

Revista de la Asociación Médica Argentina



Hospital Pedro Fiorito

Frente del Hospital, inaugurado el 8 de junio de 1913, Avellaneda
Buenos Aires, Argentina

VOLUMEN 131

3/2018

SEPTIEMBRE DE 2018



HOSPITAL PEDRO FIORITO

(1913)

Asociación Médica Argentina

El Hospital Pedro Fiorito se inauguró el 8 de junio de 1913, en solo cuatro años se construyó un edificio que contaba con dos salas de internación para 64 personas, consultorios externos, farmacia, laboratorio y quirófanos, el predio del Hospital estaba dividido en dos por el paso del Ferrocarril del Sur; en 1914 trabajaban en él 144 personas.



El nuevo Hospital venía a cubrir una imperiosa necesidad de la Ciudad de Avellaneda. En 1907 el intendente y caudillo conservador Alberto Barceló había creado la Comisión Pro-Hospital; el predio sobre el que se construyó el Hospital y donde estuviera el Cementerio de Barracas, lo entregó la Municipalidad de Avellaneda. Los trabajos se iniciaron en 1908 con la donación de \$ 400.000,- por parte de los hermanos Juan, Pedro, Antonio, Alfredo y Carlos Fiorito, hijos del martillero cuyo nombre se impondría al nuevo centro de salud.

El diseño y la obra estuvieron a cargo de los arquitectos italianos Alberto y Alfredo Olivari, los artífices del edificio de renta y locales de Av. De Mayo 877-81, el hoy Rectorado de la Universidad de Salvador de Viamonte 1856 y de Villa Carmen del Tigre, hoy Casa de las Culturas.

A partir de 1930 el crecimiento de la Ciudad de Avellaneda fue acompañado por el del Hospital; se levantó el ramal del Ferrocarril que dividía el predio en dos y en 1930 la donación de la Sra. Isabel Fiorito Bianchi permitió alzar el Pabellón de Maternidad al que se impuso su nombre.



Durante la intendencia del profesor Santiago Luís Arauz (1941-2) se dio inicio a la creación del Instituto de Cirugía y Traumatología, la Guardia de Obstetricia y el Servicio de Anatomía Patológica y de Autopsias.

La ampliación fue permanente, con la epidemia de poliomielitis se inauguró el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, en 1964 se sumaron Alimentación y Pediatría y el Pabellón de Cardiología "Emilio Alonso" y en 1999 se instaló una Cámara de Seguridad Biológica.

Lic Guillermo Couto
Secretario Administrativo



Los señores: Juan, Antonio, Pedro, Alfredo y Carlos Fiorito, donantes del hospital.

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

1891 - 2018

I.S.S.N. 0004-4830 - Fundada en agosto de 1891

Considerada de interés legislativo nacional - Resolución 17/05/2000

Av. Santa Fe 1171 - (C1059ABF) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Teléfono: 5276-1040 y líneas rotativas / Fax: (54-11) 4811-1633

E-mail: info@ama-med.org.ar

Página web: <http://www.ama-med.org.ar>

Personería Jurídica N° C. 467 - 4 de agosto de 1914

Entidad exenta, reconocida por la AFIP, en virtud del art. 20, inc. f, de la Ley 20.628

Inscriptos en el Registro Nacional de Entidades de Bien Público. Resolución 536 N° 61842, 10 de abril de 1984

Premio A.P.T.A. - F. Antonio Rizzuto a la mejor revista médica, año 1968

Presidente de Honor

Prof Dr Elías Hurtado Hoyo (7390)

COMISIÓN DIRECTIVA 2015 - 2019

Presidente

Dr Miguel A Galmés (16619)

Prosecretario

Dr Alfredo E. Buzzi (40179)

Vocales Titulares

Dra Nora Iraola (12435)

Vicepresidente

Dr Roberto Reussi (12263)

Tesorero

Dr Vicente Gorrini (15732)

Dr Gustavo Piantoni (13208)

Dr Rodolfo Jorge Bado (14711)

Dr Eusebio Zabalua (13710)

Secretario General

Dr Carlos A Mercou (33207)

Protesorero

Dr Miguel Ángel Falasco (30590)

Vocal Suplente

Dr Fabián Allegro (29815)

ADSCRIPTOS A LA PRESIDENCIA: Dr Tomás Andrés Cortés (11601) - Dr Eusebio Arturo Zabalúa (13710) - Dr Bernardo Yamaguchi (23340) - Dr Enrique Francisco E Labadie (6268) - Dr Abraham Lemberg (3498) - Dr Jorge Mercado (14146) - Dr Hugo Pablo Sprinsky (20953) - Dr Walter Adrián Desiderio (23227) - Dr Luis Hilarión Flores Sierra (25137) - Dra Analía Pedernera (14795) - Dr Alejandro Jesús Diz (16497) - Dr Néstor Carlos Spizzamiglio (16929) - Dra Rosa Álvarez de Quantín (11264) - Dr Carlos Mosca (15076) - Dr Héctor A Morra (15183) - Dr Luis Romero (11227)

TRIBUNAL DE HONOR

Miembros Titulares

Dr Eduardo Abbate (9314)

Dr Ángel Alonso (10896)

Dr Heraldo Nelson Donnewald (9043)

Dr Leonardo H Mc Lean (6885)

Dr Víctor Pérez (5314)

Dr Román Rostagno (9807)

Miembros Suplentes

Dr Mario Bruno (12357)

Dr Germán Falke (31714)

Dr Horacio López (14518)

Dr Daniel López Rosetti (21392)

Dr Juan J Scali (27242)

Dra Lidia Valle (16932)

TRIBUNAL DE ÉTICA PARA LA SALUD (TEPLAS)

Miembros Titulares

Dr Fabián Allegro (29815)

Dr Horacio A Dolcini (9951)

Dr Juan C García (36953)

Dra L Nora Iraola (12435)

Dr Miguel Vizakis (35379)

Miembros Suplentes

Dr Leopoldo Acuña (43023)

Dra Raquel Inés Bianchi (44392)

Dr Jaime Bortz (33732)

Dr Alberto Lopreiato (15535)

Dr Pedro Mazza (7635)

Asesor Letrado Honorario

Dr Hernán Gutiérrez Zaldívar (31864)

Asesor Letrado Alterno

Dr Carlos do Pico Mai

Administrador

Sr Guillermo E Couto

Biblioteca

Dr Rodolfo Maino (9399)

Revista de la Asociación Médica Argentina - Volumen 131, número 3 de 2018. Editor responsable: Asociación Médica Argentina.
Director: Prof Dr Ángel Alonso. Domicilio legal: Av. Santa Fe 1171 (C1059ABF), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.
Dirección Nacional del Derecho de Autor: N° 294.953



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

VOLUMEN 131 - N°3 - SEPTIEMBRE DE 2018

SUMARIO

ARTÍCULO ORIGINAL	Nuevas áreas de vida – Revisión muerte súbita 2018 <i>Dres Mario Fitz Maurice, Fernando Di Tommaso, María Carolina Barros Pertuz, Walter Álvarez Mendoza, Damián Spagnuolo, Paula Sastre</i>	4
	Fiebre amarilla. Patología de alta significación epidemiológica <i>Dr Jorge Osvaldo Gorodner</i>	14
	Hidradenitis supurativa crónica y su relación con el carcinoma epidermoide <i>Dres Alejandra Estela, Ricardo J Losardo</i>	17
ACTUALIZACIÓN	Filosofía de la educación: educación médica y universidad <i>Dres Eduardo A Romano, Horacio Dolcini</i>	23
EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA	La educación universitaria para personas con discapacidad visual <i>Dres Mario Valerga, Luis Trombetta</i>	27
	Las dos primeras escuelas argentinas de Cirugía Plástica. Sus comienzos, a través de la mirada de uno de sus protagonistas <i>Dr Oscar V Mallo</i>	31
	Reglamento de Publicaciones	37

SUMMARY

ORIGINAL ARTICLES	New areas of life – Sudden death review 2018	4
	<i>Dres Mario Fitz Maurice, Fernando Di Tommaso, María Carolina Barros Pertuz, Walter Álvarez Mendoza, Damián Spagnuolo, Paula Sastre</i>	
	Yellow fever. Pathology of high epidemiological significance	14
	<i>Dr Jorge Osvaldo Gorodner</i>	
	Chronic suppurative hidradenitis and its relationship with squamous cell carcinoma	17
	<i>Dres Alejandra Estela, Ricardo J Losardo</i>	
UPGRADE	Philosophy of education: medical education and university	23
	<i>Dres Eduardo A Romano, Horacio Dolcini</i>	
CONTINUING MEDICAL EDUCATION	University education for people with visual disabilities	27
	<i>Dres Mario Valerga, Luis Trombetta</i>	
	The first two argentine schools of Plastic Surgery. Its beginnings, through the look of one of these protagonists	31
	<i>Dr Oscar V Mallo</i>	

DIRECCIÓN EDITORIAL

Director

Dr Ángel Alonso
Profesor Emérito de Microbiología (UBA), CABA.

Subdirector

Dr Horacio López
Profesor Emérito de Infectología (UBA), CABA.

Secretarios Editoriales

Dr Daniel Carnelli
Clorox Argentina S.A.
Munro – Pdo. de Vicente López, Buenos Aires.

Dra Betina Dwek
Clinica Bazterrica. CABA.

Dr Miguel Ángel Falasco
Hospital Interzonal Gral de Agudos
Dr Pedro Fiorito, Avellaneda, Buenos Aires.

Consejo Editorial

Dr Juan Álvarez Rodríguez

Dr Rodolfo J Bado

Dr Alfredo E Buzzi

Dr Silvia Falasco

Dr Carlos Mercáu

Dr Juan Carlos Nassif

Dr Federico Pérgola

Dr Néstor Spizzamiglio

Dr León Turjanski

Dr Lidia Valle

Producción Gráfica

Raúl Groizard

Corrector Literario

María Nochteff Avendaño

Diseño y Armado Digital

Marcelo Romanello

Diseño y retoque de foto tapa

Rolando Michel

Las fotografías fueron realizadas por el fotógrafo independiente

Enrique Mourgués

Nuevas áreas de vida – Revisión muerte súbita 2018

Dres Mario Fitz Maurice,¹ Fernando Di Tommaso,¹ María Carolina Barros Pertuz,² Walter Álvarez Mendoza,² Damián Spagnuolo,² Paula Sastre²

¹ Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología (MTSAC).

² Departamento de Cardiología, Hospital Bernardino Rivadavia. Instituto Nacional de Arritmias (INADEA).

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Una de cada cinco muertes en adultos en países desarrollados se debe a causas cardiovasculares; la mitad de esas muertes se produce de forma súbita y un gran porcentaje en el ámbito extrahospitalario. Las medidas de prevención se dividen en: aquellas destinadas a prevenir en primer lugar que el evento de muerte súbita cardíaca suceda, y aquellas cuyo objetivo es actuar en el momento en que el evento de muerte súbita está sucediendo. Las primeras tienen como objetivo disminuir las principales causas de muerte súbita en países desarrollados: las cardiopatías estructurales (cuya principal causa es la enfermedad coronaria). En este sentido, con el fin de intentar paliar el desarrollo de una cardiopatía que predisponga a la aparición de arritmias fatales y la MSC, se implementan medidas de prevención primarias higiénico-dietéticas y farmacológicas (con el objetivo de disminuir y el controlar los factores de riesgo) y, en aquellos con enfermedad cardiovascular ya establecida, se implementan las estrategias secundarias farmacológicas y/o quirúrgicas (revascularización, reemplazo valvular, etc.). El segundo abordaje surge del hecho de que, a pesar de todas estas medidas, un gran número de pacientes presentará eventos arrítmicos en el ámbito extrahospitalario (MSCEH), ya sea porque aunque recibieron el tratamiento óptimo presentan aún un elevado riesgo de MSC, porque no fueron

diagnosticados a tiempo o porque a pesar de haber hecho estudios complementarios el diagnóstico es muy dificultoso. Existen dos estrategias: la primera son los dispositivos de cardiodesfibrilación implantables (o, más recientes, los chalecos vestibles). Estos aparatos están indicados para una población seleccionada, sea por haber presentado ya un episodio de muerte súbita abortado, o por presentar una cardiopatía (estructural o genética) que predisponga a una mayor probabilidad de sufrir un evento. La segunda estrategia es la educación y el desarrollo de programas de salud pública que permitan capacitar a la población general en la realización de RCP y el uso de desfibriladores automáticos externos (DEAs), los cuales deberían estar disponibles en cualquier lugar público. Múltiples estudios demostraron que el acceso de la población general al aprendizaje de maniobras de RCP sencillas y pragmáticas y la presencia de DEAs se traduce en un gran aumento de sobrevivencia sin secuelas en víctimas de MSCEH.

Palabras claves. Muerte súbita (MSC), reanimación cardio pulmonar (RCP), desfibrilador automático externo (DEA), cardiodesfibrilador implantable (CDI), Fibrilación Ventricular (FV), taquicardia ventricular (TV).

New areas of life – Sudden death review 2018

Summary

One of every five deaths in adults is due to cardiovascular causes, in developed countries, and half of these deaths will occur suddenly. A large percentage occur in the out of hospital setting, so measures to prevent it are divided into: those designed to prevent, in the first place, the sudden cardiac death event from happening and those whose purpose is to act when the sudden death event that has already occurred and it's ongoing. The first aims to reduce the main causes of sudden death in developed countries: structural heart disease (with coronary heart disease as its main cause). In this regard, with the purpose to mitigate the development of a heart disease that predisposes the occurrence of fatal arrhythmias and

Correspondencia. Dr Mario Fitz Maurice
Av. Las Heras 2670 (CP: 1425). Instituto Nacional de Arritmias (INADEA), Servicio de Cardiología, Hospital Bernardino Rivadavia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: inadea@inadea.org

SCD, we have primary prevention measures, like healthy life style conduct with or without pharmacological treatment, (whose objective is the reduction and control of cardiovascular risk factors) and, in those with cardiovascular disease already established, there is an implementation of pharmacological and / or surgical strategies (Revascularization, valve replacement, etc.). The second objective arises from the fact that, despite all these preventive and therapeutic measures, a large number of patients will present out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) either because although they received optimal treatment they still remain in high risk of SCD, even because they were not diagnosed on time, or because despite having complementary studies made the diagnosis is very difficult. There are two well strategies: the first are implantable cardio-defibrillation devices (or, more recently, wearable vests). These are indicated for a selected population, either because they have already presented an episode of sudden aborted death, or because they have heart disease (structural or genetic), which predisposes to a greater probability of suffering an event. The second strategy is the education and development of public health programs that enable the general population to be trained in CPR and the use of external automatic defibrillators. (AEDs) should be available in any public place. Multiple studies showed that access to the general population for learning simple and pragmatic CPR maneuvers and the presence of AEDs is making an impact on a significant increase in survival without consequences in OHCA victims.

Key words. Sudden cardiac death (SCD), arrhythmias, out-of-hospital cardiac arrest (OHCA), implantable cardio-defibrillation (ICD), sudden aborted death, external automatic defibrillators (AEDs), CPR, fatal arrhythmias.

Introducción

La muerte súbita (MS) probablemente sea el desafío más importante de la cardiología moderna.¹ No solo por la gran cantidad de muertes que ocasiona, ya que representa la mitad de las muertes cardiovasculares y el 25% del total de las muertes en adultos, sino también por el impacto social que provoca. Actualmente es un importante problema de salud pública a nivel mundial. Esto resulta comprensible si se considera que solo en Occidente ocurren entre 450.000 y 500.000 decesos cada año, lo que representa aproximadamente un evento por minuto.²

Definición y epidemiología

Se define como muerte súbita a aquella que ocurre de manera inesperada dentro de la primera hora desde el inicio de los síntomas o si se produce en ausencia de testigos cuando el fallecido ha sido visto en buenas condiciones menos de 24 h antes del desceso.³

Clásicamente, el paciente se encuentra bien en un momento dado y agoniza unos instantes más tarde. En esta simple frase se condensan las tres características que definen a la muerte súbita:

1. fenómeno natural, 2. inesperado, 3. rápido. El evento final es un cuadro de inestabilidad eléctrica cardíaca que lleva a una arritmia letal.

Las medidas preventivas y terapéuticas para reducir la carga de cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca han permitido que en los últimos 20 años la mortalidad cardiovascular haya disminuido en países desarrollados. Sin embargo, las estimaciones contemporáneas de la incidencia de MSC en los Estados Unidos son de 360.000 eventos por año, lo que representa la mitad de todas las muertes cardiovasculares.⁴

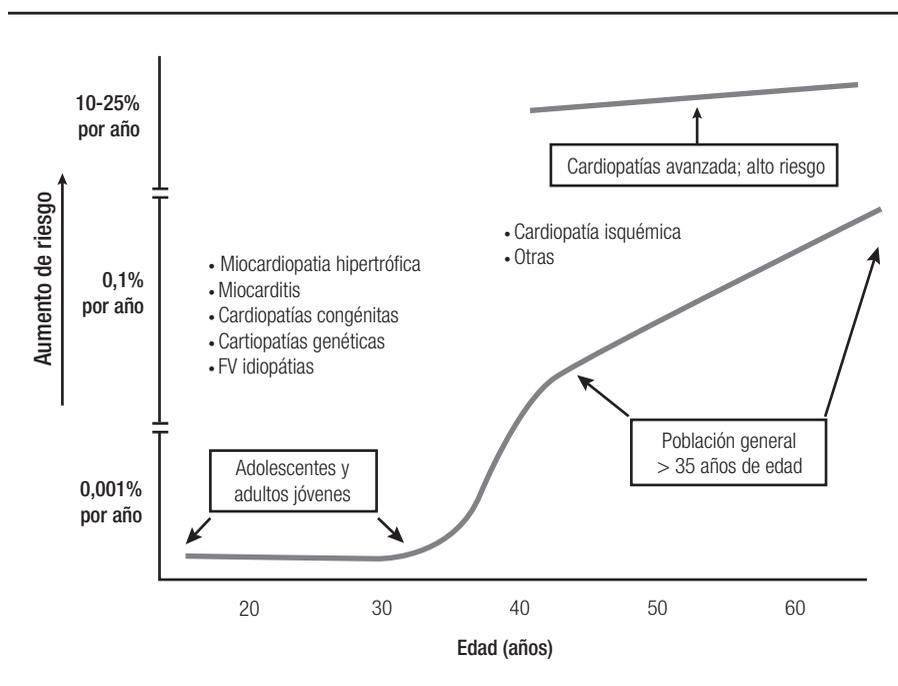
La incidencia de MS aumenta de forma gradual pero significativa a partir de los 35-40 años (Figura 1) y es entre dos y cuatro veces más frecuente en la población masculina. Se estima que la tasa de MSC varía entre 1,40/100.000 personas-año en las mujeres y 6,68/100.000 personas-año en los varones.⁵ La MSC en individuos más jóvenes tiene una incidencia estimada de 0,46-3,7 episodios/100.000 personas-año, lo que corresponde a una estimación aproximada de 1.100 - 9.000 muertes en Europa y 800 - 6.200 muertes en los Estados Unidos cada año.⁶

El 80% de las MSC se da en el contexto de una cardiopatía coronaria conocida o no. En la mayoría de los casos la isquemia desencadena procesos de taquiarritmia ventricular que degeneran en una fibrilación ventricular, responsable final de la MS. En el 15-20% la cardiopatía estructural, congénita o adquirida, tales como miocardiopatía dilatada, displasia arritmogénica del ventrículo derecho, miocardiopatía hipertrófica, cardiopatías adquiridas de origen valvular, coronaria o hipertensiva son las responsables.⁷ En este grupo la arritmia ventricular sigue siendo la causa predominante, pero aparecen también bradiarritmias como causa final de MS (bloqueos, asistolia). En un porcentaje significativamente menor, la causa de la MSC corresponde a fenómenos eléctricos primarios (síndromes de QT largo, síndrome de Brugada, síndromes de preexcitación con conducción aberrante, entre otros).

Historia

La muerte súbita no es un concepto nuevo. En el antiguo Egipto, hace más de 4000 años, se correlacionó la MS con síntomas que la medicina moderna identificó como isquemia miocárdica.⁸ En el papiro de Ebers se afirma: "Si un paciente presenta dolor en el brazo y la parte izquierda del tórax, la muerte lo está amenazando". Hipócrates, hace más de 2500 años, habló por primera vez de factores de riesgo al relacionar la obesidad con la muerte súbita. Desde el siglo XVIII se publicaron frecuentes casos de MS que ocurrían en Roma. En el siglo XIX, Von Bezold demostró que la oclusión experimental de las arterias coronarias producía paro cardíaco, y en el siglo XX, Herrick describió el cuadro clínico del infarto agudo de miocardio (IAM).⁸

Figura 1. Relación entre muerte súbita y edad. Obsérvese que la muerte súbita se asocia a varias enfermedades a lo largo de la vida. FV: fibrilación ventricular. Tomado de Myerbrug et al.³⁷



Hoy en día no existe duda de la relación entre la MS y la cardiopatía isquémica. Sin embargo, a pesar del interés actual y del conocimiento adquirido, la alta incidencia, su inesperado comienzo y el bajo éxito de las maniobras de resucitación provocan que la muerte súbita cardíaca sea un problema sin resolver para la cardiología, la medicina de urgencias y la salud pública.

Fisiopatología de la muerte súbita

La MS es el estadio final de una cadena de eventos que conducen a parada cardíaca, en general por fibrilación ventricular (FV) o, menos a menudo, por una bradiarritmia extrema.⁹

En todos los casos hay una serie de factores moduladores y/o desencadenantes que, actuando sobre el miocardio vulnerable, precipitan la MS. Los tres factores más frecuentes son la isquemia, la disfunción del ventrículo izquierdo y la predisposición genética. Este último aspecto ha adquirido mucha relevancia en los últimos años, y no es descabellado pensar que el estudio de la influencia genética en la MS es una de las claves para diseñar en el futuro estrategias de riesgo más certeras y para el desarrollo de nuevas terapias.

1. Sustrato isquémico: existe una clara relación entre la MSC y la cardiopatía isquémica. Un gran número de casos de MS ocurren como primera

manifestación de un síndrome coronario agudo y representan un gran porcentaje de la carga total de MS. Las arritmias ventriculares letales sobrevienen como consecuencia de reentradas alrededor de cicatrices de infarto o en zonas de tejido isquémico. La presencia de fluctuaciones en el tono autonómico, alteraciones electrolíticas, tratamiento con fármacos anti-arrítmicos, los intervalos de acoplamiento de las extrasístoles ventriculares y las presiones de llenado ventricular son elementos que pueden favorecer la aparición de arritmias ventriculares letales.⁹ En los pacientes pos-infarto inmediato el riesgo de MS se debe especialmente a la presencia de inestabilidad eléctrica y a la interacción de esta con la disfunción ventricular izquierda y la isquemia.

2. Disfunción ventricular: un gran número de pacientes víctimas de MS, independientemente de la etiología, presentan insuficiencia cardíaca (IC) acompañada –generalmente– de función sistólica ventricular izquierda deprimida. En los pacientes con IC, la dilatación y la fibrosis conducen al desarrollo de FV/TV como evento final que lleva a la MS. Cabe aclarar que en los pacientes con clase función IV, la MS se debe en su mayoría a bradiarritmias. Aproximadamente el 40% de las muertes cardiovasculares que aparecen en pacientes con IC son súbitas. El resto se explica por progresión de la IC.¹

3. Predisposición genética: la influencia de la genética no se limita a las enfermedades hereditarias (canalopatías, MCH, etc.). Recientemente se ha propuesto también la interacción entre la predisposición genética y el desarrollo de cardiopatía isquémica aguda y crónica. Se ha descrito además el posible papel de factores genéticos en el desarrollo de FV durante los síndromes coronarios agudos con elevación del ST.¹⁰ También se han publicado tres grandes estudios que han identificado diferentes variantes genéticas asociadas con el riesgo de MS para los pacientes con CI.¹

Es importante tener en cuenta que estos tres factores moduladores pueden estar presentes durante meses o incluso años sin que ocurra una muerte súbita. Se requiere que sobre el miocardio vulnerable actúen uno o varios factores desencadenantes.

Factores desencadenantes. A pesar de la fuerte relación existente entre la cardiopatía isquémica y la disfunción ventricular izquierda con la MSC, no existe un factor de riesgo concreto y específico para la MSC. La cardiopatía isquémica facilita la creación de un sustrato arritmogénico que debe ser activado por factores desencadenantes como la isquemia aguda, alteraciones hemodinámicas, alteraciones electrolíticas, efecto tóxico de algunos fármacos, inestabilidad de la placa, etcétera.¹¹

Por tanto, los factores precipitantes parecen desempeñar un importante papel en la patogénesis de la MSC. La isquemia miocárdica, las alteraciones electrolíticas (especialmente hipopotasemia e hipomagnesemia), el efecto proarrítmico de algunas drogas, la activación del sistema nervioso autónomo y los factores psicosociales, entre otros, son algunos de los factores que pueden desencadenar la MS. Cabe destacar que algunos de estos factores son modificables y de allí la importancia de identificarlos precozmente.

Etiología de la muerte súbita cardíaca

Las causas de MSC son variadas. Como se ha mencionado anteriormente, la cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte súbita; sin embargo, existen otras causas miocárdicas conocidas, así como enfermedades asociadas a alteraciones del sistema de conducción, canalopatías, entre otros. Las causas de muerte súbita se pueden agrupar según la presencia o no de cardiopatía estructural (Tabla 1), y/o según la edad (mayores y menores de 35 años) (Tabla 2).

Muerte súbita en atletas

Mientras la actividad física regular es un factor que protege de la cardiopatía isquémica, el ejercicio intenso puede ser un disparador de MSC en personas con alguna condición cardiovascular predisponente (estructural o genética). Se desconoce el número exacto de MS en atletas, pero la incidencia anual se calcula en 1/200.000 jóvenes menores de 35 años.

Tabla 1. Causas de muerte súbita cardíacas.

-
- Cardiopatía estructural:
 - Cardiopatía isquémica
 - Miocardiopatía hipertrófica
 - Miocardiopatía dilatada
 - Cardiopatías valvulares
 - Cardiopatías congénitas
 - Miocarditis aguda
 - Tumores cardíacos
 - Displasia arritmogénica del ventrículo derecho
 - Enfermedades sistémicas:
 - Sarcoidosis
 - Amiloidosis
 - Otras
-
- Corazón estructuralmente sano:
 - Síndrome de Wolf-Parkinson-White
 - Síndrome de QT largo congénito
 - Síndrome de QT largo adquirido
 - Cardiopatías valvulares
 - Síndrome de Brugada
 - *Conmotio cordis*
-

Tabla 2. Causas de MSC por grupo etario.

-
- Menores de 35 años:
 - Miocardiopatía hipertrófica (36%)
 - Anomalías congénitas de las arterias coronarias (19%)
 - Hipertrofia idiopática del VI (1%)
 - Miocarditis (0,3%)
 - Miocardiopatía dilatada (0,3%)
 - Displasia arritmogénica del VD (0,3%)
 - Otras (0,6%)
 - Mayores de 35 años:
 - Enfermedad aterosclerótica coronaria (85%)
 - Enfermedad valvular (0,7%)
 - Arritmias (0,3%)
 - Miocardiopatía hipertrófica (0,2%)
-

Entre atletas mayores, las cifras anuales estimadas son de 1/15.000-50.000 atletas. La prevalencia es mayor en varones, con una relación de 9 a 1 con respecto a las mujeres. La MS no se limita a atletas de elite ya que también se observa durante actividades recreativas en personas no atletas.

Generalmente se debe a enfermedades cardiovasculares previas no diagnosticadas. En los menores de 35 años de edad, la principal causa es la miocardiopatía hipertrófica (responsable de un tercio de los casos), seguido de anomalías de las

arterias coronarias (especialmente en la arteria coronaria izquierda) y la displasia arritmogénica del ventrículo derecho. En ausencia de cardiopatía estructural, el síndrome de Wolff- Parkinson-White (WPW), el síndrome de Brugada, el síndrome de QT largo, el síndrome de QT corto y la TV polimórfica catecolaminérgica son los causantes más frecuentes.¹⁴ En la población pediátrica portadora de WPW, se demostró que el debut sintomático puede ser un evento MSC, y la estratificación de riesgo mediante marcadores clínicos y electrofisiológicos es imperfecta y no permite establecer con exactitud todos los pacientes en riesgo de MSC.¹²

En mayores de 35 años de edad, al igual que en la población general, la principal causa de muerte súbita es la cardiopatía isquémica.

Estratificación de riesgo

La identificación y la prevención de la MS en los pacientes en riesgo (antecedentes de paro cardíaco, cardiopatías genéticas familiares, algunos pacientes post IAM, pacientes con IC, etc.) son más sencillas que en aquellos casos en que la MS aparece como primera manifestación. Como se observa en la Figura 2, estos representan más del 50% de los pacientes que sufren MS. Muchos de ellos corresponden a pacientes que presentan un IAM y cuya manifestación inicial es la MS.¹³

El mayor riesgo de MS lo tienen los pacientes con

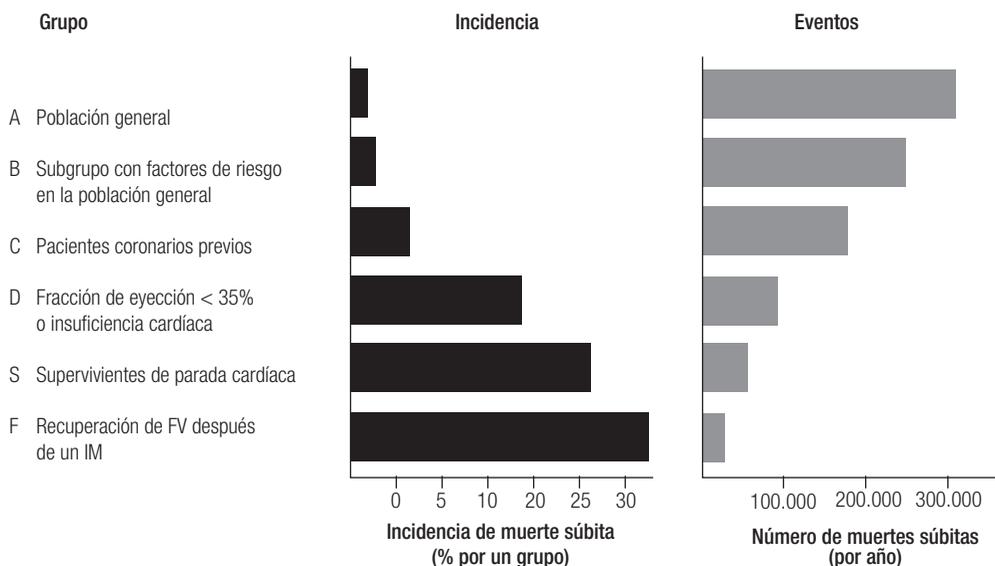
antecedente de arritmias ventriculares malignas, por lo cual deben ser remitidos a centros especializados para realizar estudios complementarios, incluyendo estudios electrofisiológicos y coronariografía, así como las nuevas técnicas no invasivas, con el fin de diagnosticarlos lo antes posible.¹⁴

Dentro del grupo de pacientes que no han presentado arritmias ventriculares malignas, el mayor riesgo está en relación con la presencia de distintos factores, marcadores de riesgo y desencadenantes. Los pacientes más expuestos son los que padecen una cardiopatía avanzada (principalmente isquémica), especialmente si existe insuficiencia cardíaca asociada, y los que se hallan en la fase aguda de insuficiencia coronaria, sobre todo de infarto agudo.¹⁴

Identificar a los pacientes que, en ausencia de síntomas previos y factores de riesgo graves, van a sufrir MS es un verdadero reto para la cardiología moderna, ya que no es posible hacer un cribado exhaustivo de la población general. En el estudio de Framingham, se comprobó que la presencia de alteraciones en el ECG, sobre todo bloqueos de rama y signos de HVI izquierda aumenta mucho, principalmente en los varones, el peligro de MS, y que en un análisis de riesgo multivariado el peligro de MS aumentó, sobre todo para los varones, en relación con el número de variables de riesgo que presentaban.¹⁵

Figura 2. Pacientes que sufren MS en los grupos de alto riesgo vs. población general.¹³

A. Bayés de Luna, R. Elosua / Rev Esp Cardiol. 2012; 65(11): 1039-1052



Prevención

La mejor forma de prevenir la MS es identificar a los candidatos. Como se mencionó previamente, la mayoría de los eventos de MSC ocurren en personas sin historia previa ni clínica de enfermedad cardíaca. El mayor desafío se encuentra en aquellos pacientes en los cuales la MSC se presentará como primera manifestación. Recordemos que si bien el porcentaje de pacientes que sufren MS es mucho mayor en los grupos de alto riesgo que en la población general, el número absoluto de casos que se presentan en la población general es mucho mayor a la suma de los pacientes de todos los grupos de riesgo juntos. En la actualidad, el *screening* se realiza en personas con antecedentes familiares de MS y en aquellos en que los hallazgos durante la exploración física o los resultados de pruebas complementarias permiten sospechar un riesgo aumentado de MS. Múltiples estudios poblacionales han demostrado una asociación independiente entre factores de riesgo específicos y biomarcadores de inflamación, injuria de los miocitos y activación neurohormonal con el riesgo de MSC.¹⁶

Las estrategias de prevención se han centrado en el uso de cardiodesfibriladores automáticos implantables (CDI) en la población de más alto riesgo (tales como miocardiopatía avanzada y función ventricular izquierda deprimida, entre otros). Con el implante de un cardiodesfibrilador automático no se previene la aparición de la arritmia fatal; lo que se consigue es evitar la MS cuando aquella aparece. En la prevención de la MSC es clave el control estricto de todas las enfermedades asociadas a ella. Se debe promover desde edades tempranas hábitos de vida saludables, favorecer el ejercicio físico, tratar precozmente el colesterol, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, evitar la aparición y/o progresión de insuficiencia cardíaca, y diagnosticar oportunamente las cardiopatías genéticas que impliquen un riesgo de MS. En este último aspecto, es importante la historia clínica familiar y personal (antecedentes de síncope o MS) y del electrocardiograma, el cual puede evidenciar un patrón eléctrico que nos permita identificar los posibles candidatos a la MS.

Terapias disponibles

El tratamiento de la MSC secundaria a FV o TV es la desfibrilación ventricular, y cuanto más temprano se realice, mayor será la posibilidad de revertir a ritmo sinusal (RS) (Figura 3), por lo que el principal determinante de la supervivencia es la realización temprana de RCP y desfibrilación precoz. Cuando se hacen ambos procedimientos dentro de los primeros 5 minutos de ocurrido el paro cardíaco, se puede lograr una supervivencia, evaluada al alta hospitalaria, mayor al 50% y con buena recuperación neurológica. Al primer minuto, el éxito de la desfibrilación es superior al 90% y desciende

7-10% por minuto sin reanimación cardiopulmonar (RCP). La RCP prolonga la ventana de tiempo para realizar una desfibrilación exitosa.¹⁷

El advenimiento del cardiodesfibrilador automático implantable (CDI) representa un gran avance en la prevención de la MSC, es un equipo con alta posibilidad de revertir a ritmo sinusal un episodio de TV o FV ya que puede desfibrilar en menos de 15 segundos cualquiera de estas arritmias.¹⁸ Su utilidad ha sido demostrada tanto en la prevención primaria de muerte súbita en pacientes con fracción de eyección menor del 35%, como en la prevención secundaria en sujetos que ya han sobrevivido a un episodio de MSC.¹⁸

En las últimas décadas, se ha registrado una importante reducción en la morbimortalidad cardiovascular, alcanzada a expensas del avance en medidas de prevención primaria (principalmente control de factores de riesgo) y secundaria, orientadas a combatir la principal etiología responsable del mayor porcentaje de muertes de causa cardíaca: la enfermedad coronaria, tanto aguda como crónica. Sin embargo, y a pesar de todas las medidas aplicadas, continúa siendo la principal causa de morbimortalidad en países desarrollados. Y una de las razones que permiten explicar esta alta incidencia se encuentra en el gran número de eventos de muerte súbita que se producen en el ámbito extrahospitalario.

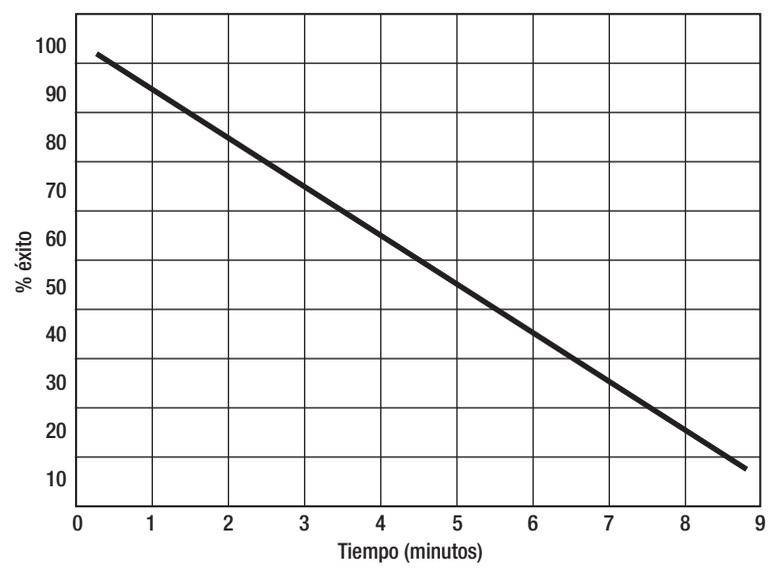
Lo más relevante es lograr un adecuado nivel de prevención primaria para evitar las cardiopatías estructurales, como la isquémico-necrótica, principal responsable de la MSC. La presencia de isquemia miocárdica sintomática o asintomática es el factor de riesgo más importante para desarrollar muerte súbita en los adultos; desafortunadamente, en muchos de estos pacientes será el primer y único síntoma.

Otro aspecto de gran importancia es la educación y el desarrollo de programas de salud pública que permitan capacitar a la población general en la realización de RCP y el uso de desfibriladores automáticos externos, los cuales deberían estar disponibles en cualquier lugar público. La optimización de los servicios de emergencia es también un eslabón fundamental.

Los fármacos antiarrítmicos, en particular los de clase I, han demostrado desde el estudio CAST¹⁹ que no tienen utilidad en pacientes con cardiopatía estructural. La amiodarona no aumenta la mortalidad pero tampoco la sobrevida, como demuestran el EMIAT, el CAMIAT y el estudio MUSTT. Los betabloqueadores tienen una clara utilidad en poblaciones de riesgo como los pacientes isquémicos y con insuficiencia cardíaca, sin embargo, en muchos casos son subutilizados.

Pese a la aparente carencia de utilidad de los fármacos, las combinaciones de estos con algún dispositivo o terapia de ablación pueden ser de utilidad. Aunque los estudios como el MUSTT han

Figura 3. Relación entre el tiempo transcurrido y la posibilidad de revertir a ritmo sinusal con desfibrilación, en casos sin reanimación cardiopulmonar. Adaptada de: Cummins.²⁴



mostrado que los beneficios en la supervivencia dependen esencialmente de los desfibriladores, las drogas antiarrítmicas pueden prevenir un episodio de arritmia grave y disminuir la recurrencia de los episodios, así como disminuir la frecuencia cardíaca. La recurrencia de episodios arrítmicos es menor, así como la intensidad de estos, con el uso de antiarrítmicos como la amiodarona. El CDI, en cambio, no puede por ahora ejercer todas esas acciones preventivas, pero sí es capaz de revertir con éxito una TV o FV.

Las técnicas de ablación por radiofrecuencia han avanzado en cuanto al mapeo de los sitios de origen de las taquicardias; sin embargo, el éxito es relativamente bajo y en la mayoría de los casos no exime del implante del CDI. Su mayor utilidad son las TV rama a rama. Uno de los requisitos para realizar la ablación es que la arritmia sostenida sea tolerada hemodinámicamente, e idealmente de una sola morfología.

Desfibrilación y reanimación cardiopulmonar

Como se mencionó previamente, la única estrategia que ha mostrado efectividad tanto en prevención primaria (MUSTT, MADIT) como secundaria (AVID) es el CDI. El concepto de desfibrilación eléctrica fue acuñado en 1899 por Prevost y Batelli, después de notar que grandes voltajes aplicados a través del corazón de un animal podían poner fin a la fibrilación ventricular.

Desde que Mirowski colocó el primer CDI en

1980 al día de hoy, más de 30 años después, el beneficio clínico ha sido incuestionable. Desde ese primer implante, el incremento en el número de pacientes con estos dispositivos ha sido exponencial y se ha fundamentado en su eficacia reiteradamente demostrada contra la muerte súbita cardíaca de origen arrítmico.

Las principales sociedades de cardiología y arritmias han desarrollado guías que permiten estratificación del riesgo así como selección de los pacientes candidatos a implante de CDI tanto para prevención primaria como secundaria. Sin embargo, como se mencionó previamente, en un porcentaje importante de los pacientes la muerte súbita es la primera manifestación de una enfermedad cardíaca, y su ocurrencia fuera del ámbito intrahospitalario es muy alta. Por lo tanto, los esfuerzos para tratar de aumentar la supervivencia después de un paro cardíaco extrahospitalario se han centrado en el desarrollo de estrategias de salud pública que incluyen capacitación a personal no médico y disponibilidad de desfibriladores al alcance de la población.

Dado que la principal causa de muerte súbita cardíaca extrahospitalaria (MSCEH) es la enfermedad cardíaca isquémica, el paro cardíaco a menudo puede considerarse una falla en las medidas de prevención cardiovascular y en la identificación de pacientes en riesgo de MS. La MSCEH puede ocurrir inesperadamente, en cualquier situación, por lo cual el desafío radica en responder tan rápido y apropiadamente como sea posible. Para lograr este objetivo, se ha desarrollado la cadena de

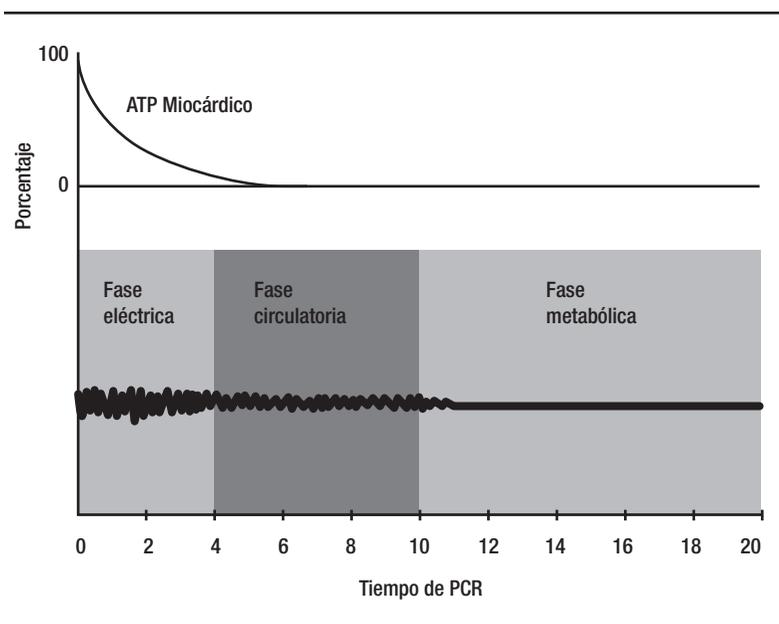
supervivencia que consta de 4 pasos: reconocimiento inmediato de un posible paro cardíaco, inicio temprano de reanimación cardiopulmonar básica (RCP) realizada por transeúntes, desfibrilación rápida y soporte vital avanzado. Realizar una RCP temprana y de alta calidad asociado a un adecuado uso del DEA es el mejor predictor de aumento de la supervivencia a los 30 días y de un buen estado neurológico en el momento del alta. El éxito de las maniobras es tiempo dependiente, y el nivel de ATP miocárdico, así como la actividad potencialmente recuperable, descienden de manera significativa a cada minuto desde el inicio de la PCR –parada cardiorrespiratoria– (Figura 4).

En los últimos años, la tasa de supervivencia de los pacientes con MSCEH ha mejorado, lo que se asocia a dos aspectos importantes: primero, a los programas de salud pública y segundo, al desarrollo,

distribución y uso de sistemas de desfibriladores automáticos externos (DEA).²⁰ Sin embargo, a pesar de esta mejora, la supervivencia global sigue siendo baja, al igual que el porcentaje de pacientes con un buen estado neurológico al alta (entre 11,4% y 16,5%). Es importante, en aras de mejorar las cifras de supervivencia y el pronóstico neurológico de estos pacientes, establecer los mejores lugares de acceso al DEA, el papel de la formación y su utilización por personal no médico y, especialmente, el momento óptimo de su aplicación y su combinación con las maniobras de RCP. Con respecto al DEA, los dispositivos con mayor eficacia son aquellos que disponen de un buen umbral de asistolia, capaces de identificar FV aunque sea de bajo voltaje.

En cuanto a las diferentes técnicas divulgadas en el entrenamiento del público general en maniobras de RCP, ha cobrado relevancia en los últimos años

Figura 4. Modelo de 3 fases de resucitación. Relación entre el tiempo transcurrido, el nivel de ATP miocárdico y el nivel de actividad miocárdica.



la técnica de RCP “solo con las manos” (*Hands only CPR*), publicada en las últimas guías como técnica de preferencia cuando un despachante del sistema de emergencias tiene que orientar al testigo de una MS. Esto también se ve reflejado en un aumento en los “intentos de RCP” realizados por testigos de un evento de muerte súbita, como lo describe el registro nacional sueco,²¹ con más de 20.000 casos reportados de muerte súbita en el ámbito extrahospitalario, que muestra además similar tasa de supervivencia comparada con la técnica de RCP tradicional (masajes y ventilación). Del análisis de los resultados obtenidos surgen datos que alientan a implementar

medidas a gran escala en diferentes ámbitos de alta concurrencia de personas. La disponibilidad del DEA y el conocimiento de maniobras básicas de RCP por parte del público permitieron que un porcentaje mayor a la media poblacional ingrese con vida al ámbito hospitalario luego de un evento de MS.

Dentro del marco de la estrategia “Diseñando áreas de vida y recuperación de la muerte súbita”, nuestro grupo de trabajo llevó a cabo un estudio retrospectivo descriptivo observacional²² en el que se incluyeron 137 clubes de rugby pertenecientes a la URBA/UI. Se llevó a cabo un programa de entrenamiento en resucitación cardiopulmonar a

la comunidad y al personal no médico mayor de 15 años, entre enero de 2012 y junio de 2017. Dentro de la información relevada se pudo establecer que el DEA fue utilizado en 7 de los 100 clubes con disponibilidad de este (7%), y que se usó en un total de 8 pacientes. La mortalidad en el campo fue del 25% (2 muertes), mientras que el 75% de las víctimas sobrevivieron; de ellos el 100% llegó vivo al hospital. Con base en los resultados obtenidos, pudimos demostrar que la implementación de programas de capacitación en maniobras de RCP y acceso a desfibriladores externos automáticos en clubes de rugby de la URBA/UAR permitió un acceso precoz a las víctimas de eventos de muerte súbita para el desarrollo de las maniobras de RCP y uso de DEA, lo que se tradujo en una mejoría de la supervivencia.

El reconocimiento de la MS como un problema de salud pública ha generado un mayor interés en el desarrollo de tecnologías destinadas a la prevención de la MSC en aquellos pacientes con alto riesgo de muerte arrítmica. Los candidatos más obvios son aquellos con antecedentes de paro cardíaco o taquiarritmias ventriculares sostenidas, en quienes el implante de un CDI resulta efectivo. Sin embargo, existe una población de pacientes que pueden beneficiarse de la cardiodesfibrilación de emergencia, pero que no se consideran candidatos para el implante de un CDI en el momento de la presentación del evento de MS. Este grupo está definido por dos subpoblaciones. El primer subgrupo comprende a aquellos que están en riesgo percibido pero en quienes se espera una eventual mejoría clínica, tales como pacientes revascularizados recientemente o aquellos con un diagnóstico reciente de IAM o miocardiopatía. En la actualidad no hay consenso respecto de qué hacer con estos pacientes en riesgo durante el período de espera antes de indicar un CDI. El segundo subgrupo incluye a aquellos que tienen una indicación clara para CDI, pero que también tienen una contraindicación para la colocación inmediata del dispositivo (por ejemplo, infección activa o pronóstico desconocido).

En este contexto, el cardiodesfibrilador portátil (chaleco desfibrilador) representa una opción segura para estos pacientes. El chaleco desfibrilador es un dispositivo diseñado para pacientes en riesgo de MSC que no son candidatos inmediatos para terapia de CDI. Al proporcionar terapia automática, el chaleco no requiere la actuación de una segunda persona como es el caso de los desfibriladores externos automáticos o manuales. A diferencia del CDI (que incluye dispositivos transvenosos y subcutáneos), este dispositivo no requiere operación quirúrgica, es temporal y fácilmente removible. Estas características, junto con los datos de seguridad y eficacia presentados a la FDA, permitieron su aprobación en los Estados Unidos en el año 2002.²³

Conclusiones

La MS de origen cardíaco representa un importante problema de salud a nivel mundial. Es responsable de la mitad de las muertes cardiovasculares y del

25% del total de muertes en adultos. La cardiopatía isquémica es la principal causa de MS, causando aproximadamente el 80% de todos los casos. La MS es el eslabón final de una cadena de eventos que derivan en paro cardíaco, debido generalmente a FV. En los últimos años han adquirido mayor relevancia las enfermedades hereditarias, como las miocardiopatías y las canalopatías, en el espectro de enfermedades asociadas la MSC, sobre todo en los pacientes jóvenes sin cardiopatía isquémica. Existen varios factores que hacen al miocardio vulnerable: la isquemia, la disfunción ventricular izquierda y la predisposición genética son los más importantes. Sin embargo, estos factores pueden estar presentes durante meses o incluso años sin que se produzca un evento de muerte súbita, por lo que es necesaria además la presencia de factores precipitantes o desencadenantes. La mejor prevención de la MSC es la identificación de aquellos en riesgo de presentarla, sin embargo, en un importante porcentaje de los pacientes la MS es la primera manifestación de la enfermedad cardíaca, y su ocurrencia en el ámbito extrahospitalario es considerable. Y es precisamente aquí donde la MS representa uno de los desafíos más importantes de la cardiología moderna. La única estrategia de tratamiento que ha mostrado efectividad tanto en prevención primaria como secundaria es el cardiodesfibrilador automático implantable, de ahí que nadie en la actualidad dude de su utilidad, y sus indicaciones están muy bien definidas por las diferentes sociedades de cardiología.

La incidencia de MSEH es muy alta, al igual que la mortalidad asociada a ella. Por lo anterior, en los últimos años, los esfuerzos se han centrado en aumentar la supervivencia y mejorar el pronóstico neurológico de los pacientes que sufren un evento de MS, mediante el desarrollo de programas de salud pública que permitan la capacitación a personal no médico en técnicas de reanimación y uso de desfibriladores, así como la disponibilidad de desfibriladores al alcance de la población. Con el fin de lograr que más gente se involucre en caso de presenciar un evento de muerte súbita, la reanimación cardiopulmonar se ha ido simplificando para hacerla más accesible al público en general. La cadena de supervivencia consta de 4 simples pasos que incluyen la desfibrilación rápida. Está demostrado que cuanto más rápido se inicie la RCP, mejor serán la sobrevida y el pronóstico neurológico. En este sentido, los DEAs han evolucionado hasta los dispositivos actuales, diseñados para ser fácilmente utilizados por personal no sanitario.

Bibliografía

1. Bayés de Luna A et al. Actualización de la muerte súbita cardíaca: epidemiología y estratificación del riesgo. *Rev Esp Med Legal* 2017.
2. Ochoa LA. Exclusión social y muerte súbita cardíaca. *Rev Cubana Salud Pública (revista en Internet)* 2010. Citado 5 ago 2015; 36 (3).

3. Zipes DP, Camm AJ, Borggrefe M et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Eur Heart J* 2006; 27: 2099-2140.
4. Mozaffarian D, Anker SD, Anand I et al. Prediction of Mode of Death in Heart Failure: The Seattle Heart Failure Model. *Circulación* 2007; 116: 392-398.
5. Eckart RE, Shry EA, Burke AP et al. Department of Defense Cardiovascular Death Registry G. Sudden death in young adults: an autopsy-based series of a population undergoing active surveillance. *J Am Coll Cardiol* 2011; 58: 1254-1261.
6. United Nations Economic Commission for Europe. UNECE statistical database. Available at <http://w3.unece.org/pxweb>
7. Tavora F, Crowder C, Kutys R et al. Discrepancies in initial death certificate diagnoses in sudden unexpected out of hospital deaths: the role of cardiovascular autopsy. *Cardiovasc Pathol* 2008; 17 (3): 178-182
8. Maruga J, Alosa R, Gil M. Muerte súbita (I). *Epidemiología de la muerte súbita cardíaca en España. Rev Esp Cardiol (revista en Internet)* 1999. Citado 23 Ago 2014; 52 (9).
9. Bayes de Luna A, Gens A, Violas X, Guido J, Foil M. Electrocardiographic and clinical precursors of ventricular fibrillation: chain of events. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 1995; 6: 410-417.
10. Hu D, Viskin S, Oliva A et al. Novel mutation in the SCN5A gene associated with arrhythmic storm development during acute myocardial infarction. *Heart Rhythm* 2007; 4: 1072-1080.
11. O'Rourke-Fuster. Muerte Súbita Cardíaca. In: Hurts, ed. *Manual de Cardiología*. Madrid, Ed McGraw-Hill 2006: 154-157.
12. Susan P, Etheridge MD, Carolina A et al. Life-Threatening Event Risk in Children With Wolff Parkinson White Syndrome: A Multicenter International Study, *JACC* 2017.
13. Bayes de Luna, R. Elosua. *Rev Esp Cardiol* 2012; 65 (11): 1039-1052.
14. Zipes DP, Wellens HJJ. Sudden cardiac death. *Circulation* 1998; 98: 2334-2351.
15. Kannel WB, Schatzkin A. Sudden death: lessons from subsets in population studies. *J Am Coll Cardiol.* 1985; 5 (Suppl 6): B141.
16. Reynolds MR, Cohen DJ, Kugelmass AD et al. The frequency and incremental cost of major complications among medicare beneficiaries receiving implantable cardioverter-defibrillators. *J Am Coll Cardiol* 2006; 47: 2493-2497.
17. Neumar R, Otto Ch, Link M et al. 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010; 122: S729-S767.
18. Josephson M, Wellens HJ. Implantable defibrillators and sudden cardiac death. *Circulation* 2004; 109: 2685-2691.
19. Epstein A, Bigger T, Wyse G et al. Events in the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST): Mortality in the entire population enrolled. *J Am Coll Cardiol* 1991; 18: 14-19.
20. Kragholm K, Wissenberg M, Mortensen RN et al. Bystander efforts and 1 year outcomes in out of hospital cardiac arrest. *N Engl J Med* 2017; 376: 1737-1747.
21. Riva G, Hollenberg J, Svensson L et al. 11 Increase in BYSTANDER-CPR in Sweden is associated with increased rates of compression-only CPR. *BMJ Open* 2017; 7 (Suppl 3): A1-A18.
22. Fitz Maurice M, Di Tommaso F, Barros Pertuz MC et al. Muerte Súbita en clubes deportivos de rugby. *Ahead of print.*
23. Piccini J et al. Wearable Cardioverter Defibrillator Therapy for the Prevention of Sudden Cardiac Death. *Circulation* 2016; 133: 00-00.
24. Cummins RO. From concept to standard of care? Review of the clinical experience with automated external defibrillators. *Ann Emerg Med* 1989; 18:1269-1275.

Fiebre amarilla. Patología de alta significación epidemiológica

Dr Jorge Osvaldo Gorodner

Doctor en Medicina (UBA); Profesor Honorario de Medicina (UBA); ex Profesor Titular de Infectología (UNNE) Miembro de la Academia Nacional de Medicina; Miembro de la Inter Academy partnership; Director de las Carreras del Doctorado en Medicina; Especialistas en Infectología y Maestría en Medicina Tropical e Higiene (UNNE); Ex Director Investigador del Instituto de Medicina Regional (UNNE). Presidente de la Sociedad Argentina de Patología Regional y Medicina Tropical (AMA).

Resumen

Se describen la biología y la epidemiología de la fiebre amarilla (FA), haciendo referencia a la historia de la patología en Argentina y su situación en consonancia con los países vecinos de Brasil, Paraguay y Perú. Se describe su incidencia de los dos últimos años hasta la fecha en Brasil y Perú y su dispersión por infección humana a Chile y algunos países de Europa. Se recomienda para su prevención la implementación de mecanismos de vigilancia epidemiológica, que incluyan educación sanitaria, considerando que la toma de conciencia de la comunidad es trascendente para un adecuado control.

Palabras claves. Fiebre amarilla, epidemiología, prevención.

Yellow fever. Pathology of high epidemiological significance

Summary

The biology and the epidemiology of yellow fever are described, with reference to the history of the disease in Argentina and its situation in line with the neighbouring countries of Brazil, Paraguay and Peru. It describes its incidence over the last two years to date in Brazil and Peru and its spread by human infection to Chile and some European countries. Epidemiological surveillance mechanisms are recommended for prevention, including health education, considering that community awareness is important for adequate control.

Key words. Yellow fever, epidemiology, prevention.

La fiebre amarilla (FA) es una enfermedad conocida desde hace 400 años y para la que se cuenta con una vacuna efectiva desde hace más de 60. La FA forma parte del complejo de enfermedades emergentes y reemergentes. Muy probablemente se ha incrementado en la actualidad debido al cambio climático.

La FA se transmite entre humanos y primates fundamentalmente mediante mosquitos hematófagos del género *Aedes*, y puede llegar a afectar a áreas distantes debido a cambios ambientales influenciados

Correspondencia. Jorge Osvaldo Gorodner
Correo electrónico: gorodner@hotmail.com

por el calentamiento global. Desde hace dos décadas el número de infectados ha aumentado y hoy es un problema reemergente de salud pública, debido a la mayor concentración de mosquitos vectores en áreas urbanas, que infectan regiones en las que estuvo erradicado. El riesgo de epidemias en África y Sudamérica ha aumentado por muchas razones, entre otras, baja cobertura de inmunización, aumento de la densidad y distribución del vector e invasión de sitios urbanos por el *Aedes aegypti*, cambios en el balance demográfico de muchos países, con la conversión de poblaciones que eran principalmente rurales en mayoritariamente urbanas y por los viajes aéreos, que aumentan el riesgo de introducción y diseminación de la enfermedad en Norteamérica, América central, Caribe, Medio Oriente, Asia, Australia y Oceanía.

La FA epidémica es excepcional. Es primariamente selvática y comienza en monos infectados por mosquitos salvajes (*Haemagogus sp.*). El virus circula entre los primates y pasa a otros mosquitos que se alimentan de su sangre, quienes a su vez pican a humanos que entran a la selva y así se generan casos esporádicos de FA. La preocupación se presenta cuando una persona infectada en la selva se desplaza durante la fase de viremia hacia centros urbanos con elevada densidad de *Aedes aegypti*. Si este mosquito vector pica al humano que trajo la enfermedad desde la selva, estos brotes se denominan FA urbana. La FA se caracteriza por presentar fiebre elevada, ictericia, falla renal, cardíaca y diátesis hemorrágica. Su comienzo es brusco y de evolución aguda, con una ictericia febril por afectación predominantemente hepática.

Entre los meses de marzo y mayo de 2001, la zona fronteriza entre Brasil y Argentina registró una mortandad de monos macacos, atribuida a FA. A finales de 2007 se desarrolló en Paraguay una extensa epizootia que incluyó un área ecológica compartida por Brasil, Paraguay y el norte de Argentina (provincia de Misiones), lo que redefinió el área enzootica de la FA en América del Sur. A principios de 2008, la población de monos carayá rojo en Argentina se vio severamente reducida por brotes de FA y hoy en día sobrevive en los bosques del centro-este de Misiones en densidades extremadamente bajas. Una nueva oleada de FA que baja desde Brasil amenaza el futuro de esta especie en Argentina. El carayá rojo es un primate sensible a la FA y no constituye un reservorio del virus, sino que actúa como centinela.

Entre enero de 2016 y marzo de 2018, siete países y territorios de la región de las Américas notificaron casos confirmados de FA: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana Francesa, Perú y Suriname. Durante este período se notificó el mayor número de casos humanos y epizootias registrados en la región de las Américas en varias décadas. Desde el 16 de febrero de 2018, Brasil y Perú han notificado casos nuevos de FA.

Existe un avance de la onda epizootica en Brasil hacia el suroeste del estado de São Paulo. De repetirse el mismo patrón observado una década atrás, cuando la onda epizootica que había afectado el sudeste y sur de Brasil alcanzó posteriormente a Argentina y Paraguay, la onda epizootica actual podría llegar a estos países.

Actualmente la amenaza de una nueva epidemia de FA puede estar próxima. A mediados de 2013 comenzaron a morir primates en el estado de Tocantins, Brasil, con diagnóstico de FA, pudiendo el virus propagarse hacia el sur y llegar hasta nuestra región en el futuro.

En Argentina existió una importante epidemia urbana en 1871 que mató a más de 20.000 personas en Buenos Aires y a más de 2000 en Corrientes. La vigilancia de las arbovirosis se realiza de forma integrada, en el marco de la vigilancia del síndrome febril agudo inespecífico (SFAI) que incluye: dengue, fiebre zika, fiebre chikungunya, fiebre amarilla, encefalitis de Saint Louis y fiebre del Nilo Occidental, entre otros. En el marco de la emergencia de la fiebre amarilla en la región, se notificaron hasta el momento (agosto de 2018) siete casos confirmados de fiebre amarilla importados, con antecedentes de viaje a Brasil y sin antecedentes de vacunación. Seis de los casos habían visitado Ilha Grande en Rio de Janeiro y el restante Ouro Preto (Minas Gerais). En la SE 17 se registró el fallecimiento de uno de los casos confirmados, sumando un total de tres fallecidos.

Brasil ha experimentado recientemente el brote de fiebre amarilla más grande registrado en décadas, con 2043 casos confirmados y 676 muertes desde diciembre de 2016. Entre julio de 2017 y marzo de 2018 se notificaron 920 casos humanos confirmados, con 300 fallecidos, cifra superior a lo reportado en el mismo periodo del año anterior (610 casos confirmados con 196 fallecidos). En el periodo del 20 de febrero al 13 de marzo se notificaron 375 casos confirmados, con 136 defunciones. En el periodo 2017/2018 se observa una segunda elevación en la SE 7 probablemente relacionada con el feriado del carnaval, que propició un amplio desplazamiento de personas hacia áreas de transmisión selvática. Se estima que 35 millones de personas permanecen sin vacunar en áreas con riesgo de transmisión.

En el 2008, Paraguay, después de 34 años del último caso de FA, detectó casos autóctonos en el Centro Norte y Centro de dicho país, considerándose un brote de transmisión urbana, con 25 casos.

En Perú entre las SE 1 y 9 de 2018, se notificaron 22 casos de FA, 8 confirmados y 14 en investigación. Esta cifra es superior a la registrada en el mismo periodo de 2017 cuando se notificaron 5 casos confirmados. En 2018, la mayoría de los casos corresponden a residentes en Callería, provincia Coronel Portillo, área considerada de riesgo para FA.

Desde el 15 de febrero de 2018, el número de casos confirmados de FA en viajeros internacionales

no vacunados fueron 13. Según país de residencia, se distribuyeron: uno en Francia, y uno en los Países Bajos, ambos con antecedente de estadía en Brasil en áreas de riesgo para FA. En Argentina (2 fallecidos y uno en grave estado con trasplante hepático), tres en Chile, uno en Rumania y uno en Suiza. Con estadías en municipios de Río de Janeiro y São Paulo, y en Minas Gerais.

Existe una escasez mundial de la vacuna contra la fiebre amarilla por su producción limitada y ampliación de la circulación del virus. Son necesarias 450 millones de dosis para alcanzar una cobertura del 80%, mientras la producción anual de la vacuna es de 80 millones de dosis. Por lo tanto se ha recurrido a usar dosis reducidas lo cual parece haber inducido a lograr una inmunidad durable. No obstante, se recomienda que la vacuna fraccionada solo debe indicarse en situaciones críticas.

La vigilancia epidemiológica y genómica de las poblaciones humanas y animales en riesgo es crucial para la detección temprana y la contención rápida de la transmisión del virus de la fiebre amarilla. La epidemia en Brasil continúa desarrollándose con un aumento en los casos desde diciembre de 2017.

Los principales mecanismos empleados en la vigilancia son:

- Vigilancia de los casos clínicos compatibles con la forma clásica de la enfermedad, según las definiciones de casos de la OMS.
- Vigilancia de los síndromes febriles ictericos.
- Vigilancia de epizootias (aparición de la enfermedad y muerte de monos en áreas selváticas).
- Mantenimiento de los índices de infestación por *Aedes aegypti* por debajo de 5%, a fin de evitar la reurbanización de la FA.
- Vigilancia de eventos posvacunales atribuibles a la vacuna.

Otra estrategia complementaria para la prevención, estimada fundamental, es:

1. Vacunación en áreas de riesgo epidemiológico.
2. Eliminación del *Aedes aegypti* y sus criaderos en centros urbanos.
3. Educación sanitaria.
4. Consulta con el médico, centro de salud u hospital, de forma inmediata ante el comienzo abrupto de fiebre alta (más de 39° C), fuertes dolores de cabeza, escalofríos, hemorragias, mareos, malestar general y dolor muscular, pudiendo añadirse náuseas, vómitos y diarreas.

La ocurrencia continua de epizootias durante el actual período estacional indica que el riesgo de transmisión a humanos no vacunados continúa, por lo que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a que continúen con los esfuerzos para inmunizar a la población de riesgo y para que realicen las acciones necesarias para mantener informados y vacunados a los viajeros que se dirigen a zonas donde se recomienda la vacunación

contra la FA. El 16 de enero de 2018 se publicaron nuevas recomendaciones a los viajeros sobre la vacunación contra la FA en relación con la situación actual en Brasil.

Tener presente que una vez que esta patología se establece en un territorio, tarda mucho tiempo en controlarse. Los programas sanitarios de prevención y lucha, incluidos los educativos, deben llevarse a cabo de forma sostenida y prolongada para alcanzar el éxito, que no es otro que la erradicación. La toma de conciencia de la población sobre estas patologías y su adecuado accionar para su prevención es fundamental.

A la comunidad le cabe un papel fundamental para actuar frente a la gravedad de la situación sanitaria, considerando que es una problemática epidemiológica de responsabilidad compartida, sanitaria y social.

Bibliografía

1. Gorodner JO. Enf. emergentes y medio ambiente. Bol Inst Medicina Regional 1999; 22: 1-2.
2. Gorodner JO. Editorial Cambio climático y salud humana. Revista de la Asociación Médica Argentina, vol. 3 de 2007: 5-7.
3. Gorodner JO. Una batalla que se da en el hogar. En: <https://www.lanacion.com.ar/992584.4/3/2008>.
4. Gorodner JO. La conciencia de la comunidad frente a la fiebre amarilla. Diario Época 8/1/2009.
5. Gorodner JO. La fiebre amarilla: enfermedad reemergente con futuro desafiante. Revista de la Asociación Médica Argentina vol. 122 de 2009; n° 1.
6. Gorodner JO. Fiebre amarilla. Enfermedad reemergente y preocupante en poblaciones vulnerables. Revista de Enfermedades Emergentes. Editorial Nexus-Barcelona-España 2010; 12 (3): 93-94.
7. Gorodner JO. Fiebre amarilla. Riesgo epidemiológico de una patología reemergente. Revista de la Asociación Médica Argentina, vol. 128 de 2015; n° 1: 23-25.
8. Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica sobre la situación de la fiebre amarilla en la región; 20 de marzo de 2018. Reporte Epid de Córdoba n° 2033; 23/3/2018.
9. Enfoques epidemiológicos, espaciales y genómicos para caracterizar la transmisión de la fiebre amarilla en Brasil. Science 23 de agosto de 2018.
10. Vigilancia de fiebre amarilla Boletín Integrado de Vigilancia – Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud (Argentina). 27 de agosto de 2018.
11. Vigilancia de fiebre amarilla. Boletín Integrado de Vigilancia (Argentina). 28 de junio de 2018.
12. Evidencia científica de que la vacuna fraccionada contra la fiebre amarilla puede ser útil en el combate contra la enfermedad. Vaccine 27 de junio de 2018.

Hidradenitis supurativa crónica y su relación con el carcinoma epidermoide

Dres Alejandra Estela,^{1,2} Ricardo J Losardo^{1, 2}

¹ Servicio de Cirugía Plástica, Hospital de Oncología "María Curie" (GCBA).

² Carrera de especialización en cirugía plástica y reconstructiva. Escuela de Posgrado. Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Se presenta un caso clínico con un cuadro de hidradenitis supurativa crónica que evolucionó a carcinoma epidermoide. Se realiza una revisión de la literatura de esta enfermedad.

Palabras claves. Hidradenitis supurativa, carcinoma de células escamosas, malignización de inflamación crónica, dermatología, cirugía plástica, oncología.

Chronic suppurative hidradenitis and its relationship with squamous cell carcinoma

Summary

A clinical case with a chronic suppurative hidradenitis syndrome that progressed to squamous cell carcinoma is presented. A review of the literature of this disease is made.

Key words. Hidradenitis suppurative, squamous cell carcinoma, malignancy in chronic inflammation, dermatology, plastic surgery, oncology.

La hidradenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica e intermitente, que afecta a las glándulas sudoríferas (o sudoríparas) de la piel, generalmente en las regiones axilares. Su etiología no está bien definida. Esta lesión, cuando no responde al tratamiento clínico, puede ocasionalmente evolucionar a la malignización generando un carcinoma de células escamosas o epidermoide. En estos casos, resulta difícil su diagnóstico clínico temprano.^{1, 2} Se presenta un caso que siguió esta evolución y se revisa la bibliografía relacionada.

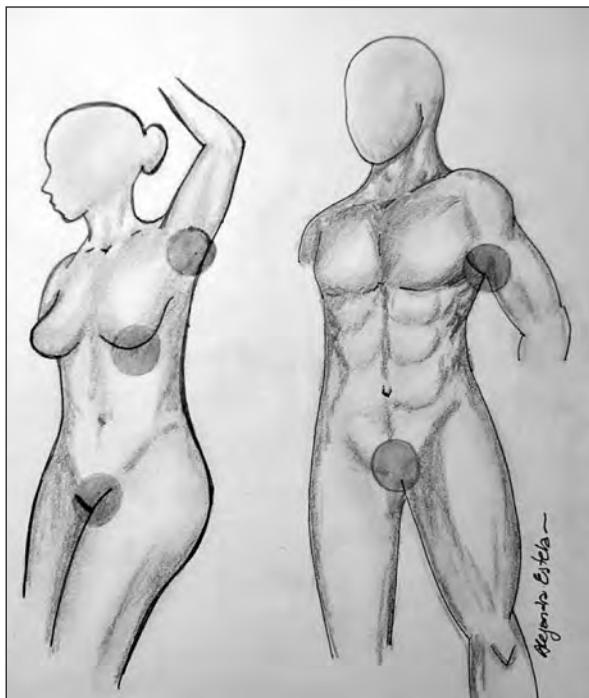
Epidemiología

Del 1 al 4% de la población mundial sufre esta enfermedad. Predomina entre los 20 y 30 años de edad.

Correspondencia. Dra Alejandra Estela
Correo electrónico: draalejandraestela@gmail.com

Tiene una prevalencia en el sexo femenino de 3 a 1. En las mujeres, es frecuente en las regiones axilares e inguinales y en menor grado en las submamarias y en los complejos aréola-papila. En los hombres predomina, en cambio, en las regiones inguinales y perineal. La severidad del cuadro inflamatorio disminuye con la edad del paciente³⁻⁵ (Figura 1).

Figura 1. Zonas afectadas por la hidradenitis supurativa según los sexos.



Se consideran como factores de riesgo las alteraciones hormonales, la obesidad, la hipercolesterolemia, la diabetes, el acné severo, la hiperhidrosis, la infección por HPV, el tabaquismo y también la falta de aseo, entre otros.⁶

Etiopatogenia y fisiopatología

La hidradenitis supurativa se cree que comienza con la oclusión de los orificios de los folículos pilosos por queratina lo que provoca la dilatación ductal de las glándulas sudoríferas apocrinas anexas, y genera estasis, y favoreciendo así la proliferación bacteriana, habitualmente por *Staphylococcus aureus*, y estableciendo una piodermitis.⁴

En aproximadamente un 25-30% de los casos puede ser hereditaria (autosómica dominante) relacionada con el locus 1p21 y 1-1q25. Se ha observado que en estos pacientes con enfermedad familiar hay una presentación más temprana y un comportamiento más agresivo de la patología, y muchas veces

con antecedentes de acné severo, lo que relaciona a la enfermedad con una manifestación de tipo autoinmune.⁷ Algunos estudios mostraron una relación de la enfermedad inflamatoria con una mutación del gen de la γ -secretasa. Esta enzima proteolítica es reguladora de la acumulación de proteína amiloide y su presentación genética se halla en el gen PSEN1 y PSEN2.^{8,9} Su deficiencia genera un acúmulo de esta proteína.

También se observó una relación de la inflamación en la zona afectada con la presencia de marcadores inmunológicos, principalmente con un aumento de la interleuquina IL-10 y la interleuquina IL-1 beta, en mayor proporción que en otras patologías inflamatorias crónicas (como por ejemplo la psoriasis).¹⁰

El cuadro inflamatorio inicial se presenta con prurito, ardor y dolor local en las zonas de pliegues o surcos cutáneos que mantienen la humedad y que están expuestas al roce o a la fricción. La inflamación sumada a la sobreinfección glandular produce en la piel nódulos eritematosos dolorosos, abscesos y fístulas con destrucción del tejido subcutáneo, fascia, músculo, nodos linfáticos, etc. Este proceso - de características biológicas exageradas - genera cicatrices anormales sobre las cuales se instala y se cronifica la enfermedad, deformando los tejidos.

La hidradenitis supurativa puede presentar episodios de reaparición y repetición tras períodos de calma; y esto puede ocurrir tanto en la zona afectada (local) como en una nueva zona corporal (distante).

En los cuadros inflamatorios de larga duración se pueden llegar a observar complicaciones como linfedema crónico (por obstrucción de los linfáticos), osteomielitis (por propagación de la infección) y malignización (por la cronicidad del proceso).

Diagnóstico diferencial

Debe realizarse el diagnóstico diferencial con ántrax, forunculitis, linfogranuloma venéreo, pioderma gangrenoso, quistes dermoides y tuberculosis, entre otros.

La hidradenitis supurativa crónica, en su presentación perineal o ano-genital, debe diferenciarse de la enfermedad de Crohn y de la enfermedad inflamatoria intestinal cripto-glandular.¹¹

Evolución a la malignización

La hidradenitis supurativa puede, en ocasiones, malignizarse en un carcinoma. Esta evolución se cree que está relacionada con la larga cronicidad que toma a veces la enfermedad. Esto se observó en un 3,2% de los casos.^{12,13}

La presentación del carcinoma escamoso o epidermoide en la hidradenitis supurativa tiene una manifestación más agresiva, de rápida evolución y de difícil manejo^{14,15} en comparación con el carcino-

ma del mismo tipo celular que no se genera sobre esta enfermedad. Esta complicación requiere un tratamiento quirúrgico oncológico, agresivo.^{16, 17}

Tratamiento

No existe un tratamiento curativo único para la hidradenitis suppurativa crónica.

El tratamiento clínico realizado por los dermatólogos incluye, entre otros, retinoides (isotretinoína) para desobstruir el ducto del folículo piloso, antibioterapia - local y sistémica - para el tratamiento de las infecciones (generalmente estafilococos), queratolíticos, inmunomoduladores (como el adalimumab) que inhiben el factor de necrosis tumoral (TNF alfa) y disminuyen así la inflamación.¹⁸

El tratamiento quirúrgico realizado por los cirujanos comprende desde el drenaje de los múltiples abscesos hasta la resección de los tejidos comprometidos, rebeldes a la terapia clínica. La cirugía puede consistir: en el destechamiento de las lesiones, en la resección local o en la resección ampliada. En cuanto a la reconstrucción, se puede realizar: curación secundaria dirigida, injertos de piel o de dermis acelular, colgajos cutáneos locales, entre otros; todas estas técnicas según criterio médico.¹⁹ Se debe tener en cuenta que la pieza quirúrgica debe ser estudiada histopatológicamente en búsqueda de alteraciones celulares malignas.

Caso clínico

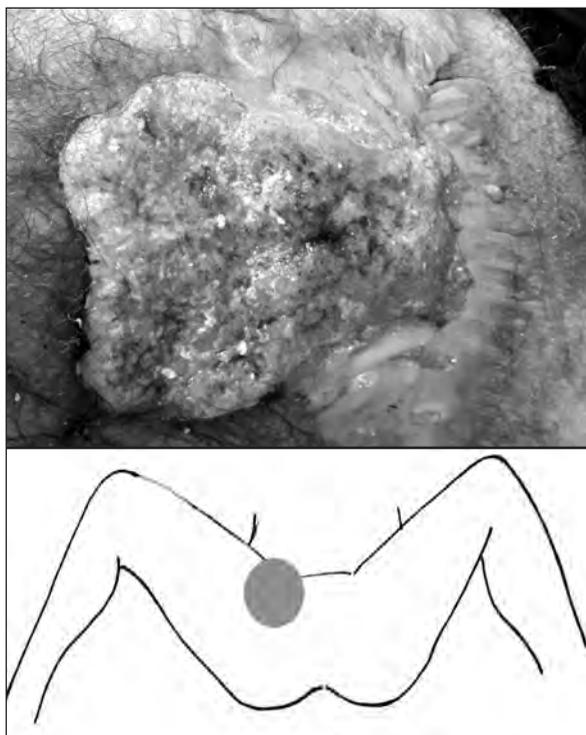
Paciente masculino, de 35 años de edad, que acudió a la consulta dermatológica en el año 2012, presentando una lesión de aproximadamente 7 cm de diámetro en la cara interna del tercio proximal del muslo derecho, compuesta por nódulos dolorosos y fístulas subcutáneas de varios meses de evolución. No tenía comorbilidades asociadas. El paciente presentaba hipertrichosis y mala higiene personal. Como no respondía al tratamiento clínico, se derivó a cirugía plástica para su tratamiento quirúrgico. Se realizó la resección local de la lesión con cicatrización secundaria dirigida, en espera del estudio de la anatomía patológica diferida. Esta dio como resultado hidradenitis suppurativa. El paciente suspendió el seguimiento y los cuidados posoperatorios, alejándose del control médico. No tenemos fotografía del caso en este período.

Un año después (2013), consultó por reaparición de la lesión (Figura 2). Se desconoce si hubo período libre de enfermedad. Se realizó resección local de la misma que se hallaba sobre la cicatriz del lecho quirúrgico anterior, con estudio de la anatomía patológica diferida, que informó hidradenitis suppurativa crónica. Evolucionó al año (2014) con progresión de la enfermedad (Figura 3). Se realizó una nueva resección de la lesión de la cual el resultado de anatomía patológica fue hidradenitis suppurativa. En ninguno de estos dos casos se informó malignidad.

Figura 2. Caso clínico (2013): lesión sobre cicatriz operatoria en muslo derecho. Segundo episodio.



Figura 3. Caso clínico (2014): nueva lesión sobre cicatriz operatoria en muslo derecho. Vista cercana. Tercer episodio.



El paciente evolucionó rápidamente con una reaparición de la enfermedad (2015), decidiéndose realizar una nueva exéresis, pero ahora con una resección ampliada de tejidos, que incluyó la fascia del músculo cuádriceps femoral y la biopsia de un nódulo linfoide inguinal próximo a la lesión. Se realizó el cierre con un colgajo de avance y cicatrización dirigida del defecto restante. La anatomía patológica informó carcinoma epidermoide bien diferenciado,

de 9 x 6 cm, infiltrante hasta tejido subcutáneo que dista 0,1 cm del margen profundo y 0,5 cm del margen más proximal. Nódulo linfoide inguinal profundo con hiperplasia de los centros germinativos. Piel y músculo con carcinoma escamoso bien diferenciado infiltrante hasta tejidos adiposo y muscular en contacto con margen profundo (Figuras 4, 5, 6). El paciente continúa con seguimiento multidisciplinario por dermatología, cirugía plástica y oncología.

Figura 4. Caso clínico (2015): nueva lesión sobre cicatriz operatoria en muslo derecho. Cuarto episodio.



Figura 5. Caso clínico (2015): vista intraoperatoria. Toilette quirúrgica amplia. En el lecho cruento operatorio se observan secreciones sebáceas que se extienden en profundidad.

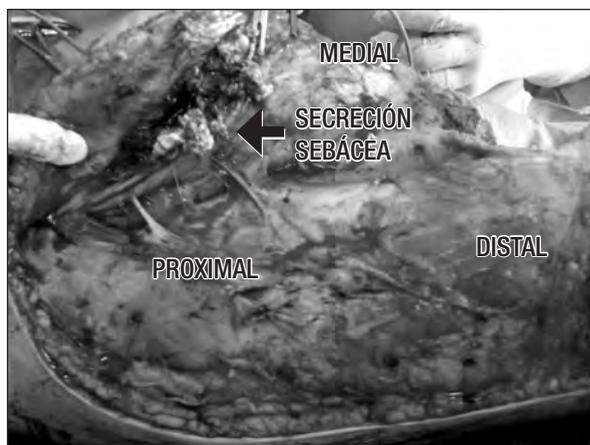
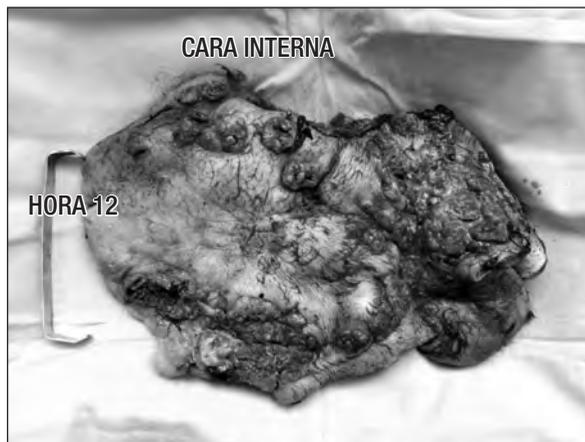


Figura 6. Caso clínico (2015): pieza reseçada, vista por su cara cutánea.



Discusión

La palabra *hidradenitis* proviene del griego: *hydro*, agua; *aden*, glándula e *itis*, inflamación. La hidradenitis suppurativa también se la conoce como hidrosadenitis suppurativa o flemonosa, acné inverso, apocrinitis, etcétera.

Fue descrita por primera vez en 1832 por Velpeau, quien lo consideró una manifestación severa del acné. En 1854, Verneuil lo describió como una afección cutánea que afecta a las glándulas sudoríferas (o sudoríparas) y que genera una inflamación crónica del epitelio folicular produciendo abscesos y forúnculos subcutáneos, y le dio su nombre a la enfermedad. En 1922, Schiefferdecker definió a estas glándulas sudoríferas como apócrinas, aportándole mayor especificación a la afección histopatológica de la enfermedad. En 1939, Brunsting describió que la lesión se genera no por alteración propia de la glándula, sino por la obstrucción del orificio luminal que produce la dilatación glandular y la estasis que lleva a la infección bacteriana.

En 1989, Hurley clasificó a la enfermedad según el tipo de la lesión (abscesos, fístulas, cicatrices; únicos y múltiples). En 2003, Sartorius la clasificó según las regiones anatómicas, el número de lesiones, la distancia entre ellas, el dolor y la calidad de vida. La localización más frecuente son las axilares que predominan sobre las perineales, inguinales y submarias.

Las clasificaciones más modernas describen su gravedad teniendo en cuenta el número de nódulos inflamatorios, abscesos, fístulas y nódulos cicatrizales.²⁰

La hidradenitis suppurativa es por sí misma una enfermedad estigmatizante por la secreción crónica y la supuración de los abscesos y fístulas (con humedad y mal olor) y el dolor local. El tratamiento y seguimiento multidisciplinario es conveniente;

dermatólogo, cirujano y oncólogo, este último ante la malignización de la enfermedad. Pueden sumarse: psicólogo, nutricionista y médico anestesiólogo (para el tratamiento del dolor).

En los casos en los que hay una falta de respuesta al tratamiento clínico - local y sistémico - debe realizarse la cirugía. En estos casos, la resección quirúrgica debe programarse y enviar el tejido resecado a estudio anatómo-patológico, ya que el diagnóstico temprano de una malignización mejora la supervivencia del paciente y puede lograr el tratamiento oportuno. Sin embargo, la cirugía no protege al paciente de una reaparición de la enfermedad.^{12, 21, 22}

Una encuesta presentada por la Asociación de Enfermos con Hidradenitis de España (ASENDHI), en el año 2015, mostró tres hechos llamativos. Primero, que el diagnóstico de hidradenitis desde la aparición del primer síntoma o signo hasta el diagnóstico de certeza tiene un promedio de 9 años. Segundo, que pasa por un promedio de 14-15 médicos diferentes. Tercero, que es sometido a cirugía en una media de 6 veces. Además, el 87% de los pacientes afirma que su vida cotidiana se vio afectada en su salud psicológica-social, desde lo laboral hasta lo sexual. Por otra parte, el servicio médico más visitado por estos pacientes fue el de urgencias (58%), seguido por el de dermatología (16%), el de clínica médica (14%), y otros (12%). Se debe tener en cuenta que la visita del paciente al servicio de emergencias se produce en la búsqueda desesperada de aliviar los síntomas y signos agudos más molestos como el prurito, el dolor y los abscesos; y que una vez resuelto el cuadro agudo (mediante la administración de medicación antipruriginosa, antibioticoterapia, analgesia y el drenaje de los abscesos), el paciente no realiza una consulta con el especialista y no continúa un seguimiento, sino que retorna a la guardia una y otra vez para resolver provisoriamente el cuadro. Esto demora el diagnóstico final y lógicamente el diagnóstico de las complicaciones de la hidradenitis suppurativa crónica como el que aquí describimos: la malignización hacia un carcinoma epidermoide.

Conclusión

La hidradenitis suppurativa crónica fue descrita hace más de 150 años, pero su etiopatogenia no está del todo clara.

Su diagnóstico puede demorarse unos 8 años, lo que demuestra su dificultad en la práctica cotidiana para diagnosticarla.

El tratamiento clínico mejora solo los síntomas y signos de la enfermedad, disminuyendo las molestias, el dolor y la infección. Como es un proceso crónico que puede tener lesiones múltiples en distintos estadios evolutivos, tiene un difícil manejo médico. Cuando este tratamiento fracasa, la cirugía es la siguiente alternativa terapéutica.

Este tratamiento es del tipo *toilette* quirúrgica y en ocasiones puede ser necesario hacerla de manera

amplia y extensa, dejando un defecto importante. A pesar de ello, tiene una reaparición local posoperatoria que va desde el 11 al 33%. Es conveniente analizar la pieza extraída, ya que el riesgo de malignización aumenta con la cronicidad, y en estos casos presenta una mortalidad elevada que se estima cercana al 50% a dos años.^{15, 16}

Es importante el diagnóstico temprano de la malignización de esta patología, pero no siempre es posible hacerlo clínicamente. Cuando la consulta del cuadro, aún benigno, es tardía, se debe considerar como una patología "agresiva" por su mala respuesta al tratamiento médico y mayor predisposición a la cronificación y malignización. Por ello, este tratamiento puede ser simplemente paliativo.

Creemos que el porcentaje estimado en 3,2% de malignización a carcinoma epidermoide puede ser aún mayor, al haber un subdiagnóstico de la hidradenitis suppurativa crónica, por el retraso que tienen estos pacientes en la consulta con el dermatólogo.

Agradecimientos. A los doctores Sergio Arrascaite, Nancy Antunovich y Viviana Rean, quienes intervinieron en las cirugías (como cirujanos los dos primeros y anatómo-patólogo el tercero).

Bibliografía

1. Shah N. Hidradenitis suppurativa: a treatment challenge. *Am Fam Physician* 2005; 72 (8): 1547-1552.
2. Micali G. Hidradenitis Suppurativa: A Diagnostic Atlas. Ed. John Wiley and Sons. First Edition 2017.
3. Alikhan A, Lynch PJ, Eisen DB. Hidradenitis suppurativa: a comprehensive review. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60 (4): 539-561.
4. Tolaas E, Knudsen CW, Sviland L et al. Hidradenitis suppurativa. *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 2009; 129 (10): 992-996.
5. Yu CC, Cook MG. Hidradenitis suppurativa: a disease of follicular epithelium, rather than apocrine glands. *Br J Dermatol* 1990; 122 (6): 763-769.
6. García-Martínez FJ, Pascual JC, López-Martín I et al. Actualización en hidrosadenitis suppurativa en Atención Primaria. Actualización en medicina de familia. *SEMERGEN-Medicina de familia* 2017; 43 (1): 34-42.
7. Schrader AM, Deckers IE, van der Zee H, et al. Hidradenitis suppurativa: a retrospective study of 846 Dutch patients to identify factors associated with disease severity. *J Am Acad Dermatol* 2014; 71 (3): 460-467.
8. Pink A, Dafou D, Desai N et al. Hidradenitis suppurativa: haploinsufficiency of gamma-secretase components does not affect gamma-secretase enzyme activity in vitro. *Br J Dermatol* 2016; 175 (3): 632-635.
9. Ingram J. The Genetics of Hidradenitis Suppurativa. *Dermatol Clin* 2016; 34 (1): 23-28.
10. Achenbach RE, Greco C. Hidradenitis suppurativa. *Rev Argent Dermatol* 2013; 94 (4): 6-10.

11. Ostlere LS, Langtry JA, Mortimer PS et al. Hidradenitis suppurativa in Crohn's disease. *Br J Dermatol* 1991; 125 (4): 384-386.
12. Lam J, Krakowski AC, Friedlander SF. Hidradenitis suppurativa (acne inversa): management of a recalcitrant disease. *Pediatr Dermatol* 2007; 24 (5): 465-473.
13. Chapman S, Delgadillo DI, Barber C et al. Cutaneous squamous cell carcinoma complicating hidradenitis suppurativa: a review of the prevalence, pathogenesis, and treatment of this dreaded complication. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat* 2018; 27 (1): 25-28.
14. Jourabchi N, Fischer AH, Cimino-Mathews A et al. Squamous cell carcinoma complicating a chronic lesion of hidradenitis suppurativa: a case report and review of the literature. *Int Wound J* 2017; 14 (2): 435-438.
15. Huang C, Lai Z, He M et al. Successful surgical treatment for squamous cell carcinoma arising from hidradenitis suppurativa: A case report and literature review. *Medicine* 2017; 96 (3).
16. Maclean GM, Coleman DJ. Three fatal cases of squamous cell carcinoma arising in chronic perineal hidradenitis suppurativa. *Ann R Coll Surg Engl* 2007; 89 (7): 709-712.
17. Pena ZG, Sivamani RK, Konia TH et al. Squamous cell carcinoma in the setting of chronic hidradenitis suppurativa; report of a patient and update of the literature. *Dermatol Online J* 2015; 21 (4).
18. Scheinfeld N. A case of a patient with stage III familial hidradenitis suppurativa treated with 3 courses of infliximab and died of metastatic squamous cell carcinoma. *Dermatol Online J* 2014; 20 (3).
19. Sharma RK, Kapoor KM, Singh G. Reconstruction in extensive axillary hidradenitis suppurativa with local fasciocutaneous V-Y advancement flaps. *Indian J Plastic Surg* 2006; 39 (1): 18.
20. Tzellos T. Validation of HS4 scoring system and development and validation of a novel scoring system to assess hidradenitis suppurativa severity. *Experimental Dermatology* 2017; 26: 27.
21. Mehdizadeh A, Hazen PG, Bechara FG et al. Recurrence of hidradenitis suppurativa after surgical management: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2015; 73 (5): S70-S77.
22. Ingram JR, Woo PN, Chua SL et al. Interventions for hidradenitis suppurativa. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; vol 10.

Filosofía de la educación: educación médica y universidad

Dres Eduardo A Romano,¹ Horacio Dolcini²

¹ Médico. Especialista en Medicina Interna. Médico Cardiólogo Universitario. Cardiólogo Recertificado por la SAC. Ex docente de pre y posgrado UBA.

² Doctor en Medicina. Co-director Código de Ética AMA-Sem. Presidente del Comité de Ética AMA. Profesor Honoris Causa, Instituto Universitario Italiano de Rosario. Presidente Honorario, Sociedad de Ética en Medicina, AMA.

Resumen

La educación médica deberá tener en cuenta los profundos cambios sociales y educativos profesionales de nuestra época. Hoy la educación se relaciona con nuevos conocimientos como la ética, la sociología y la política. Sigue siendo materia de debate “lo formativo” vs. “lo instructivo”, con predominio del conocimiento instrumental. Pensamos en una impronta que pueda quedar marcada para siempre en el espíritu del agente de salud. En todos estos aspectos, el rol fundamental corresponde a las escuelas de Medicina, donde se deben recordar los principios fundamentales de ese saber, junto con una formación cultural que permita adaptarse al desarrollo de los nuevos conocimientos.

Palabras claves. Cambios del conocimiento, formativo vs. instructivo, cultura y ciencia.

Philosophy of education; medical education; medical education and university

Summary

Medical education should pay attention to the new scientific changes of our times. Today the education is related to new knowledge like ethic, sociology and politic. It is a still material of debate “formation” vs. “instruction” remains as a problem together with the instrumental knowledge. In all this aspects, Medical schools are the educational units to learn the persisting principles together with a cultural formation to drive the new knowledge.

Key words. Changes of knowledge, formative vs. instructional, culture and science.

Filosofía de la educación

Vivimos una etapa de profundos cambios sociales y también educativos, uno de los cuales se refiere a cómo la sociedad ha cambiado su postura intelectual respecto de la educación (educación).

Por otra parte, la filosofía de la educación se reduce muchas veces a la aplicación de ciertas categorías:

- una concepción del hombre (¡ese ilustre desconocido!);
- una concepción de la verdad;
- una concepción del “bien”;

Correspondencia. Dr Horacio Dolcini
Correo electrónico: patriciarossi@hotmail.com

- una concepción de la sociedad y de la historia;
- una concepción de la autoridad, de la disciplina y del poder.

Se nos pide, además, aceptar el mundo moderno sin considerar a la educación como una metafísica que permita definir su esencia.

No podemos reducir a la educación a un proceso de desarrollo ni a una cuestión de socialización, porque estas son visiones de tipo positivista que intentan reducirla al fenómeno material del aprendizaje o al hecho cultural de la socialización.

La educación tiene que ver esencialmente con la normatividad, vale decir con la ética y con la política.

Son de particular importancia las relaciones de la educación con el conocimiento, pese a que en la época moderna se trate de aislar a este de sus procesos de producción y legitimación.

La ciencia y la educación trataron de dominarse y domesticarse entre ellas, cuando en realidad lo que hay que hacer es pensar en la complejidad de sus relaciones, para así poder trabajar en los fundamentos del currículum.

Todos los currículums de las carreras profesionales deben tener una coherencia normativa que provenga de sus fundamentos ético-sociales y también se necesitan los fundamentos epistemológicos-pedagógicos, además de los vinculados al ejercicio profesional.

La filosofía del currículum debe considerar ciertos principios; entre ellos se destacan:

1. Un concepto didáctico para permitir la comunicación, la enseñanza entendida como destreza para afrontar los nuevos paradigmas y un ordenamiento que regule y concierne a los saberes, de los más elementales o básicos a los más complejos.
2. Un concepto instrumental en relación con necesidades de carácter social y científico, que requieran de cierta regulación en lo que hace a su producción y ordenamiento.
3. Un concepto epistemológico en relación con los campos de la realidad a los que remiten las categorías, la forma de construir las teorías y de controlar las afirmaciones, las hipótesis y los modos de aplicación.

Un párrafo aparte merecen los nuevos recursos digitales de información, que pueden tener un carácter ambivalente con el riesgo de lo endeble de sus conocimientos. Esto expresado en la postura de que el paciente podría conocer más que el médico de ciertas enfermedades, a través de la informática, tanto como el médico podría no conocer todas las novedades de la red, pero sabe más por el peso de la experiencia producto del aprendizaje obtenido por la asistencia brindada a los pacientes.

Sigue siendo materia de debate “lo formativo” vs. “lo instructivo”, así como la idea de “saberes superiores” y “saberes comunes”.

A lo largo del tiempo se ha vaciado de contenidos “lo formativo”, y ha predominado el conocimiento científico instrumental, lo que hace pensar que es necesario ir en busca de un nuevo paradigma que reúna, en el contexto de la Modernidad, lo científico con la búsqueda del “ser” o si se prefiere decirlo de una manera más clásica, reunir la ciencia y el humanismo, como hemos dicho en otro trabajo sobre ciencia y filosofía.

Educación médica

La dedicación de los docentes en las ciencias de la salud se ha centrado ahora en los intereses personales, dejando de lado el trabajo educativo propiamente dicho.

La masificación y otros procesos han orientado a las instituciones hacia la comunidad en busca de más servicios y de mejor calidad.

En nuestro país no existe una demanda no satisfecha de profesionales, sino todo lo contrario. Ello produce difíciles problemas. Es llamativa la diferencia que existe entre los logros de la alta tecnología y la atención real de la salud.

Una parte de esta deficiencia ocurre por el énfasis en lo patológico y lo científico-tecnológico, en desmedro de lo antropológico-psicosocial y cultural. En otras palabras: no énfasis en la enfermedad clasificable nosológicamente, sino en la búsqueda de ayuda para tratar de resolver algo que no se pueda hacer por sí solo. Esto y otros problemas derivan del hecho de no tener identificadas medicina y salud.

Desde el punto de vista de la educación médica, lo que se necesita es una enseñanza interdisciplinaria y hasta podríamos decir “un aprendizaje interdisciplinario”, de forma tal que la impronta quede marcada para siempre en el espíritu del agente de salud, quien así podría transformarse, a lo largo del tiempo, en una persona capaz culturalmente de entender a sus pacientes y a la sociedad en la cual vive.

Esta tarea - de la vida y para la vida - hoy se puede realizar abriendo la boca y recibiendo lo que se necesita. Sin embargo, la ética de nuestras profesiones nos enseña que hay que buscarla como forma de entender los problemas y buscarles solución, para así cumplir con nosotros mismos, en una forma que configure una manera ineludible de cumplir con los demás.

Educación médica y universidad

La medicina moderna debería poder demostrar que en los médicos coexiste el nuevo conocimiento científico con los valores tradicionales de compasión, y esperanza, junto al deseo de lograr más y mejores cuidados.

Los médicos no deberíamos aceptar nunca una supuesta división entre la ciencia médica y la práctica médica.

Las Escuelas de Medicina deberían tener un mayor intercambio de experiencias con el resto de la

universidad a la que pertenecen, mucho más ahora que hay institutos universitarios centrados en distintas disciplinas, con el objeto de lograr una formación mucho más amplia que les permita entender el mundo actual, y también el que nos aguarda para dentro de pocos años, como si dijéramos “detrás de la puerta”.

¿Cómo podemos hacer para pensar que la mentalidad y las prácticas médicas van a ser capaces de adaptarse al impredecible futuro científico? ¿Cómo? ¿Haciendo qué? ¿Por qué piensan que? No será suficiente hablar de procedimientos y mentalidad médica, sino que será necesario hablar además de las instituciones dedicadas al cuidado de la salud.

No debe existir una escuela de medicina en el mundo en la que no se hable del médico y su relación con el nuevo conocimiento derivado de las ciencias básicas. Y este aprendizaje es inescapable, pero para que sea útil a la persona enferma debe estar unido a los que se han llamado “principios perdurables de la Medicina”, a saber:

1. Alguien solicita un servicio y alguien responde, para proporcionárselo.
2. Las formas en que una persona se enferma, se reconoce como tal y busca ayuda continúan siendo las mismas, aunque hayan cambiado los conceptos nosológicos y los sistemas de diagnóstico y tratamiento.
3. El encuentro entre el médico y el paciente constituye un acto interpersonal, con características muy cercanas a un contrato social. ¿Cuánto influyen los modelos (módulos) de los sistemas públicos y privados de atención ambulatoria?
4. La observación clínica es el método esencial del ejercicio médico.
5. El razonamiento clínico, el juicio y la capacidad de decisión son los procedimientos analíticos de los médicos.

La profesión no es una colección de hechos y relaciones, que habitualmente consideramos verdaderos, sino las formas de aplicar lo que sabemos a través de un conjunto de valores y actitudes, además de algún método para enfrentarnos a lo incierto o a lo desconocido.

La Medicina y su ejercicio requieren una formación cultural que provenga de la capacidad de relacionar lo general con lo particular, el pasado con el presente y lo conocido con aquello que se entrevé en el futuro cercano.

Una buena formación profesional debe incluir pautas de cultura general, destacando que en algunas universidades europeas era un requisito el conocimiento de por lo menos tres idiomas (relato de la Dra. Elizabeth Kobler Ross en su libro *La rueda del tiempo*).

Esto fue visto magistralmente por Flexner, tan allá como en el 1910 (y ya cumplió 100 años) y lo más importante que ocurrió desde entonces hasta

ahora es que la educación superior pasó de ser un centro de dogmas a ser un centro de preguntas y dudas.

Por supuesto que estamos hablando de la universidad en el mundo, excluyendo las de la República Argentina, cuyos hombres de ciencia nos enorgullecen continuamente, mientras que nuestras instituciones nos avergüenzan y nos duelen, aunque por causas que están más allá de nosotros mismos.

Durante el siglo XX ha sido cada vez mayor la interrelación de las universidades con diversas instituciones, si bien la medicina se ha alejado cada vez más y más de sus pacientes, interponiendo aparatos y buscando la enfermedad, en lugar de buscar al paciente como persona padeciente, enfatizando así la falsa contradicción entre ciencia médica y cuidados médicos.

Entre las fuerzas negativas e imposibles de detener, se encuentran las especialidades necesarias e inevitables que en muchas ocasiones hacen honor a la frase que dice que “un especialista es alguien que conoce más y más de cada vez menos”.

Creemos que en el fondo, siempre o casi siempre, el paciente y el médico buscan lograr una mejor condición de vida, transitando un camino que se ha llamado “de la vida buena”.

La búsqueda del conocimiento es tan intensa que en ocasiones parece que el médico estuviera buscando una partícula subatómica o la realidad del “ser”, olvidando que la Medicina es en la actualidad una ciencia, pero que sigue siendo un arte, suponiéndose además que hay una vocación que ha llevado al médico actual a su profesión. Pensamos al respecto que ello fue seguramente cierto hace unos 50 o 60 años atrás, aunque hoy hay otras razones más materiales y menos vocacionales.

Hemos dicho “arte” y preguntamos: ¿cuál es el arte en la medicina? Para nosotros es la aplicación de la ciencia a las necesidades humanas de quien está enfermo o cree estarlo.

La búsqueda del conocimiento científico debe marchar junto a la necesidad de aprender a conocer las estructuras sociales, la cultura, la psicología, la comunicación, etcétera.

La educación médica deberá tener entonces en cuenta las siguientes tareas:

1. Desarrollar en los estudiantes y profesionales los conocimientos y las habilidades necesarias para la práctica médica.
2. Estimular el desarrollo de los valores que refuerzan y dan sentido a la práctica médica, considerando que es más importante lo que se hace con respecto a lo que se dice.
3. Promover el diálogo reflexivo entre docentes y estudiantes durante el ejercicio activo de la práctica médica.
4. Hacer los mayores esfuerzos posibles para mantener la mejor interrelación positiva entre conocimientos y atención médica.

El tema de la ética médica y su ubicación en el currículum ha sido materia de intensa y permanente discusión. Al respecto adherimos a lo que fue escrito en el Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina y la Sociedad de Ética en Medicina, cuya síntesis es la siguiente:

1. El carácter moral de los estudiantes se encuentra ya formado en el momento que ingresan a la carrera y los educadores deben identificarlo mediante la introducción de conceptos filosóficos y éticos en los años preclínicos, y su discusión y conceptos de aplicación en los años clínicos a través del análisis de sus contenidos y su capacidad de interacción humana.
2. El currículum debe ocuparse de los problemas éticos que surgen de la necesidad de adoptar decisiones en aspectos inciertos y complejos.
3. Es necesario recordar de forma permanente que la ética es un proceso de conducta, de características individuales que llevan hasta su último límite el sentido de responsabilidad de los humanos:
 - No tiene base metafísica, porque no hay fórmulas éticas que pueden elaborarse a partir de deducciones abstractas.
 - No hay una sistemática de la ética, ni puede construirse una pedagogía empírica.
 - No puede enseñarse en el sentido ortodoxo del término, aunque puede aprenderse.
4. Si la Escuela/Facultad de Medicina cuenta entre sus objetivos la formación de un profesional ético, racional, eficiente, crítico y solidario, deberá tratar de cerrar la distancia que habitualmente media entre “lo que debe ser” y “lo que realmente es” porque reconociendo que la ética se asienta sobre los principios morales de la sociedad, la naturaleza de las interacciones y la naturaleza de las decisiones médico-paciente configuran situaciones éticas que no ocurren en otras profesiones.

Bibliografía

1. Cullen C. Crítica de las razones de educar. Buenos Aires; Paidós, 1997.
2. Dolcini HA, Yansenson JF y col. Medicina: en busca de un nuevo paradigma. Buenos Aires: Akadia, 2008.
3. Gadamer H. Verdad y método. Salamanca: Editorial Sígueme, 1997.
4. Habermas JM. El discurso filosófico de la modernidad. Buenos Aires: Katz Editores, 2008.
5. Jaspers K. La práctica en la era tecnológica. Barcelona: Gedisa, 1988.
6. Kuhn J. The structure of the scientific revolution. Univ Chicago Press, 1962.
7. Rof Carballo J. Teoría y práctica psicósomática. Bilbao: España, 1984.
8. Von Weizsaker V. El hombre enfermo. Barcelona: Miracle, 1956.

La educación universitaria para personas con discapacidad visual

Dres Mario Valerga,¹ Luis Trombetta²

¹ Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas. Docente Adscripto, Facultad de Medicina. UBA.

² Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas. Profesor Adjunto, Facultad de Medicina. UBA.

Mastrandos de la Maestría en Educación Universitaria. UBA.

Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina. UBA.

Universidad de Buenos Aires (UBA). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales o sensoriales de largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás. Las personas con discapacidad visual son aquellas que con la mejor corrección posible podrían ver o distinguir, aunque con gran dificultad, algunos objetos a una corta distancia. En la mejor de las condiciones, algunas de ellas pueden leer la letra impresa cuando esta es de suficiente tamaño y calidad, pero generalmente, de forma más lenta, con un considerable esfuerzo y utilizando ayudas especiales. En Argentina, la educación superior de personas con discapacidad se encuentra mencionada en la Constitución Nacional (1994, Arts. 14 y 75) y en la Constitución de la

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1995, Art. 42). En ambas se expresa la libertad de elección de la carrera universitaria y se garantiza el derecho al estudio. En el presente artículo se investigan los distintos tipos de discapacidad visual, la legislación en Argentina y las recomendaciones que deben tener en cuenta las instituciones universitarias para la educación de este grupo poblacional.

Palabras claves. Educación, discapacidad, universidad.

University education for people with visual disabilities

Summary

People with disabilities are those that have physical, mental or sensory of long-term deficiencies that, when interacting with various barriers, may prevent their full and effective participation in society, on equal terms with others. People with visual disabilities are those with the best possible correction could see or distinguish, although with great difficulty, some objects at a short distance. In the best of conditions, some of them can read the print when it is of sufficient size and quality, but generally, more slowly, with considerable effort and using special aids. In Argentina, higher education of people with disabilities is mentioned in the National Constitution (1994, Articles 14 and 75) and in the Constitution of the Autonomous City of Buenos Aires (1995, Article 42).

Correspondencia. Dr Luis Trombetta
Uspallata 2272. Sede Hospital de Enfermedades Infecciosas "Francisco J. Muñiz". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: lusumar@fibertel.com.ar

Both express the freedom to choose a university degree and the right to study is guaranteed. In the present article the different types of visual disability are investigated, the legislation in Argentina and the recommendations that must be considered by the university institutions for the education of this population group.

Key words. Education, disability, university.

Introducción

En la sociedad actual, la universidad es una de las opciones que muchos jóvenes eligen al finalizar sus estudios obligatorios, por lo que debería ser también una posibilidad factible para cualquier joven con discapacidad. Si bien es cierto que cada vez más jóvenes con discapacidad acceden a estudios universitarios y finalizan sus carreras con éxito, no siempre encuentran los apoyos o servicios necesarios para superar las dificultades de un sistema diseñado sin pensar en personas con capacidades y limitaciones diferentes.¹

En este contexto, el término *inclusión* se refiere a la participación en la escuela común de las personas con discapacidad y aquellas con necesidades educativas especiales.² La Unesco³ define la educación inclusiva como un proceso orientado a considerar a la diversidad de los estudiantes, incrementando su participación y reduciendo la exclusión en y desde la educación.

La mayoría de los países del mundo han adoptado en sus políticas y leyes los principios de la Declaración de Educación para Todos, pero en la práctica es posible constatar que la educación es para casi todos o para la mayoría y que los excluidos son, precisamente, quienes más necesitan de ella para compensar su situación de desventaja social.⁴

¿Qué entendemos por discapacidad?

El concepto de discapacidad ha variado en los últimos años. En 1990, Caba⁵ definía a la deficiencia como toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La discapacidad era definida como toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideraba normal para un ser humano.

En la actualidad, se acepta el concepto expresado en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad,⁶ que en su Artículo 1, expresa:

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales o sensoriales a largo plazo que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Siguiendo a Seda,⁷ la situación de discapacidad

se produce entonces cuando alguna persona con alguna deficiencia física, mental o sensorial se encuentra con una barrera.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10), la función visual se divide en cuatro niveles:

- Visión normal.
- Discapacidad visual moderada.
- Discapacidad visual grave.
- Ceguera.

La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se agrupan comúnmente bajo el término "baja visión"; la baja visión y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual.

Las principales causas de discapacidad visual, son:

- Errores de refracción (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos: 43%;
- cataratas no operadas: 33%;
- glaucoma: 2%.

Las personas con discapacidad visual son aquellas que con la mejor corrección posible podrían ver o distinguir, aunque con gran dificultad, algunos objetos a una corta distancia. En la mejor de las condiciones, algunas de ellas pueden leer la letra impresa cuando esta es de suficiente tamaño y calidad, pero por lo general, de forma más lenta, con un considerable esfuerzo y utilizando ayudas especiales.

En otras circunstancias, una discapacidad visual puede manifestarse como una dificultad para la identificación de objetos que se hallan delante de la persona (pérdida de la visión central), o cuando se encuentran a los lados, por encima o por debajo de los ojos (pérdida de la visión periférica).

El término ceguera se aplica a aquellas personas que no ven nada en absoluto o solamente tienen una ligera percepción de la luz (pueden ser capaces de distinguir entre luz y oscuridad, pero no la forma de los objetos).⁸

Las personas con ceguera utilizan un bastón blanco y aquellas con discapacidad visual grave, un bastón de color verde.

Según la Organización Mundial de la Salud, en el mundo hay aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 39 millones son ciegas y 246 millones presentan discapacidad visual moderada o grave.

El 90% de la carga mundial de personas con discapacidad visual se concentra en los países de bajos ingresos. El 82% de las personas que padecen de ceguera tienen 50 años o más.

En términos mundiales, los errores de refracción no corregidos constituyen la causa más importante de discapacidad visual, pero en los países de ingresos medios y bajos la principal causa de ceguera sigue siendo las cataratas.

El 80% del total mundial de casos de discapacidad visual se pueden evitar o curar.

La legislación actual

En Argentina, la educación superior de personas con discapacidad se encuentra mencionada en la Constitución Nacional (1994, Arts. 14 y 75) y en la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1995, Art. 42). En ambas se expresa la libertad de elección de la carrera universitaria y se garantiza el derecho al estudio.

La Ley 25573, modificatoria de la Ley 24521 de Educación Superior (2002), es de radical importancia. La misma detalla lo siguiente: "...el Estado, al que le cabe responsabilidad indelegable en la prestación del servicio de educación superior de carácter público, reconoce y garantiza el derecho a cumplir con ese nivel de la enseñanza a todos aquellos que quieran hacerlo y cuenten con la formación y capacidad requeridas [...]. Y deberá garantizar asimismo la accesibilidad al medio físico, servicios de interpretación y los apoyos técnicos necesarios y suficientes, para las personas con discapacidad...".

Aquí, además de asumir la responsabilidad indelegable de la educación (obrante en nuestra Constitución), se reconoce y garantiza el derecho a cumplir con ese nivel de la enseñanza a todos aquellos que quieran hacerlo y cuenten con la formación y capacidad requeridas, con un criterio aristocrático del mérito educativo. Ahora bien, lo fundamental de este precepto es que incorpora expresamente a las personas en situación de discapacidad, con el objetivo de que nuestra universidad sea inclusiva además de pública, para todos los que acrediten capacidad intelectual, y se ponga fin así al elitismo universitario que roza el darwinismo social. Además, sugiere la formación de profesionales capacitados para la educación superior de personas con discapacidad.⁹

Otras leyes nacionales que abordan el tema de la discapacidad, son la Ley 22431, la Ley 24901, la Ley de Educación Nacional 26206 y, más recientemente, la Ley 26858.

La Ley 22431 define el término "discapacidad" y asegura su atención médica y rehabilitación, educación y seguridad social, e introduce los certificados de discapacidad.

La Ley 24901 también asegura la cobertura básica en salud y la Ley 26206 brinda a las personas con discapacidad educación para su integración y el desarrollo de sus posibilidades y derechos.

La reciente Ley 26858, trata sobre la permanencia de los perros guías y en el Artículo 11, inciso a, permite la presencia del perro guía en establecimientos de enseñanza pública o privada.

Las instituciones universitarias generalmente no realizan en forma sistemática registros cuantitativos y cualitativos de los alumnos y egresados con discapacidad. En algunos casos, y especialmente en aquellos en que se dispone de un sistema de otorgamiento de becas específicas por discapacidad, se cuenta con algunos datos, pero estos no resultan significativos

sobre el total de la población estudiantil caracterizada.¹⁰

En el censo de estudiantes universitarios de la Universidad de Buenos Aires de 2011,¹¹ sobre un total de 274.667 alumnos se encontraron 1869 con algún grado de discapacidad (0,68%). De estos solo 154 presentaban discapacidad visual grave o ceguera. En la facultad de Medicina, se encontraron solo 3 alumnos con discapacidad visual.

Recomendaciones para las instituciones

Las instituciones de educación superior deben tener sistemas de lectoescritura braille.

Este sistema tiene algunos inconvenientes como la lentitud en la lectura y el tamaño de los escritos, ya que ocupa más lugar que un texto convencional. Algunos autores suponen que solo un bajo porcentaje de las personas ciegas utiliza este método.¹²

Otros ajustes razonables que deberían ofrecer las universidades son las grabaciones de clases y el aporte de nuevas tecnologías¹³ que incluyan conversores a voz de procesadores de textos, correo electrónico y chat.

Algunas recomendaciones generales incluyen evitar el mobiliario que obstruya el paso, reservar los asientos de la primera fila de las aulas y buscar alternativas de evaluación.¹⁴

En 1999, se inició en Buenos Aires el Proyecto Tiflobros, la primera biblioteca digital para ciegos, que en la actualidad contiene más de 5000 títulos.

Las personas con discapacidad visual grave o ceguera presentan todo un desafío para las instituciones educativas, que deben garantizarles los medios necesarios para su enseñanza.

Bibliografía

1. Alonso A, Diez E. Universidad y discapacidad: Indicadores de buenas prácticas y estándares de educación para programas y servicios. Revista Española sobre discapacidad intelectual. 2008; Vol 39 (2): 82-98.
2. Blanco R. Constituyendo las bases de la inclusión y la calidad de la educación en la primera infancia. Revista de Educación (Universidad Complutense de Madrid). Monográfico N° 347. Atención sólida educativa en la primera infancia. La educación inclusiva: El camino hacia el futuro. 2008.
3. UNESCO. Guidelines for inclusion. Enduring Access to education for all. París. 2005.
4. Tedesco JC. Igualdad de oportunidades y política educativa. En: Políticas educativas y equidad. Reflexiones del seminario internacional. Federación FORD. Universidad Padre Hurtado. UNICEF y UNESCO. Santiago de Chile, octubre de 2004: 59-62.
5. Caba P. Evaluación de la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Revista ANDE, Madrid 1990; 13: 8-11.

6. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Asamblea General de las Naciones Unidas. 13 de diciembre de 2006.
7. Seda JA. Discapacidad y Universidad. Editorial EUDEBA 2014; cap. I: 14.
8. Organización Mundial de la Salud (2014). Ceguera y discapacidad visual. Disponible en: www.who.int
9. Rositto S. Estado de la educación superior argentina a 3 años de la ratificación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Revista Iberoamericana de Educación. 2012; 51: 1-11.
10. Galloni M, Apollonio A, Álvarez A. Las personas con discapacidad en la educación superior. En: Libro de actas de las XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Neuquén. 2011.
11. Censo de Estudiantes 2011 – Universidad de Buenos Aires (UBA). Disponible en: www.uba.ar/institucional/censo/estudiantes2011
12. Rosa A, Huertas J. Peculiaridades de la lectura táctil en braille. Un estudio empírico. Infancia y aprendizaje. 1988; 41: 79-94.
13. Alcántud Marín F, Ávila Clemente V, Asensi Borrás M. La integración de los estudiantes con discapacidad en los estudios superiores. Universitat de València. Estudi General. 2000; cap. III: 63-66.
14. Consideraciones generales para la inclusión de personas con discapacidad en la universidad. Área de accesibilidad – Facultad de Ciencias Económicas – Universidad Nacional de La Plata, marzo de 2013.

Las dos primeras escuelas argentinas de Cirugía Plástica. Sus comienzos, a través de la mirada de uno de sus protagonistas

Dr Oscar V Mallo

Ex Jefe Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Se relatan los hechos y las personas que influyeron en la creación de las dos primeras escuelas argentinas de cirugía plástica: la de la Universidad del Salvador (USAL) y la de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica - Asociación Médica Argentina (SACPER-AMA).

Palabras claves. Cirugía plástica, educación, historia de la medicina, Argentina.

The first two Argentine schools of Plastic Surgery. Its beginnings, through the look of one of these protagonists

Summary

The events and people that influenced the creation of the first two Argentine Schools of Plastic Surgery, are explained: one at the University of Salvador (USAL) and the other at the Argentine Society of Plastic Surgery - Argentine Medical Association (SACPER-AMA).

Key words. Plastic surgery, education, history of medicine, Argentina.

El motivo de este artículo es describir cómo fue la creación de las dos primeras escuelas de cirugía plástica en el país, en la década de 1970. La primera en la Universidad del Salvador (USAL) de Buenos Aires; y la segunda en la Asociación Médica Argentina (AMA).

En la historia de las instituciones aparecen hechos y personas que marcan rumbos; para comprender la importancia de ello en toda su dimensión, es necesario ubicar esa historia en el contexto de su época.

Este artículo, dentro de ese marco, reseña la historia de la fundación de las dos primeras escuelas formadoras de especialistas en cirugía plástica en nuestro país.

Correspondencia. Dr Oscar V Mallo
Virrey Arredondo 3171 - (CP: 1426). Ciudad Autónoma de Buenos Aires Argentina. Tel.: 4784-5683

Carlos Gianantonio, José Enrique Rivarola y el Hospital de Niños

En 1947 ingresé a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y egresé como médico en 1954. De ese período estudiantil recuerdo con emoción mis juveniles años de practicante. De esa época tengo presente a un compañero de la guardia del hospital, Carlos Gianantonio. Aún no estaba graduado pero ya demostraba amplios conocimientos médicos. Era de una inteligencia notable. Ya en esa época era único e imponía un gran respeto en la guardia. Era el número uno entre nosotros. Con el tiempo se haría cargo del Departamento de Medicina del Hospital de Niños y constituiría toda una figura de la pediatría argentina e internacional.

Mis primeros pasos como médico recién recibido fueron en el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" de Buenos Aires, institución referente de la pediatría argentina. Allí estuve primero en la Sala XV, de clínica pediátrica, lactantes; y luego a partir de 1959 en la Sala X, cuyo jefe era el destacado cirujano José Enrique Rivarola, distinguido señor que fomentaba en nosotros el estudio, la investigación y la docencia.

Rivarola me envió para capacitarme al Instituto Municipal de Quemados, actual Hospital de Quemados (1960). Allí estaba Fortunato Benaim, una persona creativa y un organizador nato. Luego fui al Instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia, actual Hospital de Oncología "María Curie" (1961-1963), con Héctor Marino, un incansable estudioso de la especialidad. Recuerdo un trabajo sobre epitelomas basocelulares que invadían los huesos del cráneo y que presentamos en un congreso de cirugía plástica. Era mi primer trabajo científico en la especialidad, claro que en colaboración y nada menos que con el gran maestro de la cirugía plástica argentina.

Luego Rivarola me envió al Servicio de Ortopedia y Traumatología y Cirugía de la Mano, de la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados, Salas V y VI del Hospital Rawson (1964). Allí estaba Eduardo Zancolli, cirujano virtuoso y excepcional que nos impresionaba a todos cada vez que lo veíamos operar. Un compañero mío, Carlos Alberto Firpo, sería uno de sus mejores discípulos. Pasados estos cinco años de perfeccionamiento, volví al Hospital de Niños a la Sala X.

Debo destacar la enseñanza en cirugía plástica que también recibí concurriendo a diferentes hospitales del extranjero. Recuerdo a los norteamericanos Ralph Millard y Herbert Conway y al uruguayo Jorge De Vecchi, entre otros; y muy especialmente al francés Paul Tessier, creador de las osteotomías craneofaciales, cirujano de una modestia singular y un conocimiento y habilidad que nunca vi.

La formación del grupo de "los cinco" de cirugía plástica y el Colegio Máximo de San Miguel

En 1964 luego de un congreso de la especialidad en Buenos Aires, se formó un grupo de cinco jóvenes colegas. Todos con mucho entusiasmo, que andábamos por los 35 años. Éramos Raúl Fernández Humble, Enrique Gandolfo, Néstor Maquieira, Flavio Sturla y yo. A partir de allí nos reunimos periódicamente, una vez por semana, en el consultorio de Sturla, para discutir los casos que teníamos. Néstor nos llevaba unos cinco años y actuaba como líder, un trabajador con grandes ideas, que las llevaba a cabo con mucha perseverancia.

1965 fue un año importante. Retorné a mi hospital ya capacitado. En esa época no había un Servicio de Cirugía Plástica y la patología de la especialidad la resolvían una serie de cirujanos, entre los que estaba Luis Monti, un compañero querido por todos. Ellos hicieron el camino y nos enseñaron a nosotros.

Presenté en la Asociación Médica Argentina mi trabajo para optar a "miembro titular" de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica: "Colgajo en Flor de Lis", resultado de mi experiencia con Marino en cirugía reconstructiva. José Spera era el presidente de la Sociedad - lo sucedía a Monti - y así ingresé como "miembro titular".

El grupo de "los cinco" - encabezado por Maquieira - creamos el Departamento de Cirugía Experimental del Centro de Investigaciones Biológicas en el Observatorio de Física Cósmica de San Miguel, en la provincia de Buenos Aires. Íbamos una vez por semana por la tarde, durante varios años. Aquel era un extenso predio donde se realizaban actividades educativas, de investigación y religiosas, llamado Colegio Máximo de San José, que pertenecía a la Compañía de Jesús. Recuerdo a dos personas que estaban con nosotros y nos ayudaban: una era Mariano N. Castex, que ya estaba recibido de médico y de sacerdote; y la otra era el joven José Di Iorio, que más tarde se recibiría de médico. En la década del 1970, también me acuerdo del P. Jorge Bergoglio S.J. como "la autoridad". Llegamos allí de la mano de Maquieira por sus convicciones cristianas y su conocimiento con el prestigioso P. Ismael Quiles S.J., "la súper autoridad" en ese ámbito. En esa época, este colegio y la joven Universidad del Salvador estaban vinculados.

Un detalle: con el tiempo, Di Iorio se transformaría en el médico personal del P. Bergoglio. Cuando éste último, en 1980 (siendo Rector del Colegio Máximo) sufrió una colecistitis aguda con peritonitis, fue operado de urgencia por Juan C. Parodi (egresado de la USAL y convocado por Di Iorio).

También en esta época, mediante una gestión que realicé, a través del P. Quiles, se inauguró la cursada de pediatría del 5° año de la Carrera de Medicina de la Universidad del Salvador. Así se abría la cátedra a

cargo de Rivarola. Fue alumno nuestro Cristóbal Pappendieck, quien una vez egresado realizó la residencia en cirugía en nuestro hospital; varios años más tarde sería un relevante cirujano infantil, luego Decano de la Facultad y después Rector de la Universidad.

El primer servicio de Cirugía Plástica Infantil, el primer Congreso Argentino de Cirugía Plástica y la primera Escuela Argentina de Cirugía Plástica

En 1967 gané el concurso de médico asistente del Hospital de Niños. Empezaba mi vida profesional rentada en el hospital, dejando atrás un recuerdo imborrable de mis trece años de vida profesional hospitalaria “ad honorem”. Claro que las responsabilidades irían rápidamente en aumento y en 1969 fui designado Jefe de *Unidad de Cirugía Plástica y Quemados*. Era el primer Servicio de Cirugía Plástica en un hospital de pediatría en el país. Entonces tuve que organizarlo. Las experiencias vividas con Rivarola, Benaim, Marino y Maquieira fueron de gran utilidad y llevadas a la práctica. Me acompañaron como médicos de planta: Carlos Barayobre, Pedro Dogliotti, María Nagahama y Susana Ruiz. Entre los más jóvenes estaban: Rubén Aufgang, Héctor Marino hijo, Cristina Rijavec, entre otros. También debo recordar a María Teresa Astolfo, egresada de la USAL (como Dogliotti y Rijavec) y pediatra del Servicio, que estaba a cargo de los aspectos clínicos y de la supervisión de los pacientes internados, en especial de los quemados que permanentemente se atendían allí. De ese grupo que me acompañó, dos de ellos hoy ya no están más entre nosotros: Dogliotti (recientemente fallecido) y Barayobre. Este último, un gran cirujano que se había formado en el Hospital Rawson, y que además era una persona modesta y solidaria.

El esfuerzo científico realizado en San Miguel se vio plasmado en un trabajo experimental sobre reimplantes de miembros en perros que obtuvo el Premio Academia Argentina de Cirugía en 1970 y que fue publicado en la *Revista Argentina de Cirugía* (vol. 22, págs. 1-20). En esos años y a través de las relaciones de Maquieira con Zancolli y Firpo, nos nutríamos de los conocimientos de la traumatología para el desarrollo de la microcirugía.

En 1971 integré la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica como tesorero. El presidente era el querido Aníbal Tambella. Ese año organizamos el primer *Congreso Argentino de Cirugía Plástica* en Bariloche y el Servicio llevó tres trabajos: síndrome de Poland, agenesia de oreja y fisura de paladar. La idea societaria era reemplazar a las Jornadas Rioplatenses de Cirugía Plástica, que hacía ya más de una década que eran un punto de encuentro para compartir las experiencias de los cirujanos plásticos de esta

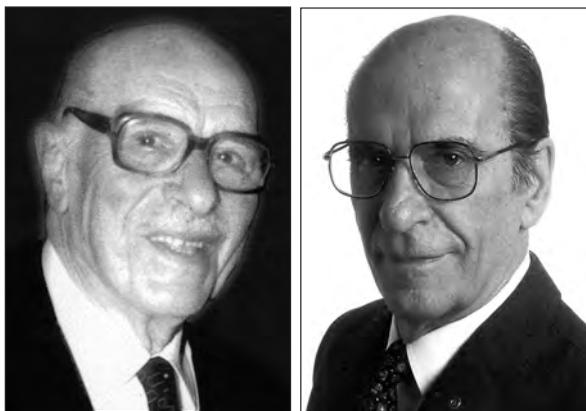
región. Faltaba convencer al otro grupo, los del interior del país, que también realizaban sus jornadas propias.

En 1972 apareció el libro “Manual de medicina infantil” de Bonduel y Rivarola. Facilitaba el estudio de la pediatría a los estudiantes de medicina. Rivarola incorporó en este proyecto a varios colegas del Hospital de Niños: Horacio Aja Espil, Enrique Blanco Kuhne, Juan Cruz Derqui, Manuel Díaz Bobillo, Edgardo Manzitti, Carlos Robles Gorriti, Alejandro Rosa Rivarola y quien escribe, que fuera convocado para redactar el capítulo de cirugía plástica, reconociendo así a nuestra especialidad como una actividad insustituible en el ámbito de la pediatría.

1974 fue un año importante. Ya tenía 46 años. Habían pasado casi diez años desde que habíamos empezado la cirugía experimental en San Miguel. En todo este tiempo el grupo se había consolidado. Los cinco nos seguíamos reuniendo para estudiar y perfeccionarnos, ahora en la casa de Fernández Humble.

En ese año, a Maquieira se le ocurrió crear la *Carrera de Especialización en Cirugía Plástica en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador*, que es el motivo de estas líneas. Para esa época, los cinco estábamos a cargo de distintos Servicios de Cirugía Plástica: Gandolfo en el hospital “Oncológico”, Fernández Humble en el “Pirovano”, Maquieira en el “Castex”, Sturla en el “Aráoz Alfaro” y yo en el “Niños”. En cada uno de ellos, se cubría una rama de la cirugía plástica. A nuestro histórico grupo de cinco, se sumaron nada menos que Fortunato Benaim y Héctor Marino, quienes ya tenían un gran reconocimiento internacional. Eran dos personalidades fuertes, con ideas muy claras y que sabían proyectarse para trascender en nuestro ambiente. Se desenvolvían con facilidad tanto en el aspecto médico como en el social. Benaim en el “Quemados”, cubrió esa rama que nos faltaba; y Marino lo hizo como director de la Carrera (Figura 1). Era la

Figura 1. Dres. Héctor Marino y Néstor Maquieira, los cirujanos plásticos que más influyeron en la creación de las escuelas de cirugía plástica argentina.



primera escuela de cirugía plástica en el país. Era un curso organizado en seis materias que comprendían toda la especialidad: quemados, miembros, maxilofacial, niños, oncología y estética. Abarcaba la teoría y la práctica, con un programa preestablecido y evaluaciones periódicas. Las clases teóricas las empezamos dictando en el Colegio del Salvador ya que el edificio actual de la Facultad de Medicina fue construido años más tarde. La invención de esta escuela marcó un hito en la cirugía plástica.

La Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y la segunda Escuela, el Curso Superior Trienal

En 1976 fui secretario general de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Maquieira era vicepresidente y Héctor La Ruffa, presidente. Organizamos el 6° Congreso Argentino de Cirugía Plástica y las 9° Jornadas de Cirugía Plástica del Interior, en Paraná, provincia de Entre Ríos. Los cirujanos plásticos argentinos, como dijimos antes, estaban aglutinados

en dos grupos, unos los rioplatenses y otro los del interior del país. La idea era unirlos a todos y dejar atrás esa división que traía muchos problemas. Esa situación cambiaría en 1977 con la presidencia de Maquieira y especialmente en las reuniones de consenso que se hicieron ese año en el Congreso Argentino de Mar del Plata; y fue un mérito de la intervención de Maquieira poner fin a esa división, gracias a su espíritu conciliador.

En 1977, siendo Maquieira presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, y coincidiendo con su 25° aniversario, creó el *Curso Superior Trienal de especialización*. Era una copia exacta de la del Salvador. Los mismos docentes, los mismos hospitales, la misma forma de enseñar, los alumnos de uno y otro compartían las rotaciones, pero era gratuito. Esta última condición fue uno de los requisitos que impuso Maquieira, lo que demostraba su generosidad y su espíritu altruista. Así se iniciaba la segunda escuela de cirugía plástica en el país, en la Escuela de Graduados de la Asociación Médica Argentina (EGAMA).

Figura 2. Docentes del Curso Superior Trienal SACPER-AMA (segunda Escuela), 2002 (25° Aniversario). Dr. Néstor Maquieira en el centro de la foto. A su derecha, los Dres. Ulises De Santis y Ricardo Losardo. A su izquierda, los Dres. Víctor Nacif Cabrera y Andrés Dimópulos.



A excepción de Marino, seguíamos todos juntos con este nuevo proyecto. Parecía mentira, ya habían pasado doce años desde que Maquieira nos juntara por primera vez en San Miguel, y su energía seguía contagiando (Figura 2).

En 1982 fui director del Capítulo de Microcirugía de la Sociedad y esa fue mi última actuación directa en ella. Esta designación tuvo que ver con la tarea que realizábamos en el Servicio. Allí había creado y equipado una Sección de Microcirugía pionera para esa época en el país, a cargo de Susana Ruiz.

En los primeros años de 1980, empecé a tomar otros rumbos relacionados con la administración de la salud y me alejé de la vida asistencial y docente hospitalaria.

40° aniversario de la primera Escuela Argentina de Cirugía Plástica. Homenaje en la Asociación Médica Argentina

En la Asociación Médica Argentina, el 13 de marzo de 2015 se realizó - en el Auditorio "Mariano R. Castex" - un homenaje con motivo del 40° Aniversario de la Primera Escuela Argentina de Cirugía Plástica, en el marco de las 5° Jornadas Científicas del Curso Superior Trienal de Especialización de Cirugía Plástica (EGAMA - SACPER) y en forma conjunta con el Capítulo de Cirugía Cráneo-Máxilo-Facial de la Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica (FILACP) (Figura 3).

Figura 3. Tapa del programa de las jornadas, realizadas en la AMA, donde figura el homenaje al 40° Aniversario de la primera Escuela Argentina de Cirugía Plástica.



Allí, con la presencia del presidente de la Asociación Médica Argentina, el Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo, se homenajeó a los siete docentes fundadores de esta escuela: Benaim, Gandolfo, Fernández Humble, Maquieira (†), Mallo, Marino (†) y Sturla. Se recordó que el mensaje que se daba a los alumnos era que no se conseguía nada sin esfuerzo y que había

que estudiar con dedicación y sacrificio; y luego ejercer con respeto, honestidad y decencia. Todos los allí presentes coincidimos en que fue un hecho de gran importancia para la especialidad y que tuvo una dimensión extraordinaria en la región, pionera en América Latina (Figura 4).

Figura 4. 40° aniversario de la primera Escuela Argentina de Cirugía Plástica. Dr. Ricardo Losardo, organizador del homenaje, disertando; y en el estrado, cinco de los siete docentes fundadores de la primera Escuela argentina de Cirugía Plástica: Dres. Flavio Sturla, Enrique Gandolfo, Raúl Fernández Humble, Fortunato Benaim y Oscar Mallo.



Corolario

El inicio de mi vida profesional tuvo importantes pasos y en ellos me acompañaron destacados médicos que recuerdo con afecto por su invaluable ayuda: José Rivarola, Héctor Marino, Fortunato Benaim y Néstor Maquieira. También tres instituciones me ayudaron a crecer y a desarrollarme en esta especialidad: el Hospital de Niños, la Universidad del Salvador (el Colegio Máximo en San Miguel y su Facultad de Medicina) y la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica.

En cuanto a la Carrera de Especialización en Cirugía Plástica de la USAL, fue uno de los mejores frutos de mi vida, posiblemente por las sólidas raíces de este árbol que plantamos entre todos hace más de cuarenta años; así como la creación de su “hermano menor”, el Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica de la SACPER – AMA. Ambas escuelas constituyeron la piedra fundamental de la enseñanza de la cirugía plástica en el país y sirvieron de guía para la creación de otras carreras.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

1. ENVÍO DE ORIGINALES

Los trabajos deberán ser remitidos a:
Asociación Médica Argentina (Revista)
Av. Santa Fe 1171 - (C1059ABF)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Los trabajos deben reunir las siguientes condiciones:

- a. Ser inéditos, no admitiéndose su publicación simultánea en otro medio.
- b. Mecanografiados en castellano, a doble espacio, papel formato carta, 70 espacios por renglón, 36 renglones por página.
- c. Cada trabajo debe contar con; Resumen; Summary; Título en inglés; Título corto en castellano; y un E-mail para correspondencia.
- d. Entregar original, una copia y el CD realizado en cualquier programa de PC. Se recomienda al autor conservar otra copia.
- e. Páginas numeradas en ángulo superior derecho.
- f. Sin escrituras ni referencias al dorso.
- g. Todos los autores deberán ser socios de la A.M.A., y estar al día con las cuotas societarias correspondientes.
- h. Los originales no se devuelven y quedan en el archivo de la Revista de la A.M.A.
- i. La primera página de los diferentes trabajos deberá constar de: título en castellano y en inglés; nombre y apellido completos de los autores, con el mayor título académico; centro de realización del trabajo; dirección para la correspondencia.
- j. Fotografía del autor/autores según corresponda, en alta resolución para ser publicadas en los trabajos.

2. MATERIAL ILUSTRATIVO

- a. Fotografías: diapositivas (blanco y negro o color), o copias fotográficas de 9 cm por 12 cm

(exclusivamente en blanco y negro). Deberán estar numeradas al dorso, con nombre y apellido del primer autor, y con identificación con flecha de la parte superior.

- b. Figuras y gráficas: en negro, con las mismas características de identificación que para las fotografías.
- c. Tablas: en hoja aparte, con el título correspondiente. Todo el material antedicho debe numerarse correlativamente de acuerdo con el texto.

3. CITAS BIBLIOGRÁFICAS

Deben numerarse las citas bibliográficas correlativamente de acuerdo con su aparición en el texto, incluyendo las correspondientes al material ilustrativo.

Se debe especificar:

Si es un artículo de una publicación periódica: apellido del autor e iniciales de sus nombres. Si los autores son más de tres, los siguientes se reemplazarán por "et al"; título del trabajo; nombre de la revista o su abreviatura si figura en el Index Medicus; año; volumen, página inicial y final.

Ej: Desmond DW, Moroney JT, Paik MC, et al. Frequency and clinical determinants of dementia after ischemic stroke. *Neurology* 2000;54:75-81.
Juncos, LI. Reemplazo de volumen en insuficiencia renal aguda.

¿Que es necesario y cuando es suficiente? *Experiencia Médica* 2002;20:22-30.

Si es un libro: Apellido e iniciales del nombre del autor o autores, si son más de tres se reemplazarán por "et al"; Lugar de edición (Ciudad), editorial y año de edición, página citada. En caso de citar un capítulo, se citará primero el autor o autores del capítulo, el nombre del mismo y después la cita del libro que antecede.

Ej: Henrich, WL. Diálisis. México McGraw-Hill Interamericana; 2001. p94
Chamoles N, García Erro, M. Los errores congénitos del metabolismo. En Sica REP, Muchnik S. *Clínica Neurológica*. Buenos Aires: La Prensa Médica; 2003. p 173-202.

4. SECCIONES DE LA REVISTA

1. Editorial: solicitado por el Comité a un experto acerca de temas de interés actual. Extensión máxima: 5 páginas.

2. Artículos originales: presentación de una experiencia científica original, personal o grupal, que ofrezca una contribución al avance de la Medicina. Extensión máxima: 20 páginas. *Deberá constar de los siguientes ítems:* resumen en castellano (hasta 200 palabras); palabras claves (entre 3 y 10); introducción (propósito de la publicación y relación con otros trabajos sobre el tema); material (descripción sucinta del que fue utilizado); metodología (expuesta clara y brevemente para permitir la reproducción del trabajo); resultados; discusión (con sentido crítico); conclusiones; resumen en inglés (hasta 250 palabras); key words (entre 3 y 10) y bibliografía. Se admitirán hasta 6 figuras (entre fotografía y gráficas) y 6 tablas.

3. Actualizaciones: puesta al día sobre determinados temas de interés, expuestos sintéticamente. Extensión máxima: 10 páginas, 4 figuras y 4 tablas. Constará de: resumen en castellano (hasta 150 palabras); descripción y discusión del caso; resumen en inglés (hasta 200 palabras) y bibliografía (no más de 15 citas).

4. Caso clínico: descripción de un caso clínico de no frecuente observación que implique un aporte valioso al conocimiento del tema. Extensión máxima: 10 páginas, 4 figuras y 4 tablas. Constará de: resumen en castellano (hasta 150 palabras); descripción y discusión del caso; resumen en inglés (hasta 200 palabras) y bibliografía (no más de 15 citas).

5. Diagnóstico por imágenes: presentación de un caso problema basado en diagnóstico por imágenes, adjuntando los datos clínicos y métodos auxiliares fundamentales necesarios para llegar al diagnóstico. Cantidad máxima de figuras: 6. La forma de presentación de esta sección quedará a consideración del Comité.

6. Actualización bibliográfica: publicación de resúmenes de trabajos de reciente aparición en publicaciones de reconocido nivel internacional o nacional (a disposición en la

Biblioteca de la A.M.A.), seleccionados por el Comité Científico.

7. Educación médica continua: desarrollo de temas clínicos o quirúrgicos a cargo de expertos en cada rama, en forma programada y continua, con enfoque eminentemente práctico.

8. Cartas de lectores: comentarios acerca de artículos publicados. Extensión máxima: 300 palabras, una sola tabla o figura y hasta 6 citas bibliográficas.

El Comité de Redacción se reserva el derecho de rechazar aquellos artículos que juzgue inapropiados, así como de proponer o realizar modificaciones cuando lo considere necesario.

Si una palabra debe ser utilizada repetidamente, está permitido su reemplazo por una abreviatura, pero es indispensable su explicación en el texto o en las leyendas de tablas y figuras.

Ejemplo: A.V.E. por accidente vascular encefálico.

La Revista de la Asociación Médica Argentina no se responsabiliza por las opiniones vertidas por el o los autores de los trabajos originales, ni de la pérdida de los originales durante su envío, ni de la exactitud de las referencias bibliográficas.

5. LISTA DE CHEQUEO PARA LOS AUTORES

- Verificar la extensión del título y eliminar las abreviaturas que son estándares.
- Poner el nombre completo de los autores.
- Indicar la afiliación institucional.
- Proveer la información para contactar al autor responsable.
- Mencionar el aporte de becas u otro sostén financiero.
- Comprobar que los resúmenes no excedan las 250 palabras y no tengan citas de referencias, tablas o figuras.
- Verificar que el manuscrito tenga la estructura acorde con las instrucciones.
- Asegurar la claridad y reproductibilidad de los métodos.

- Especificar las consideraciones éticas y los métodos.
- Proveer la información de los fabricantes.
- Presentar correctamente los resultados, evitando reiteraciones en el texto y las tablas.
- Citar las referencias correctamente -incluyendo todos los autores- y verificar que estén bien ubicadas en el texto.
- Poner las tablas en páginas separadas y citarlas en el texto con números arábigos.
- Poner las tablas en páginas separadas y citarlas en el texto con números arábigos.
- Poner las leyendas de las figuras en hojas separadas.
- Verificar la calidad de las figuras, indicar el nombre del autor y el número al dorso, y citarlas en el texto con números arábigos.
- Incluir el formulario de cesión de derechos.
- Incluir el permiso para citas, figuras o tablas tomadas de otra publicación.

IMPORTANTE PARA AUTORES

Se aconseja que para la confección y presentación de los trabajos se consulten las guías existentes para tal fin, las cuales están disponibles en Internet.

Para el CONSORT (guía de ensayos clínicos):
<http://www.consortstatement.org/Downloads/download.htm>

Para el STARD (guía de trabajos sobre métodos diagnósticos):
<http://www.consort-statement.org/stardstatement.htm>

Para el STROBE (guía para estudios epidemiológicos de corte transversal, caso-control y cohorte):
<http://www.strobe-statement.org/News%20Archive.html>

Transferencia de derechos de autoría

- 1) La política de la Asociación Médica Argentina a cargo de la propiedad intelectual de la revista de la AMA es adquirir el derecho de autor para todos los artículos, con el objeto de:
 - a) Proteger los artículos a publicar contra la infracción difamatoria o plagio.
 - b) Permitir más eficientemente el proceso de permisos y licencias para que el artículo alcance el grado más completo de disponibilidad directamente y a través de intermediarios en la impresión y/o en forma electrónica.
 - c) Permitir a la revista de la AMA mantener la integridad del artículo una vez arbitrado y aceptado para la publicación y así facilitar la gerencia centralizada de todas las formas de comunicación incluyendo links, validación, referencia y distribución.
- 2) El autor conserva sus derechos sobre el artículo incluyendo el derecho a ser identificado como el autor siempre y dondequiera que el artículo se publique, siendo el deber de la AMA velar por que tanto el nombre de su autor como de los coautores estén siempre claramente asociados al artículo y reservándose el derecho de hacer los cambios necesarios de redacción. Los cambios sustanciales se harán previa consulta al/a los autor/es. Una vez aprobado el artículo, es deber de la AMA, publicarlo. Si fuera rechazado, este acuerdo queda cancelado automáticamente y todos los derechos vuelven al autor.
- 3) Además de los derechos indicados, el autor conservará los siguientes derechos y obligaciones:
 - a) Después de la publicación en la revista de la AMA, órgano oficial de la Asociación Médica Argentina, el derecho para utilizar el todo o una parte del artículo y del resumen, sin la revisión o la modificación en compilaciones personales u otras publicaciones del trabajo del propio autor y de hacer copias del todo o una parte de tales materiales para el uso en conferencias o sala de clases (excluyendo la preparación de material para un curso, para la venta hacia delante por librerías e instituciones) a condición de que la primera página de tal uso o copia, exhiba prominente los datos bibliográficos y el aviso de derecho de autor siguiente: (Año____ Número____) Revista de la AMA - Asociación Médica Argentina.
 - b) Antes de la publicación el autor tiene el derecho de compartir con colegas impresiones o pre-impresiones electrónicas del artículo inédito, en forma y contenido según lo aceptado por la Dirección Editorial de la AMA para la publicación en la revista.

Tales pre-impresiones se pueden fijar como archivos electrónicos en el sitio web del autor para uso personal o profesional, o en la red interna de su universidad, colegio o corporación, o de un web site externo seguro de la institución del autor, pero no para la venta comercial o para cualquier distribución externa sistemática por terceros (por ejemplo, una base de datos conectada a un servidor con acceso público). Antes de la publicación el autor debe incluir el siguiente aviso en la pre-impresión: “Esto es una pre-impresión de un artículo aceptado para la publicación en la Revista de la AMA (Año____ Número____) Asociación Médica Argentina. Cualquier copia o reproducción para uso comercial, civil, etc. es ilegal y queda prohibida según ley 11.723”.
 - c) Después de la publicación del artículo por la revista de la

AMA, el aviso de la pre-impresión deberá ser enmendado para leerse como sigue: “Esta es una versión electrónica de un artículo publicado en la revista de la AMA y deberá incluir la información completa de la cita de la versión final del artículo según lo publicado en la edición de la revista de la AMA.” Es deber del autor no poner al día la pre-impresión o sustituirlo por la versión publicada del artículo sin primero pedir el permiso de la AMA. La fijación del artículo publicado en un servidor público electrónico se puede hacer solamente con el permiso expreso y por escrito de la AMA.

- 4) Es derecho del autor continuar utilizando su artículo solamente como lo indica el ítem TERCERO y con el deber de que la revista de la AMA, Asociación Médica Argentina sea mencionada como fuente original.
- 5) La asignación del derecho de autor en el artículo no infringe sus otros derechos de propiedad, tales como derechos de patente y de marca comercial.
- 6) Además de la reproducción en forma impresa convencional del artículo y del extracto de acompañamiento, la AMA tiene el derecho de almacenar electrónicamente y después entregar electrónicamente o en forma impresa para satisfacer peticiones individuales que aumentan así la exposición del artículo en la comunidad internacional. Esta transferencia incluye el derecho de adaptar la presentación del artículo para el uso conjuntamente con sistemas informáticos y programas, incluyendo la reproducción o la publicación en forma legible y la incorporación en sistemas de recuperación.
- 7) El presente acuerdo se enmarca dentro de la ley de Propiedad Intelectual N°11.723. Las partes se someten a la competencia de los tribunales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Si el copyright del artículo es poseído en forma no exclusiva, concedo por este medio a la revista de la AMA, Asociación Médica Argentina los derechos no exclusivos de reproducirse y/o de distribuirse este artículo (por completo o en partes) y para publicar a través del mundo en cualquier formato y en todos los idiomas inclusive sin la limitación en forma electrónica, impresión, o en disco óptico, transmisión en Internet y en cualquier otra forma electrónica y autorizar a otros según términos de la ley N°11.723.

Título del titular del derecho de autor:

Esto será impreso en la línea del copyright en cada página del artículo. Es responsabilidad del autor para proporcionar la información correcta del titular del copyright.

Autor Principal:

Fecha: _____

Título/Posición/Dirección:



Asociación Médica Argentina

Av. Santa Fe 1171 - (C1059ABF), Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Teléfono: 4811-3850 y líneas rotativas / Fax: (54-11) 4814-0634

E-mail: info@ama-med.com

Página web: <http://www.ama-med.org.ar>



ROEMMERS

CONCIENCIA POR LA VIDA

www.roemmers.com.ar

