor fundante que tienen las experiencias intersubjetivas

para el psiquismo desde el comienzo de la vida extrauterina (o tal vez desde antes) como parte constituyente de un psique-soma indiferenciado que luego dará lugar a procesos mentales más específicos. Es decir, ciertas funciones biológicas como la alimentación, los estados de vigilia, sueño, tensión muscular y otros, forman parte de intentos de homeostasis muy arcaicos que son corregulados por el niño y sus cuidadores en sus primeros años de vida.<sup>9,10</sup>

Esta concepción lleva implícito un fuerte cambio en los paradigmas que consideraban al niño como un ser aislado de su entorno y protegido por barreras antiestímulos en las primeras etapas de su vida,<sup>11,12</sup> para ahora comprender que si bien el bebé se vuelve más social, ello no es lo mismo que volverse menos autista y que el proceso consiste más bien en un despliegue intrínseco continuo de su naturaleza social.<sup>1</sup>

En 1960, Winnicott<sup>13</sup> ya había aportado conceptos clave sobre la vinculación entre el individuo y su entorno: "Las criaturas humanas no pueden empezar a ser salvo ciertas condiciones... Al mismo tiempo, las condiciones no determinan el potencial de la criatura, sino que ésta lo

hereda"... "El potencial heredado incluye la tendencia al crecimiento y al desarrollo".

Ya no resulta creíble adjudicar *a priori* la génesis o la posible solución de las dificultades a una procedencia lineal y predeterminada; ya que ni genética, ni crianza, ni historia o estructura familiar en sí mismas predicen la emergencia de fenómenos mentales específicos. El *self*, la personalidad, los modos de interesarse, de resolver, etc., están íntimamente contruidos, ligados y tejidos en interacciones complejas con el entorno, interacciones que son complejas desde su inicio, y no sólo *a posteriori*.<sup>14</sup> Es por ello que la comprensión de los fenómenos del desarrollo requiere conceptos relacionales y no causas únicas que operen en aislamiento.

Una manera frecuente de designar la coacción de factores es la referencia a la experiencia, concepto difícil de aprehender en las pesquisas diagnósticas.<sup>8</sup> Los estudios contemporáneos del desarrollo refieren "la capacidad de tener experiencias" como fenómenos esenciales que configuran la subjetividad y la intersubjetividad saludables.

### Diagnósticos psicoanalíticos

Muchos de los conceptos iniciales del psicoanálisis están siendo revisados con la incorporación de modelos de pensamientos más libres y a la vez más rigurosos, con disposición para aprehender e interactuar con diversas fuentes.

### Nuevas tendencias en psicoanálisis. Una visión transformadora

Fonagy y col.,<sup>15</sup> Fonagy,<sup>5</sup> Fonagy y Target,<sup>6-8</sup> Jiménez<sup>16</sup> y Zukerfeld<sup>17</sup> realizaron aportes que enriquecen y depuran conceptos psicoanalíticos, tendiendo lazos con neurociencias, teorías del apego, teorías de la mente, favoreciendo así la confiabilidad en las investigaciones.

Rodulfo<sup>18-20</sup> propone reformular "lo constitucional", "las experiencias sexuales infantiles" y los factores actuales o "desencadenantes" de la enfermedad mental. También destaca "el valor de la experiencia" e incorpora de manera privilegiada la noción del jugar como modalidad para desarrollar distintas capacidades.

Bleichmar<sup>21-23</sup> formula, como alternativa al psicoanálisis tradicional, el enfoque modular-transformacional guiado por la idea de que la mente está constituida por la articulación de módulos que obedecen a diferentes regulaciones, evolucionan en paralelo asincrónicamente y tienen relaciones complejas que imprimen y sufren transformaciones.

Estos enfoques amplían la concepción psicopatológica, ya que cualquier cuadro admite una pluralidad de condiciones causales y de modalidades de mantenimiento.

### Diagnósticos psiquiátricos Sobre la naturaleza de la salud y de la enfermedad mental

Acordamos con Gahemi<sup>24</sup> cuando dice que quizá los diagnósticos psiquiátricos van en una dirección etiquetadora y deshumanizante porque "el campo de la psiquiatría no puede reconocer la importancia de definir la enfermedad en términos de salud...".

Al revisar las bases conceptuales de la psiquiatría observamos que lo más frecuente es que el clínico busque en la mente del paciente evidencias de enfermedad, más que evidencias de salud. Como consecuencias negativas, no se reafirman las áreas que están funcionando bien y así la enfermedad parece enorme y el paciente tiende a ser considerado la enfermedad más que quien la padece; razón por la que diagnóstico y clasificación son a menudo estig-

matizantes en psiquiatría. Además, las nuevas tendencias reconocen que la vida mental, aunque dependiente del cerebro, tiene sus propias leyes, y que estos diferentes niveles interactúan unos con otros configurando sistemas complejos que son vistos como un todo, más que analizados como sus partes funcionando separadamente.<sup>25,26</sup> Todos estos avances obligan a revisar qué diagnósticos psiquiátricos existen, cómo clasificarlos y por qué.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), a pesar de su relativa confiabilidad, tiene pendiente la cuestión de precisión *versus* relevancia, encrucijada de difícil resolución en psiquiatría debido a la dificultad de probar las hipótesis relacionadas con estados subjetivos. Al simplemente excluir dichos estados subjetivos y las hipótesis que los involucran, negándoles cualquier validez científica y optar sólo por descripciones objetivas y precisas, tienden a originar una "psiquiatría sin sentido".

Gahemi<sup>27</sup> diferencia entre dos tipos básicos de diagnósticos: el proceso de enfermedad y el cuadro clínico. Para validar científicamente un cuadro clínico se deben determinar síntomas, curso, genética, marcadores biológicos o efectos terapéuticos; sin embargo, el proceso de enfermedad exige conocer fisiopatología, etiología biológica o ambas. Con esto último se ha logrado éxito en pocos cuadros, como esquizofrenia, enfermedad maniaco-depresiva, trastorno obsesivo compulsivo y ciertos tipos de autismo. Por lo tanto, siguiendo este criterio, sólo éstas pueden ser denominadas enfermedades psiquiátricas, y aunque muchos cuadros clínicos sean científicamente válidos, ellos no representan aún un proceso de enfermedad.

### Nuevas propuestas diagnósticas Combinar dimensiones con categorías, trabajar con estadios clínicos y admitir una zona gris

La aparición del DSM-5 reactivó viejos debates, permitiendo la emergencia de conceptos novedosos. El trabajo de McGorry y Van Os,<sup>28</sup> de reciente publicación, resulta de una especial significación, ya que da cuenta de un profundo malestar en la psiquiatría con las clasificaciones diagnósticas actuales. Allí se las considera poco útiles para ayudar a ligar el diagnóstico con la fisiopatología o los marcadores biológicos subyacentes, de escasa confiabilidad, con tendencia a estigmatizar y con fallos en definir claramente las etapas iniciales de los trastornos mentales incipientes, lo que obstaculiza la psiquiatría preventiva y la capacidad para realizar diagnósticos tempranos. Además, estos inconvenientes se potencian con el rápido incremento de nuevas categorías escasamente validadas junto a la conservación de categorías diagnósticas pasadas.

Coincidimos con estos autores al considerar que la experiencia humana implica cambios periódicos y a veces intensos e imprevisibles en los sentimientos y los rasgos sobresalientes en respuesta al medio social y que en ocasiones ello se expresa como microfenotipos subclínicos, que fluctúan, interactúan secuencialmente o confluyen, pueden madurar o estabilizarse hacia macrofenotipos puros o híbridos.

McGorry y Van Os comprenden este proceso como indudablemente fluido y multidimensional y sugieren como constructo funcional la noción de síndrome. Ello implica que diversos síntomas coinciden de manera previsible, pero se afectan mutuamente con el tiempo e implica que varias dimensiones de la psicopatología surgen secuen-

cialmente y al mismo tiempo de manera interactiva y dinámica, con flujo y reflujo.

Esta aproximación –no extensible sobre diagnósticos específicos– propone una actitud diferente de la habitual en salud mental, actitud imprescindible para una buena praxis: tolerar la imprecisión sin forzar diagnósticos no validados. McGorry y Van Os lo expresan de la siguiente manera: *“Queda claro que la definición precisa del límite entre lo que se considera normal y el trastorno mental que necesita atención es difícil. Pero, ¿cuán crucial y factible es la creación de esta definición tan precisa? ¿Sería aceptable una zona gris con entrada (y salida) suave y flexible, como rasgos clave de una nueva cultura de la atención primaria?”*.

Dichos autores proponen como alternativa a las rígidas clasificaciones del DSM combinar categorías con dimensiones, trabajar con estadios clínicos basados en la persistencia y gravedad de los síntomas y admitir una zona gris.

Acordamos con ellos y, además, sugerimos incluir la valoración dimensional de la salud en sus aspectos positivos para alcanzar los siguientes beneficios: no sobredimensionar lo patológico ni invisibilizar lo saludable; admitir la indefinición propia de etapas iniciales o pródromos de muchos trastornos psiquiátricos importantes en los que no se logran todavía diagnósticos definidos; reconocer que, respuestas normales ante situaciones extremas podrían recibir los cuidados necesarios, sin requerir diagnósticos psicopatológicos específicos.

## Especificación global de capacidades.

### Dimensiones vinculadas con la salud

Trabajar con capacidades implica hacerlo con rasgos positivos y propios de lo habitual y cotidiano, sin elegir fenómenos excepcionales ni aquellos que están afectados por perturbaciones graves.

Se trata de modos de funcionamiento potenciales en la especie, pero que deben adquirirse, ya que no está garantizado su desarrollo ni pueden considerarse algo natural.

El despliegue de capacidades está estrechamente vinculado con el desarrollo de relaciones intersubjetivas con cuidadores primarios, quienes aportan contenidos y estilos predominantes; sin embargo, cada sujeto elabora con ello modos propios de funcionamiento, que sólo en parte responden al legado parental.

Cada capacidad propuesta tienen su propia especificidad, pero todas se hallan estrechamente vinculadas en su génesis e interactúan de manera dinámica a lo largo de la vida implicando un proceso indudablemente fluido, dimensional e interactivo.

Su emergencia y funcionamiento saludable siempre tiene algo de precario, ya que pueden ser inhibidas, desactivadas o perturbadas de distintas maneras y por diferentes motivos.

### Dimensiones específicas vinculadas con la salud

#### *Jugar y sus transformaciones en crear, aprender, trabajar*

- Estar a solas.
- Estar con otros.
- Desarrollar una secuencia.
- Ligar el mundo interior con el exterior.
- Nutrirse de los elementos informes de la personalidad.

El juego se manifiesta como universal y corresponde, primordialmente, a la salud. Es posible describir una continuidad en el desarrollo del jugar y seguir sus diferentes

modalidades expresivas durante toda la vida. La capacidad de jugar posibilita la emergencia y tramitación de sensaciones, percepciones, emociones, fantasías, deseos y vivencias de todo tipo.

Jugar es evidencia de subjetividad. Jugar está vinculado con la capacidad para estar a solas, asumiendo la paradoja de que hay alguien confiable que no interfiere con la experiencia propia. También se vincula con la capacidad para estar con otros y disfrutar de las experiencias culturales, incluida el trabajar.

Jugar se vincula con la capacidad para desarrollar secuencias en un proceso mental, ya que parte de una motivación que a su vez lleva su propio proceso de saturación, correspondiente a la capacidad para contener experiencias. Al jugar se abre la posibilidad de incluir lo informe –elementos de la personalidad no integrada–, aspectos que se tornan rígidos e inaccesibles en algunas enfermedades, a veces poco sintomáticas o “mudos”.

Al jugar se establecen lazos entre el mundo interior y el exterior, sin obligarse a reconocer su diferencia todo el tiempo. Al jugar se generan condiciones propicias para tramitar lo traumático. La capacidad de jugar tiene consecuencias para la psicoterapia, en la cual se da en la superposición de las zonas de juego del paciente y del terapeuta.<sup>29</sup>

### *El sentido del humor*

- Vincular pensamientos de manera novedosa y divertida.
- Transformar emociones penosas generando placer y alivio.
- Tomar una posición activa ante las circunstancias de la vida.
- Conectarse y entonar con los estados mentales propios y de otros.
- Tolerar el dolor mental y sostener/resolver un conflicto.

El sentido del humor comparte diversos modos de funcionamiento mental con el juego, pero además tiene características específicas que no todo juego posee.

Implica la capacidad psíquica de expresar de una manera distinta de la convencional las ideas más diversas. Es una manera particular de identificar y tratar lo incongruente y lo absurdo, de incluir lo novedoso, el nivel de sorpresa y la ambigüedad estableciendo una colaboración entre diferentes modos de funcionamiento mental. Supone una paradoja, al reconocer y desconocer al mismo tiempo una cuestión, protegiéndola de este modo de la crítica de la razón sin ignorarla totalmente como en la locura.

Implica una posición activa del sujeto y por ello es una capacidad vinculada con la libertad, sensación subjetiva vinculada a la salud. Comprende la capacidad de conexión intersubjetiva, de reconocimiento del estado mental de otros en comparación con el propio. Promueve la capacidad de transformar estados mentales angustiosos y de dolor mental aliviando el sufrimiento y generando placer en los sujetos implicados. De este modo, el sentido del humor no es resignado, sino rebelde.

Sentido del humor es un concepto multidimensional, que abarca distintos sistemas corporales –nerológico, inmunitario, endocrino, cardiorrespiratorio–, mentales –cognitivos y emocionales– y sociales: afrontamiento de la adversidad, sentimientos de libertad y dominio, resolución de situaciones conflictivas de forma indirecta e incremento de la red de apoyo social.

### *La regulación afectiva y función reflexiva*

- Reconocimiento, comprensión y regulación de las experiencias afectivas propias.
- Sostener un conflicto y no anularlo inmediatamente.

- Tolerancia al dolor mental.
- Ser propositivo y no sólo responsivo. Sentido de "agencia propia".
- Experimentar acontecimientos nuevos.

La capacidad para identificar y usar parte de un afecto impidiendo que se vuelva intenso y nos abrume se consigue con el desarrollo; no es una cualidad automática y algunas personas no adquieren nunca esta capacidad.

La capacidad de mentalizar o desarrollar una función reflexiva consiste en imaginar y entender estados mentales y conductas en uno mismo y en otros a partir de los estados mentales subyacentes. Implica autorreflexión para distinguir –sin oponer– realidad interna de la externa, formas de actuación simuladas de las reales y procesos mentales y emocionales internos de las comunicaciones interpersonales.

Involucra elaborar estados mentales de acuerdo con el sentido de agencia, autonomía y tiende a desarrollar el sentido de responsabilidad. Su elaboración requiere del apego seguro y que el estado afectivo del niño le sea reflejado de forma precisa y sensible por el cuidador.<sup>30</sup>

Es necesaria para tolerar las frustraciones y el dolor mental y para manejar los conflictos en busca de alternativas satisfactorias. Integra funciones cognitivas.

### **Capacidad de ligar lo erótico y lo tierno**

- Subjetivar la sexualidad.
- Compartir experiencias de intimidad.

**Subjetivar la sexualidad.** La sexualidad humana saludable se desarrolla en el contexto de una "influencia recíproca" con numerosas funciones biológicas y mentales. Esta mutua influencia actúa en simultaneidad y desde el principio de la vida. El juego es una corriente poderosa que, como motivación independiente, se mixtura con la sexualidad, permitiendo que ésta se humanice, socializándose sin perder su carácter placentero.

El desarrollo de la sexualidad dentro de un marco intersubjetivo –con predominio de una corriente sensual y tierna en los primeros años de vida– da paso al erotismo en la vida adulta.<sup>31</sup>

Para el desarrollo de esta capacidad, la madre o cuidador debe cumplir con diferentes funciones alternativas, tales como satisfacer las necesidades, ser alguien diferente y generar un ambiente para ser.<sup>32</sup> En el erotismo se pone el acento en el reconocimiento de la alteridad y no en la primacía de la genitalidad, de la heterosexualidad o la procreación.

**Compartir experiencias de intimidad.** Capacidad supradimensional, en confluencia con otras antes enunciadas, implica que el sujeto tiene la vivencia de que él y el otro se hallan en un mismo espacio emocional y mental.<sup>33</sup> Se trata del sentimiento de unión en el seno de una diferencia percibida, unión que produce tanto más placer porque no anula la diferencia. La capacidad para experimentar este sentimiento se gesta durante el desarrollo si el niño, inmerso en un baño de afectos, fue mirado por los adultos que le atribuyeron significados y valencia emocional a sus experiencias.

El adulto, en distinto modo y medida, continúa requiriendo el contacto mental para convalidar su propio estado mental y ser confirmado en el sentimiento de que existe, en la validez de sus percepciones y pensamientos.

La incapacidad de generar espacios de intimidad puede ocasionar sentimientos de soledad, desesperanza y dolor mental intensos. El sentimiento de intimidad puede adquirirse de maneras muy diversas.

La variedad, alternancia y plasticidad entre las diferentes modalidades de lograr intimidad, incidirá en su sensación de bienestar, plenitud y confianza. Las vivencias de intimidad están sufriendo una metamorfosis profunda por cambios culturales que modifican las fronteras entre lo privado y lo público. Un supuesto uno monódico deja su lugar a un yo con límites menos precisos.<sup>34</sup>

### **Estimación de las contribuciones aportadas en el diagnóstico dimensional de las capacidades vinculadas con la salud**

Se admiten interpretaciones no lineales o paradójicas al poner de manifiesto que la salud no es sinónimo de ausencia de síntomas o de comodidad y que la enfermedad puede presentarse con una fachada de normalidad o asintomática. Pueden ser ubicadas en su formato particular en todas las etapas vitales. Permiten investigar su génesis, desarrollo y disponibilidad en el momento presente, siempre ancladas en la intersubjetividad. Facilita la tolerancia a lo ambiguo y lo impreciso sin forzar definiciones cuando no las hay. Reconoce cuadros clínicos categoriales, pero que aun así necesitaron ser singularizados.

### **Conclusiones preliminares**

Se propone considerar indicadores positivos de salud mental más allá de los distintos síntomas o trastornos que manifieste una persona. Dichos indicadores están intrínsecamente relacionados con capacidades mentales que tienen la potencialidad de ser desarrolladas en el curso de la vida.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2016  
www.siic.salud.com

*La autora no manifiesta conflictos de interés.*

## **Comentarios**

Cráteros actuales para el abordaje de las enfermedades psiquiátricas desde la salud

### **Julieta De Battista**

Doctora en Psicopatología, Especialista en Clínica Psicoanalítica. Profesora a Cargo de Psicopatología I de la Universidad Nacional de La Plata. Becaria Posdoctoral del CONICET. Instituto de Investigaciones en Psicología de la UNLP, La Plata, Argentina.

Cuán necesario es que comience a darse en el ámbito de la psiquiatría y de nuestros psiquiatras un cuestionamiento de los criterios con que se diagnostica la

enfermedad mental. Necesario y bienvenido si el ensayo se acompaña además de la intención de dialogar con otras disciplinas que intentan captar algún aspecto de la complejidad del hombre y sus circunstancias. Hoy en día y más que nunca hacen falta estos intentos: una nueva Ley Nacional de Salud Mental rige en nuestro territorio. Una Nueva Ley que promulga una transformación del paradigma clásico de la enfermedad mental con el que la psiquiatría se constituyó y gestó, no

sólo un saber clasificatorio sino dispositivos de atención basados en esa concepción. La transformación se ha vuelto necesaria porque este paradigma ha encontrado muchos obstáculos en sus tentativas de aliviar el padecimiento humano. ¿Cómo no enfermar si nuestra condición de seres sociales atenta contra la satisfacción más íntima de nuestras pulsiones? ¿Cómo vivir con otros, si me unen a ellos no sólo lazos tiernos sino principalmente eróticos y agresivos? Las limitaciones a estos impulsos impuestas por la cultura posibilitan que de alguna manera podamos convivir, pero son también la fuente de un malestar fundamental e inescindible de la condición del hombre. Un malestar que no es posible eliminar aunque se puedan encontrar formas más o menos soportables, más o menos disfrutables de saber qué hacer con él. Estas tesis freudianas cuentan ya con más de un siglo de existencia y no por ello perdieron su actualidad. Los intentos de apresar ese malestar en categorías han llevado a una multiplicación inédita de diagnósticos y trastornos y enfermedades y síndromes que intentan nombrar cada una de las posibles versiones de este malestar. Y aún así quedan las zonas grises, los cajones de sastre, los inclasificables. Todo ser humano lo es, en tanto su definición más justa es su completa singularidad. No hay uno igual que otro. Las versiones son infinitas, hay una por cada ser humano. ¿Cómo apresar esa singularidad con una teoría de la enfermedad basada en la legalidad del organismo? ¿Cómo categorizar y clasificar “trastornos” que no dependen únicamente del cuerpo sino también de las relaciones con los otros y de las particulares posiciones que ante ambos adopta cada quien? En este contexto no está de más preguntarse qué quiere decir estar enfermo. No es un problema de sencilla solución si la norma para establecerlo es la de la singularidad y no la de las etiquetas. ¿Lo decide el médico con su diagnóstico? ¿Lo aporta el paciente al manifestar su experiencia subjetiva? Pero, ¿la experiencia subjetiva es válida para hacer un diagnóstico? ¿O debemos contar siempre con la certeza del estudio científico que objetiva el proceso patológico? Objetivar se opone a subjetivar. Sostener la importancia de incluir la singularidad y la subjetividad en las evaluaciones en salud mental implica aceptar que la lógica de la objetividad positivista con la que se gestó la noción de enfermedad mental jugará en el bando de los obstáculos y las resistencias. Freud tenía una noción muy sencilla de la enfermedad, decía que era un concepto práctico, porque en teoría todos estamos enfermos, dado que todos contamos en nuestra constitución con las condiciones para formar síntomas. Estar enfermo es una cuestión práctica, es decir, de juego de fuerzas y de energía anímica disponible. Los síntomas conllevan un gasto psíquico que resta disponibilidad para otras actividades como gozar de la vida y trabajar, fórmula freudiana de la salud. Un nuevo paradigma está en marcha, pero su implementación requiere de la subversión del sentido positivista de la enfermedad mental, para empezar a escuchar singularidades, subjetividades, capacidades, potencialidades, pero principalmente para que podamos escucharnos y respetarnos los profesionales que trabajamos en el ámbito de la salud mental.

### María Belén Podio

Psicóloga, Hospital Militar Central Dr. Cosme Argerich, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

El interés en el artículo está fundamentalmente centrado en una inminente necesidad personal y laboral de abrir paso a nuevas lecturas, con la consecuente posibilidad de visualizar otras formas de posicionarnos frente a una misma realidad. En nuestra actividad como profesionales de la salud mental nos encontramos cada vez más, en el ámbito público y privado, con síntomas y presentaciones clínicas que no respetan ningún manual y que no se ajustan a lo previsible, por lo que el crear o el actuar parecieran ser una puerta de entrada para

poder hacer lazo con esa subjetividad y tomar alguna dirección de tratamiento. Percibimos que el hecho de no tratarse de “diagnósticos claros” genera reacciones de irritabilidad, agresividad y violencia en distintos sectores del sistema de salud; seguramente por tocar puntos de impotencia, límite e incapacidad.

Es interesante pensar además qué lugar le damos a los diagnósticos cuando trabajamos clínicamente con los pacientes. Cuál es su finalidad o función. Si es para comunicarnos entre los profesionales o para pensar la dirección de un tratamiento o para pensar malestares de una época. Muchas veces, los diagnósticos son fácilmente reificados, cosificados y tomados como verdades inamovibles, en cuanto esto ocurre, los mismos pierden su funcionalidad original y comienzan a tener otros usos cuestionables como la rotulación. Por eso es muy importante recordar que son aproximaciones, pero siempre son construcciones, que pueden utilizarse a modo de andamio mientras nos sirvan, pero que podemos dejarlos de lado para no perder de vista a las personas. En nuestro campo, no hay trastornos o diagnósticos, sino personas cargadas de interrogantes, dudas, temores. Lo importante de nuestro trabajo es dejarse sorprender con lo que no cuadra en los criterios diagnósticos. Pensar y repensar constantemente al sujeto que uno tiene enfrente. Y crear desde la clínica recursos, preguntas, estrategias, etc.

Frecuentemente observamos intentos de “derivar/rechazar” pacientes que no hablan o que son “difíciles de entender”. Como si de entender se tratara en algún caso. Precisamente allí, donde para el paciente la palabra resulta inaccesible, estamos invitados a hablar, a armar historias, a contar cuentos. Tendremos que anoticiarnos que todavía esos pacientes no son capaces de construir algo más que sentirse y hacerse resto, nada.

Sin dudas hay que construir un cuerpo, armar una escena, prestar un sentido. Resulta raro, pero siguen viniendo a escuchar, en silencio, pero poniendo el cuerpo, junto al nuestro, adelante o atrás, pero poniéndolo. Y eso funciona. Con el cuerpo armado, con algún sentido acerca de ese malestar (histerizando ese discurso) viene la segunda parte, cuestionar ese sentido. Ésta sí es la paciente que sabemos tratar, la que trae algo armado, la del libro, difícil de entender seguramente, pero al menos habla.

Creemos que de lo que se trata es de traicionar algún sentido. Ser rebelde, considerando que no hay creación, ni vida posible sin transgresión. Transgresión de nuestras propias normas. Y la única manera de entrenar un cuerpo es haciéndolo. Hacer cuerpo, devenir corporalidad, propiciando el retorno de los cuerpos que la ciencia no logra capturar. Cuerpos entumecidos, catatónicos, que se resisten a ser estudiados y clasificados. Insurrectos de la lógica arbitraria y mercantilista. Cada vez estamos más convencidos de que de lo que se trata es de hacer lugar, alojar, mirar.

Curiosidad comprometida que introduce un cuerpo, el del analista, que no lo deja por fuera observando. Cuerpo que por estar más cerca humaniza, intensifica la escucha y potencia las herramientas que permiten atenuar algo del padecimiento.

Crecimiento desde la ruptura, desde el desconocimiento, la sorpresa, la desobediencia de nuestras propias construcciones simbólicas, la deformación. Citamos a Beckett en este punto, quien luego de conocer que su madre tenía mal de Parkinson pensó que todo lo que había escrito hasta ese momento estaba mal encaminado, “no tenía sentido seguir agregando cosas al depósito de información, reunir conocimientos. Lo que había que hacer era investigar el no conocimiento, la no percepción, todo el mundo de lo incompleto...”

La confusión no es invención mía, nos rodea por todas partes y nuestra única posibilidad es dejarla entrar. La única posibilidad de renovación es abrir los ojos y ver el desorden. Habrá una nueva forma y... esa forma será de una clase que admitirá el caos y que no tratará de decir que en realidad es otra cosa”. El mismo autor define categóricamente que “con la capacidad de

concentración disminuida, la pérdida de la memoria, la inteligencia oscurecida, aumentan las probabilidades de decir algo más relacionado con lo que uno realmente es". Interrogar, cuestionar, desnaturalizar además de escuchar y sorprendernos con la clínica es lo esencial de nuestra práctica.

Por Lic. María Lucía Díaz, Lic. Patricio Gómez Segura, Lic. Javier Neumann, Lic. Natalia Pía Sdrubolini (psicólogos clínicos) y Dra. Mariana Leopoldo (psiquiatra). Integrantes del equipo de Salud Mental del Htal. Militar Central.

#### Lista de abreviaturas y siglas

DSM, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

#### Cómo citar este artículo

Kremer I. Criterios actuales para el abordaje de las enfermedades psiquiátricas desde la salud. *Medicina para y por Residentes* 5(4):7-12, Oct 2016.

#### How to cite this article

Kremer I. Current criteria in studying psychiatric illness. *Medicina para y por Residentes* 5(4):7-12, Oct 2016.

#### Autoevaluación del artículo

El artículo propone considerar indicadores positivos de salud mental más allá de los distintos síntomas o trastornos que manifieste una persona. Ello propende a disminuir la estigmatización evaluando y comunicando al paciente sus aspectos sanos, y no sólo sus trastornos. Se determinan indicadores intrínsecamente relacionados con capacidades mentales que tienen la potencialidad de ser desarrolladas en el curso de la vida.

#### ¿Cuáles son algunos de los principales indicadores de salud mental?

A, Capacidad de trabajo; B, Calidad de las relaciones sexuales; C, Adaptación social; D, Ausencia de indicadores de trastornos mentales; E, Capacidad de juego, sentido del humor, intimidad y regulación emocional.

Verifique su respuesta en: [www.sicsalud.com/dato/evaluaciones.php/137818](http://www.sicsalud.com/dato/evaluaciones.php/137818)

#### Bibliografía

1. Stern D. El mundo interpersonal del infante. Paidós, Buenos Aires, 1991.
2. Stern D. El nacimiento de una madre. Paidós, Buenos Aires, 1999.
3. Stern D. The present moment in psychotherapy and everyday life. W.W. Norton & Company Inc, Nueva York, 2005.
4. Stern D. Forms of vitality. Oxford University Press, Oxford, 2010.
5. Fonagy P. Genetics developmental psychopathology and psychoanalytic theory: The case for ending our (not so) splendid isolation. *Psychoanalytic Inquiry* 23(2):218-247, 2003.
6. Fonagy P, Target M. Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis (1998). In Aron L, Harris A (eds.). *Relational psychoanalysis: Innovation and expansion*. Analytic Press. Mahwah, NJ US 2:253-278, 2005.
7. Fonagy P, Target M. The rooting of the mind in the body: New links between attachment theory and psychoanalytic thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 55(2):411-456, 2007.
8. Dio Bleichmar E. Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos. Paidós, Argentina, 2005.
9. Lebovici S. El lactante, su madre y el psicoanalista. Amorrortu, Buenos Aires, 1983.
10. Feldman R. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48:329-354, 2007.
11. Freud S. Introducción al narcisismo. En: *Obras completas*. Amorrortu, Buenos Aires, 1996.
12. Mahler M. Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación. Joaquín Mortiz, México, 1972.
13. Winnicott D. La teoría de la relación paterno-filial. En Winnicott D. (Ed.) *El proceso de maduración en el niño*. Editorial Laia, Barcelona, pp. 49-68, 1960.
14. Horstein L. Inter-subjetividad y clínica. Paidós, Buenos Aires, 2003.
15. Fonagy P, Bermejo P, Gergely G, Jurist EL. Affect

- regulation, mentalization, and the development of the self. Other Press, Nueva York, 2002.
16. Jiménez J. Tras el pluralismo. Hacia un nuevo paradigma psicoanalítico integrado. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas* 25, 2007. [Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=432&a=Tras-el-pluralismo-Hacia-un-nuevo-paradigma-psicoanalítico-integrado>] [Consultado 10 enero 2011].
  17. Zukerfeld R, Zonis Zukerfeld R. Sobre la cultura psicoanalítica: alegato por un pluralismo riguroso. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas* 2011. [Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000701&a=Sobre-la-cultura-psicoanalítica-alegato-por-un-pluralismo-riguroso>] [Consultado 10 enero 2011].
  18. Rodulfo R. De vuelta por Winnicott. En: *El psicoanálisis de nuevo*. Eudeba, Buenos Aires pp. 275-288, 2004.
  19. Rodulfo R. Dar por terminado. En: *Futuro porvenir*. Ensayos sobre la actitud psicoanalítica en la niñez y la adolescencia. Noveduc, Buenos Aires, pp. 37-52, 2008.
  20. Rodulfo R. Trabajos de la lectura. *Lectura de la violencia*. Paidós, Buenos Aires, pp. 275-288, 2009.
  21. Bleichmar H. El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas* 2001. [Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000178&a=El-cambio-terapéutico-a-la-luz-de-los-conocimientos-actuales-sobre-la-memoria-y-los-multiples-procesamientos-inconscientes/>] [Consultada 11 junio 2011].
  22. Bleichmar H. Making conscious the unconscious in order to modify unconscious processing: Some mechanisms of therapeutic change. *International Journal of Psychoanalysis* 85:1379-1400, 2004.
  23. Bleichmar H. Avances en psicoterapia psicoanalítica. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas* 1999. [Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000052&a=Fundamentos-y-aplica>

- ciones-del-enfoque-modular-transformacional/ ISSN 1699-4825] [Consultada 21 junio 2011].
24. Ghaemi S. ¿Qué es lo que los clínicos piensan y por qué? En: *Psiquiatría. Conceptos*. Una aproximación pluralista a la mente y a las enfermedades mentales. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, pp. 33-53, 2008.
  25. Jaspers K. Ed. *General psychopathology* (2 vol.). Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1997.
  26. Kandel E. *Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited*. *Amer J Psychiat* 156:505-524, 1999.
  27. Ghaemi S. Taking disease seriously in DSM. *World Psychiatry* 12(3):210-212, 2013.
  28. McGorry P, Van Os J. Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity. *The Lancet* 381:343-345, 2013.
  29. Winnicott D. El juego: actividad creadora y búsqueda de la persona. En: Winnicott D. *Realidad y Juego*. Gedisa, Barcelona, pp. 79-83, 1971.
  30. Slade A. Representation, symbolization, and affect regulation in the concomitant treatment of a mother and child: Attachment theory and child psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals* 19(5):797-830, 1999.
  31. Dio Bleichmar E. El sistema motivacional de la sensualidad y la sexualidad. En: *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Paidós, Argentina, pp. 33-53, 2005.
  32. Winnicott D. El concepto de individuo sano. En: Winnicott D. *El hogar, nuestro punto de partida*. Paidós, Barcelona, pp.25-41, 1967.
  33. Bleichmar H. Del apego al deseo de intimidad: las angustias del desencuentro. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas* 2, 1999. [Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=74&a=Del-apego-al-deseo-de-intimidad-las-angustias-del-desencuentro/>] [Consultada 3 junio 2011].
  34. Sibilia P. La intimidad como espectáculo. *Fondo de Cultura Económica*, Buenos Aires, 2008.

#### Curriculum Vitae abreviado de la autora



**Irene Kremer.** Médica Pediatra, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina. Especialista en Psiquiatría Infanto-Juvenil, temas de investigación: desarrollo, psiquiatría, psicoanálisis. Profesora de posgrado, Clínica asistencial, Universidad Católica de Córdoba, Córdoba, Argentina.

## B - Diferencias en el enfoque del infarto de miocardio en el sistema de salud público o privado

### *Different approach of acute myocardial infarction in public or private health system*

*“La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en la Argentina, y sus principales determinantes son el infarto de miocardio, el accidente cerebrovascular y la insuficiencia cardíaca.”*

(especial para SIIC © Derechos reservados)

Entrevista exclusiva a

**Ezequiel Zaidel**

Médico, Sanatorio Güemes, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud	
	Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)
	 Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.
<a href="http://www.siicsalud.com/dato/ensiic.php/145112">www.siicsalud.com/dato/ensiic.php/145112</a>	

Buenos Aires, Argentina (especial para SIIC)

**SIIC: ¿Por qué se considera que el infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST) constituye un problema con gran repercusión para la salud pública?**

EZ: El infarto de miocardio (IAM) produce un impacto en diferentes esferas, no sólo de la salud pública, sino a nivel sociocultural, por su influencia sobre la mortalidad prehospitalaria y los temores acerca de esta complicación, en la atención médica en todos los ámbitos, tanto prehospitalario como intrahospitalario, y en la salud pública en general dado el costo que genera. Actualmente, la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte a nivel mundial y, obviamente, también en la Argentina. Si bien se ha logrado en los últimos años una reducción de la mortalidad cardiovascular, sigue siendo la causa más prevalente. Las causas de muerte por enfermedad cardiovascular son el IAM, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia cardíaca. Los costos en salud que genera el IAM, una entidad que se da en personas, en general, en edad laboral, son muy grandes.

**El sistema de salud en la Argentina se caracteriza por su heterogeneidad. ¿Cuáles son las repercusiones de estas diferencias en relación con la atención de los pacientes con IAMEST?**

Como sabemos, en Argentina existe un sistema de salud mixto, es decir, público y privado, pero en realidad son tres sistemas parcialmente diferenciados: el sistema totalmente público, al que puede acceder cualquier persona que desee atenderse, ya sea de Argentina o de otro país, con o sin recursos; un sistema de obras sociales, llamado seguridad social, en el cual los trabajadores en relación de dependencia, con sus aportes, obtienen una cobertura de salud especial con acceso íntegro a la medicina; y un sistema de medicina prepaga, en el cual la gente, en forma particular, compra un servicio médico. Además de esto, en la atención del IAM entran en juego

otros mecanismos, como por ejemplo el sistema de medicina prehospitalaria, los sistemas de ambulancias médicas y las guardias externas, que son muy heterogéneas; todos estos elementos desempeñan un papel importante hasta que el paciente con IAM llega al médico cardiólogo. Ese interjuego hace que todavía siga siendo azarosa la atención del IAM y que dependa más de la calidad y de la casualidad de los médicos o profesionales que intervienen en el proceso, desde el inicio del dolor de pecho hasta la implementación de la terapéutica, que del propio sistema de salud público o privado.

**¿Existen en el país registros poblacionales previos que hablen de estas diferencias de atención en función de la cobertura de salud del paciente?**

Sí, existe información pero escasa. Lamentablemente, no hay datos a nivel nacional recabados por el Ministerio de Salud, pero están siendo llevados a cabo, como veremos más adelante. Sin embargo, hay una experiencia previa de un registro realizado por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) en 1999, en el cual se analizó un pequeño número de pacientes (35), que no tenían cobertura de salud, a los cuales se los comparó con aquellos que tenían acceso a los sistemas de medicina privada. Los resultados fueron similares a los obtenidos por nuestro grupo.

**Hablando de sus resultados, ¿podría resumirnos grosso modo las características del registro CONAREC 17?**

El registro CONAREC 17 fue de tipo prospectivo, multicéntrico, con un segmento limitado sólo a la internación de pacientes que cursaran un síndrome coronario agudo (SCA), con o sin elevación del segmento ST, en 49 centros de Argentina con residencia en cardiología. Es decir, fue un estudio íntegramente realizado por residentes de cardiología afiliados al Consejo Argentino de Residentes en Cardiología (CONAREC).

**En ese registro, cuando hablamos de las características iniciales y del primer enfoque que se dio a los pacientes con IAMEST, ¿qué discrepancias importantes reconocieron entre las instituciones públicas y las instituciones privadas?**

Encontramos diferencias en las características clínicas de los pacientes. Si bien no se recabaron datos a nivel de la situación económica de la población, los sujetos que acudían a los hospitales públicos generalmente tenían un nivel educativo menor, o sea, hasta primario incompleto, y con mayor prevalencia en establecimientos públicos que

privados. Además, se presentaban con un primer IAM a una edad más joven, con un promedio de 59 a 62 años, es decir, con una diferencia de sólo 3 años, y tenían mayor prevalencia de tabaquismo. Cuando se hicieron las coronariografías, que no fueron realizadas en todos los pacientes, se encontró una mayor prevalencia de enfermedades de 3 vasos, es decir, presencia de aterosclerosis en 3 arterias coronarias, en los individuos atendidos en hospitales públicos. Al analizar todos estos resultados, planteamos la hipótesis que estos pacientes presentan mayor carga de enfermedad, es decir, tienen su primer IAM a una edad más joven y mayor extensión de enfermedad coronaria.

***En cuanto a la angiografía coronaria, ¿reconocieron también diferencias entre los dos grupos de instituciones, privadas y públicas, en relación con la organización de los estudios por imágenes o con la prescripción de antiagregantes plaquetarios?***

Sí, hubo obviamente diferencias. Si bien eran centros con residencias en cardiología, que en general tienen recursos, los pacientes que ingresaban a hospitales públicos tenían menos disponibilidades que los de centros con hemodinamia. Por lo tanto, en los hospitales públicos se realizó más trombólisis y en los hospitales privados más angiografías. Además, un recurso que se utiliza habitualmente es el ecocardiograma, que se efectúa de rutina en todos los infartos; encontramos que un 11% de los pacientes de hospitales públicos no contaban con un ecocardiograma durante la internación. Este es un dato importante.

En cuanto a los antiagregantes plaquetarios, en ambos grupos casi en el 100% se utilizó aspirina; también se prescribieron más antiagregantes nuevos, como inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa, prasugrel y ticagrelor, en pacientes que acudían a hospitales privados. En forma conjunta, también eran sometidos a más procedimientos angiográficos y angioplastias.

***Al hablar de estas discrepancias en un sistema de salud muy particular como es el nuestro, de características mixtas, hasta donde ustedes tienen presente, ¿existen registros parecidos en otros países con sistemas mixtos? ¿Son comparables a los datos encontrados por su grupo?***

Sí, podemos mencionar el caso de Brasil, que es quizás el más extremo. Hay algunos estudios provenientes de instituciones del norte de dicho país, en la región de Bahía, y también de Río de Janeiro, en los cuales se compararon pacientes públicos con privados, y la diferencia es abismal. Incluso hay una editorial efectuada sobre la publicación de ese artículo, en la *Revista de la Sociedad Brasileña de Cardiología*, en la que se menciona que hay dos Brasiles, hablando de inequidades: un Brasil moderno, civilizado, con resultados angiográficos y, en cuanto a las características clínicas, similares a los del registro internacional GRACE; y otro Brasil retrógrado, con datos similares a la etapa prerreperusión y previa a la existencia de las unidades coronarias. Al llevar a cabo un registro, observaron que el 50% de los hospitales públicos de Brasil no cuenta con los requerimientos mínimos para el diagnóstico y el tratamiento del IAM. Son datos que nos sorprendieron y, por supuesto, buscamos información de otros países para verificar si esto se da a nivel región. En otras naciones vecinas hay poca información científica; no hay registros pero, probablemente, tengan datos similares. A nivel de regiones más desarrolladas, también pasa algo parecido. Nos sorprendió que en EE.UU. o en Canadá,

a pesar de que toda la población tiene acceso a la salud, también hay diferencias. En un registro de *Medicare* en la ciudad de Nueva York (EE.UU.), los pacientes a los que se les agregaba una cobertura de salud extra, pagada por ellos mismos, recibían una mayor cantidad de angioplastias y tenían una mortalidad menor en el IAM. O sea, que este fenómeno de acceso a la salud en relación con el nivel económico se manifiesta en todas las sociedades.

***Al hablar de inequidades, al mencionar el trabajo brasileiro y en virtud de lo que ustedes encontraron, ¿podemos decir que existen inequidades en el enfoque de nuestros pacientes con IAMEST?***

Este estudio tiene una limitación muy grande, y es que se realizó sólo en centros con residencia en cardiología; por lo tanto, puede ser que los datos que presentamos no sean extrapolables al total del país. Considerando eso, el resultado más importante que podemos transmitir acerca de este subanálisis, es que el riesgo de no ser revascularizado, si el paciente asiste a un hospital público, es un 70% mayor, en comparación con el riesgo de no ser revascularizado en un hospital privado.

***¿Sería posible extrapolar estos resultados a otros SCA?***

No. Nosotros seleccionamos para este subanálisis sólo a los pacientes con IAMEST, para los cuales existen guías y algoritmos claros, la ventana de tiempo para la terapéutica es escasa y el 100% de estos enfermos, en teoría, debería recibir tratamientos intensivos en las primeras horas, con un impacto sobre la salud y una mortalidad elevada. Los otros SCA, las anginas inestables y los IAM sin elevación del segmento ST son muy heterogéneos y la evidencia en cuanto a la revascularización sistemática no es sólida. La mortalidad es menor; por lo tanto, para este análisis seleccionamos solamente a los individuos con IAMEST.

***Contando con estos datos y estos resultados tan relevantes, ¿qué estrategias virtuales o potenciales podrían plantearse para intentar mejorar las deficiencias que observaron?***

Las estrategias deberían basarse en los puntos en los que encontramos déficits en la atención, sobre todo en los hospitales públicos. Una de ellas sería generar redes de derivación y algoritmos claros para el IAM. Hay algunas experiencias, por ejemplo en la ciudad de Buenos Aires, como el trabajo publicado por el Dr. Piombo y col., en el cual se implementó una red de derivación a centros con angioplastia, con la existencia de trombolíticos en todas las instituciones y llamadas telefónicas, o sea, una red muy articulada. En esta investigación se obtuvieron resultados muy alentadores en cuanto a la tasa de reperusión.

Una experiencia similar se presentó en el congreso SAC 2014, por el grupo del Dr. Tajer y el Dr. Silberstein, que presentó los datos de una red de derivación en el conurbano bonaerense para el hospital El Cruce, en el cual 6 hospitales del conurbano enviaban por telemedicina los ecocardiogramas a un centro con hemodinamia. Con la implementación de esa red lograron aumentar la tasa de revascularización.

***En este concepto que están planteando, ¿cuál es el papel del médico en formación, es decir, el residente?***

En los centros que cuentan con residencia en cardiología, el residente es el que recibe y se hace cargo, en general, del paciente con IAM, y el que se preocupa y se

esmera por reperfundir a tiempo a este enfermo. Entonces, básicamente, la residencia es el mejor sistema de formación y, a su vez, las residencias en general, son útiles para las instituciones porque son sistemas de autocontrol al fomentar la medicina basada en la evidencia, reducir el tiempo puerta-aguja (tiempo desde que ingresa el paciente a la sala de urgencias hasta que se le coloca la medicación pertinente) y puerta-balón (tiempo desde que ingresa el paciente a la sala de urgencias hasta que se realiza la angioplastia) el máximo posible.

Otro aspecto importante es a nivel ministerial, ya que se encontraron déficits en la atención o el registro sistemático de IAM; actualmente, el área de epidemiología del Ministerio de Salud está iniciando, en conjunto con la SAC y la Federación Argentina de Cardiología, un registro multicéntrico de IAM, denominado ARGEN-IAMST, cuyo objetivo es cumplir con este déficit de información a nivel global.

También, destaco la relevancia de los datos provistos por los registros del CONAREC, obtenidos a pulmón y sin financiamiento, por un grupo de médicos jóvenes con gran voluntad. Luego de este registro de infarto se llevó a cabo el CONAREC 18, que es el registro más grande de insuficiencia cardíaca en Latinoamérica (Rev Argent Cardiol 2014) y el CONAREC 19, recientemente presentado, acerca de las estrategias antitrombóticas en fibrilación auricular con el advenimiento de los nuevos anticoagulantes orales en la Argentina (Rev Argent Cardiol 2015).

#### ***A modo de conclusión, ¿nos podría dar sus recomendaciones principales para la práctica cotidiana?***

Básicamente, y un dato de color, el hecho de que un grupo de residentes con voluntad, sin recursos y sin financiamiento puede llevar a cabo registros de semejantes dimensiones. En esta oportunidad presentamos el subanálisis del registro CONAREC 17, con información muy valiosa, pero posteriormente se llevó a cabo el registro

CONAREC 18 de insuficiencia cardíaca, que actualmente es el mayor registro en este tema en Latinoamérica. Este año se presentaron también los datos del CONAREC 19 que pone de manifiesto las características y las estrategias antitrombóticas en la fibrilación auricular con el advenimiento de los nuevos anticoagulantes.

Por lo tanto, el primer mensaje es éste: un grupo de residentes puede generar un registro de características similares.

Con respecto a los datos presentados, básicamente pudimos demostrar la existencia de inequidades en la atención del IAM, con mayor tasa de reperusión en pacientes que acuden a hospitales privados. Como recomendaciones a nivel de salud pública, se debe avanzar en este registro a nivel nacional para tener datos fidedignos acerca de las características y las tasas de reperusión; además, promover estrategias de prevención, si bien en esto ya se viene trabajando, con la reducción de la tasa de tabaquismo en lugares públicos. También hay una estrategia muy fuerte orientada hacia la reducción en el consumo y en la carga de sal de los alimentos. Es decir, desde el Ministerio de Salud, actualmente el área de epidemiología cardiovascular está trabajando fuertemente en estos aspectos.

Al haber podido trabajar en hospitales públicos, obras sociales y en centros privados, tengo una visión personal de todos los ámbitos. Pude observar lugares públicos con pocos recursos, pero que cuentan con centros de hemodinamia y médicos cardiólogos lúcidos que hacen medicina basada en la evidencia, en los cuales la tasa de reperusión y el tratamiento del IAM son excelentes, pero también pude ver centros privados de medicina prepaga que no cumplen con las condiciones mínimas para atender un IAM.

Para finalizar, cito al Dr. Carlos Bertolassi, quien, justamente sobre este aspecto afirmaba que no hay una medicina pública y una privada, sino que hay una medicina buena y una mala.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2016  
www.siicsalud.com

*El autor no manifiesta conflictos de interés.*

## **Comentario**

### **Diferente abordaje del infarto de miocardio en el entorno de la salud pública o privada**

#### **María Cecilia Luna**

Supervisora médica, Jefa de Trabajos Prácticos, Dirección de Epidemiología, Facultad de Medicina, UNT San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Excelente artículo sobre la atención del infarto agudo de miocardio (IAM) en los servicios de salud según el subsector del sistema de salud al que pertenezcan. Como refiere el Dr. Zaidel de manera muy clara y atinada, esta enfermedad constituye un grave problema de salud pública, no sólo por el gasto que produce sino, además, por ser la primera causa de muerte por causa cardiovascular y los años de vida útil que se pierden ya que la edad de las personas las ubica como económicamente productivas.

Si bien es cierto que la mortalidad depende en gran medida de la calidad del profesional, es importante también el papel que en ella desempeña la falta de recursos que se suele ver en los servicios del subsector público.

Tal como se manifiesta en el artículo, la falta de registros en nuestro país es importante, y en algunas regiones (NOA, NEA) es mucho más marcada.

Llama la atención el resultado del análisis del CONAREC 17, acerca de la diferencia entre los pacientes del subsector público y el resto (obras sociales, prepagas) en el sentido que éstos presentaban un primer IAM a una edad más joven y mayor extensión de enfermedad coronaria, es decir, que estos individuos tienen mayor carga de enfermedad; creo que esto marca claramente la inequidad en el acceso a los servicios de salud especializados.

Quizás debiera estudiarse mejor la presencia de otros factores de riesgo como el tabaquismo, la hipertensión arterial, el nivel socioeconómico y otros determinantes sociales, como el estrés.

Sin embargo, vemos que la misma inequidad se presenta en otras sociedades en las que el sistema de salud está más desarrollado, como Canadá y EE.UU. Perfectamente el Dr. Zaidel describe la imposibilidad de

extrapolar resultados, por lo que no voy a agregar nada más en ese sentido.  
Creo que la estrategia de implementación de una red de servicios es realmente excelente y se pueden obtener mejores resultados en la atención de estos pacientes, con lo que, seguramente, se logrará una disminución importante de la mortalidad.  
Una vez más se pone de manifiesto el papel tan importante que tienen los médicos en formación, por

su interés particular, su dedicación y el impacto real que pueden causar en la morbimortalidad de ésta y otras enfermedades.

Entre las recomendaciones, el poder llevar a cabo un registro único multicéntrico de pacientes ayudaría a realizar un mejor diagnóstico de situación y diseñar planes y programas de acuerdo con los resultados que se encuentren en la investigación.  
Excelente comentario del Dr. Carlos Bertolassi.

**Cómo citar este artículo**

Zaidel E. Diferencias en el enfoque del infarto de miocardio en el sistema de salud público o privado. Medicina para y por Residentes 5(4):13-16, Oct 2016.

**How to cite this article**

Zaidel E. Different approach of acute myocardial infarction in public or private health system. Medicina para y por Residentes 5(4):13-16, Oct 2016.

**Autoevaluación del artículo**

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en la Argentina.

**Además del infarto de miocardio, ¿cuál es un factor determinante de la mortalidad de causa cardiovascular en Argentina?**

A, La fibrilación auricular; B, La insuficiencia cardíaca; C, El bloqueo auriculoventricular; D, Todas son correctas; E, Ninguna es correcta.

Verifique su respuesta en [www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/145112](http://www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/145112)

## c - Síndrome de Eisenmenger y retinopatía capilar obstructiva

### *Eisenmenger syndrome and obstructive capillary retinopathy*

Ana María Piñero Rodríguez  
Médica, Clínica Piñero, Sevilla, España

Alejandro Álvarez López  
Médico, Clínica Piñero, Sevilla, España

Estanislao Gutiérrez Sánchez  
Médico, Clínica Piñero, Sevilla, España

Antonio Piñero Bustamante  
Médico, Clínica Piñero, Sevilla, España

Acceda a este artículo en siicsalud	
	<p>Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)</p>
	<p>            Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.         </p> <p> <a href="http://www.siicsalud.com/dato/casiic.php/128924">www.siicsalud.com/dato/casiic.php/128924</a> </p>

#### ■ Introducción

El síndrome de Eisenmenger fue descrito por primera vez por Víctor Eisenmenger en 1897. Éste describió el caso de un paciente que presentaba cianosis y disnea desde la infancia; al morir, la autopsia reveló una comunicación interventricular con graves lesiones vasculares pulmonares. Posteriormente, el nombre de síndrome de Eisenmenger ha sido utilizado para describir la enfermedad vascular pulmonar y la cianosis resultantes de una comunicación sistémica-pulmonar.

Es una enfermedad congénita en la que un defecto cardíaco causa una inversión de la circulación sanguínea (derivación derecha-izquierda). Ésta provoca un aumento de la resistencia vascular pulmonar e hipertensión pulmonar. Presentamos el caso de una paciente con síndrome de Eisenmenger con comunicación interventricular no operado que se manifiesta con una afección ocular importante.

La incidencia de las cardiopatías congénitas es de aproximadamente el 1%. Alrededor del 8% del total presentan el síndrome de Eisenmenger. Un 11% de las cardiopatías congénitas con cortocircuito de izquierda a derecha presentan también este síndrome.<sup>1</sup>

La posibilidad de presentar el síndrome depende del tamaño y la localización del defecto. En los casos de comunicación interventricular, se producirá en el 3% de los pacientes con lesión pequeña o moderada (de hasta 1.5 cm) y aproximadamente en el 50% en los casos de lesiones grandes (más de 1.5 cm).

Los pacientes con síndrome de Eisenmenger pueden estar asintomáticos los primeros años de su vida. Es en la segunda o tercera década de la vida cuando se diagnostica, son características las siguientes manifestaciones: cianosis, disnea de esfuerzo, fatiga, poliglobulia, cefalea, mareos o síncope, alteraciones visuales, accidente cerebrovascular y alteraciones hemorrágicas.

No hay cura para el síndrome de Eisenmenger; sin embargo, en los últimos años, ha habido un gran avance en los nuevos tratamientos, cuya finalidad es disminuir la

presión de la arteria pulmonar, mejorar la oxigenación y reducir el grado de cianosis y eritrocitosis.

#### ■ Caso clínico

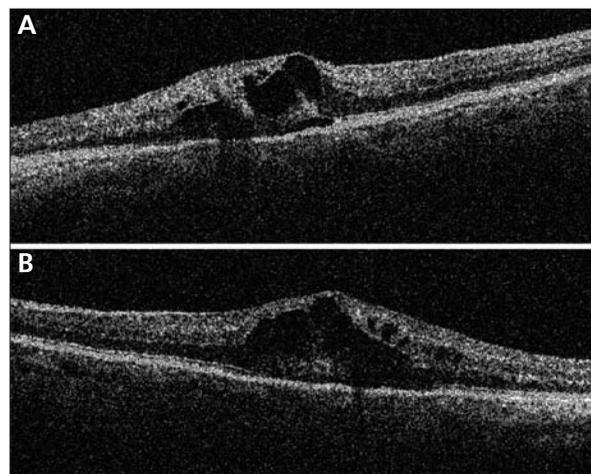
Se trata de una mujer de 43 años que acude a nuestro centro refiriendo pérdida de visión en ambos ojos. Otros síntomas que destaca la paciente son cefaleas y agotamiento físico.

En la exploración clínica constatamos una dilatación en las falanges distales de las manos, signo también conocido como dedos en "palillos de tambor" (Figura 1).

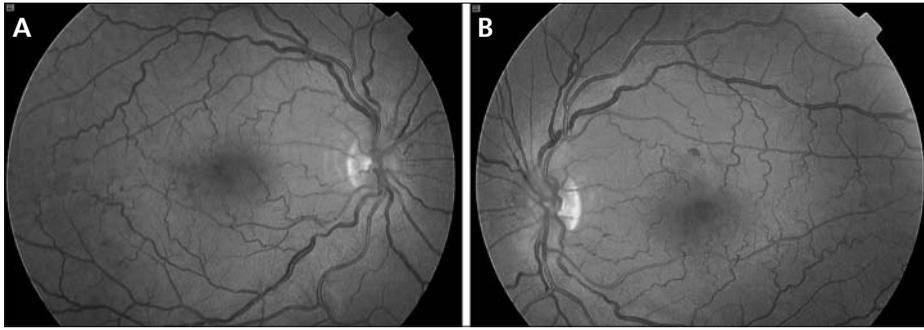
La agudeza visual sin corrección es de 5/10 en el ojo derecho (OD) y de 4/10 en ojo izquierdo (OI), sin anomalías del segmento anterior ocular. La presión intraocular es de 16 mm Hg en ambos ojos. La exploración bajo midriasis



**Figura 1.** Dilatación de las falanges distales de las manos de la paciente. Rasgo característico de los pacientes con hipertensión pulmonar y denominado acropaquia.



**Figura 2.** Tomografías de coherencia óptica (OCT). Edema macular quístico bilateral (471 micras en OD [A] y 580 micras en OI [B]) con leve desprendimiento neurosensorial de la retina subfoveal.

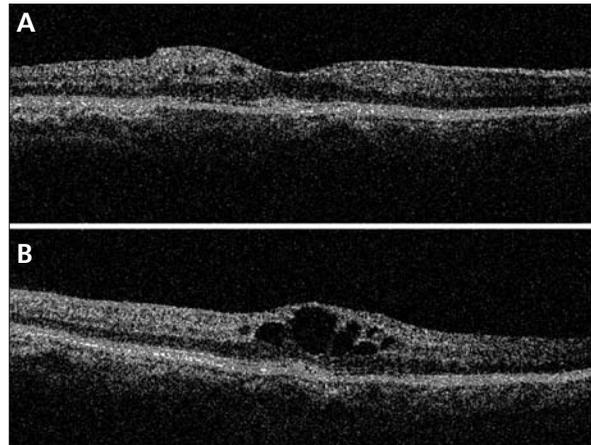


◀ **Figura 3.** A. Retinografía del OD que revela discreta tortuosidad venosa, dilatación de los pequeños vasos venosos con comunicaciones veno-venosas (*shunts*). B. Retinografía del OI que revela tortuosidad de los vasos venosos, dilatación de la red vascular foveal, edema macular quístico y una pequeña hemorragia intrarretiniana superior al área foveal.

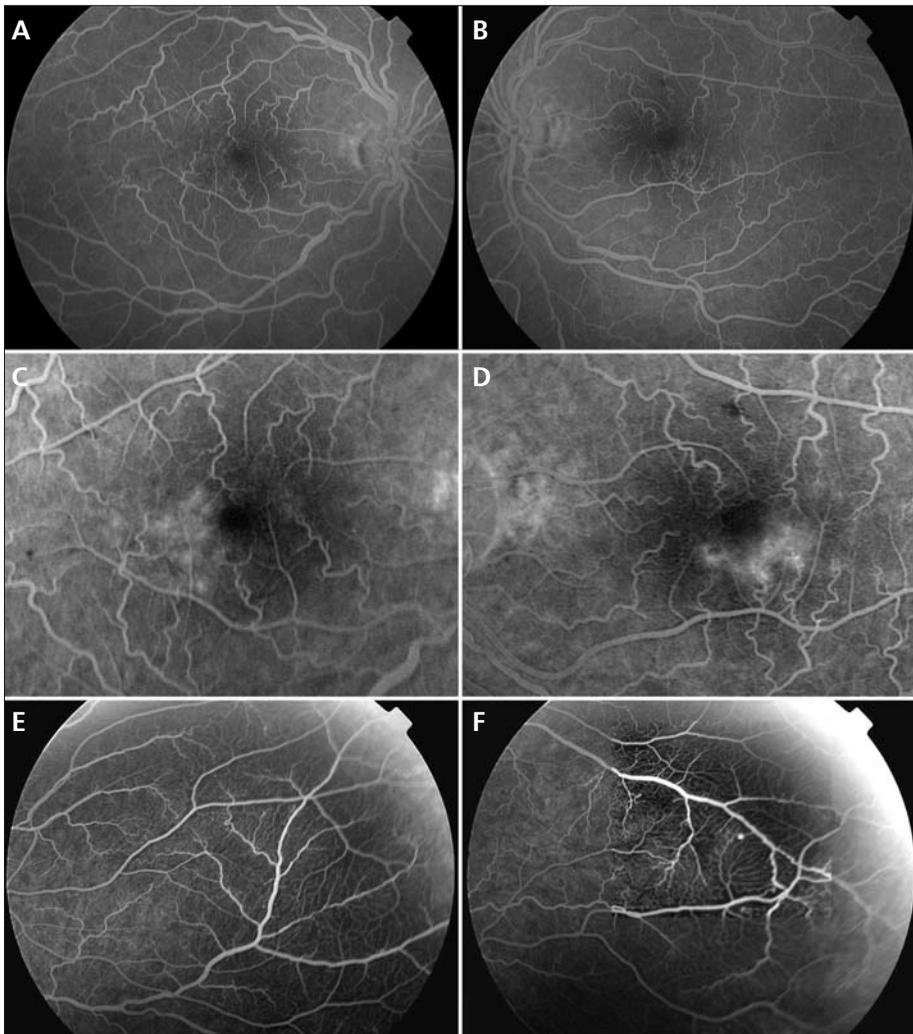
del fondo de ojo revela discreta dilatación venosa, microhemorragias intrarretinianas dispersas, dilatación de la red capilar retiniana con comunicaciones veno-venosas, edema macular puesto de manifiesto mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) (Figura 2).

A la paciente se le diagnosticó síndrome de Eisenmenger en la adolescencia y refiere no estar realizando correctamente sus controles. Como antecedente de interés, destaca haber sufrido un ictus 3 años antes. Refiere estar en tratamiento con nadroparina cálcica, con iloprostrometamol inhalatorio y omeprazol. Tras la exploración completa recomendamos a la paciente realizar una angiografía fluoresceínica, así como acudir a su especialista en medicina interna para la estabilización de su cuadro.

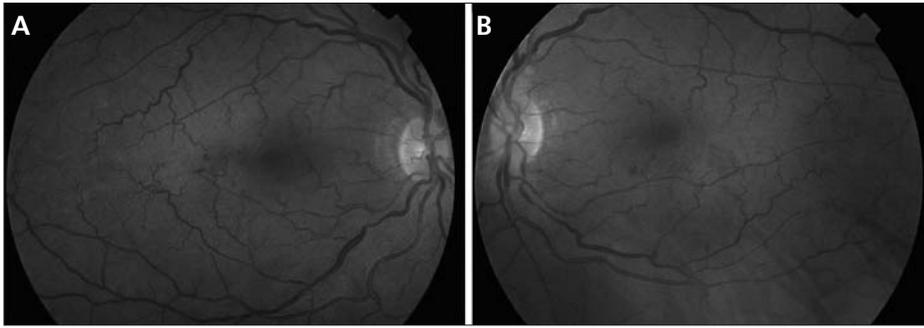
Al mes y medio acude a nuestro centro para control y realización de la angiografía, y refiere haber sido tratada



▲ **Figura 4.** Tomografías de coherencia óptica. A. OD, recuperación de la depresión foveal, aumento de la hiperreflectividad subfoveal de la unión de los segmentos externos de los fotorreceptores con el epitelio pigmentario de la retina. B. OI, persistencia del edema macular quístico central (393 micras).



◀ **Figura 5.** Angiografía fluoresceínica de ambos ojos. (A, B) Tiempos angiográficos tempranos (OD: 0.44 s; OI: 0.35 s) que revelan dilatación de la red capilar en ambos ojos, con inicio de hiperfluorescencia temporal a fovea en OD. (C, D) Detalle de la hiperfluorescencia de la mácula con los tiempos angiográficos (OD: 1.59 min; OI: 1.53 min). (E, F) Detalle de la hipoperfusión vascular de la periferia retiniana del OI con dilatación de pequeños vasos y puntos hiperfluorescentes dispersos compatibles con dilataciones microaneurismáticas.



◀ **Figura 6.** Retinografía de control a los 6 meses de evolución. Persiste la dilatación de los vasos venosos con alteración de su calibre, alteraciones microvasculares retinianas temporales a fovea en OD (A); no se observa edema macular.

con varias flebotomías y oxigenoterapia, ya que las pruebas de laboratorio revelaron un hematocrito del 51% y cifras de hemoglobina de 15.8 g/dl. Tras el tratamiento la paciente notó una mejoría significativa de sus síntomas visuales.

En este momento, la agudeza visual sin corrección es de 8/10 y 5/10 en OD y OI, respectivamente. En las retinografías se observa reabsorción de las microhemorragias (Figura 3) y mejoría del edema constatada mediante OCT (Figura 4).

En la angiografía confirmamos la dilatación de la red capilar vascular y las comunicaciones veno-venosas y se puso de manifiesto edema macular angiográfico. En la retina periférica se observan zonas de hipoperfusión coroidea (Figura 5).

Tras la mejoría del cuadro con un buen control sistémico decidimos observar estrechamente a la paciente. En su último control, a los 6 meses, la paciente está bien, la agudeza visual ha mejorado, es de 0.95 y 0.85 en OD y OI, respectivamente. Refiere estar en tratamiento con iloprost-trometamol cada 2.5 horas, flebotomías periódicas e infusión de hierro intravenoso.

El fondo de ojo revela mínimas alteraciones vasculares (Figura 6), la OCT no muestra edema macular (Figura 7).

### ■ Conclusiones

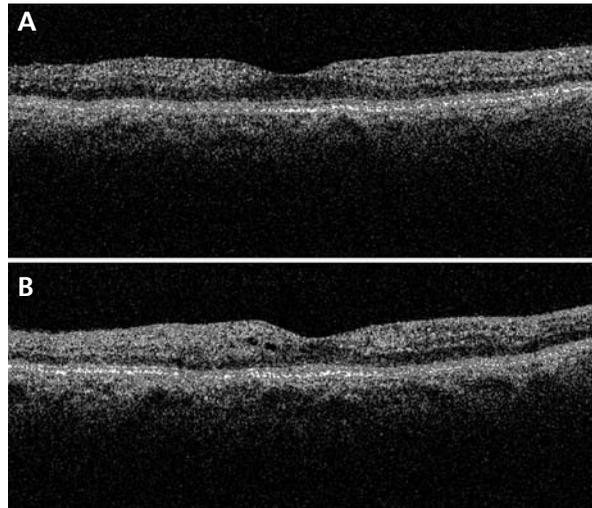
Las cardiopatías congénitas cianóticas pueden provocar alteraciones en la microcirculación retiniana, produciendo alteraciones visuales. En los adultos, la causa más común de cardiopatía cianótica congénita son la tetralogía de Fallot y el síndrome de Eisenmenger. La incidencia de las cardiopatías congénitas es del 1%.

Las formas de presentación a nivel ocular son diferentes. Crowe<sup>2</sup> describió casos con dilatación vascular retiniana, aumento de la tortuosidad de los grandes y pequeños vasos, e incluso un caso de papiledema. Krarup<sup>3</sup> describió un caso de cardiopatía grave con atresia tricuspídea, defecto del tabique auricular y tronco arterioso y persistencia del *ductus* arterioso, que cursó con neovascularización iridiana bilateral con hipemias espontáneos y mínimas alteraciones retinianas.

La localización de las lesiones oculares está relacionada con el tiempo de evolución de la enfermedad general.<sup>4</sup> En casos pediátricos es más frecuente encontrar afección central, en el polo posterior de la retina. En el caso de los adultos hay, además de afección central, mayor afección de la periferia de la retina, hecho que se explica por la tendencia a la cronicidad de la enfermedad.

Se ha observado que tras el control y el tratamiento médico o quirúrgico de la enfermedad cardíaca mejora consecuentemente la afección ocular, por lo que existe una relación de causa-efecto.<sup>5,6</sup>

El grado de compromiso de la afección sistémica influye, por ende, en la afección ocular. Peterson y Rosenthal<sup>7</sup> es-



▲ **Figura 7.** OCT de control a los 6 meses de evolución en las que se observa recuperación de la depresión foveal normal en ambos ojos (A, B). En el OI (B) aún persistían 2 pequeños quistes intrarretinianos yuxtatafoveales.

tudieron 83 pacientes con cardiopatía cianótica y concluyeron que el grado de afección retiniana estaba estrechamente relacionado con la saturación arterial de oxígeno y con el nivel del hematocrito. Tsutsumi,<sup>8</sup> tras estudiar 211 pacientes con cardiopatía cianótica concluyó que la razón dilatación-tortuosidad de los vasos se correlaciona con la gravedad de la policitemia secundaria.

Muchas son las enfermedades sistémicas que pueden producir retinopatía, por lo que se tendrán que tener en cuenta para realizar el diagnóstico diferencial. Entre ellas destacamos la diabetes mellitus, fácil de diagnosticar; la enfermedad de las células falciformes, que se diferenciaría realizando un análisis de la sangre periférica; la enfermedad de Eales y el síndrome de aortitis.

Los pacientes con síndrome de Eisenmenger se caracterizan por tener baja saturación de oxígeno,<sup>9</sup> que resulta del cortocircuito de la sangre sistémica venosa a la del circuito arterial. Estos cambios en la sangre pueden provocar fenómenos tromboembólicos, complicaciones cerebrovasculares y síndrome de hiperviscosidad sanguínea.

Es importante resaltar el alto riesgo<sup>1</sup> de estos pacientes de presentar enfermedad ocular, el cual se acentuó en casos de mal control sistémico o de mucho tiempo de evolución.

Consideramos que es aconsejable y necesaria la valoración global de estos pacientes, mediante la revisión oftalmológica periódica.

## Comentario

### Síndrome de Eisenmenger y retinopatía capilar obstructiva

#### Gabriel Monti

Medicina Interna, Jefe Responsable de Sala, Hospital Central de San Isidro, San Isidro, Buenos Aires, Argentina

El artículo *Síndrome de Eisenmenger y retinopatía capilar obstructiva*, de la Dra. Ana María Piñero Rodríguez y col. presenta una interesante puesta al día de las alteraciones visuales asociadas con las cardiopatías congénitas cianóticas que afectan a los adultos, en particular el síndrome de Eisenmenger.

En pacientes con cardiopatías congénitas cianóticas, la hipoxemia crónica induce cambios importantes tanto en la función como en la estructura de los vasos sanguíneos. Algunas de estas alteraciones generan mala adaptación y, probablemente, contribuyen a una alteración de la función endotelial y una mayor incidencia de eventos trombóticos y embólicos. La información reciente sugiere que la alteración de la función endotelial, una secuela de la cianosis crónica, podría ser un factor importante en la patogénesis de riesgo cardiovascular asociado con la cianosis y, por ende, ser uno de los mecanismos responsables de la retinopatía vinculada con esta afección. También entran en consideración el efecto

que provocan tanto la hiperviscosidad sanguínea como los fenómenos tromboembólicos sobre la afectación retiniana en estos pacientes. Sin embargo, cabe señalar que los síntomas de hiperviscosidad raramente se producen con valores de hemoglobina menores de 18 a 20 mg/dl.

Asimismo, el artículo demuestra la reversibilidad de los síntomas, en particular las alteraciones visuales, con un tratamiento médico o quirúrgico adecuado. El O<sub>2</sub> puede ser útil en aquellos pacientes con hipoxemia grave, aunque por sí solo rara vez revierte los síntomas visuales. La flebotomía con reemplazo del volumen y posterior corrección de la ferropenia con aporte de suplementos de hierro provoca un aumento del volumen minuto y del transporte de O<sub>2</sub>, con franca mejoría de los síntomas dentro de las primeras 24 horas. La anticoagulación sólo tiene indicación en los casos de embolia paradójica, como probablemente debió presentar esta paciente, ya que estaba anticoagulada con nadroparina cálcica. El tratamiento definitivo del síndrome de Eisenmenger consiste en el trasplante pulmonar o cardiopulmonar, con una supervivencia en el primer año del 80% y a los 10 años del 50% al 60%.

#### Lista de abreviaturas y siglas

OD, ojo derecho; OI, ojo izquierdo; OCT, tomografía de coherencia óptica

#### Cómo citar este artículo

Piñero Rodríguez AM, Álvarez López A, Gutiérrez Sánchez E, Piñero Bustamante A. Síndrome de Eisenmenger y retinopatía capilar obstructiva. *Medicina para y por Residentes* 5(4):17-20, Oct 2016.

#### How to cite this article

Piñero Rodríguez AM, Álvarez López A, Gutiérrez Sánchez E, Piñero Bustamante A. Eisenmenger syndrome and obstructive capillary retinopathy. *Medicina para y por Residentes* 5(4):17-20, Oct 2016.

#### Autoevaluación del artículo

Los pacientes con síndrome de Eisenmenger pueden permanecer asintomáticos los primeros años de su vida. En la segunda o tercera década de la vida, al momento del diagnóstico, se describen distintas manifestaciones, como la cianosis, la cefalea o los mareos.

#### ¿Cuál de estas características se verifica en el síndrome de Eisenmenger?

A, Poliglobulia; B, Hiperviscosidad; C, Fenómenos embólicos; D, Todas son correctas; E, Ninguna es correcta.

Verifique su respuesta en: [www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/128924](http://www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/128924)

#### Bibliografía

1. Garofalo FB. El síndrome de Eisenmenger en el adulto. 2003. <http://fac.org.ar/1/revista/03v32n1/revista/re02/garofa.PDF>.  
2. Crowe RJ, Kohner EM, Owen SJ, Robinson DM. The retinal vessels in congenital cyanotic heart disease. *Med Biol Illus* 19:95, 1969.  
3. Krarup JC. Atypical rubeosis iridis in congenital cyanotic heart disease. Report of a case with microhaemangiomas at the pupillary margin causing spon-

aneous hyphaemas. *Acta Ophthalmol* 55:581, 1977.  
4. Harino S, Motokura M, Nishikawa N, y cols. Chronic ocular ischemia associated with the Eisenmenger's syndrome. *American Journal of Ophthalmology* 117:302-307, 1994.  
5. Azevedo Simão F, Montes Pena F, Arêdo Carvalho F, y cols. Síndrome de Eisenmenger en un paciente con comunicación interauricular. A propósito de un caso. *Insuf Card* 4(5):201-204, 2010.  
6. Tsui I, Shamsa K, Perloff JK, y cols. Retinal vascular

patterns in adults with cyanotic congenital heart disease. *Semin Ophthalmol* 24:262-5, 2009.  
7. Peterson RA, Rosenthal A. Retinopathy and papilledema in cyanotic congenital heart disease. *Pediatrics* 49:243, 1972.  
8. Tsutsumi A. Retinopathy in cyanotic congenital heart disease. *Jpn Clin Ophthalmol* 37:933, 1983.  
9. Rodríguez N, Elliott D. Bilateral central retinal vein occlusion in Eisenmenger syndrome. *Am Journal of Ophthalmology* 132(2):268-269, 2001.

#### Curriculum Vitae abreviado de la autora



**Ana María Piñero Rodríguez.** Licenciada en Medicina, Universidad de Sevilla, 1998 a 2004. Residente Oftalmología en Centro de Oftalmología Barraquer, Barcelona, España, 2005 a 2009. Suficiencia Investigadora para Tesis Cirugía del agujero macular sin posicionamiento postquirúrgico. Resultados a largo plazo, Universidad de Sevilla, Sevilla, España, 2010. Máster Patología y cirugía de mácula, vítreo y retina, Instituto Universitario Barraquer- UAB, Barcelona, España. Máster European VitreoRetinal Training School, EVRS, Bremen, Alemania, 2010. Participaciones en congresos y publicaciones en libros y revistas tanto nacionales como internacionales más recientes. Labor actual, Oftalmología general, Cirugía ocular de segmento anterior, Clínica Piñero, Sevilla, España.

## D - El acompañamiento terapéutico como estrategia de salud pública

### *The therapeutic companion as a public health tool*

Susana Fernández Carral

Médica, Especialista en Salud Pública, Presidente de Médicos en Prevención, La Plata, Argentina

<b>Acceda a este artículo en siicsalud</b>	
	<b>Código Respuesta Rápida</b> <i>(Quick Response Code, QR)</i>
	 Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de la autora.  <a href="http://www.siicsalud.com/acise_viaje/ensicas.php?id=146764">www.siicsalud.com/acise_viaje/ensicas.php?id=146764</a>

Los nuevos escenarios socioeconómicos y políticos en la Argentina, sumados a los cambios epidemiológicos de las últimas décadas, provocaron transformaciones en las condiciones de vida y en la cotidianidad de la comunidad, y uno de esos cambios en particular son los modos de enfermar de las personas, sin que todavía se hayan revertido adecuadamente las estrategias de respuesta en el sistema de salud para mitigarlos.

No es que ya no hagan falta hospitales, ni medicamentos ni médicos, pero la actual prevalencia de padecimientos que están más vinculados con el comportamiento, tanto individual como social, nos plantea una urgente revisión de conceptos y operatorias que rigen las prácticas en los servicios de salud.

Las enfermedades crónico-degenerativas, como también los incidentes traumáticos y de violencia de distinta índole, sumados a la mayor supervivencia de pacientes con grandes déficits psicofísicos, han aumentado los índices de discapacidad, dejando a miles de personas limitadas para afrontar sus actividades corrientes, tanto las relacionadas con la vida productiva como la social.

La discapacidad, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (Organización Mundial de la Salud) es un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación.

La persona con limitaciones físicas, sensoriales o mentales sufre la discapacidad, no por los padecimientos en sí mismos, sino como resultado de sus derivaciones, es decir, por la exclusión de oportunidades educativas, laborales y de los servicios públicos que estas últimas generan y son esas condiciones de aislamiento las que el sistema aún no logra modificar.

En la Argentina, de acuerdo con el último Censo 2010, el 12.9% de la población tiene alguna discapacidad, lo que implica más de 5 millones de personas, de las cuales el 11.7% son menores de 15 años y el 48.5% está entre 15 y 64 años, es decir, compromete a la población más joven.

Visto desde una perspectiva económica, el aumento de la discapacidad y de la expectativa de vida y la disminución de la tasa bruta de mortalidad causan un incremento en el índice de dependencia (proporción de población no

económicamente activa con respecto a la población económicamente activa), lo que significa un aumento de la cantidad de personas pasivas cuyos beneficios sociales deben ser provistos por la población activa. Por lo tanto, esto justifica ampliamente las necesidades de reformulación de los servicios y las modalidades de atención con prácticas, diferenciadas, menos complejas, menos costosas y más oportunas.

Asimismo, la situación se complica aún más si sumamos las cuestiones de salud-enfermedad asociadas con una cultura de hiperconsumo que originan, al margen de las sustancias involucradas, situaciones de riesgo sobregadas.

En ese marco, el sistema de salud en la Argentina, que sigue siendo fragmentado y orientado a la utilización desmedida de la alta complejidad y tecnología (entendida como aparatología) especializada, obliga a un replanteo sobre la formación, el desempeño y la potencialidad de los equipos de salud.

Tanto el financiamiento como el aspecto formativo han conspirado con la esencia misma del arte de curar, que es cuidar (origen etimológico de la palabra medicina, cuyo significado es: curar, aliviar, cuidar), figura que debe ser recuperada en todas las instancias y los principios de las nuevas modalidades de actuación.

### Lo "mental" y lo "no mental" del acompañamiento

El acompañamiento terapéutico constituye, para algunos, un dispositivo y para otros, una función. Tiene su origen hace décadas en el campo de la salud mental, a partir de la publicación, en 1947, de un libro de la Dra. M. A. Sechehaye –una terapeuta suiza– que da cuenta de una de las primeras experiencias en este tipo de abordaje.

Podríamos asegurar que, aun hoy, el acompañante terapéutico (AT) se mantiene estrechamente vinculado con dos cuestiones principales: por un lado, con el concepto *psí* del acompañamiento y, por otro lado, como la práctica situada en relación con la medicina privada.

Posicionados en una visión integral e integradora de la salud y a pesar, como dice Mías (2008), de los acuerdos existentes respecto de la indivisibilidad de la salud del individuo, en la práctica todavía resulta difícil la aplicabilidad de dichos conceptos, más allá de que la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) mencione como anacrónica la distinción entre trastornos mentales y físicos (American Psychiatric Association, 1995).

Para revertir dichas situaciones, el AT requiere de un mayor afianzamiento como integrante del equipo de salud, posicionarse como mediador que suma la cotidianidad del paciente y acerca las distancias que habitualmente existen entre la persona que padece y la institución responsable de la atención.

Pero eso requiere una nueva visión de lo que implica institución, aceptando que el hacer también construye institucionalidad, reconociendo que los equipos de trabajo articulados, y no sólo el hospital o los centros de salud, son instituciones. Pensar la institucionalidad nos obligaría a la cita de numerosos pensadores y académicos, pero tomamos el planteamiento de Castoriadis (1998) que afirma: *"Entiendo por institución normas, valores, lenguaje, herramientas, procedimientos y métodos de hacer frente a las cosas y de hacer las cosas..."* y sigue: *"Aquello que mantiene unida a la sociedad es una institución"*.

De esa manera, el AT se irá instituyendo en el sistema de salud a partir del propio ejercicio, pero sabiendo que se es acompañante sólo acompañando.

En momentos en los que las instituciones, no sólo sanitarias sino educativas, jurídicas y sociales, entre otras, han naturalizado funcionamientos expulsivos, el AT puede facilitar una comunicación más directa con la persona padeciente, la familia y el equipo tratante, además de facilitar la territorialización de la atención.

Territorializar no remite sólo a territorio área, geográfica, donde se debe intervenir, sino además, y principalmente, a territorio, área relacional. Es decir, como plantea Chiara (2011): *"Supone distintos modos de apropiación del territorio, que se ponen también en juego en la construcción de la estructura sanitaria"*.

Dicha acción comporta la posibilidad de una apertura de las instituciones mencionadas a realidades y dinámicas

cas sociales complejas, muchas veces desconocidas por el funcionamiento endogámico en que se ha caído.

Pero para profundizar dicho proceso, la formación y la actividad de los agentes deben salirse de las viejas prácticas y los modelos ideológicos dogmáticos, evitando quedar atrapados en el mismo funcionamiento; ello supone un profundo debate en todos los espacios formativos y de gestión, que interpele además la voluntad de todo el equipo de salud para diluir posibles resistencias.

Visto desde una perspectiva integradora de la salud, el AT es entonces un trabajador sanitario, capacitado para cuidar, aliviar en distintas situaciones y padecimientos, ya sean psíquicos, físicos, sociales o educativos, a modo de dispositivo preventivo.

El acompañante, en estos términos, será un nuevo integrante del equipo de salud pública complementario, facilitador y promotor en la tarea de reforma del modelo de atención. Un modelo de atención que, además, pone en riesgo al propio sistema por lo desgastado y poco efectivo.

El AT supone, en ese marco, facilitar la inclusión social de las personas que padecen un malestar psíquico, físico o relacional y pensar la salud sin un territorio especial. Se transforma, entonces, en un servicio de apoyo sanitario y social, pero de modo vivencial y no interpretativo, con potencialidad de promover habilidades remanentes y generar redes solidarias de contención para lo cual poner el cuerpo es su herramienta principal.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2016  
www.siic.salud.com

*La autora no manifiesta conflictos de interés.*

## Comentario

### El acompañamiento terapéutico como estrategia de salud pública

#### Myriam Medina

Odontóloga  
Resistencia, Chaco, Argentina

Si se toma en cuenta los datos aportados por la presente publicación respecto de Argentina, según el último Censo 2010, el 12.9% de la población tiene alguna discapacidad, y el 11.7% son menores de 15 años y el 48.5% está entre los 15 y 64 años; es decir, compromete a la población más joven. Desde el punto de vista económico, el incremento de la discapacidad y de la expectativa de vida y la disminución de la tasa bruta de mortalidad causan un incremento en el índice de dependencia, o sea, conlleva a un aumento de la cantidad de personas pasivas con beneficios sociales que deben ser solventados por la población activa. Son todas situaciones que llevan al replanteamiento de la organización de los servicios sanitarios, por lo que es necesario modificar las estrategias de atención, convirtiéndolas, de ser posible, en ambulatorias, rentables y más oportunas. Dentro de este marco, el acompañamiento terapéutico (AT) adquiere protagonismo como recurso humano capacitado para asistir a personas que están atravesando alguna circunstancia o proceso que afecta su salud, con lo cual pueden beneficiarse en forma directa diversos grupos vulnerables relacionados con estas problemáticas de salud mental, discapacidad, adicciones o vejez, así como los pacientes con afecciones duales. Su actividad se

desarrolla y configura de acuerdo con la problemática del paciente asistido, las características sociofamiliares, el momento y los objetivos del tratamiento y los ámbitos donde se encuentra. Con el paso del tiempo, la incorporación del AT a otras situaciones se ha ido ampliando; un ejemplo de ello es la solicitada por los juzgados de familia, que requieren trabajar en los procesos de revinculación. También se suele solicitar su intervención en el ámbito escolar, con la finalidad de favorecer la permanencia en el sistema educativo de niños con padecimientos psíquicos severos o discapacidad. Finalmente, es más conocida su presencia junto a pacientes con enfermedades orgánicas crónicas o terminales. También es cierto lo señalado por el presente artículo, respecto de que las personas con ciertos padecimientos, no sólo sufren por los mismos, sino que además lo hacen por las repercusiones que éstos conllevan, como ser la exclusión de oportunidades educativas, laborales y sociales, todas generadoras de condiciones de aislamiento. Por lo que la presencia del AT en muchos casos evitaría la internación psiquiátrica o bien reduciría su estadía, evitando la marginación del paciente, logrando la contención y sociabilización del mismo. Una de las tareas del AT es la de oficiar de sostén para que el paciente pueda mantener su función dentro de la familia, comunidad y ámbito social, conservando las actividades vinculadas con lo laboral o educativo, cooperando con la realización de tareas que promuevan el desarrollo del lazo

vincular-social, siempre apuntando a mejorar la calidad y estilo de vida del paciente. El AT debe adecuarse a las particularidades de cada paciente, insertándose en la vida cotidiana del mismo, pero además trabajando en conjunto con el equipo médico. Su actividad se desarrolla y configura de acuerdo con la problemática del paciente asistido, las características socio-familiares, el momento y objetivos del tratamiento y los ámbitos donde se encuentra. Una de las tareas del AT es la de oficiar de sostén para que el paciente pueda mantener su función dentro de la familia, la comunidad y el ámbito social. El objetivo es que el paciente pueda conservar

actividades vinculadas con lo laboral o lo educativo, cooperando con la realización de tareas que promuevan el desarrollo del lazo vincular-social, siempre apuntando a mejorar la calidad y el estilo de vida del enfermo.

Para lograr el mejoramiento de las situaciones planteadas en Argentina, el AT requiere de una mayor consolidación como integrante del equipo de salud, con mayor presencia en la cotidianeidad de los pacientes que así lo requieren, de manera de aproximar a éstos con la institución responsable de su atención, lo cual favorecerá la integración familiar, social, educativa y laboral, según sea el caso.

#### Cómo citar este artículo

Fernández Carral S. El acompañamiento terapéutico como estrategia de salud pública. Medicina para y por Residentes 5(4):21-23, Oct 2016.

#### How to cite this article

Fernández Carral S. The therapeutic companion as a public health tool. Medicina para y por Residentes 5(4):21-23, Oct 2016.

#### Bibliografía sugerida

Castoriadis C. Los dominios del hombre, Las encrucijadas del laberinto. España: Gedisa Editorial; 1998.  
Cavagna N. ¿Qué es el acompañamiento terapéuti-

co? Dinámica 1(1), 1994.

Chiara M. Buscando conceptualizar la relación entre política de salud y territorio: algunas reflexiones. Panel: "La territorialización de la cuestión social y de

las políticas sociales". Congreso Latinoamericano de Estudios Urbanos; 2011.

Mias CD. Principios de neuropsicología con orientación ecológica. Córdoba: Editorial Encuentro; 2008.

## Prevalencia de arritmias cardíacas en hombres sanos maratonistas

Klinikum der Universität München, München, Alemania

*American Heart Journal* 170(1):149-155, Jul 2015

*En los atletas sin enfermedad cardiovascular, la prevalencia de arritmias se reduce durante la maratón y después de ésta. El riesgo de arritmias no se vincula con los cambios en los marcadores de daño miocárdico e inflamación ni con las modificaciones en los niveles séricos de los electrolitos.*

La actividad física moderada se asocia con múltiples beneficios en términos de la salud cardiovascular; sin embargo, el ejercicio intenso, por ejemplo el que realizan los corredores de maratonistas, incrementa el riesgo de muerte súbita cardíaca (MSC) vinculada con el ejercicio. Las arritmias malignas, en los sujetos con enfermedad cardiovascular (ECV), representan la principal causa de paro cardíaco relacionado con la actividad física intensa. Los hombres de mediana edad con complejos ventriculares prematuros (CVP) frecuentes, inducidos por el ejercicio, parecen ser particularmente susceptibles a presentar MSC. Si bien se han identificado diversos factores que podrían inducir arritmias durante la actividad física, su importancia en los maratonistas no ha sido establecida con exactitud.

La miocardiopatía y la enfermedad coronaria aumentan el riesgo de arritmias graves durante el ejercicio. Varios trabajos demostraron que los hombres con enfermedad cardíaca estructural y CVP tienen mayor riesgo de mortalidad por causas cardiovasculares, en comparación con sus pares sin CVP. El ejercicio intenso y sostenido se asocia con la liberación de marcadores cardíacos, por ejemplo troponina, que podrían reflejar daño miocárdico transitorio, vinculado a su vez con una mayor predisposición a la aparición de arritmias malignas. El riesgo aumenta aun más en el contexto de los cambios en la actividad del sistema nervioso central (estimulación simpática) y por los trastornos en la repolarización del miocardio. Los desequilibrios en los electrolitos, fundamentalmente la hiponatremia, también contribuirían al mayor riesgo de MSC en los corredores de maratón.

En el presente estudio, los autores tuvieron por finalidad detectar arritmias inducidas por el ejercicio mediante electrocardiograma (ECG) Holter, en maratonistas de sexo masculino sin alteraciones cardíacas estructurales.

### Pacientes y métodos

El presente subestudio, *Enzy-Magic-Holter*, fue parte del estudio *Enzy-Magic*, una investigación prospectiva, aleatorizada, a doble ciego y controlada con placebo. Fueron incluidos pacientes de 20 a 65 años que habían completado, al menos, media maratón y que participarían en la maratón de Munich de 2013. En forma basal, 4 a 5 semanas antes de la maratón (V1), se realizó examen

físico y ECG, se registraron los parámetros antropométricos y se efectuó ecocardiografía, ultrasonido de las arterias carótidas y prueba de ejercicio en cinta ergométrica. En 20 de los 166 participantes, seleccionados de manera aleatoria, se efectuó registro Holter basal de 24 horas en V1, inmediatamente antes de la maratón (V2) y 24 y 72 horas después de ésta (V3 y V4, respectivamente). En los mismos momentos se tomaron muestras de sangre para la determinación de los niveles séricos de interleuquina (IL) 6, troponina T cardíaca ultrasensible (hs-cTnT), proteína C-reactiva ultrasensible (PCRus) y electrolitos.

En condiciones basales se realizó ECG de 12 derivaciones, luego de 5 minutos de reposo. En V1 se efectuó registro Holter de tres canales, en tanto que en V2, V3 y V4 se utilizó un dispositivo inalámbrico de una derivación. Los cambios normales en el ECG se distinguieron de aquellos anormales según las recomendaciones vigentes; se tuvieron en cuenta la frecuencia cardíaca, la onda P, el intervalo PQ, la duración de los complejos QRS y la duración del intervalo QT y QT corregido (QTc) según la fórmula de Bazett. En los registros Holter se determinó el número absoluto de complejos auriculares prematuros (CAP) y de CVP, la bradicardia sinusal (30 latidos por minuto [lpm] o menos), las pausas sinusales (de 3 segundos o más) y la presencia de aleteo o fibrilación auricular o ventricular. Para los parámetros bioquímicos relacionados con la deshidratación se efectuó la corrección según el volumen plasmático, calculado con la fórmula de Dill y Costill. Se registraron los cambios en los latidos prematuros durante el día (8 de la mañana a 8 de la noche) en el registro Holter basal y los obtenidos durante y después de la maratón.

### Resultados

La cohorte para el presente trabajo estuvo integrada por 20 hombres. El tiempo promedio de registro Holter en V1 fue de 23 horas; los registros que comenzaron inmediatamente antes de la maratón tuvieron una duración promedio de 63 horas y 36 minutos.

La media de la frecuencia cardíaca en el registro Holter de 24 horas, antes de la maratón, fue de 66 lpm; durante la carrera, la frecuencia cardíaca aumentó sustancialmente a  $150 \pm 12$  lpm ( $p < 0.001$ ). Una hora después, la frecuencia fue de  $106 \pm 12$  lpm ( $p < 0.001$ ). El promedio de latidos por minuto fue similar en el registro Holter, realizado antes de la maratón y luego de ésta ( $66 \pm 7$  y  $67 \pm 5$  lpm,  $p = 0.229$ ), con elevada correlación entre sí ( $r = 0.801$ ;  $p < 0.001$ ).

La mediana del número de CAP fue baja, de 9 por 100 000 latidos (rango intercuartílico [RIC]: 3 a 25) en el registro Holter previo a la maratón y de 7 por 100 000 latidos (RIC: 5 a 31) en los registros obtenidos luego de ésta. La mediana del número de CVP fue de 4 y 2 por 100 000 en esos momentos (RIC: 2 a 16 y RIC: 1 a 3). Un paciente presentó CVP

frecuentes en el ECG previo a la maratón (147 CVP/24 horas en V1), pero no tuvo CVP durante la actividad física.

En comparación con los valores basales, el número de CAP por 100 000 latidos disminuyó significativamente durante la maratón ( $p < 0.001$ ); el mismo patrón se observó para los CVP ( $p = 0.008$ ). El número de CAP se mantuvo disminuido hasta una hora después de la carrera ( $p < 0.001$ ), en tanto que la cantidad de CVP no difirió significativamente, respecto de los registros basales. No se observaron casos de taquicardia, bradicardia o arritmias malignas de origen auricular o ventricular.

En el 25% de los ECG de reposo se observaron indicios de hipertrofia auricular izquierda; un paciente presentó bloqueo de rama derecha (QRS = 122 ms) y 2 participantes tuvieron bradicardia, durante la noche que siguió a la maratón.

Los niveles séricos de magnesio se redujeron significativamente luego de la maratón ( $p < 0.001$ ); en cambio, no se registraron cambios relevantes en la concentración de otros electrolitos. La mediana de la concentración de hs-cTnT y de IL-6 aumentó en 4 y 17 veces, respectivamente, después de la carrera ( $p < 0.001$  en ambos casos). No se observaron asociaciones sustanciales entre los cambios en estos marcadores o en los electrolitos y la prevalencia de latidos prematuros.

La concentración promedio de cortisol aumentó significativamente luego de la maratón (de 5.21 ng/ml a 24.19 ng/ml luego de ésta;  $p < 0.001$ ); los niveles volvieron a los basales (en V1) en el transcurso de las 72 horas ( $p < 0.001$ ). Los niveles más altos de cortisol después de la carrera (V2) se asociaron con un número más bajo de CAP durante la maratón, una hora después de la carrera ( $r = -0.4$ ;  $p = 0.054$ ) y hasta 72 horas después de ésta (V4;  $r = -0.5$ ;  $p = 0.047$ ). En cambio, no se encontraron correlaciones entre los niveles de cortisol y la prevalencia de CVP ( $r = 0.1$ ;  $p = 0.860$ ).

### Discusión

Por primera vez en el presente estudio se analizaron las arritmias cardíacas durante y después de la actividad física intensa. En los maratonistas evaluados en esta ocasión, sin ECV, se comprobó una prevalencia reducida de arritmias cardíacas; además, no se encontraron asociaciones importantes entre las arritmias inducidas por la actividad física y los cambios en los marcadores de daño miocárdico, inflamación o estrés y en los niveles de los electrolitos.

En diversos estudios se describió un mayor riesgo de MSC en el contexto de la actividad física intensa, por mecanismos que todavía no se han esclarecido. Se ha sugerido que en los atletas de menos de 35 años, sin ECV, las arritmias cardíacas malignas no diagnosticadas podrían ser la causa de MSC. En 2 estudios anteriores, las arritmias ventriculares (AV), en particular los CVP

frecuentes durante el ejercicio y la fase de recuperación (FR), se asociaron con mayor riesgo de mortalidad.

En un trabajo previo, realizado con 6101 hombres de mediana edad de Francia sin ECV seguidos durante un período prolongado, la presencia de CVP frecuentes durante el ejercicio se asoció con mayor mortalidad por causas cardiovasculares, en comparación con los sujetos sin estas arritmias. En otra investigación en pacientes seguidos durante 5.3 años en promedio se comprobaron índices más altos de mortalidad en los pacientes que presentaron CVP frecuentes durante la FR, luego de la prueba de ejercicio.

Se considera que las AV durante la actividad física reflejan el predominio simpático, respecto del parasimpático; en este escenario, el ejercicio físico intenso generaría un ambiente de hiperestimulación simpática o atenuaría la actividad vagal durante la FR. Sin embargo, en el presente trabajo no se comprobó una mayor prevalencia de arritmias en hombres sanos corredores de maratón. Más aun, los sujetos con niveles más altos de cortisol, inmediatamente después de la maratón, tuvieron un número más bajo de CAP durante y en los 3 días posteriores a la maratón. Tampoco se observaron CVP frecuentes ni arritmias malignas durante la maratón o en la FR.

Las alteraciones de la repolarización cardíaca también podrían desencadenar arritmias durante la actividad física intensa. Asimismo, se ha sugerido que los CVP que tienen lugar durante el ejercicio físico vigoroso podrían reflejar isquemia cardíaca asociada con el ejercicio, por ejemplo en sujetos con ECV o enfermedad coronaria no identificada. Los CVP frecuentes son comunes en los hombres, con ECV o sin ésta. En los pacientes con ECV, los CVP frecuentes se asocian con un aumento del riesgo de mortalidad, en tanto que esta asociación no ha sido descrita en los sujetos sin ECV. Los trastornos cardíacos estructurales, como la miocardiopatía hipertrófica o la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, se asocian con mayor riesgo de MSC, en relación con la aparición de CVP. En los atletas, la MSC podría ser la primera manifestación clínica de una alteración cardíaca estructural.

En un estudio con 355 atletas jóvenes de 24.8 años en promedio, los autores sugirieron que los CVP podrían representar el síndrome del corazón del atleta, sin consecuencias clínicas relevantes. En el presente trabajo, el número de CVP fue bajo antes, durante y después de la maratón.

Los CAP, en cambio, son muy frecuentes en los atletas; no obstante, la importancia pronóstica de este hallazgo en atletas asintomáticos todavía no se determinó. Los CAP podrían ser un signo de ECV subclínica o un marcador temprano de remodelado ventricular estructural o eléctrico en respuesta al entrenamiento físico. En la cohorte evaluada en la presente ocasión, el

número de CAP disminuyó sustancialmente durante el ejercicio.

La utilización de ECG de una derivación, la falta de estudios complejos (cateterismo cardíaco o resonancia magnética) para descartar ECV subyacente y el tamaño reducido de la muestra fueron algunas de las limitaciones del presente trabajo.

### Conclusiones

En la presente cohorte de hombres maratonistas sin ECV, la prevalencia de arritmias disminuyó durante y después de la carrera. El riesgo de arritmias no se vinculó con los cambios en los marcadores que sugieren daño miocárdico, de inflamación y estrés ni con las modificaciones en los niveles séricos de los electrolitos. Por lo tanto, este tipo de actividad física intensa no parece ser en sí misma un factor de riesgo de arritmias, en los atletas sin enfermedad cardiovascular.



[www.siicsalud.com/dato/resiic.php/147529](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/147529)

### Insuficiencia de vitamina D

NEJM Group, Massachusetts, EE.UU.

*New England Journal of Medicine*, Jul 2015

*Existen dudas sobre la utilidad del aporte complementario de vitamina D en ancianos con valores de insuficiencia de esta vitamina si no hay pruebas de mayor riesgo de fracturas. Es necesario que se realicen ensayos clínicos grandes, aleatorizados y controlados, para poder recomendar la administración de vitamina D con el fin de reducir otros riesgos, como el de enfermedad coronaria y cáncer.*

La deficiencia de vitamina D, cuadro que se caracteriza por debilidad muscular, dolor óseo y fracturas por fragilidad ósea, se manifiesta cuando los niveles plasmáticos de 25-hidroxivitamina D (25(OH)D) son < 10 ng/ml (< 25 nmol/l), pero en los últimos años los médicos y los pacientes han comenzado a preocuparse, además, por la insuficiencia de esta vitamina, en la que la concentración es de 10 a 30 ng/ml y, en ocasiones, no hay síntomas claros. El objetivo de la presente revisión fue resumir los conocimientos actuales y las dudas sobre la insuficiencia de vitamina D y su aporte complementario sobre varios parámetros de salud.

### Definiciones de insuficiencia

Existen varios desafíos para la interpretación de la concentración plasmática de 25(OH)D, en parte porque en muchos laboratorios el límite inferior de normalidad aumentó hasta los 30 ng/ml y por las distintas técnicas (como radioinmunoensayo, ensayos enzimáticos y cromatografía líquida con espectrometría de masas) que pueden ser utilizadas para la determinación. Además, existe variación estacional en los niveles de este compuesto y según el grado de exposición a la luz solar y la dieta: en latitudes boreales se detecta hasta 20% menor concentración de 25(OH)D en el invierno en comparación con el verano, y la exposición de todo el cuerpo a

30 minutos de luz solar durante el verano genera rápidamente vitamina D. Esta vitamina es producida por la conversión no enzimática de provitamina D a previtamina D en la piel cuando ésta es expuesta a radiación ultravioleta de 290 a 315 nm; en parte también proviene de la dieta (entre 100 y 200 UI diarias); posteriormente, este compuesto es convertido en el hígado a 25(OH)D, forma parcialmente soluble en agua, con menor tiempo de vida media que la vitamina D activa y que circula unida a una proteína específica. Entre el 40% y el 50% de la 25(OH)D circulante deriva de la conversión de la piel, mientras que en el riñón se genera la 1,25-dihidroxivitamina D (1,25[OH]<sub>2</sub>D), forma activa de la vitamina con mayor afinidad por el receptor y mayor actividad biológica. La concentración de 1,25(OH)<sub>2</sub>D no siempre refleja la de 25(OH)D, puesto que la primera puede ser menor en casos de insuficiencia renal u osteomalacia por cáncer.

Se considera que la concentración de 25(OH)D es el mejor indicador de suficiencia de vitamina D. La síntesis cutánea de esta vitamina varía según la pigmentación (es considerablemente menor en individuos de raza negra en comparación con los caucásicos), la latitud, la estación del año, las ropas, la edad, el uso de protector solar y las condiciones climáticas locales. Además del ambiente, existen factores hormonales, genéticos y nutricionales involucrados, y algunos fenómenos asociados con menor concentración de esta vitamina son la obesidad (los niveles son generalmente de 10 a 20 ng/ml, en parte por la menor actividad física y la menor exposición a la luz solar), la falta de consumo de alimentos ricos en vitamina D, la mala absorción (por enfermedad inflamatoria intestinal, enteropatía al gluten, cirugías gástricas, enfermedad biliar o sobrecrecimiento bacteriano), el uso de anticonvulsivos (fenobarbital o fenitoína especialmente) y el uso de glucocorticoides a largo plazo. Antes se consideraba deficiencia o insuficiencia a los niveles de 25(OH)D < 10 o < 20 ng/ml, respectivamente, pero recientemente se definió como normalidad la concentración de 30 a 76 ng/ml, por lo que se estima que entre el 50% y el 80% de la población general presenta insuficiencia de vitamina D (la mediana sería de 24 ng/ml en varios grupos etarios). Existen pruebas de que la concentración de parathormona es mayor cuando los niveles de 25(OH)D son < 30 ng/ml, y a este valor de corte la absorción activa de calcio parece ser óptima. Sin embargo, existe controversia sobre estos hallazgos, puesto que la relación entre parathormona y 25(OH)D no sería curvilínea, no hay un valor umbral exacto de vitamina D en el que la parathormona comience a aumentar y tampoco hay niveles establecidos de absorción óptima de calcio.



Información adicional en [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com); otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

Existen resultados discrepantes en cuanto a la asociación entre la concentración de 25(OH)D y la salud ósea, dado que en muchos estudios se utilizaron suplementos con calcio y vitamina D, por lo que no se pueden separar los efectos de cada compuesto. En un metanálisis se concluyó que el aporte complementario diario de 1200 mg de calcio y 800 UI de vitamina D reducía las tasas de fracturas, con un aumento leve de la densidad mineral ósea, pero no se evaluó específicamente la relación entre la concentración de 25(OH)D y el esqueleto. En otra revisión no se halló un efecto significativo del aporte complementario de vitamina D sola, en comparación con ésta y calcio, en cuanto al riesgo de fracturas. Los niveles de 25(OH)D parecen correlacionarse con el riesgo de fracturas en ancianos y, posiblemente, la velocidad de la marcha en ese grupo etario, pero también hay resultados discrepantes en varios estudios. En un estudio en ancianos se halló que las concentraciones < 16 ng/ml de 25(OH)D se asociaron con mayor riesgo de fracturas, mientras que en otros se observó que a niveles < 20 ng/ml las tasas de pérdida de masa ósea femoral eran mayores, al igual que el riesgo de fracturas. En un estudio prospectivo se detectó que niveles de 24 a 26 ng/ml se relacionaron con menor riesgo de fractura de cadera, sin beneficios adicionales cuando la concentración era mayor.

Hay indicios de que los niveles bajos de 25(OH)D se asociarían con mayor riesgo de trastornos metabólicos o inmunes (como diabetes tipo 1 y esclerosis múltiple) y cáncer, especialmente aterosclerosis y diabetes mellitus. La insuficiencia de vitamina D se relacionó con mayor riesgo de diabetes tipo 2, incluso tras ajustar los resultados por el índice de masa corporal y el porcentaje de grasa corporal. La concentración de 25(OH)D < 20 ng/ml se asoció con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, pero no existen pruebas suficientes de que el aporte complementario reduzca el riesgo de otros trastornos crónicos además de la osteoporosis.

### Dudas y normativas sobre vitamina D. Conclusiones

Por el momento no se conoce con precisión la dinámica de la acumulación y liberación de vitamina D, especialmente en sujetos obesos, ni existe consenso sobre los esquemas de dosificación óptimos. Generalmente se observa que por cada 100 UI de vitamina D hay 1 ng/ml adicional de concentración plasmática de 25(OH)D, y a menores niveles basales de esta molécula es mayor el aumento asociado con el aporte complementario. En la mayoría de los estudios sobre este tema se administraron dosis diarias de 400 a 1000 UI, pero no existen datos suficientes sobre los efectos de dosis > 1000 UI a largo plazo. Es posible que la administración intermitente de dosis altas de vitamina D en lugar de dosis diarias se asocie con diferencias en el metabolismo de esta hormona; el aporte complementario se vinculó, en algunos estudios de observación, con menor riesgo

de otras enfermedades, como el cáncer de colon, si bien faltan datos de ensayos clínicos aleatorizados. Es poco frecuente observar toxicidad secundaria al aporte de suplementos con vitamina D, y se caracteriza por hipercalcemia, generalmente cuando las dosis exceden las 10 000 UI diarias con niveles de 25(OH)D > 150 ng/ml (la dosis diaria máxima recomendada es de 4000 UI, y los niveles de 25(OH)D > 60 ng/ml podrían asociarse con cáncer de páncreas, calcificaciones vasculares y muerte por cualquier causa).

En 2007 se llevó a cabo un taller internacional sobre vitamina D, y se concluyó que en la mayor parte de la población mundial los niveles de esta hormona no eran suficientes para mantener la salud ósea y reducir el riesgo de fracturas. Los participantes también estuvieron de acuerdo en que la insuficiencia se asociaba con menor fuerza muscular y mayor riesgo de caídas. En ese momento se recomendaron niveles mínimos deseables de 25(OH)D de 20 ng/ml; 3 años después este valor se modificó a 30 ng/ml, y se definió insuficiencia como la concentración de 10 a 29 ng/ml.

Los autores concluyen que existen dudas sobre la utilidad del aporte complementario de vitamina D en ancianos con valores de insuficiencia de esta vitamina si no hay pruebas de mayor riesgo de fracturas. Es necesario que se realicen ensayos clínicos grandes, aleatorizados y controlados sobre este tema para poder recomendar la administración de vitamina D con el fin de reducir otros riesgos, como el de enfermedad coronaria y cáncer.

 [www.siicsalud.com/dato/resiic.php/150184](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/150184)

### Diferencias entre los sexos en las tasas de depresión

University of Ottawa, Ottawa, Canadá

**Journal of Psychiatry & Neuroscience**  
40(4):219-221, Jul 2015

*La diferencia entre los sexos en términos de las tasas de depresión podría fundamentarse en factores biológicos, como las variaciones de los niveles hormonales. En consecuencia, la identificación de ligandos más específicos a nivel cerebral podría vincularse con efectos protectores sobre la depresión, sin inducción de los eventos adversos propios de la terapia estrogénica.*

La depresión mayor es una enfermedad crónica de elevada prevalencia; cuando se consideran las causas de mortalidad asociadas con la depresión (suicidio, accidente cerebrovascular), esta afección se considera una de las más importantes en términos de morbilidad global. Asimismo, la depresión es una de las principales causas de discapacidad ajustada por años de vida.

La prevalencia de depresión mayor es superior en mujeres que en varones, tanto en naciones desarrolladas como a nivel global. Por consiguiente, estas diferencias entre ambos sexos parecen surgir de factores biológicos, con menores repercusiones de

otras variables como la raza, la cultura, la dieta, la educación y otros parámetros sociales y económicos. Asimismo, la depresión es más de 2 veces más frecuente en mujeres que en varones en el grupo etario comprendido entre los 14 y los 25 años, si bien esta diferencia se atenúa con la edad. Sin embargo, en pacientes prepúberes, las tasas de esta enfermedad son similares en ambos sexos. En concordancia, después de los 65 años se verifica una declinación en los índices de depresión, tanto en mujeres como en varones, con una prevalencia similar en ambos sexos. Se acota que las discrepancias entre los picos de prevalencia de la depresión (14 a 25 años), por un lado, y de prescripción de antidepresivos (por encima de los 45 años), por el otro, permite sospechar que los jóvenes adultos con depresión no siempre reciben tratamiento sino hasta varios años después del comienzo de la afección. Esta demora en el inicio de la terapia farmacológica podría contribuir a las mayores tasas de depresión en adolescentes y adultos jóvenes, así como a estigmatización o subdiagnóstico durante la adolescencia.

Se postula que los desencadenantes de la depresión difieren en mujeres y varones; mientras que las pacientes presentan con mayor frecuencia síntomas de internalización, en los hombres se describen síntomas de externalización. No obstante, se admite que los procesos subyacentes no han sido definidos, aunque se describen formas específicas de depresión en las mujeres, que incluyen el trastorno de disforia premenstrual, la depresión posparto y la ansiedad y depresión propias de la menopausia. Este aumento de la tasa de depresión en relación con los cambios hormonales en las mujeres ha permitido postular que estas fluctuaciones (pubertad, etapa premenstrual, puerperio, perimenopausia) representan un factor desencadenante. En función de los resultados de modelos experimentales con primates, se señala que los estrógenos presentarían un efecto protector sobre la patología de la depresión, por lo cual la reducción de sus niveles podría incrementar el riesgo de la enfermedad.

En los varones, se reconoce que la testosterona es convertida a nivel cerebral en estrógenos por acción de la aromatasa, con activación de receptores estrogénicos locales que podrían ejercer efectos protectores sobre la depresión. Asimismo, la presencia de receptores para andrógenos se asociaría con actividad protectora en las neuronas del hipocampo, en el marco de la ausencia de fluctuaciones hormonales.

Por consiguiente, la diferencia entre los sexos en términos de las tasas de depresión podría fundamentarse en factores biológicos, como las variaciones de los niveles hormonales. En consecuencia, la identificación de ligandos más específicos a nivel cerebral podría vincularse con efectos protectores sobre la depresión, sin inducción de los eventos adversos propios de la terapia estrogénica.

 [www.siicsalud.com/dato/insiic.php/147510](http://www.siicsalud.com/dato/insiic.php/147510)

► Remita su carta a [acise@siic.info](mailto:acise@siic.info). El estilo de redacción puede consultarse en [www.siic.info/inst-castellano.php](http://www.siic.info/inst-castellano.php)

### Comentario científico sobre la base del resumen *Novedades en el Tratamiento Farmacológico de la Fibrosis Pulmonar Idiopática*, Trabajos Distinguidos Medicina Respiratoria 3(2):19-21, Jun 2015

Sr. Editor:

De la lectura del resumen de esta revisión nos queda claro que la fibrosis pulmonar idiopática es una enfermedad compleja, dado lo poco que se conoce, su cronicidad y las escasas opciones terapéuticas. También se puede apreciar que estas características no han hecho más que estimular en la búsqueda de nuevas formas de estudiarla, diagnosticarla y tratarla. Varios tratamientos se evaluaron con resultados diversos; algunos que desalientan y otros promisorios. Como conclusión, los autores identifican a dos fármacos con resultados alentadores: la pirfenidona y el nintedanib, que también demostró resultados promisorios pero que aún debe ser más estudiado.

El planteo del problema y los intentos para encontrar una solución parecen ser los adecuados, pero siempre que vemos estos tipos de estudios nos surge la misma pregunta: ¿son estos resultados aplicables a mi paciente con fibrosis pulmonar idiopática? En general, la respuesta es no o no lo sabemos.

No se discute que haya que investigar, que existan criterios de exclusión para ordenar mejor los datos y resultados en el aspecto farmacológico, pero debemos aceptarlos con mucho cuidado y hasta con un escepticismo saludable (que aporte).

El concepto del medicamento P y el tratamiento P (medicamento y tratamiento adecuado para mi paciente), bases de una terapéutica razonada, se debe acoplar a toda esta información que nos ofrecen: la enfermedad, el paciente, su contexto, las comorbilidades, el tratamiento médico, el tratamiento farmacológico y los resultados. ¿Los resultados satisfactorios para los ensayos clínicos se traducirán en una buena evolución en mi paciente? La investigación y la clínica no deben estar divorciadas, hay que hacer el esfuerzo sistemático de leer los avances publicados, analizarlos a conciencia y dar nuestra opinión y colaboración.

Queda claro que en una enfermedad como ésta, toda la información de los trabajos, las revisiones, las guías y los consensos son de mucho valor, así como lo son los aportes de los médicos que asisten a estos pacientes con los problemas concretos que esta afección conlleva.

Carlos R. Cantale

Especialista en Medicina Familiar, Centro Privado de Medicina Familiar Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

### Comentario científico sobre la base del resumen *Importancia de la Nutrición para Estimular la Inmunidad en la Vejez*, [www.siicsalud.com/dato/resiic.php/144900](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/144900)

Sr. Editor:

Tenemos conocimiento sobre la relación entre la inmunidad y la nutrición así como de la alta prevalencia del déficit nutricional que tienen muchos ancianos. Estudios en diversos países confirman que un gran porcentaje de la población anciana ingiere menos del 75% de la cantidad de nutrientes recomendados por la OMS, presentan algún déficit nutricional y que esto aumenta en los pacientes internados y con bajos recursos.

Una alimentación inapropiada a edades avanzadas induce cambios en la composición corporal y en las funciones fisiológicas, lo que favorece la aparición de malnutrición y la aparición de determinadas enfermedades.

Los cambios del sistema inmunitario generados por la senectud, tales como la involución tímica, la disminución de los linfocitos T maduros y de la respuesta de anticuerpos a ciertos agresores y la disminución de la respuesta de la sensibilidad retardada repercuten sobre el organismo. Es una desregulación del sistema inmunitario que se manifiesta en una menor capacidad de respuesta inmunológica.

Ahora, ¿debemos considerar la inmunosenescencia como una deficiencia propiamente, a corregir? ¿Mejoraríamos las tasas de incidencia de cáncer o enfermedades infecciosas de la tercera edad?

Todo nos hace pensar que sí. Hay indicios firmes para pensar que ciertos suplementos nutricionales, de elementos traza y vitaminas pueden mejorar la situación inmunológica de los ancianos sanos y de aquellos aún aparentemente sanos que tienen ciertas deficiencias nutricionales subclínicas.

El papel de las vitaminas E, A y el cinc como sustancias inmunomoduladoras y antioxidantes está en amplia investigación hoy pero con información aún insuficiente como para considerar eficaz el aporte complementario.

A esta situación inmunitaria inherente a la edad se la debe entender también como una situación fisiológica, ante lo cual deberíamos ser prudentes con el aporte excesivo de nutrientes que podrían llevar a depósito de grasas innecesarias y perjudiciales o a una toxicidad generada por la hipervitaminosis.

Ante este adulto mayor que pueda presentar déficits nutricionales, deberíamos insistir en un estilo de vida saludable, que incluya una alimentación variada y suficientemente adaptada a los problemas propios de esta etapa. No se debe olvidar tampoco la valoración nutricional adecuada y precoz ante situaciones que lo expongan a malnutrirse.

No resulta simple obtener estudios que analicen las cantidades apropiadas de cada nutriente específico por separado, ni podemos extrapolar los buenos resultados clínicos del aporte complementario nutricional en situaciones patológicas del anciano (por ejemplo, fracturas de cadera).

Necesitamos más estudios para determinar con cuál inmunonutriente y en qué dosis supra fisiológicas se podría mejorar la inmunosenescencia y qué herramientas utilizar para identificar los grupos de ancianos que se beneficiarían realmente con este aporte complementario.

Paulina Astegiano

Médica Clínica, Especialista en Nutrición  
Hospital José María Cullen/Sanatorio Santa Fe  
Santa Fe, Argentina

### Repercusiones de la Conferencia *Las Complicaciones Cardiometabólicas del Síndrome Metabólico*

Sr. Editor:

El Dr. Fernando Filippini, en la jornada del Ciclo de Entrevistas a Expertos del programa ACISE de Fundación SIIC, entre otros importantes aportes, comentó que el síndrome metabólico incluye dentro de sus criterios la tolerancia alterada a la glucosa, cifras de presión arterial elevadas, perímetro de cintura por encima de lo normal y alteración lipídica. Al ser factores de riesgo en un mismo individuo aumentan sus posibilidades de padecer enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, esteatohepatitis, etcétera.

Los pacientes portadores están aumentando en todo el mundo y tienen la concomitante característica de obesidad central (localizada en el abdomen) y resistencia a la insulina.

Al ser consecuencia de malos hábitos de vida (por ejemplo, el consumo de bebidas gaseosas o azucaradas, el exceso de carbohidratos simples y grasas), se impone, en principio, un abordaje con una estrategia no farmacológica.

El plan terapéutico requiere médicos y nutricionistas con enfoque multidisciplinario, y es imprescindible convencer al paciente de la necesidad de cambiar el estilo de vida, que incluye perder peso, ingerir menos carnes rojas, sal, grasas saturadas, hidratos de carbono refinados, aumentar el ingreso de vegetales y frutas, actividad física controlada, persistente, adecuada para la edad, el estado físico y las posibilidades de cada individuo.

Como se puede apreciar, la estrategia no farmacológica que implica un cambio en el estilo de vida es muy beneficiosa para el paciente, con bajo costo y alta eficacia.

Carlos Eduardo Gibilbank

Medicina Interna, Profesional de Planta  
Hospital Interzonal General de Agudos General José de San Martín  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

► Los acontecimientos científicos recomendados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) se destacan por la utilidad para la actualización de los jóvenes profesionales de la Argentina e Iberoamérica.

- **VI Weekend Internacional de HTA. De la Arteria a la HTA o de la HTA a la Arteria**  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
4 al 5 de noviembre de 2016  
scba@fac.org.ar
- **VII Congreso Internacional y XVI Congreso Argentino de Control de Infecciones, Epidemiología y Seguridad del Paciente**  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
7 al 8 de noviembre de 2016  
congreso@adeci.org.ar  
www.adeci.org.ar
- **Reunión Anual de la Sociedad Latinoamericana de Endocrinología Pediátrica**  
Sociedad Latinoamericana de Endocrinología Pediátrica (SLEP)  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
8 al 11 de noviembre de 2016  
congresos@mariagraziani.com  
www.slep2016.com.ar
- **VI Congreso Internacional de Oncología del Interior**  
Córdoba, Argentina  
9 al 11 de noviembre de 2016  
oncologia@grupobinomio.com.ar  
www.aocc.org.ar
- **XX Congreso Argentino de Diabetes**  
Sociedad Argentina de Diabetes  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
9 al 11 de noviembre de 2016  
sad@fibertel.com.ar  
www.diabetes.org.ar
- **II Jornadas Nacionales, III Provinciales y V Marplatenses de Derecho de la Salud**  
Mar del Plata, Argentina  
10 al 11 de noviembre de 2016  
secacad@campdp.org.ar
- **IX Congreso Atlántico de Psiquiatría. Psiquiatría y Sociedad. Contextos Actuales**  
Mar del Plata, Argentina  
11 al 12 de noviembre de 2016
- **XIX Congreso Argentino de Medicina del Trabajo**  
Mar del Plata, Argentina  
13 al 16 de noviembre de 2016  
secretaria@smtba.org.ar  
www.camt.org.ar
- **XIX Congreso Internacional de Ginecología Infanto Juvenil**  
Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ)  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
17 al 18 de noviembre de 2016  
info@astridguardia.com.ar
- **VI Jornada Tendiendo Puentes hacia la Interdisciplina**  
Endoscopistas Digestivos de Buenos Aires (ENDIBA) y Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAGE)  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
18 de noviembre de 2016  
www.endiba.org.ar
- **7° Jornadas de Salud de la Municipalidad de Merlo**  
Merlo, Argentina  
23 al 25 de noviembre de 2016  
diehtalmer@hotmail.com
- **I Simposio Internacional sobre Enfermedades Infecciosas, HIV y Vacunas**  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
24 al 25 de noviembre de 2016.  
rtabak@fundacionhelios.org.ar
- **XXXVI Jornadas Interresidencias de Cardiología**  
Consejo Argentino de Residentes de Cardiología (CONAREC)  
Santa Fe, Argentina  
24 al 26 de noviembre de 2016  
info@conarec.org  
congreso.conarec.org
- **XII Congreso Mundial de Dermatología**  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
18 al 22 de abril de 2017  
icdbue2017@anajuan.com  
www.icd2017.com.ar



► Los lectores de Medicina para y por Residentes pueden establecer contacto directo con los autores de la sección Artículos originales, Entrevistas, Casos clínicos y Red Científica Iberoamericana remitiendo las correspondencias a los domicilios indicados. En caso de necesitar otros datos (número de teléfono, fax o dirección de e-mail) solicitarlo a **Mensajes a SIIC** <[www.siicsalud.com/main/sugerencia.php](http://www.siicsalud.com/main/sugerencia.php)>, explicando la causa del pedido. El editor requerirá autorización de los autores para proporcionar los datos correspondientes a los símbolos e-mail ( @ ), teléfono ( ☎ ).

<p><b>A - Criterios actuales para el abordaje de las enfermedades psiquiátricas desde la salud</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dra. I. Kremer, Universidad Católica de Córdoba, 5004, Córdoba, Argentina @ ☎</li> </ul>
<p><b>B - Diferencias en el enfoque del infarto de miocardio en el sistema de salud público o privado</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. E. Zaidel, Sanatorio Güemes, C1180AAX, Ciudad de Buenos Aires, Argentina @ ☎</li> </ul>
<p><b>C - Síndrome de Eisenmenger y retinopatía capilar obstructiva</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dra. A. M. Piñero Rodríguez, Clínica Piñero, Sevilla, España @ ☎</li> </ul>
<p><b>D - El acompañamiento terapéutico como estrategia de salud pública</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dra. S. Fernández Carral, Médicos de Prevención, B1904DAA, La Plata, Argentina @ ☎</li> </ul>

Artículos originales recientemente publicados por SIIC que abordan temáticas afines a los publicados en esta edición de Medicina para y por Residentes. Para acceder a sus resúmenes en castellano, abstracts y textos completos (en castellano e inglés) diríjase a **Buceador SIIC** <[www.siicsalud.com/buceador/](http://www.siicsalud.com/buceador/)> de SIIC Data Bases.

<p>Los hábitos saludables conllevan efectos antidepresivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dra. O. Ibarra, Hospital Son Espases, 07120, Palma de Mallorca, España @</li> </ul>
<p>Salud mental: derechos de los pacientes, compromiso judicial y de las instituciones sanitarias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. M. de Lellis, Facultad Psicología, C1207ABR, Universidad de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. @ ☎</li> </ul>
<p>Tratamiento del infarto de miocardio con elevación del segmento ST en el anciano</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. B. Gil, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, 43005, Tarragona, España. @</li> </ul>
<p>La glucemia puede predecir el grado inicial de flujo coronario</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. M. Spennato, Hospital Naval Buenos Aires, C1405BWD Universidad de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. @ ☎</li> </ul>
<p>Tratamiento con bosentano en una paciente con síndrome de Eisenmenger: experiencia durante 18 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dra. Flox Camacho, Hospital Universitario 12 de Octubre, 28041 Madrid, España @</li> </ul>
<p>Consecuencias de la implantación de la cámara no midriática sobre la población diabética</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. P. Romero, Universidad Rovira i Virgili, 43003 Tarragona, España. @</li> </ul>
<p>El equipo de salud también debe prestar atención a los cuidadores de enfermos terminales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. Alonso Babarro, Hospital La Paz, 28046 Madrid, España. @</li> </ul>
<p>El papel de la internación domiciliaria en el cuidado del enfermo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dra. M. Senillosa, C1181ACH, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. @ ☎</li> </ul>

- La Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) creó y desarrolló el Sistema SIIC de Edición Asistida (SSEA) con el objetivo de facilitar la publicación de artículos científicos en colecciones periódicas de calidad. La utilización del SSEA es únicamente autorizada a los autores que presentan artículos para su evaluación y posterior publicación. Estos autores acceden a SSEA mediante la dirección de correo electrónico del autor, el número de de ICE provisto en la carta de invitación y una clave de ingreso creada por el autor la primera vez que accede.

#### Solicitud de presentación

Los autores interesados en presentar un artículo para su evaluación y posterior edición en las publicaciones de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) deberán acceder a

[www.siic.salud.com/presentacionpreliminar.php](http://www.siic.salud.com/presentacionpreliminar.php) donde completarán un formulario llamado **Presentación Preliminar**.

Inmediatamente luego de completar y enviar el formulario recibirán una **Carta de Invitación**.

#### Procesos de la edición

##### Proceso 1 – Aceptación de la invitación

El autor acepta la invitación para presentar un artículo sobre el tema de su interés. Este proceso de una sola etapa solicita unos pocos datos profesionales y otros relacionados con el artículo que el autor se compromete concluir en una fecha determinada.

Estos datos permitirán difundir anticipadamente el trabajo y su probable fecha de publicación. Se le aclara al autor que ello ocurriría al obtener su aprobación.

##### Proceso 2- Remisión del artículo

Los autores remitirán sus artículos en línea en [www.siic.info/ssea](http://www.siic.info/ssea)

**Proceso de Remisión** Usted ha ingresado al **Proceso de Remisión** de su artículo.

**Importante:** Usted puede completar este formulario en una vez o guardarlo y completarlo en etapas durante 7 días contados desde la fecha en que concluyó la Etapa 1. En ese lapso puede corregir los campos que considere necesario.

Recomendamos **Guardar** la información de cada paso para evitar reescribirla en caso de interrupciones involuntarias o previstas.

Si desea realizar consultas o solicitar ayuda hágalo mediante Mensajes a SIIC ([www.siic.salud.com/main/sugerencia.php](http://www.siic.salud.com/main/sugerencia.php)).

##### Etapa 1 – Identificación

**1A.** Al entrar al sistema por primera vez escribirá su Nombre de Usuario (dirección de correo electrónico del autor) y su Número de Referencia ICE que figura en la invitación recibida como columnista experto. Luego pulse el botón **"Acceso a SSEA"**. Si no posee un Número de Referencia ICE, contáctese con Mensajes a SIIC.

La siguiente pantalla contiene la Introducción al Sistema SSEA y sus pasos. Léala atentamente. Luego pulse **"Ingreso"** Escriba sus datos y siga las sencillas indicaciones del sistema y de estas Instrucciones.

**1B.** El autor designará a la persona que asumirá el seguimiento del proceso. Esta persona, Responsable del Proceso

(RP), garantizará la comunicación con SIIC y viceversa, centralizará el vínculo con los eventuales coautores y facilitará la fluidez del vínculo con los supervisores que iniciarán su labor al concluirse la Remisión del Artículo. Durante los procesos Remisión del Artículo y Evaluación del Artículo, el/la RP se relacionará con el Coordinador Editorial de SIIC y con los supervisores que corresponda según el tema en análisis: normas de edición, científico, inglés biomédico, estilo literario, imágenes, informática y referatos externos. Aconsejamos mantener el/la RP mientras el artículo se encuentre en evaluación.

La tarea editorial culmina con la publicación del artículo aprobado o cuando se notifica al autor su desaprobación.

##### Etapa 2 – De los autores

###### 2.A. Datos Personales

###### Autor/es

Incluya los datos completos del autor principal (nombre completo, dirección postal y electrónica, título académico, la función y el lugar donde se desempeña profesionalmente, etc.).

###### Breve CV

Redacte un breve CV de alrededor de 100 palabras donde conste su nombre, título académico, posición actual, especialidad y los temas de investigación que le interesan.

##### 2.B. Complementos

###### Fotografía personal

Agregue su fotografía personal digitalizada en por lo menos 300 dpi ("dots per inch") en archivo JPG o TIFF.

Comuníquenos si le interesaría participar como revisor externo.

##### 2.C. Coautores

De contar con coautores, por favor, incluya también los datos completos respectivos. Pueden incluirse hasta diez autores.

##### 2.D. Artículos Editados

###### Artículos registrados en SIIC

Si ya es Columnista Experto de SIIC nuestra base de datos registra artículos suyos editados anteriormente en SIIC o en otras publicaciones. Si precisa corregir alguna cita puede hacerlo en ella.

###### Otros artículos de su autoría

Registre aquí y en los subsiguientes sectores de *Artículos editados* las citas de cada uno de los trabajos del autor principal que mejor expresen su especialización. Puede indicar hasta 10 artículos editados. Recomendamos que sean lo más recientes posible.

Esta información, como la recogida en otras partes de SSEA, contribuirá a que el lector profundice el conocimiento del autor principal. Los trabajos editados en las

colecciones virtuales de SIIC enlazan a las páginas de sus respectivos autores, elaboradas sin cargo alguno para ellos por el Departamento editorial de la institución.

#### 2.E. Carta de presentación

Podrá presentar el artículo mediante una carta amena, escrita en tono coloquial, en la que tendrá la posibilidad de sintetizar las principales conclusiones del estudio y describir brevemente situaciones especiales acontecidas durante la investigación.

Si el autor lo desea, incluirá el nombre de los coautores y los reconocimientos que considere adecuados. Por favor, dirígala a *Director Editorial de SIIC*.

#### Etapa 3 - Del artículo

##### Tipos de Artículos

El autor elegirá el formato apropiado para el contenido que intenta difundir. Los artículos de publicaciones científicas se distribuyen en los siguientes tipos principales (**Artículos originales, artículos de revisión y metanálisis, informes de opinión**, artículos descriptivos [casos clínicos, estudios observacionales, informes breves, comunicaciones especiales, etc.], artículos de consenso y normas clínicas prácticas, correspondencia, reseñas de libros o de artículos publicados en otras fuentes).

En estas Instrucciones consideramos los dos primeros.

##### Artículo Original

Los artículos que describen los resultados de investigaciones originales, por ejemplo estudios aleatorizados y controlados, estudios de casos y controles, estudios observacionales, series de casos (clínico o preclínico *in vitro*, *in vivo*, *ex vivo*, *in silico*), deben constar de Resumen, Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Conclusiones. La Introducción es una breve referencia a las generalidades del tema por abordar y a su importancia. La última frase de la Introducción debe estar referida a lo que los autores van a presentar o describir.

Materiales y Métodos describirá la muestra (que será de tamaño variable), el origen de los datos analizados, si es retrospectivo o prospectivo, los métodos estadísticos utilizados y la consideración de la significación estadística, en caso que corresponda.

...

Instrucciones completas en:

[www.siic.info/ssea/instrucciones\\_sic\\_web.php](http://www.siic.info/ssea/instrucciones_sic_web.php)

Ante cualquier inquietud, comuníquese por medio de Mensajes a SIIC: [www.siic.salud.com/main/sugerencia.php](http://www.siic.salud.com/main/sugerencia.php), al teléfono 0054-11-4342-4901 o por fax: 0054-11-4331-3305. (Versión SSEA, n0613)

SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA (SIIC)

## Instruções para os autores

### Pedido de apresentação

Os autores interessados em apresentar um artigo para avaliação e posterior edição nas publicações da Sociedade Iberoamericana de Informação Científica (SIIC) deverão acessar [www.siic.salud.com/presentacionpreliminar.php](http://www.siic.salud.com/presentacionpreliminar.php) onde preencherão um formulário chamado **Apresentação Preliminar**.

Inmediatamente após o preenchimento e envio do formulário receberão uma **Carta-Convite**.

### Processos da edição

#### Processo 1 – Aceitação do convite

O autor aceita o convite para apresentar um artigo sobre o tema de seu interesse. Este processo de uma só etapa pede alguns poucos dados profissionais e outros relacionados ao artigo que o autor se compromete a concluir em uma determinada data.

Estes dados irão difundir antecipadamente o trabalho e a provável data de sua publicação. Esclareça-se ao autor que isso acontece quando obtiver a aprovação.

#### Processo 2- Envio do artigo

Os autores enviarão seus artigos on line em [www.siic.info/ssea](http://www.siic.info/ssea)

#### Processo de Envio

Você entrou no **Processo de Envio** de seu artigo.

**Importante:** Você pode preencher o formulário de uma vez ou salvá-lo e concluí-lo em etapas ao longo de 7 dias a partir da data de conclusão da Fase 1. Nesse lapso de tempo pode editar os campos conforme necessário.

Recomendamos **Salvar** a informação a cada passo para evitar ter que reescrever no caso de interrupções involuntárias ou previstas.

Se você tiver dúvidas ou quiser pedir ajuda faça-o por meio de Mensajes a SIIC ([www.siic.salud.com/main/sugerencia.php](http://www.siic.salud.com/main/sugerencia.php)).

#### Etapa 1 - Identificação

**1A.** Ao entrar no sistema por primeira vez escreva o seu Nome de Usuário (e-mail do autor) e o número de referência ICE que está no convite recebido como columnista especialista. Em seguida, pressione o botão **"Acceso a SSEA"**. Se não possuir um Número de Referência ICE, entre em contato com Mensajes a SIIC.

A próxima tela contém a Introdução ao Sistema SSEA e seus passos. Leia atentamente. Em seguida, pressione "Entrada". Introduza os seus dados e siga as indicações simples do sistema e das Instruções.

...

Instruções completas na:

[www.siic.salud.com/instruccoes\\_sic\\_web.htm](http://www.siic.salud.com/instruccoes_sic_web.htm)

Caso surja qualquer dúvida, comuníque-se com [expertos.siic@siic.salud.com](mailto:expertos.siic@siic.salud.com), ou por telefone 0054-11-4342-4901; Fax: 0054-11-4331-3305 (Versão SSEA, n0613).

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

## Guidelines for authors

### Presentation requirement

Those authors who wish to submit an article for evaluation and publication in the Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) should access [www.siic.salud.com/presentacionpreliminar.php](http://www.siic.salud.com/presentacionpreliminar.php) and fill in the form called **Preliminary Presentation**.

Immediately after completing and sending the form, you will receive an **Invitation Letter**

### Editing Processes

#### Process 1 – Invitation Acceptance

The author accepts the invitation to write an article about a subject of his/her interest. This one-stage process requires certain professional details and others related to the articles that the author pledges to provide by a stipulated date.

These details will allow the paper to be disseminated in advance with its probable date of publication, while ensuring the reader that that will only occur upon obtaining approval.

#### Process 2 - Submission of the Article

Authors will submit their articles on line at [www.siic.info/ssea](http://www.siic.info/ssea)

#### Submission Process

You have accessed the **Submission Process** for your article

#### Important:

You can complete this form at a time or you can save it and complete it at different moments over 7 days. This period starts when the author finishes Stage 1. During this period you can make those corrections you consider necessary.

We recommend that you Save the information at each stage to avoid having to enter it again in case of involuntary interruptions.

If you wish to ask for help or you have any questions, please write to Mensajes a SIIC ([www.siic.salud.com/main/sugerencia.php](http://www.siic.salud.com/main/sugerencia.php)).

#### Stage 1 – Identification

**1A.** When you first access the System you will write your User Name (email address of the author) and your Reference ICE Number that appears in the invitation received as expert columnist. Then, please click the button **"Acceso to SSEA"**. If you do not have a Reference ICE Number, contact Mensajes a SIIC

The next page contains the Introduction to the SSEA System and its stages. Read it carefully. Then click **"Enter"**. Write your personal data and follow the easy instructions given by the system and these Guidelines

....

Complete guidelines in:

[www.siic.salud.com/guidelines\\_sic\\_web.htm](http://www.siic.salud.com/guidelines_sic_web.htm)

For further information or inquiries, please contact [expertos.siic@siic.salud.com](mailto:expertos.siic@siic.salud.com) or call to telephone number (0054 11) 4342-4901; Fax: (0054 11) 4331-3305.

(SSEA version, n0613).

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).