

FRONTERAS

EN MEDICINA

REVISTA MÉDICA DEL HOSPITAL BRITANICO



En este número

Prevención de reacciones adversas a terapias antiinfecciosas: un enfoque proactivo para la seguridad del paciente

Glisoni RJ

Identificación de factores de riesgo de reacciones adversas a terapias antiinfecciosas en pacientes hospitalizados

Scolari M y cols.

Instrumento para Evaluar Competencias de Enfermería en el Ámbito Hospitalario: análisis psicométrico y validación de constructo

Dalla Bernardina L y cols.

Grado de satisfacción de los estudiantes de Enfermería en las prácticas preprofesionales en el Hospital Británico de Bs.As.

Gómez T

El trastorno del procesamiento sensorial como factor de riesgo en el desarrollo de las habilidades pragmáticas

Altamirano CT, Ernst G

Torticollis muscular congénita: revisión bibliográfica

García-Barrios A y cols.

Parálisis del nervio hipogloso mayor secundario a metástasis de cáncer renal

Calello P y cols.

Cáncer de mama en mujeres jóvenes

Ocampo MD y cols.

Síndrome de Wells: un caso

Navarrete Ríos A y cols.

Nicanor Albarellos (1810-1891). Médico, historiador, guitarrista, político y masón

Young P y cols.

Liquen plano ampollar

Villacis Marriott G y cols.

Dr. Miguel Faulkner McTurk Lowe (1931-2014). Director General del Hospital Británico 1979-1993

Humphreys JD, Carballo. JR

La primera mujer médica del Hospital Británico y pionera de la Oncología: Dra. Justina Lady Martínez (1921-2024)

De Baldrich MA

FRONTERAS

EN MEDICINA

Publicación Científica del Hospital Británico de Buenos Aires

Editores (Editors)

Álvarez, José A.
Cardiología Intervencionista
Ernst, Glenda
Docencia
Young, Pablo
Clínica Médica

Editores Internacionales (International Editors)

David D. Gutterman, MD,
Master FCCP, FAPS
Northwestern Mutual Professor of Cardiology. Senior Associate Director, Cardiovascular Center. Medical College of Wisconsin.
8701 Watertown Plank Rd.
Milwaukee, WI 53226

Suresh K. Mukherji, MD,
MBA, FACR
Professor of Radiology, Michigan State University.
846 Service Road
East Lansing, MI 48824

Alejandro Bruhn Cruz,
MD, PhD
Profesor Asociado de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Jefe de Departamento de Medicina Intensiva, Hospital de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
Santiago, Chile.

Lluís Blanch Torra, MD, PhD
Critical Care Center, Hospital de Sabadell. Corporació

Sanitari Parc Taulí. Universitat Autònoma de Barcelona. Sabadell, España.

Francisco Javier Hurtado, MD
Director del Departamento de Fisiopatología. Hospital de la República.
Montevideo, Uruguay

Editores Asociados (Associate Editors)

Avaca, Horacio
Cardiología
Ávila Rueda, Jhon Alexander
Hematología

Bogetti, Diego
Cirugía General

Ceresetto, José
Hematología

Duartes Noé, Damián
Reumatología

Earsman, Geoffrey
Reumatología

Ferraro, Fernando M.
Diagnóstico por Imágenes

Forrester, Mariano
Nefrología

Gómez, Teresa
Enfermería

Greco, Fernanda
Pediatría

Gutiérrez, Victoria
Clínica Médica

Pellegrini, Debora
Clínica Médica

Pirchi, Daniel
Cirugía General

Quadrelli, Silvia
Neumonología

Trovato, Daiana
Clínica Médica

Verdaguer, María
Psiquiatría

Staff Editorial (Editorial Board)

Alak, María del Carmen
Medicina Nuclear

Avaca, Horacio
Cardiología

Binetti, Carolina
Otorrinolaringología

Bruetman, Julio
Clínica Médica

Chimondeguy, Domingo
Cirugía Torácica

Cominiani, Pablo
Emergencias

Curria, Marina
Endocrinología

Ebner, Roberto
Oftalmología

Errea, Francisco
Cirugía Plástica

Fernie, Lucila
Pediatría

García, Adriana
Imágenes

García De Rosa, Laura
Genética

Iotti, Alejandro
Histopatología

Jordán, Roxana
Infectología

Machain, Héctor
Cirugía Cardiovascular

Maya, Gustavo
Ginecología

Murias, Gastón
Terapia Intensiva

Nolazco, Alejandro
Urología

Noriega, Gabriel
Dermatología

Patrón Uriburu, Juan
Coloproctología

Pesciallo, Cesar
Ortopedia y Traumatología

Reisin, Ricardo
Neurología

Rositano, Roque
Medicina del Trabajo

Sáez, Diego
Ecografías

Salvado, Alejandro
Neumonología

Stemmelin, Germán
Hematología

Torino, Rafael
Neurocirugía

Toscana, Diego
Anestesiología

Trimarchi, Hemán
Nefrología

Uriburu, Juan
Mastología

Velázquez, Humberto
Obstetricia

Verdaguer, Fernanda
Psiquiatría

Villamil, Federico
Transplante Hepático

Zubiaurre, Ignacio
Gastroenterología

Consejo de Asesores (Advisory Board)

Bozzo, José
Psiquiatría

Bullorsky, Eduardo
Hematología

Chertcoff, Julio Felipe
Terapia Intensiva

Colombato, Luis
Gastroenterología

Efrón, Ernesto
Infectología

Emery, Juan
Clínica Médica

Fernandez Pardo, Manuel
Neurología

Humphreys, Juan
Cardiología

Marini, Mario
Dermatología

Perasso, Osvaldo
Anestesiología

Sibbald, Andrés
Pediatría

Speranza, Juan Carlos
Urología

Spina, Juan Carlos
Diagnóstico por Imágenes

Ubal dini, Jorge
Instituto del Corazón

Asesor Estadístico (Statistical Advisor)

Ernst, Glenda
Docencia

Secretaria (Secretary)

García, Natalia

Biblioteca de la Asociación de Médicos (Physicians Association Library)

García, Alejandra
Fernández, Emilio

 Hospital Británico

Revista FRONTERAS EN MEDICINA

Publicación trimestral. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones y otros sistemas de información sin la autorización expresa por parte de los editores. La responsabilidad por los juicios, opiniones, puntos de vista o traducciones expresados en los artículos publicados corresponde exclusivamente a sus autores.
ISSN: 2618-2459 | 2618-2521 (en línea)

Propietario: Hospital Británico de Buenos Aires.

Se distribuye gratuitamente entre los profesionales de la medicina. Es una publicación del Hospital Británico de Buenos Aires, Perdriel 74 | C1280AEB Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

 PUBLICACIONES
LATINOAMERICANAS S.R.L.

Producción editorial, comercial y gráfica

Piedras 1333 Piso 2° | C1240ABC Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Argentina | Tel/fax (5411) 4362-1600 | E-mail: info@publat.com.ar | http://www.publat.com.ar

FRONTERAS

EN MEDICINA

Publicación Científica del Hospital Británico de Buenos Aires

EDITORIAL

Prevención de reacciones adversas a terapias antiinfecciosas: un enfoque proactivo para la seguridad del paciente

Romina J. Glisoni

237

ARTÍCULO ORIGINAL

Identificación de factores de riesgo de reacciones adversas a terapias antiinfecciosas en pacientes hospitalizados

Mariano Scolari, María Alejandra Sanz, Daiana Trovato, Glenda Ernst

238

Instrumento para Evaluar Competencias de Enfermería en el Ámbito Hospitalario: análisis psicométrico y validación de constructo

Lucienne Dalla Bernardina, Wilza Carla Spiri, Daniela Miori Pascon, Daniela Moraes Morelli

243

Estudio descriptivo transversal para conocer el grado de satisfacción de los estudiantes de Enfermería en las prácticas preprofesionales en el Hospital Británico de Buenos Aires

Teresa Gómez

257

El trastorno del procesamiento sensorial como factor de riesgo en el desarrollo de las habilidades pragmáticas

Claudia T. Altamirano, Glenda Ernst

262

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Tortícolis muscular congénita: revisión bibliográfica

Alberto García-Barrios, Jaime Whyte-Orozco, Ana Isabel Cisneros-Gimeno

274

IMÁGENES

Parálisis del nervio hipogloso mayor secundario a metástasis de cáncer renal

Paula Calello, Martín Gómez Lastra, Ariel Miquelini, Daiana Trovato

282

CAMINO CRÍTICO

Cáncer de mama en mujeres jóvenes

284

María D. Ocampo, Rosario Biasutto, Candela de la Sierra, Lucas Cogorno, Juan Isetta, Gabriela Candás, Agustina González Zimmermann, Santiago Acevedo, María Agustina Bemí, Mariana Zanni, Juan Luis Uriburu

CASO CLÍNICO

Síndrome de Wells: un caso

289

Alejandra Navarrete Ríos, Gibsy Villacis Marriott, Félix Vigovich, Pablo Young, Gabriel Noriega

HISTORIA DE LA MEDICINA

Nicanor Albarellos (1810-1891). Médico, historiador, guitarrista, político y masón

292

Pablo Young, Sergio C. Verbanaz, Irma Costanzo, Manuel L. Martí

ATENEO ANATOMOCLÍNICO

Liquen plano ampollar

304

Gibsy Villacis Marriott, Paula Carla Minaudo, Elba Susana Pacheco, Gabriel Magariños, Pablo Young, Gabriel Noriega

CARTA AL EDITOR

Dr. Miguel Faulkner McTurk Lowe (1931-2014). Director General del Hospital Británico, período 1979-1993

307

Juan D. Humphreys, Jorge R. Carballo

La primera mujer médica del Hospital Británico y pionera de la Oncología: Dra. Justina Lady Martínez (1921-2024)

311

María Alejandra de Baldrich

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

315

FRONTERAS

EN MEDICINA

Publicación Científica del Hospital Británico de Buenos Aires

EDITORIAL

Prevención de reacciones adversas a terapias antiinfecciosas: un enfoque proactivo para la seguridad del paciente

00

Romina J. Glisoni

El artículo "Identificación de factores de riesgo de reacciones adversas a terapias antiinfecciosas en pacientes hospitalizados", publicado en este número de la Revista Fronteras en Medicina por los autores Mariano Scolari, María Alejandra Sanz, Daiana Trovato y Glenda Ernst, aborda un tema crucial en el ámbito de la farmacología clínica y la seguridad del paciente. Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) representan un desafío significativo, especialmente en el entorno hospitalario, donde la complejidad de los tratamientos antimicrobianos, junto con las características clínicas particulares de los pacientes, aumenta el riesgo de efectos adversos.

ARTÍCULO ORIGINAL

Identificación de factores de riesgo de reacciones adversas a terapias antiinfecciosas en pacientes hospitalizados

238

Mariano Scolari, María A. Sanz, Daiana Trovato, Glenda Ernst

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) representan un desafío significativo en el ámbito hospitalario, especialmente en tratamientos antimicrobianos. Este estudio observacional de casos y controles, realizado en el Hospital Británico de Buenos Aires entre 2020 y 2023, analizó factores de riesgo asociados a RAM en pacientes adultos hospitalizados bajo terapia antimicrobiana. Se incluyeron 60 casos con RAM y 117 controles. Los resultados revelaron que el 78.3% de las RAM fueron clasificadas como "probables" según el algoritmo de Naranjo. Los órganos más afectados fueron la piel (30%), el sistema digestivo y metabólico (25%) y el riñón (15%). Aunque el diseño unicéntrico y el tamaño muestral limitado constituyen restricciones, estos y otros hallazgos subrayan la importancia de monitorear estrechamente a pacientes con insuficiencia renal y mujeres bajo terapia antimicrobiana.

Instrumento para Evaluar Competencias de Enfermería en el Ámbito Hospitalario: análisis psicométrico y validación de constructo

243

Lucienne Dalla Bernardina, Wilza Carla Spiri, Daniela Miori Pascon, Daniela Moraes Morelli

La validación de contenido, aunque esencial, no es suficiente para garantizar la eficacia de un instrumento. Es necesario complementar con análisis psicométricos que incluyan la validez de constructo, la confiabilidad y la sensibilidad, para asegurar que un instrumento no solo refleje adecuadamente el constructo teórico, sino que también sea consistente y adecuado. El Instrumento

para evaluar las Competencias de los Enfermeros en el ámbito Hospitalario (ICEH) final, con 37 ítems, resultó una herramienta confiable y válida para evaluar competencias de enfermeros, que contribuye al desarrollo profesional, la asignación de competencias y la mejora de la calidad del cuidado y la eficiencia en las instituciones de salud.

Estudio descriptivo transversal para conocer el grado de satisfacción de los estudiantes de Enfermería en las prácticas preprofesionales en el Hospital Británico de Buenos Aires

257

Teresa Gómez

El objetivo del estudio fue describir el grado de satisfacción de los estudiantes de Enfermería acerca de las prácticas asistenciales en el Hospital Británico (HB) de Buenos Aires en el periodo octubre y noviembre de 2023. La población estuvo constituida por los estudiantes de 1° y 2° año de la carrera de Enfermería que realizaron las prácticas en el HB. La satisfacción de los estudiantes de Enfermería con las prácticas hospitalarias en el HB alcanzó 59.7%. La satisfacción de los estudiantes es un factor crucial para el éxito de cualquier programa educativo; por lo tanto, es fundamental continuar el esfuerzo en crear un ambiente de aprendizaje que satisfaga las necesidades de sus estudiantes.

El trastorno del procesamiento sensorial como factor de riesgo en el desarrollo de las habilidades pragmáticas

262

Claudia T. Altamirano, Glenda Ernst

En este trabajo se investigó sobre la influencia de los trastornos del procesamiento sensorial en la pragmática lingüística, entendiendo que la pragmática, por un lado, está influenciada por aspectos lingüísticos y no lingüísticos y, por otro lado, que es también una dimensión que guía las demás dimensiones del lenguaje. De acuerdo con los datos y según la hipótesis planteada, se concluyó que el trastorno de procesamiento sensorial aumenta la probabilidad de disminución de la unidad protopragmática en niños de entre 30 y 48 meses comparados con niños del mismo grupo etario en situación de desarrollo típico.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Torticólis muscular congénita: revisión bibliográfica

274

Alberto García-Barrios, Jaime Whyte-Orozco, Ana Isabel Cisneros-Gimeno

El término "torticólis" deriva del latín (*tortus collum*), cuyo significado es "cuello torcido", y cuando esta deformidad postural de la zona cervical se evidencia en y/o cerca del nacimiento, se denomina torticólis congénita. Esta patología se presenta como un acorta-

miento unilateral del músculo esternocleidomastoideo que provoca flexión cervical persistente homolateral a la lesión, y rotación cervical contralateral, por lo que se denomina "tortícolis muscular congénita". Suele aparecer posnatalmente, durante los 2-3 primeros meses de vida del niño, o en el periodo neonatal, y aunque la mayoría de las veces es aislada, puede asociarse a otras patologías osteoarticulares como la displasia congénita de cadera.

IMÁGENES

Parálisis del nervio hipogloso mayor secundario a metástasis de cáncer renal **282**

Paula Calello, Martín Gómez Lastra, Ariel Miquelini, Daiana Trovato

La parálisis del hipogloso mayor unilateral es infrecuente, su compromiso puede darse en cualquier punto de su recorrido, ya sea a nivel central o periférico. Las causas más frecuentes son tumorales (con mayor frecuencia por compromiso secundario que primario), iatrogénica posquirúrgica, idiopática, traumática, inflamatoria y menos frecuentemente de causa vascular y posradiación. Entre los síntomas más frecuentes se encuentra disfagia, disartria, debilidad muscular de la lengua, cefalea, ronquera y babeo. Los signos suelen ser desviación y atrofia muscular de la lengua. El diagnóstico se realiza por sospecha clínica acompañado de imágenes. El tratamiento dependerá de la etiología subyacente.

CAMINO CRÍTICO

Cáncer de mama en mujeres jóvenes **284**

María Delfina Ocampo, Rosario Biasutto, Candela de la Sierra, Lucas Cogorno, Juan Isetta, Gabriela Candás, Agustina González Zimmermann, Santiago Acevedo, María Agustina Bemí, Mariana Zanni, Juan Luis Uriburu

El cáncer de mama es la patología oncológica más frecuente en nuestro país, con 22024 nuevos casos en 2020; esto representa un 32.1% de los carcinomas diagnosticados en mujeres. En Estados Unidos, las pacientes con cáncer de mama menores de 40 años representaron el 4% del total en 2019. En nuestra institución, en los últimos 10 años, constituyeron el 10.7%; si tomamos en cuenta las menores de 35 años, correspondieron al 3.8%.

CASO CLÍNICO

Síndrome de Wells: un caso **289**

Alejandra Navarrete Ríos, Gipsy Villacis Marriott, Félix Vigovich, Pablo Young, Gabriel Noriega

El síndrome de Wells es una dermatosis eosinofílica infrecuente con una etiopatogenia no bien establecida. Se caracteriza por una gran variabilidad clínica que requiere correlación clínica e histológica "figuras en llama" características, para llegar al diagnóstico. Se comunica el caso de un hombre de 70 años con antecedentes de leucemia linfoblástica crónica con lesiones cutáneas papulosas, nodulares y eritematosas de 3 meses de evolución que cumple las características de este síndrome con buena respuesta al tratamiento y resolución de las lesiones cutáneas.

HISTORIA DE LA MEDICINA

Nicanor Albarelos (1810-1891). Médico, historiador, guitarrista, político y masón **292**

Pablo Young, Sergio C. Verbanaz, Irma Costanzo, Manuel L. Martí
Nicanor Benito Albarelos (1810-1891) nació en San Isidro y

destacó como médico, docente, político y figura cultural. Estudió medicina en París con eminentes maestros como Claude Bernard y Mateo Orfila. Tras regresar a Buenos Aires en 1836, participó activamente en la vida social e intelectual, contribuyendo al periódico *La Moda*, símbolo de la Generación del '37. Su postura opositora al régimen de Rosas lo llevó al exilio en Montevideo, donde contrajo matrimonio con Avelina Lavalleja. En 1850 revalidó su título médico en Buenos Aires, destacándose como docente y médico en el Hospital de Mujeres. Fue designado titular de la cátedra de Medicina Legal y Decano de la Facultad de Medicina.

ATENEO ANATOMOCLÍNICO

Liquen plano ampollar **304**

Gipsy Villacis Marriott, Paula Carla Minaudo, Elba Susana Pacheco, Gabriel Magariños, Pablo Young, Gabriel Noriega

El liquen plano ampollar es una rara dermatosis inflamatoria que se caracteriza por la aparición de vesículas o ampollas sobre las típicas lesiones de liquen plano. Presentamos un caso de liquen plano ampollar en una mujer de 65 años que respondió satisfactoriamente al tratamiento con corticoides tópicos.

CARTA AL EDITOR

Dr. Miguel Faulkner McTurk Lowe (1931-2014). Director General del Hospital Británico, período 1979-1993 **307**

Juan D. Humphreys, Jorge R. Carballo

Durante las dos décadas que van de 1973 a 1993 ocurrieron grandes transformaciones en el Hospital Británico que resultaron ser la clave para que la Institución adquiriera una imagen totalmente renovada. El Hospital Británico, que tuvo sus inicios en 1844, a nivel del común de la gente en la Ciudad de Buenos Aires y sus alrededores, era más conocido hasta la década de 1960 como el "Sanatorio Británico" o la "Clínica de los Ingleses". En el concepto de los vecinos porteños era una clínica privada a la cual la mayor parte de la comunidad no tenía acceso. Los pacientes "pertenecían" a su médico de cabecera y los servicios existentes eran generalmente denominados con el apellido de los jefes.

La primera mujer médica del Hospital Británico y pionera de la Oncología: Dra. Justina Lady Martínez (1921-2024) **311**

María Alejandra de Baldrich

La Dra. Justina Lady Martínez, exjefa y consultora del Servicio de Oncología, falleció el 1 de junio del 2024. No solo vio nacer la Oncología Médica como especialidad, sino que fue pionera de su instrumentación efectiva a nivel nacional. Aportó esperanza de sobrevivida a pacientes oncológicos de una generación. Supo dejar una impronta de humanidad en su trabajo. Eligió acompañar a los enfermos en su momento más crítico, el tránsito por las enfermedades neoplásicas terminales. Se la consideró dentro de un grupo de maestros de la medicina. Fue la primera mujer que accedió a los siguientes cargos dentro del Hospital Británico de Buenos Aires: residente, médica de planta de Clínica Médica y luego jefa y consultora del Servicio de Oncología.

Prevención de reacciones adversas a terapias antiinfecciosas: un enfoque proactivo para la seguridad del paciente

Preventing adverse reactions to anti-infective therapies: a proactive approach to patient safety

Fronteras en Medicina 2024;19(4):237. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202404/0237-0237>

El artículo “Identificación de factores de riesgo de reacciones adversas a terapias antiinfecciosas en pacientes hospitalizados”, publicado en este número de la Revista Fronteras en Medicina por los autores Mariano Scolari, María Alejandra Sanz, Daiana Trovato y Glenda Ernst, aborda un tema crucial en el ámbito de la farmacología clínica y la seguridad del paciente. Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) representan un desafío significativo, especialmente en el entorno hospitalario, donde la complejidad de los tratamientos antimicrobianos, junto con las características clínicas particulares de los pacientes, aumenta el riesgo de efectos adversos¹. Este estudio resalta la importancia de identificar los factores predisponentes de manera temprana para optimizar la administración de terapias antimicrobianas y mejorar la seguridad de los pacientes.

El estudio, basado en un diseño observacional de casos y controles realizado en el Hospital Británico de Buenos Aires (Argentina), explora factores de riesgo como el sexo femenino, la insuficiencia renal previa y biomarcadores inflamatorios, identificando determinantes críticos en el desarrollo de RAM. Estos hallazgos no solo tienen relevancia a nivel local, sino que también poseen implicaciones globales para la prevención de RAM, lo que destaca la importancia de abordar estas cuestiones en contextos diversos y multicéntricos.

Un aspecto destacable del trabajo es su enfoque exhaustivo al describir las RAM más frecuentes y los órganos afectados. Esta información es fundamental para diseñar estrategias preventivas eficaces y tomar decisiones clínicas más informadas. Además, al resaltar la necesidad de un enfoque interdisciplinario, el artículo subraya cómo la colaboración entre médicos, farmacéuticos y especialistas en seguridad del paciente es crucial para maximizar los beneficios de las terapias antimicrobianas y reducir los riesgos asociados².

Este artículo representa una contribución valiosa a la mejora de la práctica clínica, ya que no solo permite un manejo más seguro y efectivo de los tratamientos, sino que también fortalece la implementación de protocolos de seguridad en el ámbito hospitalario, contribuyendo a un cuidado más personalizado y preciso. La investigación presentada ofrece un valioso aporte para los profesionales de la salud, instando a una mayor vigilancia y un enfoque proactivo en la gestión de la farmacoterapia.

Romina J. Glisoni

Instituto NANOBIOTEC UBA-CONICET. Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA.
Junín 956, 6to Piso. C1113AAD CABA, Argentina
romy.glisoni@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Insani WN, Whittlesea C, Alwafi H, Man KKC, Chapman S, Wei L. Prevalence of adverse drug reactions in the primary care setting: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2021;16(5):e0252161.
2. Falconer N, Barras M, Cottrell N. Systematic review of predictive risk models for adverse drug events in hospitalized patients. *Br J Clin Pharmacol* 2018;84(5):846-64.

Identificación de factores de riesgo de reacciones adversas a terapias antiinfecciosas en pacientes hospitalizados

Identifying risk factors for adverse reactions to anti-infective therapies in in-hospital patients

Mariano Scolari^{1,2}, Maria Alejandra Sanz^{2,3}, Daiana Trovato⁴, Glenda Ernst^{5,6}

RESUMEN

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) representan un desafío significativo en el ámbito hospitalario, especialmente en tratamientos antimicrobianos. Este estudio observacional de casos y controles, realizado en el Hospital Británico de Buenos Aires entre 2020 y 2023, analizó factores de riesgo asociados a RAM en pacientes adultos hospitalizados bajo terapia antimicrobiana. Se incluyeron 60 casos con RAM y 117 controles, evaluándose características demográficas, clínicas y de hospitalización. Los resultados revelaron que el 78.3% de las RAM fueron clasificadas como "probables" según el algoritmo de Naranjo. Los órganos más afectados fueron la piel (30%), el sistema digestivo y metabólico (25%) y el riñón (15%). Factores como sexo femenino (OR=2.11) e insuficiencia renal previa (OR=3.77) se identificaron como riesgos independientes. Además, el uso de antimicrobianos intravenosos fue significativamente mayor en pacientes con RAM (90% frente a 76.9%). Aunque el diseño unicéntrico y el tamaño muestral limitado constituyen restricciones, los hallazgos subrayan la importancia de monitorear estrechamente a pacientes con insuficiencia renal y mujeres bajo terapia antimicrobiana. Este enfoque puede mejorar la detección temprana de RAM, optimizar las prácticas clínicas y reducir la morbilidad asociada a estas reacciones adversas.

Palabras clave: reacciones adversas, antimicrobianos, insuficiencia renal, monitoreo.

ABSTRACT

Adverse drug reactions (ADRs) represent a significant challenge in the hospital setting, particularly with antimicrobial therapies. This observational case-control study, conducted at the British Hospital of Buenos Aires from 2020 to 2023, analyzed risk factors associated with ADRs in hospitalized adults receiving antimicrobial treatment. A total of 60 cases with ADRs and 117 controls were included, assessing demographic, clinical, and hospitalization characteristics. Results revealed that 78.3% of ADRs were classified as "probable" according to the Naranjo algorithm. The most affected organs were the skin (30%), the digestive and metabolic systems (25%), and the kidneys (15%). Factors such as female sex (OR=2.11) and pre-existing renal insufficiency (OR=3.77) were identified as independent risks. Additionally, intravenous antimicrobial use was significantly higher in patients with ADRs (90% vs. 76.9%). Despite the study's limitations, including its single-center design and small sample size, the findings emphasize the importance of closely monitoring patients with renal insufficiency and women undergoing antimicrobial therapy. This approach may enhance early ADR detection, optimize clinical practices, and reduce morbidity associated with these adverse events.

Keywords: adverse drug reactions, antimicrobials, renal insufficiency, monitoring.

Fronteras en Medicina 2024;19(4):238-242. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202404/0238-0242>

INTRODUCCIÓN

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) se han definido como una «respuesta nociva y no intencionada a un medicamento, que se produce a las dosis normalmente utilizadas en el hombre». No están relacionadas con un uso inadecuado, sino que se refieren específicamente a reacciones causadas por la acción farmacológica del propio fármaco^{1,2}.

Varias revisiones sistemáticas revelan que más del 10% (11.9% y 16.8%) de los pacientes hospitalizados experimentan RAM no prevenibles durante su estancia hospitalaria^{3,4}.

Un estudio reciente mostró que el 49.2% de las RAM se produjeron en pacientes de 51 a 70 años. Además, los autores describieron que se encontró una mayor incidencia de reacciones adversas en la infusión intravenosa que en la administración oral (52.09% frente a 33.2%, respectivamente). En particular, los antibióticos

1. Servicio de Farmacia, Hospital Británico de Buenos Aires
2. Universidad Católica Argentina, Doctorado en Ciencias Biomédicas
3. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital Británico de Buenos Aires
4. Servicio de Clínica Médica, Hospital Británico de Buenos Aires
5. Comité de Revisión Científico, Hospital Británico de Buenos Aires
6. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Investigador Independiente

Correspondencia: Mariano Scolari, Servicio de Farmacia, Hospital Británico de Buenos Aires, Perdriel 74, C1280AEB CABA, Argentina. marianojscolari@gmail.com

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 12/08/2024 | Aceptado: 15/09/2024

administrados durante la hospitalización resultaron ser la principal categoría de fármacos causantes de estas reacciones adversas, siendo responsables del 29.4% de las RAM⁵.

En un estudio de casos y controles realizado durante una década en un hospital universitario, los investigadores examinaron las reacciones adversas que se produjeron en todos los pacientes hospitalizados mayores de 18 años. Cada paciente fue emparejado con 16 sujetos de control. El estudio identificó factores de riesgo de reacciones adversas relacionadas con antibióticos, revelando un riesgo significativamente elevado para el sexo femenino (OR=1.2), el sobrepeso (OR=1.3) y el número de comorbilidades (OR=2.1)⁶.

El Servicio de Farmacia Clínica del Hospital Británico realiza un seguimiento constante de las RAM con el fin de mejorar los indicadores de calidad en los procesos de gestión. El objetivo de este estudio fue analizar los potenciales factores de riesgo asociados a las RAM en pacientes adultos hospitalizados que requirieron tratamiento antibiótico y aportar información adicional a la extraída de estudios previos realizados en países diferentes de la Argentina. Un conocimiento exhaustivo de estos factores podría facilitar la detección precoz de pacientes propensos a sufrir reacciones adversas, lo que permitiría una intervención temprana para mitigar su impacto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: se realizó un estudio observacional, de casos y controles, unicéntrico y retrospectivo entre enero de 2020 y enero de 2023.

Población: los criterios de inclusión abarcaron pacientes de 18 años o más, ingresados en la sala general y en tratamiento antimicrobiano. Se identificaron como casos los individuos que presentaron al menos una RAM, debidamente registrada en la base de datos del Servicio de Farmacia Clínica del Hospital Británico. En los casos en que se produjeron múltiples RAM en un paciente, sólo se consideraron las variables asociadas al evento inicial.

Los pacientes del grupo de control se identificaron retrospectivamente a través de la base de datos de historias clínicas electrónicas de pacientes ingresados. Cada participante en el grupo de control se seleccionó manteniendo una proporción de 2:1, del grupo de pacientes que habían recibido el mismo tratamiento antimicrobiano en una fecha comparable (± 7 días) a la del paciente caso respectivo.

Variables estudiadas: Para los pacientes incluidos en el estudio, se recogieron las características demográficas (edad y sexo) y la historia clínica.

Además, se recogieron datos de hospitalización de los pacientes antes de una RAM (hasta 24 horas), como creatinina sérica, tasa de filtración glomerular (TFG), insuficiencia renal (TFG < 60 ml/min/1.73 m²), urea sérica, al-

búmina sérica, bilirrubina total, aspartato aminotransferasa, alanina aminotransferasa (ALT), fosfatasa alcalina, hemoglobina, recuento de plaquetas, glóbulos blancos, neutrófilos, porcentaje de eosinófilos, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva y el tratamiento antimicrobiano correspondiente.

Para los pacientes del grupo de control, todas estas variables se determinaron en la fecha más próxima a la de aparición de las RAM de un paciente caso.

Para cada paciente, el análisis abarcó el registro de la duración total de la estancia hospitalaria, incluido el período anterior y posterior a la aparición de las RAM. Además, se documentaron detalles como la cantidad de medicación prescrita en la fecha pertinente, la proporción de polimedicación y la identificación de fármacos con un índice terapéutico bajo. Se esbozaron los sistemas orgánicos afectados por las RAM en los pacientes de los casos, junto con una descripción exhaustiva de los tratamientos antimicrobianos prescritos con mayor frecuencia en cada grupo y sus respectivas vías de administración.

Los cálculos del FG se realizaron utilizando la ecuación de la modificación de la dieta en la enfermedad renal (MDRD) para todos los pacientes, a excepción de aquellos con antecedentes de enfermedad renal crónica (ERC). Para este último grupo, se utilizó la ecuación propuesta por el grupo de epidemiología de la enfermedad renal crónica (CKD-EPI)^{7,8}. La polimedicación se definió como el uso simultáneo de al menos cinco fármacos con efectos sistémicos.

Características de las RAM: se utilizó la base de datos de RAM notificadas en hospitalización. Esta base de datos es recogida y registrada de forma consensuada por el equipo de Farmacia Clínica, que clasifica las RAM según algoritmos validados para valorar la causalidad, previsibilidad y gravedad de cada reacción adversa. La causalidad y las definiciones de las RAM se determinaron utilizando el Algoritmo Naranjo y los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), respectivamente⁹⁻¹⁰. La gravedad de las RAM se clasificó mediante la escala de evaluación de la gravedad de Hartwig¹¹.

Análisis estadístico: el análisis descriptivo se realizó utilizando la media y la desviación estándar o la mediana y el rango intercuartílico, según correspondiera, para las variables continuas, y el porcentaje para las variables cualitativas. Para comparar los grupos con y sin RAM, se utilizó una prueba t o el test de Fisher. Se realizó un análisis multivariante ajustado por variables para identificar factores de riesgo de RAM relacionados con la terapia antimicrobiana. Los resultados se expresaron como *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza del 95% (IC95%). Los programas utilizados fueron GraphPad Prism 8.02 y MedCalc 12.2.1.

Aprobación ética: nuestro estudio cuenta con la aprobación del Comité de Revisión Institucional del Hospital Británico (#1238).

Tabla 1. Datos demográficos y antecedentes patológicos de los pacientes de los grupos de casos y controles.

Variable	Grupo de casos (n=60)	Grupo control (n=117)	p
Edad media ¹	52.9±19.0	64.2±16.2	0.0001
Sexo femenino ²	60.0 (36)	42.7 (50)	0.03
Tabaquismo ²	23.3 (14)	37.6 (44)	0.055
Diabetes ²	16.7 (10)	16.2 (19)	0.9
Dislipidemia ²	16.7 (10)	19.6 (23)	0.6
Obesidad ²	11.7 (7)	15.4 (18)	0.5
Antecedentes de ERC ²	16.7 (10)	15.4 (18)	0.8
Antecedentes de HMD ²	6.7 (4)	0.9 (1)	0.04
Hipertensión arterial ²	41.7 (25)	44.4 (52)	0.8
Hipotiroidismo ²	16.7 (10)	16.2 (19)	0.9
EPOC ²	6.7 (4)	12.8 (15)	0.2
Antecedentes de ictus ²	3.3 (2)	6.8 (8)	0.3
Anemia ²	8.3 (5)	2.5 (3)	0.08
Insuficiencia cardíaca ²	3.3 (2)	3.4 (4)	0.9
Antecedentes de IAM ²	1.7 (1)	3.4 (4)	0.5
Arritmia ²	5.0 (3)	6.8 (8)	0.6
Enfermedad coronaria ²	8.3 (5)	4.3 (5)	0.3
Enfermedad tromboembólica ²	6.7 (4)	3.4 (4)	0.3
Gastritis ²	3.3 (2)	4.3 (5)	0.8
Intolerancia a la lactosa ²	3.3 (2)	0.0 (0)	0.1
Cáncer ²	13.3 (8)	15.4 (18)	0.7
Enfermedad oncohematológica ²	35.0 (21)	24.7 (29)	0.15
Trasplante ²	16.7 (10)	6.8 (8)	0.06
Enfermedad psiquiátrica ²	3.3 (2)	8.5 (10)	0.2
Número de comorbilidades ³	4 (2-6)	4 (2-5)	0.4
Índice de Charlson >4 ²	30.0 (18)	32.5 (38)	0.7

IAM: infarto agudo de miocardio, ERC: enfermedad renal crónica, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, HMD: hemodiálisis.

1. Expresado como media y desviación estándar. 2. Expresado como porcentaje y n. 3. Expresado como mediana y rango intercuartílico 25-75.

RESULTADOS

En este estudio se incluyeron 60 pacientes con al menos una RAM (8 de ellos habían sufrido más de una RAM) y 117 pacientes control. Según la clasificación de Naranjo, el 8.5% (n=5) de los pacientes presentaron una RAM definitiva o firme, el 13.3% (n=8) posible y el 78.3% (n=47) probable. El 51.6% (n=31) de los pacientes presentó una RAM leve; el 43.3% (n=26), una RAM moderada, y solo tres pacientes presentaron una RAM grave.

Los órganos o sistemas más afectados por las RAM fueron el 30% (n=18) la piel (farmacodermia y reacciones de hipersensibilidad), el 25% (n=15) el aparato digestivo y metabólico (náuseas, vómitos, alteraciones hidroelectrolíticas y elevación de las transaminasas hepáticas) y el 15% (n=15) el riñón (nefrotoxicidad).

El grupo de pacientes con RAM y el grupo de sujetos de control eran similares en cuanto a las características clínicas, salvo en lo que respecta a la edad media de los pacientes y el porcentaje de sexo femenino. Los antecedentes patológicos no mostraron diferencias significativas, excepto los antecedentes de hemodiálisis (Tabla 1).

Considerando las variables de hospitalización, la proporción de pacientes con insuficiencia renal antes de la aparición de una RAM fue significativamente mayor en los casos que en los controles.

El valor de VSG fue mayor en los pacientes casos que en los controles: 67 mm/h (51-77 mm/h) y 31 mm/h (21-56 mm/h), respectivamente (p<0.035). La mediana del nivel de ALT fue de 54 (15-61) en los casos y de 34 (14-38) U/L en los controles (p<0.009). Las demás variables no mostraron diferencias significativas (Tabla 2).

No hubo diferencias en los antimicrobianos prescritos con más frecuencia entre los casos y los controles. Estos fueron vancomicina (15.0% frente a 15.4%; p=0.9), colistina (11.6% frente a 12.0%; p=0.9) y anfotericina B liposomal (10.0% frente a 10.2%; p=0.9), respectivamente. La proporción de pacientes que recibieron antimicrobianos intravenosos fue mayor en los pacientes caso (90.0%, n=54) en comparación con los controles (76.9%, n=46) (p<0.041).

El análisis multivariado de los factores de riesgo de desarrollar RAM, ajustado por edad, antecedentes de hemodiálisis, VSG y antimicrobianos intravenosos mostró que el sexo femenino y la insuficiencia renal previa a la RAM aumentaban significativamente el riesgo relativo de RAM (OR=2.11 y OR=3.77, respectivamente) (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Los factores de riesgo de ingreso hospitalario por RAM están bien caracterizados. Entre ellos se encuen-

Tabla 2. Variables de hospitalización de los pacientes del grupo de casos y del grupo control.

Variable	Grupo de casos (n=60)	Grupo control (n=117)	p
Mediana de la duración total de la estancia (días) ¹	17 (9-38)	14 (6-29)	0.19
Duración de la estancia hasta la RAM (días) ¹	6 (2-16)	7 (2-14)	0.8
Duración de la estancia tras la RAM (días) ¹	8 (5-22)	6 (2-15)	0.033
Número de medicamentos prescritos ¹	9 (6 - 10)	9 (6 - 10)	0.1
Indicación de fármacos con un IT ² bajo	43.3(26)	41.0(48)	0.8
Indicación de más de un fármaco con IT ² bajo	6.7(4)	2.6(3)	0.2
Polimedicación ²	91.7 (55)	88.9(104)	0.3
TFG media (ml/min/1,73m ²) ³	92.7 (57.7)	87.6 (49.5)	0.4
Insuficiencia renal previa a la RAM ²	33.3 (20)	18.8 (22)	0.04
Creatinina sérica (mg/dl) ¹	0.76 (0.60-1.26)	0.86 (0.65-1.04)	0.5
Urea sérica (mg/dl) ¹	33 (24-58)	38 (26-57)	0.5
Albumina sérica (g/dl) ¹	3 (2-5)	3 (2-5)	0.4
Bilirrubina total (mg/dl) ¹	1 (0-5)	1 (0-5)	0.4
Aspartato aminotransferasa (U/l) ¹	36 (15 - 35)	27 (13 - 29)	0.052
Alanina aminotransferasa (U/l) ¹	54 (15 - 61)	34 (14 - 38)	0.009
Fosfatasa alcalina (U/l) ¹	117 (73 - 144)	110 (70 - 107)	0.3
Hemoglobina (g/dl) ¹	10.0 (8.8-11.3)	9.9 (8.7-12.3)	0.5
Recuento de plaquetas (/microlitro) ¹	206,500 (206,500-287,250)	174,000 (174,000-264,000)	0.5
Días en la UCI antes de la ADR ³	1.1±3.1	1.8±4.9	0.7
Estancia previa en la UCI ²	20.0 (12)	22.2 (26)	0.8
Eosinófilos (%) ¹	1.3 (0-4)	0.45 (0-2)	0.2
Neutrófilos (n) ¹	4,034 (1,195-6,401)	4,123 (1,799-7,000)	0.5
Recuento de leucocitos (n) ¹	6,200 (2,950-9,500)	7,300 (3,600-10,150)	0.4
Proteína C reactiva	4.75 (0.70-12.9)	4.20 (1.90-10.20)	0.8
VSG (mm/h) ¹	67 (51-77)	31 (21-56)	0.035
Administración intravenosa de ATM ²	90.0 (54)	76.9 (90)	0.041

RAM: reacción adversa a medicamentos. ATM: antimicrobianos. VSG: velocidad de sedimentación globular. GRF: tasa de filtración glomerular. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos. IT: índice terapéutico. 1. Expresado como mediana y rango intercuartílico 25-75. 2. Expresado como porcentaje y n. 3. Expresado como media y desviación estándar.

tran el número de medicamentos, la presencia de enfermedades concomitantes, el sexo femenino y la edad¹².

Una revisión que incluyó 32 estudios observacionales mostró que la tasa global de RAM era del 3,6% en el momento del ingreso hospitalario; sin embargo, las RAM que se producían durante la hospitalización superaban el 10%^{13,14}. Esta evidencia resalta la importancia de analizar los factores de riesgo de RAM de los pacientes durante la hospitalización.

En concordancia con otros autores, observamos, dentro de las variables demográficas, que el sexo femenino es más frecuente en el grupo de pacientes con RAM¹². Mientras que muchos estudios se centran predominantemente en poblaciones de 65 años o más, atribuyendo un elevado riesgo de RAM no prevenibles a la edad y a la presencia de múltiples comorbilidades^{15,16}, nuestra investigación amplía su alcance incluyendo a individuos mayores de 17 años. En particular, nuestros resultados revelan una correlación significativa entre la edad y la aparición de grupos de RAM. Este enfoque matizado nos permite captar un espectro más amplio de influencias relacionadas con la edad en las RAM, más allá del enfoque tradicional centrado en la población anciana.

Tabla 3. Análisis multivariado.

Variable	Odds ratio	IC95%
Edad	0.95	0.93-1.01
Sexo femenino	2.11	1.04-4.26
Antecedentes de hemodiálisis	3.86	0.36-40.6
Insuficiencia renal previa a la RAM	3.77	1.55-9,14
Velocidad de eritrosedimentación	1.07	0.99-1.14
Administración intravenosa de ATM	2.41	0.88-6.60

RAM: reacción adversa a medicamentos. ATM: antimicrobianos.

La presencia de insuficiencia renal antes de la aparición de una RAM demostró ser un factor de riesgo independiente. Esto es destacable porque las dosis de antimicrobianos se comprobaron y determinaron correctamente para todos los pacientes del estudio. Por lo tanto, la acumulación de fármacos en los casos de pacientes era improbable. De acuerdo con esta observación, Corsonello y cols. han señalado que la monitorización de la función renal podría disminuir el riesgo de RAM¹⁷.

Aunque nuestro estudio aporta información valiosa, es importante reconocer ciertas limitaciones. En primer lugar, el número relativamente pequeño de pacientes incluidos durante un periodo de estudio de tres años plantea la posibilidad de que se hayan producido RAM en pacientes hospitalizados que recibían antimicrobianos, pero que no se detectaron y/o no se registraron en

nuestra base de datos. Además, el diseño unicéntrico del estudio subraya la necesidad de ser cautos a la hora de generalizar nuestros resultados. Es imperativo reconocer estas limitaciones para garantizar una interpretación matizada de los hallazgos y fomentar futuras investigaciones que puedan abordar estas limitaciones.

Sin embargo, esta investigación ofrece valiosas perspectivas destinadas a facilitar la identificación precoz de los pacientes susceptibles de sufrir RAM y a promover la adopción de prácticas clínicas que mejoren el pronósti-

co y reduzcan la estancia hospitalaria de quienes experimentan tales acontecimientos. Cabe destacar que en el análisis multivariante realizado sobre las variables estudiadas, el sexo femenino y la insuficiencia renal preexistente antes de la RAM fueron los únicos factores que mostraron independencia. Por lo tanto, se recomienda que los pacientes que manifiesten alguna de estas variables o ambas durante el tratamiento antimicrobiano sean especialmente monitorizados.

BIBLIOGRAFIA

1. Edwards IR, Aronson JK. Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. *Lancet* 2000;356:1255-9.
2. Coleman JJ, Pontefract SK. Adverse drug reactions. *Clin Med (Lond)* 2016;16(5):481-5.
3. Bouvy JC, De Bruin ML, Koopmanschap MA. Epidemiology of adverse drug reactions in Europe: a review of recent observational studies. *Drug Saf* 2015;38:437-53.
4. Miguel A, Azevedo LF, Araújo M, Pereira AC. Frequency of adverse drug reactions in hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2012;21:1139-54.
5. Zhang XJ, Zhou JG, Pan M, Yuan W, Gao B. Analysis of Adverse Drug Reaction Reports from a Public Hospital in Shanxi Province in 2022. *Risk Manag Healthc Policy* 2023;16:1391-1401.
6. Evans RS, Lloyd JF, Stoddard GJ, Nebeker JR, Samore MH. Risk factors for adverse drug events: a 10-year analysis. *Ann Pharmacother* 2005;39:1161-8.
7. Vervoort G, Willems HL, Wetzels JF. Assessment of glomerular filtration rate in healthy subjects and normoalbuminuric diabetic patients: validity of a new (MDRD) prediction equation. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17:1909-13.
8. Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, et al. CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann Intern Med* 2009;150:604-12.
9. WHO-adverse reaction terminology (WHO-ART). In: *Dictionary of Pharmaceutical Medicine*. Springer; Vienna. 2009. https://doi.org/10.1007/978-3-211-89836-9_1467.
10. Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther* 1981;30:239-45.
11. Hartwig SC, Denger SD, Schneider PJ. Severity-indexed, incident report-based medication error-reporting program. *Am J Hosp Pharm* 1991;48:2611-6.
12. Chisaki Y, Aoji S, Yano Y. Analysis of Adverse Drug Reaction Risk in Elderly Patients Using the Japanese Adverse Drug Event Report (JADER) Database. *Biol Pharm Bull* 2017;40:824-9.
13. Oscanoa TJ, Lizaraso F, Carvajal A. Hospital admissions due to adverse drug reactions in the elderly. A meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol* 2017;73:759-70.
14. Bouvy JC, De Bruin ML, Koopmanschap MA. Epidemiology of adverse drug reactions in Europe: a review of recent observational studies. *Drug Saf* 2015;38:437-53.
15. Cahir C, Curran C, Walsh C, et al. Adverse drug reactions in an ageing Population (ADAPT) study: Prevalence and risk factors associated with adverse drug reaction-related hospital admissions in older patients. *Front Pharmacol* 2023;13:1029067.
16. Dequito AB, Mol PG, van Doormaal JE, et al. Preventable and non-preventable adverse drug events in hospitalized patients: a prospective chart review in the Netherlands. *Drug Saf* 2011;34:1089-100.
17. Corsonello A, Onder G, Bustacchini S, et al. Estimating renal function to reduce the risk of adverse drug reactions. *Drug Saf* 2012;35:47-54.

Instrumento para Evaluar Competencias de Enfermería en el Ámbito Hospitalario: análisis psicométrico y validación de constructo

Instrument for Evaluating Nursing Competencies in the Hospital Environment: psychometric analysis and construct validation

Lucienne Dalla Bernardina¹, Wilza Carla Spiri¹, Daniela Miori Pascon², Daniela Moraes Morelli³

RESUMEN

Introducción. La validación de contenido, aunque esencial, no es suficiente para garantizar la eficacia de un instrumento. Es necesario complementar con análisis psicométricos que incluyan la validez de constructo, la confiabilidad y la sensibilidad, para asegurar que un instrumento no solo refleje adecuadamente el constructo teórico, sino que también sea consistente y adecuado.

Objetivos. Evaluar las medidas psicométricas del instrumento para evaluar las competencias de los enfermeros en el ámbito hospitalario (ICEH) incluyendo la validación del constructo.

Material y métodos. Estudio observacional de corte transversal, aplicando estadística para análisis de medidas psicométricas y validación de constructo de instrumentos.

Resultados. Participaron 150 enfermeros. La prueba general de adecuación muestral mediante el criterio de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0,8, permitiendo de esa manera la continuación del análisis factorial. El proceso de validación permitió reducir el ICEH de 69 a 37 ítems, organizados en 6 factores renombrados como dimensiones. La precisión global del instrumento fue del 85,3%.

Discusión. El ICEH final, con 37 ítems, es una herramienta confiable y válida para evaluar competencias de enfermeros en el ámbito hospitalario, contribuyendo al desarrollo profesional, la asignación de competencias y la mejora de la calidad del cuidado y la eficiencia en las instituciones de salud.

Palabras clave: competencia, enfermería, hospital, validación, gerenciamiento, recursos humanos.

ABSTRACT

Introduction. Content validation, while essential, is not sufficient to ensure the effectiveness of an instrument. It must be complemented with psychometric analyses, including construct validity, reliability, and sensitivity, to ensure that an instrument not only adequately reflects the theoretical construct but is also consistent and suitable.

Objectives. To evaluate the psychometric measures of the Instrument for Evaluating Nursing Competencies in the Hospital Environment (ICEH), including construct validation.

Materials and methods. A cross-sectional observational study was conducted, applying statistical analyses for psychometric measurement and construct validation of the instrument.

Results. A total of 150 nurses participated. The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy was 0,8, allowing for continuation with factorial analysis. The validation process reduced the ICEH from 69 to 37 items, organised into six factors renamed as dimensions. The overall precision of the instrument was 85.3%.

Discussion. The final ICEH, with 37 items, is a reliable and valid tool for assessing nursing competencies in the hospital environment, contributing to professional development, competency allocation, and improvements in care quality and operational efficiency in healthcare institutions.

Keywords: competence, nursing, hospital, validation, management, human resources

Fronteras en Medicina 2024;19(4):243-256. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202404/0243-0256>

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de instrumentos en el ámbito de la salud está respaldado por la necesidad de obtener herramientas que permitan evaluar, de manera precisa y sistemática, aspectos críticos del desempeño profesional. Este proceso es especialmente relevante en la Enfermería, una disciplina que demanda una alta competencia técnica y humana para responder a las necesidades de los pacientes y del sistema de salud en general. Evaluar las competencias del personal de enfermería, especialmente en el ámbito hospitalario, donde las demandas son complejas y multifacéticas, es fundamental. En respuesta a que esa evaluación sea objetiva, se diseñó el Instrumento para Evaluar Competencias de Enfermería en el Ámbito Hospitalario (ICEH)¹.

1. Universidad Estatal Júlio de Mesquita Filho / UNESP, Botucatu, (SP), Brasil
2. Pontificia Universidad Católica de São Paulo, Sorocaba, (SP), Brasil
3. Global Research Nurses, The Global Health Network, Centre for Tropical Medicine and Global Health, Nuffield Department of Medicine, University of Oxford.

Correspondencia: Lucienne Dalla Bernardina. Avenida Jacutinga, 632, ap.68. Moema São Paulo/SP – Brasil. Tel.: (+55) 11982029343. lucienndalla@gmail.com

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 17/08/2024 | Aceptado: 11/09/2024

El primer paso en la construcción del ICEH fue una revisión integradora, considerada esencial para comprender el marco conceptual que sustenta el constructo de competencias del enfermero en el ámbito hospitalario¹⁻³. Este tipo de revisión sintetiza el estado del conocimiento sobre un tema específico, identificando tanto los avances como las lagunas de investigación. Según la literatura, las revisiones integradoras no solo ofrecen acceso rápido a resultados relevantes, sino que también guían la toma de decisiones y respaldan la práctica basada en la evidencia²⁻⁴. La revisión permitió identificar las dimensiones clave de las competencias del personal de enfermería, facilitando el desarrollo de un instrumento alineado con las necesidades y demandas del entorno hospitalario que sirviera de base teórica para la construcción del instrumento. El constructo propuesto se organizó en seis dimensiones de competencias, cada una compuesta por atributos sinérgicos que reflejan las habilidades esenciales del enfermero en el ámbito hospitalario. La validación de contenido implicó un análisis detallado de cada ítem, los cuales demostraron que reflejaban adecuadamente las competencias propuestas en el constructo¹. Sin embargo, también es necesario que un instrumento sea estadísticamente preciso y consistente en su capacidad para medir dichas competencias. Eso implica analizar sus características psicométricas, lo cual es un paso esencial que complementa la validación, ya que permite determinar si un instrumento no solo es representativo del constructo teórico que pretende medir sino también confiable y consistente en su aplicación práctica.

Mientras que la validación de contenido asegura que los ítems reflejan adecuadamente el universo conceptual de las competencias, la evaluación psicométrica examina las propiedades estadísticas de un instrumento, como su validez de constructo, confiabilidad y sensibilidad⁷⁻¹³. Esto garantiza que el mismo mida de manera precisa las competencias en diferentes contextos, eliminando posibles sesgos o errores sistemáticos⁵⁻⁷. Por ello, con el ICEH validado y optimizado, se avanzó hacia la segunda etapa del proceso, la evaluación de las medidas psicométricas y la validación del constructo, para asegurar que el instrumento no solo es teóricamente sólido sino también útil y efectivo en la práctica, fortaleciendo su aplicabilidad y capacidad para informar decisiones basadas en evidencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: estudio observacional de corte transversal.

Población de estudio: licenciados en Enfermería de planta permanente del Complejo Hospitalario de Clínicas de la Facultad de Medicina de Botucatu (HCFMB). Se excluyeron técnicos en enfermería y rotantes.

Ámbito del estudio: HCFMB vinculado a la Secretaría de Estado de Salud de São Paulo para fines administrativos y asociado a la Facultad de Medicina de

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de los participantes (N=150).

Variable	N
Sexo biológico (n,%)	
Femenino	144 (95.9)
Masculino	6 (4.9)
Estado civil (n,%)	
Casado/a	79 (52.6)
Soltero/a	47 (31.3)
Divorciado/a	14 (9.3)
Pareja	8 (5.3)
Viudo/a	2 (1.3)
Hijos	
0	67 (44.6)
1	48 (32.0)
2	22 (14.6)
3	10 (6.6)
4	1 (0.7)
5	2 (1.3)
Trabajo en enfermería antes de graduarse	
No	100 (66.6)
Técnico	24 (16.0)
Auxiliar	23 (15.3)
Ambos	3 (2.0)
Ámbito de trabajo antes de graduarse	
Ninguno	100 (66.6)
Público	35 (23.3)
Privado	6 (4.0)
Ambos	8 (5.3)
No contesta	1 (0.7)
Religión	
Católico	102 (68.0)
Evangélica	23 (15.3)
Espiritista	13 (8.6)
Protestante	7 (4.7)
Ninguno	3 (2.0)
Otro	2 (1.3)
Título de grado	
Licenciatura	23 (15.3)
Residencia	2 (1.3)
Especialización	88 (58.6)
Maestría	30 (20.0)
Doctorado	7 (4.6)
Ámbito de la institución de graduación	
Privado	107 (71.3)
Público	43 (26.7)
Rol o función de trabajo	
Asistencial	97 (64.6)
Supervisión	34 (22.7)
Gerencia	19 (12.7)

Botucatu de la Universidad Estadual “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP para fines de docencia, investigación y extensión. Es una institución pública vinculada al Sistema Único de Salud de la región centro-sur del estado de São Paulo, pertenece a la Secretaría Regional de Salud (DRS VI) de Bauru y atiende a alrededor de 68 municipios de la región.

Abordaje metodológico: El ICEH resultante de la etapa de validación de contenido¹, llamado de ahora en más de original, fue aplicado a través modalidad auto-administrada a una muestra aleatoria a partir del marco muestral otorgado por la Gerencia de Enfermería y el departamento de Recursos Humanos del HCFMB. Para el análisis de los datos⁷⁻⁹, se utilizó el programa Microsoft Excel 2013®, el paquete estadístico IBM

Tabla 2. Comparación de las características sociodemográficos en base a función de trabajo de los participantes (N=150).

Variable	Función de trabajo	N	Promedio (DE)	IC95%	Valor de p
Edad	Asistencial	97	35.8 (7.8)	34.1-37.3	p<0.001 p<0.05 (G>A, G>S)#
	Supervisor	34	36.4 (5.4)	4.5-38.3	
	Gestor	19	44.2 (6.2)	41.1-47.2	
Tiempo de graduación	Asistencial	97	9.1 (5.75)	8.0-10.3	p<0.001 p<0.025 (G>S>A)#
	Supervisor	34	10.5 (3.8)	9.1-11.8	
	Gestor	19	19 (6.2)	15.7-22.2	
Edad al graduarse	Asistencial	97	26.6 (4.7)	25.6-27.5	NS*
	Supervisor	34	25.2 (2.2)	24.1-26.3	
	Gestor	19	26 (4.0)	24.5-27.3	
Tiempo de trabajo anterior a la HCFMB	Asistencial	97	8.1 (4.7)	6.4-9.7	NS*
	Supervisor	34	8.2 (2.3)	6.6-9.8	
	Gestor	19	7.2 (6.7)	1.6-12.9	
Tiempo de trabajo en la HCFMB en años	Asistencial	97	7.3 (7.6)	5.7-8.8	p<0.001 p<0.025 (G>A-S>A)#
	Supervisor	34	9.1 (5.7)	7.1-11.1	
	Gestor	19	15.5 (8.0)	11.5-19.3	
Carga laboral semanal en horas	Asistencial	97	37.6 (4.4)	36.7-38.5	NS*
	Supervisor	34	39.2 (3.3)	37.5-40.7	
	Gestor	19	38.2 (3.8)	36.8-39.5	

*NS: no significativo. # A: asistencial. S = supervisor. G: gestor.

(*International Business Machines*) *Statistical Package for Social Science* (SPSS) V.22.2[®] y software R3.4.4[®] (plataforma R para computación estadística, versión 3.4.4). Se utilizó estadística descriptiva para analizar las variables, informando distribuciones de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión, según el tipo de variable, categórica o continua⁹. La normalidad se evaluó con la prueba de Shapiro-Wilk, y la homogeneidad de varianzas con la prueba de Levene. Para comparaciones⁹ se aplicaron pruebas paramétricas o no paramétricas según la distribución de los datos: ANOVA con pruebas *post-hoc* de Tukey para datos normales y Kruskal-Wallis seguido de Dunn para distribuciones no normales. Las variables dicotómicas fueron analizadas con t de Student o Mann-Whitney. Las correlaciones se evaluaron mediante los coeficientes de Pearson o Spearman según la distribución, y las asociaciones categóricas con Chi-cuadrado de Pearson, complementado por la corrección de continuidad de Yates cuando fue necesario. Para la evaluación de las propiedades psicométricas del ICEH y validez del constructo⁵⁻¹³ se realizó el análisis factorial. Este fue precedido por la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), la prueba de esfericidad de Bartlett y el análisis de distancia de Mahalanobis⁷. Estas pruebas permiten determinar si los datos son aptos para avanzar con el análisis multivariado factorial. Se realizaron los análisis factoriales, exploratorios y confirmatorios. El nivel de significancia considerado fue del 5% (p<0.05) en todas las pruebas⁷. Se calcularon indicadores adicionales para evaluar la calidad de ajuste de los modelos factoriales, como el Criterio de Información de Akaike (AIC) y el Criterio de Información Bayesiano (BIC). Finalmente, la denominación de las seis nuevas dimensiones derivadas de los análisis factoriales se realizó considerando la estructura original del instrumento y los agrupamientos obtenidos en el proceso de análisis.

Aprobación Ética: CAAE 56825416.5.0000.5411. Todos los participantes firmaron el formulario de consentimiento libre e informado.

RESULTADOS

Participaron del estudio 83.3% (150/180) de los enfermeros que componían el marco muestral. La muestra estuvo compuesta predominantemente por mujeres (95.9%), edad promedio de 36.9 (DE: 7.68) años al momento del estudio. El 33.3% reportó haber trabajado en el área de enfermería como auxiliar o técnico antes de graduarse como licenciados, con un tiempo promedio de experiencia laboral de 8.0 (DE: 4.6) años. El tiempo promedio de egresado de la licenciatura de Enfermería fue de 10.7 (DE: 6.3) años. Las **Tablas 1 y 2** sintetizan las características sociodemográficas de los participantes.

Del total de ítems del ICEH original, el 49.78% de los enfermeros estuvo completamente de acuerdo con las afirmaciones, el 32.92% indicó estar parcialmente de acuerdo, el 9,09% ni en desacuerdo ni de acuerdo, el 3.92% parcialmente en desacuerdo y el 4.29% totalmente en desacuerdo. La frecuencia de las respuestas por ítem y la comparación del puntaje de las dimensiones de las competencias en base a la función de trabajo de los participantes están disponibles en las **Tablas S1 y S2 (Anexo II. Material Suplementario)**.

Los resultados de la evaluación inicial para la aplicabilidad del análisis factorial mostró que no hubo ningún caso de correlación perfecta en la matriz de correlación de datos. Asimismo, la distribución de los datos no difirió de la normalidad o linealidad de forma crítica, como se puede observar en la **Figura 1**, que evalúan un modelo lineal simulado con los datos del cuestionario ICEH original como variable explicativa.

El resultado de la prueba general de adecuación muestral mediante el criterio de Kaiser-Meyer-Olkin

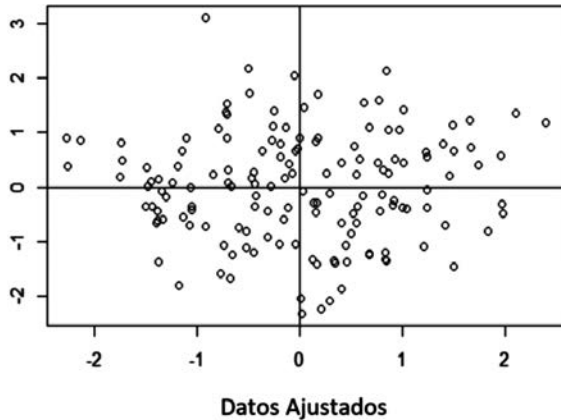


Figura 1. Visualización de homogeneidad y varianza.

(KMO) fue de 0.8, permitiendo de esa manera la continuación del análisis factorial. La prueba de esfericidad de Bartlett resultó en $\chi^2=6514,01$, $p<0,001$, lo que demostró la viabilidad del análisis de la matriz de correlación de ítems e indicó que 9 factores serían suficientes para desarrollar un modelo, siendo el punto de partida para el análisis factorial exploratorio. Utilizando el método de máxima verosimilitud y con rotación oblicua, se realizaron análisis factoriales exploratorios con los supuestos de 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2 y 1 factores.

A partir de las 67 variables, al final de cada análisis se eliminaron las variables que no tuvieron un valor de “carga” igual o superior a 0.3, así como aquellas que alcanzaron ese valor en relación con más de un factor. Tras esta eliminación, las variables restantes fueron sometidas a un nuevo análisis, repitiéndose el proceso hasta que solo quedaron variables con uno y solo un valor de “carga” igual o superior a 0.3 o dejaron menos de 3 variables con carga válida para cada factor. Debido a los criterios estadísticos adoptados, 30 ítems no presentan confiabilidad adecuada (Tablas S3, S4, S5 – Anexo II. Material Suplementario), por lo que fueron eliminados de análisis posteriores. Al final de todos los análisis factoriales exploratorios, el mejor modelo obtenido fue el de 6 factores, reteniendo 37 variables (Figura 2). Hubo predominio de preguntas en el factor 6 (11 preguntas), seguido de los factores 2 (8 preguntas), 3 (6 preguntas), 1 (5 preguntas), 4 (4 preguntas) y 5 (3 preguntas). Todos con alfa de Cronbach general, y las estimaciones de variables latentes, error estándar, Z, p, variable latente estandarizada, estandarización total, puntos en común, unicidad, del modelo de 6 factores y 37 preguntas seleccionadas mediante análisis factorial exploratorio demostrando confiabilidad están disponibles en Tabla S6 (Anexo II Material Suplementario).

La Tabla 3 refleja la matriz de correlación entre los 6 factores identificados mediante el análisis factorial exploratoria y confirmatoria, donde es posible observar que existen correlaciones positivas entre F3 y F1; F4 y F2; F5 y F2 y F3 y F4; F6 y F1 y F2 y F3 y F4 y F5, considerando que las correlaciones van de -1 a 1 y que 0 es el valor en el que no existe correlación entre variables.

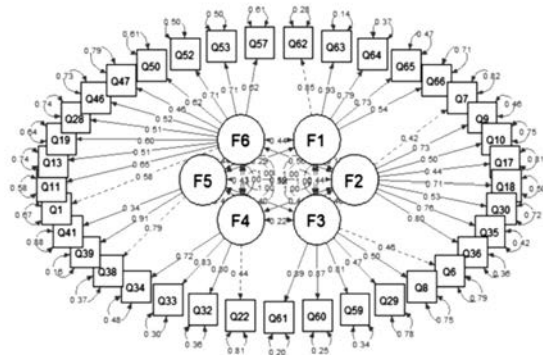


Figura 2. Modelo adquirido mediante análisis factorial exploratorio.

A continuación, la Tabla 4 muestra la asignación de preguntas de las 6 dimensiones del instrumento agrupadas por los 6 factores del modelo de 37 variables.

La dimensión I, Gestión de Recursos Humanos, compuesta por 12 ítems, se distribuyó en 4 factores: Factor 2 (5 ítems), Factor 3 (2 ítems), Factor 4 (1 pregunta) y Factor 6 (4 ítems). La dimensión II, Gestión de la Atención, se distribuyó en 5 factores: Factor 2 (3 ítems), Factor 3 (1 pregunta), Factor 4 (3 ítems) y Factores 5 y 6, cada uno con una sola pregunta. La dimensión III, Comunicación/Relaciones Interpersonales, obtuvo los ítems distribuidos entre los Factores 5 y 6, dos ítems cada uno. Las dimensiones IV y VI, Gestión Educativa y Gestión de Recursos Materiales, concentraron sus ítems en un solo factor, el Factor 6 (3 ítems) y el Factor 1 (4 ítems), respectivamente. La dimensión V, Gestión de Riesgos, distribuyó sus ítems entre el Factor 1 y 6, una pregunta cada uno, y el Factor 3 (3 ítems).

La capacidad de reflexionar y eventualmente predecir el rol asignado a los profesionales evaluados en el estudio fue analizada mediante regresión logística para identificar qué asignaciones conformarían la variable respuesta y qué factores conformarían las variables explicativas. Entre todos los modelos de regresión logística multinomial, el que resultó con mayor precisión en la predicción de las responsabilidades funcionales de las enfermeras (Tablas S7 y S8 – Anexo II. Material Suplementario) fue: autoevaluación + estado civil + factores + edad de graduación + tipo de institución de graduación + número de hijos + existencia de otra relación + religión + sexo + tiempo de graduación + tiempo en la institución + título + trabajo previo.

Comparativamente, al reemplazar los seis factores con las puntuaciones de las seis dimensiones en el modelo de regresión logística multinomial, se observó que el uso de factores aumenta la capacidad del modelo para identificar gerentes y supervisores, reduciendo posibles malentendidos entre estas dos categorías (Tablas S9 y S10 – Anexo II. Material Suplementario).

Los 6 nuevos factores y sus respectivas proposiciones fueron nombrados dimensiones, cuyas características

Tabla 3. Matriz de correlación entre los 6 factores identificados por el análisis factorial exploratorio y confirmatorio del instrumento.

Factores	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1	1					
F2	0.165	1				
F3	0.441	0.399	1			
F4	0.192	0.405	0.216	1		
F5	0.293	0.517	0.402	0.436	1	
F6	0.439	0.556	0.593	0.433	0.455	1

para la denominación estaban de acuerdo con la temática de las preguntas que fueron asignadas en mayor proporción al respectivo factor (**Tabla 5**).

Finalmente, a partir del análisis factorial, exploratorio y confirmatorio, se obtiene el instrumento ICEH validado que consta de 6 Dimensiones de Competencia y 37 ítems (**Tabla S0 - Anexo I**).

DISCUSIÓN

La validación de instrumentos es un proceso esencial y complejo en la investigación científica, particularmente en el ámbito de la salud. La construcción y validación de un instrumento para evaluar las competencias de los enfermeros que trabajan en el área hospitalaria se fundamenta en la carencia de herramientas brasileñas que permitan una evaluación integral con énfasis en habilidades gerenciales. Aunque existen instrumentos validados en otras culturas, estos suelen estar fragmentados en especialidades y no abordan de manera general las competencias necesarias en el contexto hospitalario brasileño. Sastre-Fullana y cols.¹⁴ realizaron una revisión de modelos de prácticas avanzadas de enfermería y herramientas de evaluación de competencias, con un enfoque especial en mapas de competencias y estándares de práctica. Identificaron 17 competencias comunes en su análisis comparativo, destacando que la mayoría de las publicaciones se originaron en Europa (25 publicaciones), seguidas por América (Estados Unidos y Canadá, con 11 publicaciones), Oceanía (7), Asia (6) y África (1). Concluyeron que el desarrollo de un instrumento para evaluar el nivel de competencia de los enfermeros es un paso fundamental, independientemente del marco legislativo, regulatorio o profesional de cada país. En Finlandia, hace más de una década se desarrolló y se aplica la Escala de Competencias en Enfermería (Nurse Competence Scale - NCS) que mide las competencias de los enfermeros en diferentes etapas de sus carreras. Basándose en una década de investigación, Flinkman y cols. realizaron una revisión sistemática y psicométrica de su uso, demostrando su aplicabilidad y relevancia en contextos variados¹⁵.

La validación por jueces confirmó la idoneidad del instrumento para su aplicación práctica¹, permitiendo avanzar con la evaluación de las medidas psicométricas continuar. De acuerdo con la necesidad de traducir un análisis conceptual o de evaluar la representatividad de

Tabla 4. Asignación de preguntas de las 6 dimensiones del instrumento por los 6 factores del modelo de 37 variables.

Dimensiones del ICEH	Factores del modelo de 37 variables					
	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Gestión de recursos humanos		7, 9, 10, 17, 18	6, 8	22		1, 11, 13, 19
Gestión del cuidado		30, 35, 36	29	32, 33, 34	38	28
Comunicación / Relación interpersonal					39, 40	46, 47
Gestión educativa						50, 52, 53
Gestión de riesgos	62		59, 60, 6			57
Gestión de recursos materiales	63, 64, 65, 66					

un constructo, la validación es un proceso fundamental¹⁶, por ello resultó imprescindible analizar las medidas cuantitativas que permitan evaluar la validez del contenido de manera más objetiva y rigurosa.

El riguroso proceso de validación de constructo dio como resultado que el instrumento ICEH de 37 ítems es adecuado para analizar las competencias de los enfermeros en el área hospitalaria.

Los índices de bondad de ajuste derivados del análisis factorial exploratorio mostraron significancia estadística favorable, lo que permitió desarrollar un modelo con 6 factores y 37 ítems. Este modelo fue probado en el análisis confirmatorio, y todos los factores presentaron índices de confiabilidad satisfactorios (alfa de Cronbach superiores a 0.7), en línea con los estudios de Takase y Teraoka¹⁷ y Chase¹⁸.

El análisis para evaluar la capacidad predictiva del instrumento demostró una mayor precisión en la identificación de roles funcionales como gerentes y supervisores. Tras el análisis y asignación de los ítems, el instrumento ICEH final se estructuró en seis dimensiones de competencias, renombradas y sintetizadas en el **Figura 2**. Estas dimensiones fueron confirmadas mediante análisis factorial y mostraron índices de confiabilidad consistentes en todas las pruebas realizadas.

La denominación de las nuevas dimensiones del instrumento, tras los análisis y la asignación de los ítems, se consolida respaldada por los aportes de la literatura¹⁷⁻²².

El instrumento ICEH final con 37 ítems se muestra como una herramienta confiable y válida para evaluar las competencias de los enfermeros en el área hospitalaria. Su aplicación podrá contribuir significativamente a la planificación y ejecución de programas de desarrollo profesional, así como a la optimización del proceso de toma de decisiones en la asignación de competencias. A su vez, su aplicación podría favorecer la mejora en la calidad del cuidado y la eficiencia operativa en las instituciones hospitalarias.

Tabla 5. Dimensiones renombradas del ICEH y sus respectivos significados.

Dimensiones	Significado estratégico y atributos
Gestión de Recursos Materiales	Participar efectivamente en el proceso de elección, compra, capacitación para el manejo y uso en favor del proceso de trabajo de calidad, además de emitir opiniones sobre la tecnología adquirida en el lugar de su responsabilidad.
Gestión de Recursos Humanos	Contribuir y brindar al equipo un ambiente en condiciones de seguridad favorables para atender las demandas locales, utilizar el criterio clínico para tomar decisiones y brindar asistencia al cliente de manera oportuna y bajo supervisión, además de tener la capacidad de resolver conflictos manteniendo la ética y secreto profesional.
Gestión de Riesgo y Seguridad	Utilizar protocolos, indicadores, evidencia para sustentar e implementar procedimientos asistenciales y administrativos buscando resultados de calidad relacionados con la gestión y el proceso de enfermería.
Gestión de Asistencia de Enfermería	Identificar y resolver las necesidades de los pacientes, el personal y las familias de forma hábil, adecuada, flexible y eficaz.
Gestión de Relación Interpersonal	Comunicar con claridad, facilitar, mediar y actuar en colaboración con equipos y unidades interhospitalarias.
Gestión Educacional y de Calidad Asistencial	Identificar necesidades educativas y brindar propuestas educativas para el equipo, además de incentivar y orientar al equipo respecto de los procedimientos, protocolos y rutinas institucionales, identificando posibles riesgos. Realizar el dimensionamiento del equipo con base en la planificación para brindar una atención segura, considerando el proceso de enfermería como indicador predictivo de la calidad de la atención en el momento de la hospitalización y el alta del paciente.

PUNTOS CLAVE

- El desarrollo del Instrumento para Evaluar Competencias de Enfermería en el Ámbito Hospitalario (ICEH) incluyó un proceso riguroso de validación de contenido y constructo.
- Innovación en la evaluación de competencias: el ICEH aborda un vacío en el contexto hospitalario brasileño, integrando competencias gerenciales y asistenciales en un único modelo, en contraste con herramientas fragmentadas validadas en otras culturas.
- Relevancia práctica y capacidad predictiva: el ICEH demostró eficacia en la predicción de roles funcionales (gerenciales y supervisores), ofreciendo una herramienta práctica para decisiones organizacionales y planificación del desarrollo profesional en enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dalla Bernardina L. Instrumento para Evaluar Competencias de Enfermería en el Ámbito Hospitalario: el proceso de construcción y validación de contenido. *Fronteras en Medicina* 2024;3:159-66.
2. Polit DF, Beck CT; Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
3. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health* 2007;30:459-67.
4. Guirao Goris Silamani J, Adolf. Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene.* 2015; 9(2). <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>.
5. Medeiros RK, et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. *Rev Enferm Ref* 2015;4:127-35.
6. Santos EC, Oliveira ICM, Feijão AR. Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos. *Acta Paul Enferm* 2016;29:363-73.
7. Beaujean AA. Latent variable modeling using R: a step-by-step guide. New York: Routledge; 2014.
8. Rendón-Macías ME, Riojas-Garza A, Contreras-Estrada D, Martínez-Ezquerro JD. Análisis bayesiano. Conceptos básicos y prácticos para su interpretación y uso. *Rev Alerg Méx* 2018;65:285-98.
9. Norman GR. *Biostatistics: the bare essentials*. Missouri: Mosby Year Book, 1993.
10. Streiner LD, Norman RG. *Heath Measurment Scales. A practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press, 1989.
11. Tavakol M, Wetzell A. Factor Analysis: a means for theory and instrument development in support of construct validity. *Int J Med Educ* 2020;11:245-7.
12. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis*. 8th ed. Cengage Learning; 2019.
13. Brown TA. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2015.
14. Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Serrano-Gallardo P, Morales-Asencio JM. Competency frameworks for advanced practice nursing: a literature review. *Int Nurs Rev* 2014;61:534-42.
15. Flinkman M, Leino-Kilpi H, Numminen O, Jeon Y, Kuokkanen L, Meretoja R. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. *J Adv Nurs* 2017;73:1035-50.
16. Alexandre NM, Coluci MZ. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;17:3061-8.
17. Takase M, Teraoka S. Development of the Holistic Nursing Competence Scale. *Nurs Health Sci* 2011;13:396-403.
18. Chase LK. Are you confidently competent? *Nurs Manage* 2012;43:50-3.
19. Ruthes RM, Cunha ICKO. Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. *Rev Bras Enferm* 2009;62:901-5.
20. Kobayashi RM, Leite MMJ. Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço. *Rev Bras Enferm* 2010;63:243-9.
21. Kwiatkowski DR, Berton T, Renck L, et al. Tradução e adaptação transcultural do Clinical Competence Questionnaire para uso no Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2017;25:e2898.
22. Snowdon DA, Leggat SG, Taylor NF. Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Serv Res* 2017;17:786.

ANEXO I

Tabla S0. Instrumento para Evaluar Competencias de Enfermería en el Ámbito Hospitalario (ICEH) final validado (traducido al español).

Dimensión I - Gestión de Recursos Materiales	TD	PD	NDNA	PA	TA
1. Participo efectivamente en la elección de materiales y equipos adquiridos en la unidad	I	2	3	4	5
2. Participo efectivamente en la compra de materiales y equipos	I	2	3	4	5
3. Participo efectivamente en el proceso de capacitación para el adecuado manejo de equipos y materiales.	I	2	3	4	5
4. Emito opinión sobre la tecnología utilizada en la unidad en cuanto a exactitud y precisión/facilidad de uso/seguridad y confiabilidad de las mediciones.	I	2	3	4	5
5. Utilizo la tecnología a favor del proceso de trabajo de calidad.	I	2	3	4	5
Dimensión II - Gestión de Recursos Humanos	TD	PD	NDNA	PA	TA
6. Superviso el desempeño del equipo de enfermería durante el turno.	I	2	3	4	5
7. Las estrategias que utilizo en mis decisiones apuntan a mejorar la calidad de la atención brindada al paciente.	I	2	3	4	5
8. Para la toma de decisiones intento asociar el juicio clínico con los aspectos administrativos.	I	2	3	4	5
9. Considero que los recursos humanos (empleados/colaboradores) de la unidad deben ser cualitativamente adecuados para cubrir la demanda de atención que requieren los pacientes.	I	2	3	4	5
10. Los recursos humanos de la unidad (empleados/colaboradores) deben contribuir a condiciones favorables para el trabajo en equipo seguro.	I	2	3	4	5
11. Tengo capacidad para realizar actividades técnicas dentro del plazo establecido.	I	2	3	4	5
12. Mantengo la confidencialidad de la información contenida en los registros médicos o reportada por el paciente.	I	2	3	4	5
13. Mantengo confidencialidad de la información ante situaciones conflictivas en la unidad.	I	2	3	4	5
Dimensión III - Gestión de Riesgo y Seguridad	TD	PD	NDNA	PA	TA
14. Comparto la responsabilidad de implementar los cuidados de enfermería.	I	2	3	4	5
15. Me preocupa brindar indicadores que respalden los procedimientos asistenciales/administrativos enfocados a la gestión de la calidad.	I	2	3	4	5
16. Utilizo protocolos de atención para implementar el Proceso de Enfermería.	I	2	3	4	5
17. Utilizo resultados de investigaciones científicas para establecer estándares, rutinas y protocolos de atención utilizados.	I	2	3	4	5
18. Entiendo los indicadores presentados por la dirección y los aplico en la práctica.	I	2	3	4	5
19. Utilizo indicadores de calidad de atención para medir datos cualitativos y cuantitativos relacionados con el Proceso de Enfermería	I	2	3	4	5
Dimensión IV - Gestión de Asistencia de Enfermería	TD	PD	NDNA	PA	TA
20. Tengo la capacidad y flexibilidad para gestionar adecuadamente situaciones de conflicto dentro del equipo multidisciplinario.	I	2	3	4	5
21. Identifico y satisfago las necesidades de los pacientes de forma rápida y eficaz.	I	2	3	4	5
22. Identifico y cubro las necesidades de los miembros de la familia.	I	2	3	4	5
23. Identifico y atiendo las necesidades del equipo de enfermería de forma rápida y eficaz.	I	2	3	4	5
Dimensión V - Gestión de Relación Interpersonal	TD	PD	NDNA	PA	TA
24. Trabajar en colaboración con el equipo de enfermería de todos los turnos de trabajo y unidades interrelacionadas.	I	2	3	4	5
25. Trabajar en colaboración con el equipo multidisciplinario.	I	2	3	4	5
26. Entiendo claramente la comunicación no verbal y facilito la interacción entre las partes.	I	2	3	4	5
Dimensión VI - Gestión Educacional y Calidad Asistencial	TD	PD	NDNA	PA	TA
27. Brindo pautas específicas para el desarrollo de las actividades realizadas por el equipo de enfermería.	I	2	3	4	5
28. Evalúo las necesidades reales del equipo de enfermería y realizo un trabajo basado en una planificación que incluye formas de operacionalizarlas.	I	2	3	4	5
29. Intento dimensionar cualitativa y cuantitativamente la plantilla de la unidad para realizar la labor de enfermería.	I	2	3	4	5
30. Identifico si los recursos humanos (empleados/colaboradores) de esta unidad están preparados para brindar una atención segura al paciente.	I	2	3	4	5
31. Considero que el Proceso de Enfermería es un indicador predictivo de la calidad de la atención.	I	2	3	4	5
32. Participo en el proceso de alta de los pacientes bajo mi responsabilidad.	I	2	3	4	5
33. Me acerco a las personas con flexibilidad y empatía, a la hora de gestionar situaciones conflictivas que se producen en la unidad.	I	2	3	4	5
34. Con frecuencia brindo o realizo capacitaciones sobre procedimientos y rutinas institucionales.	I	2	3	4	5
35. Identifico las necesidades educativas del equipo de enfermería y presento propuestas educativas a mis superiores y pares.	I	2	3	4	5
36. Aliento y guío a los miembros del equipo multidisciplinario a utilizar datos de investigación basados en evidencia.	I	2	3	4	5
37. Superviso las actividades de asistencia e identifico riesgos.	I	2	3	4	5

TD = Totalmente en desacuerdo. PD = Parcialmente en desacuerdo. NDNA = Ni en desacuerdo ni de acuerdo. PA = Parcialmente de acuerdo. TA = Totalmente de acuerdo

ANEXO II

MATERIAL SUPLEMENTARIO: TABLAS DE RESULTADOS

Tabla S1. Frecuencia de las respuestas por ítems del ICEH original resultante de la etapa de validación de contenido (N=150).

Dimensiones	Ítems	Totalmente en des-acuerdo		Parcialmente en des-acuerdo		Ni de acuerdo, ni en desacuerdo		Parcialmente de acuerdo		Totalmente de acuerdo	
		n	%	N	%	N	%	N	%	n	%
Gestión de Recursos Humanos	1	3	2.0	2	1.3	7	4.6	51	34.0	87	58.0
	2	0	0	1	0.6	9	6.0	50	33.3	90	60.0
	3	0	0	0	0	3	2.0	39	26.0	108	72.0
	4	0	0	2	1.3	10	6.6	61	40.6	77	51.3
	5	2	1.3	2	1.3	18	12.0	63	42.0	65	43.3
	6	3	2.0	1	0.6	15	10.0	51	34.0	80	53.3
	7	2	1.3	2	1.3	12	8.0	42	28.0	92	61.3
	8	4	2.6	2	1.3	9	6.0	51	34.0	84	56.0
	9	1	0.6	0	0	3	2.0	26	17.3	120	80.0
	10	1	0.6	0	0	12	8.0	59	39.3	78	52.0
	11	1	0.6	3	2.0	16	10.7	72	48.0	58	38.6
	12	2	1.3	7	4.6	26	17.3	76	50.6	39	26.0
	13	5	3.3	5	3.3	23	15.3	57	38.0	60	40.0
	14	4	2.6	4	2.6	13	8.6	39	26.0	90	60.0
	15	9	6.0	6	4.0	21	14.0	39	26.0	75	50.0
	16	32	21.3	5	3.3	28	18.6	21	14.0	64	42.6
	17	7	4.6	5	3.3	10	6.6	19	12.6	109	72.6
	18	1	0.6	0	0	5	3.3	24	16.0	120	80.0
	19	3	2.0	1	0.6	20	13.3	51	34.0	75	50.0
	20	0	0	1	0.6	9	6.0	74	49.3	66	44.0
	21	0	0	0	0	9	6.0	75	50.0	66	44.0
	22	0	0	2	1.3	16	10.6	69	46.0	63	42.0
Gestión del Cuidado	23	9	6.0	21	14.0	20	13.3	68	45.3	32	21.3
	24	3	2.0	8	5.3	14	9.3	71	47.3	54	36.0
	25	0	0	3	2.0	8	5.3	57	38.0	82	54.6
	26	7	4.6	13	8.6	26	17.3	55	36.6	49	32.6
	27	4	2.6	9	6.0	17	11.3	59	39.3	61	40.6
	28	2	1.3	7	4.6	12	8.0	52	34.6	77	51.3
	29	6	4.0	11	7.3	21	14.0	52	34.6	60	40.0
	30	1	0.6	2	1.3	4	2.6	47	31.3	96	64.0
	31	1	0.6	3	2.0	8	5.3	54	36.0	84	56.0
	32	0	0	1	0.6	9	6.0	66	44.0	74	49.3
	33	1	0.6	4	2.6	10	6.6	77	51.3	58	38.7
	34	0	0	1	0.6	14	9.3	72	48.0	63	42.0
	35	1	0.6	0	0	2	1.3	13	8.6	134	89.3
	36	1	0.6	0	0	1	0.6	20	13.3	128	85.3
	37	1	0.6	0	0	4	2.6	14	9.3	131	87.3
	38	3	2.0	3	2.0	5	3.3	42	28.0	97	64.6
Comunicación / Relación Inter-personal	39	3	2.0	2	1.3	3	2.0	46	30.6	96	64.0
	40	1	0.6	4	2.6	12	8.0	62	41.3	71	47.3
	41	0	0	0	0	6	4.0	41	27.3	103	68.6
	42	0	0	0	0	7	4.6	50	33.3	93	62.0
	43	1	0.6	0	0	2	1.3	41	33.0	106	70.6
	44	0	0	0	0	5	3.3	40	67.0	105	70.0
	45	5	3.3	5	3.3	10	6.6	60	40.0	70	46.6
	46	11	7.3	13	8.6	17	11.3	47	31.3	62	41.3
	47	0	0	1	0.6	11	7.3	40	26.6	98	65.3
	48	8	5.3	19	12.6	18	12.0	50	33.3	55	36.6

Gestión Educativa	49	3	2.0	9	6.0	13	8.6	59	39.3	66	44.0
	50	10	6.6	16	10.6	28	18.6	49	32.6	47	31.3
	51	0	0	3	2.0	7	4.6	25	16.6	115	76.6
	52	5	3.3	11	7.3	16	10.6	60	40.0	58	38.6
	53	10	6.6	9	6.0	33	22.0	57	38.0	41	27.3
	54	8	5.3	16	10.6	19	12.6	57	38.0	50	33.3
	55	2	1.3	11	7.3	17	11.3	60	40.0	60	40.0
Gestión de Riesgos	56	2	1.3	0	0	4	2.67	42	28.0	102	68.0
	57	2	1.3	2	1.3	11	7.3	55	36.6	80	53.3
	58	4	2.6	2	1.3	6	4.0	34	22.6	104	69.3
	59	9	6.0	10	6.6	22	14.6	52	34.6	57	38.0
	60	8	5.3	8	5.3	19	12.6	48	32.0	67	44.6
	61	11	7.3	8	5.3	24	16.0	49	32.6	58	38.6
	62	45	30.0	23	15.3	16	10.6	44	29.3	22	14.6
Gestión de Recursos Materiales	63	59	39.3	25	16.6	23	15.3	25	16.6	18	12.0
	64	33	22.0	22	14.6	24	16.0	39	26.0	32	21.3
	65	45	30.0	17	11.3	25	16.6	37	24.6	26	17.3
	66	13	8.6	11	7.3	22	14.6	49	32.6	55	36.6
	67	13	8.6	10	6.6	25	16.6	62	41.3	40	26.6

Tabla S2. Comparación del puntaje de las dimensiones de las competencias en base a la función de trabajo de los participantes (N=150).

Dimensiones de la Competencias	Función de Trabajo	N	Promedio (DE)	Valor de p
Gestión de Recursos Humanos	Asistencial	97	944 (7.7)	p<0.001 p=0.0148 (G>A) #
	Supervisor	34	976 (7.3)	
	Gestor	19	975 (14.6)	
Gestión del Cuidado	Asistencial	97	696 (6.2)	NS*
	Supervisor	34	608 (8.1)	
	Gestor	19	694 (11.4)	
Comunicación / Relación Interpersonal	Asistencial	97	440 (4.38)	NS*
	Supervisor	34	433 (5.7)	
	Gestor	19	447 (5.8)	
Gestión Educativa	Asistencial	97	277 (4.9)	p<0.001 p=0.0024 (G>A) #
	Supervisor	34	284 (4.6)	
	Gestor	19	311 (4.1)	
Gestión de Riesgos	Asistencial	97	279 (4.3)	p<0.05 p=0.0063 (G>A) #
	Supervisor	34	283 (5.8)	
	Gestor	19	302 (6.0)	
Gestión de Recursos Materiales	Asistencial	97	151 (5.4)	p<0.05 p=0.0168 (G>A) #
	Supervisor	34	169 (6.2)	
	Gestor	19	186 (4.7)	
TOTAL	Asistencial	97	279 (25.1)	p<0.05 p=0.0121 (G>A)#
	Supervisor	34	282 (32.9)	
	Gestor	19	291 (42.8)	

*NS = no significativo; # A = asistencial, G = gestor

TABLAS DEL ANÁLISIS FACTORIAL

Tabla S3. Confiabilidad para la retirada de ítems del ICEH.

Ítem	Alfa	r promedio	Escala primedico	Desvío estándar alfa	Varianza r	Mediana r
1	0.83	0.34	5.1	0.020	0.0094	0.34
2	0.95	0.23	20	0.0058	0.016	0.22
3	0.95	0.23	19	0.0058	0.016	0.22
4	0.95	0.23	19	0.0058	0.016	0.22
5	0.95	0.22	19	0.0059	0.016	0.21
6	0.83	0.49	4.8	0.0210	0.032	0.42
7	0.78	0.41	4.8	0.0280	0.022	0.37
8	0.83	0.48	4.7	0.0210	0.034	0.40
9	0.75	0.35	3.8	0.0310	0.020	0.32
10	0.77	0.39	4.4	0.0290	0.025	0.35
11	0.83	0.33	5.0	0.0200	0.0089	0.34
12	0.95	0.23	19	0.0058	0.016	0.21
13	0.84	0.35	5.4	0.0190	0.0082	0.37
14	0.95	0.23	20	0.0058	0.015	0.22
15	0.95	0.23	20	0.0057	0.016	0.22
16	0.95	0.23	19	0.0057	0.016	0.22
17	0.80	0.40	4.6	0.0260	0.017	0.37
18	0.73	0.34	3.7	0.0340	0.020	0.32
19	0.83	0.34	5.2	0.0200	0.0082	0.34
20	0.95	0.23	19	0.0058	0.016	0.21
21	0.95	0.23	19	0.0058	0.016	0.22
22	0.83	0.62	5.0	0.0240	0.0013	0.64
23	0.95	0.23	19	0.0059	0.016	0.21
24	0.95	0.22	19	0.0059	0.016	0.21
25	0.95	0.23	19	0.0058	0.016	0.22
26	0.95	0.23	19	0.0059	0.016	0.21
27	0.95	0.22	19	0.0059	0.016	0.21
28	0.84	0.35	5.4	0.0190	0.0096	0.37
29	0.84	0.49	4.8	0.0190	0.033	0.42
30	0.78	0.40	4.6	0.0280	0.021	0.33
31	0.95	0.23	19	0.0059	0.016	0.21
32	0.69	0.42	2.2	0.0440	0.0203	0.38
33	0.68	0.42	2.2	0.0470	0.0356	0.31
34	0.71	0.45	2.4	0.0420	0.0322	0.38
35	0.75	0.35	3.8	0.0310	0.019	0.33
36	0.75	0.35	3.7	0.0310	0.018	0.33
37	0.95	0.23	19	0.0058	0.016	0.22
38	0.44	0.30	0.84	0.0860	NA	0.30
39	0.43	0.29	0.84	0.0860	NA	0.29
40	0.95	0.23	19	0.0059	0.016	0.21
41	0.84	0.73	5.31	0.0260	NA	0.73
43	0.95	0.23	19	0.0058	0.016	0.21
44	0.95	0.23	20	0.0058	0.016	0.22
45	0.95	0.23	19	0.0058	0.016	0.22
45	0.95	0.23	19	0.0058	0.016	0.21
46	0.84	0.35	5.3	0.0190	0.0097	0.34
47	0.84	0.36	5.5	0.0190	0.0074	0.34
48	0.95	0.22	19	0.0060	0.015	0.21
49	0.95	0.23	19	0.0059	0.016	0.21
50	0.83	0.34	5.2	0.0200	0.0096	0.34
51	0.95	0.23	20	0.0058	0.016	0.22
52	0.82	0.33	4.9	0.0210	0.0077	0.34
53	0.82	0.33	4.8	0.0210	0.0078	0.32
54	0.95	0.23	19	0.0058	0.016	0.22
55	0.95	0.22	19	0.0059	0.016	0.21
56	0.95	0.22	19	0.0059	0.015	0.21
57	0.83	0.34	5.1	0.0200	0.0088	0.34
58	0.95	0.23	19	0.0059	0.016	0.21
59	0.77	0.40	3.3	0.0280	0.025	0.40
60	0.76	0.38	3.1	0.0290	0.021	0.39
61	0.76	0.38	3.1	0.0290	0.018	0.39
62	0.85	0.59	5.7	0.0190	0.0098	0.58
63	0.83	0.54	4.8	0.0230	0.0096	0.55
64	0.84	0.57	5.3	0.0210	0.0265	0.55

Tabla S4. Cálculo de r, promedio y desvío estándar para la exclusión de ítems del ICEH.

Ítem	n	r	r estandarizado	r corregido	r sin el ítem	Promedio	Desvío estándar
1	150	0.62	0.64	0.59	0.54	4.4	0.82
2	150	0.20	0.25	0.24	0.18	4.5	0.64
3	150	0.38	0.42	0.41	0.37	4.7	0.50
4	150	0.42	0.43	0.42	0.40	4.4	0.68
5	150	0.59	0.60	0.60	0.57	4.2	0.82
6	150	0.57	0.61	0.47	0.43	4.4	0.85
7	150	0.58	0.54	0.43	0.39	4.5	0.81
8	150	0.60	0.63	0.50	0.46	4.4	0.87
9	150	0.71	0.76	0.73	0.62	4.8	0.55
10	150	0.61	0.61	0.52	0.46	4.4	0.70
11	150	0.66	0.68	0.65	0.59	4.2	0.77
12	150	0.49	0.50	0.50	0.46	4.0	0.86
13	150	0.58	0.57	0.51	0.47	4.1	0.99
14	150	0.29	0.29	0.28	0.26	4.4	0.95
15	150	0.32	0.31	0.30	0.29	4.1	1.16
16	150	0.41	0.37	0.36	0.36	3.5	1.57
17	150	0.66	0.57	0.51	0.42	4.5	1.07
18	150	0.80	0.79	0.78	0.72	4.7	0.58
19	150	0.62	0.63	0.59	0.53	4.3	0.87
20	150	0.45	0.48	0.47	0.43	4.4	0.63
21	150	0.35	0.37	0.36	0.33	4.4	0.60
22	150	0.65	0.64	0.43	0.39	4.3	0.71
23	150	0.52	0.51	0.50	0.49	3.6	1.14
24	150	0.56	0.58	0.58	0.54	4.1	0.92
25	150	0.40	0.42	0.41	0.38	4.5	0.69
26	150	0.58	0.55	0.55	0.55	3.8	1.12
27	150	0.61	0.60	0.60	0.59	4.1	1.00
28	150	0.57	0.58	0.51	0.47	4.3	0.90
29	150	0.62	0.61	0.47	0.44	4.0	1.10
30	150	0.55	0.57	0.48	0.39	4.6	0.68
31	150	0.53	0.56	0.55	0.51	4.4	0.75
32	150	0.82	0.83	0.78	0.68	4.4	0.64
33	150	0.85	0.84	0.78	0.69	4.2	0.75
34	150	0.80	0.81	0.73	0.63	4.3	0.67
35	150	0.71	0.76	0.74	0.63	4.9	0.48
36	150	0.71	0.77	0.75	0.63	4.8	0.49
37	150	0.41	0.47	0.46	0.39	4.8	0.53
38	150	0.89	0.85	0.80	0.67	4.5	0.83
39	150	0.88	0.85	0.80	0.68	4.5	0.78
40	150	0.52	0.55	0.55	0.50	4.3	0.79
41	150	0.59	0.67	0.35	0.32	4.6	0.56
43	150	0.46	0.51	0.50	0.44	4.7	0.57
44	150	0.27	0.29	0.29	0.25	4.7	0.54
45	150	0.36	0.40	0.39	0.35	4.6	0.58
45	150	0.49	0.50	0.50	0.46	4.2	0.96
46	150	0.62	0.59	0.53	0.49	3.9	1.24
47	150	0.51	0.53	0.47	0.44	4.6	0.66
48	150	0.75	0.71	0.71	0.73	3.8	1.21
49	150	0.53	0.51	0.50	0.51	4.2	0.96
50	150	0.65	0.62	0.57	0.52	3.7	1.28
51	150	0.28	0.30	0.29	0.26	4.7	0.66
52	150	0.74	0.73	0.71	0.65	4.0	1.05
53	150	0.75	0.73	0.72	0.65	3.7	1.13
54	150	0.44	0.41	0.40	0.41	3.8	1.16
55	150	0.63	0.63	0.63	0.61	4.1	0.96
56	150	0.56	0.62	0.62	0.55	4.6	0.67
57	150	0.62	0.65	0.61	0.54	4.4	0.79
58	150	0.50	0.53	0.52	0.48	4.5	0.86
59	150	0.84	0.83	0.81	0.74	3.9	1.16
60	150	0.86	0.85	0.85	0.77	4.1	1.13
61	150	0.87	0.85	0.85	0.76	4.1	1.13

Tabla S5. Frecuencia de respuestas válidas (LIKERT de 1 a 5) para cada ítem del ICEH.

Ítem	1	2	3	4	5
1	0.02	0.01	0.05	0.34	0.58
2	0.00	0.01	0.06	0.33	0.60
3	0.00	0.00	0.02	0.26	0.72
4	0.00	0.01	0.07	0.41	0.51
5	0.01	0.01	0.12	0.42	0.43
6	0.02	0.01	0.10	0.34	0.53
7	0.01	0.01	0.08	0.28	0.61
8	0.03	0.01	0.06	0.34	0.56
9	0.01	0.00	0.02	0.17	0.80
10	0.01	0.00	0.08	0.39	0.52
11	0.01	0.02	0.11	0.48	0.39
12	0.01	0.05	0.17	0.51	0.26
13	0.03	0.03	0.15	0.38	0.40
14	0.03	0.03	0.09	0.26	0.60
15	0.06	0.04	0.14	0.26	0.50
16	0.21	0.03	0.19	0.14	0.43
17	0.05	0.03	0.07	0.13	0.73
18	0.01	0.00	0.03	0.16	0.80
19	0.02	0.01	0.13	0.34	0.50
20	0.00	0.01	0.06	0.49	0.44
21	0.00	0.00	0.06	0.50	0.44
22	0.00	0.01	0.11	0.46	0.42
23	0.06	0.14	0.13	0.45	0.21
24	0.02	0.05	0.09	0.47	0.36
25	0.00	0.02	0.05	0.38	0.55
26	0.05	0.09	0.17	0.37	0.33
27	0.03	0.06	0.11	0.39	0.41
28	0.01	0.05	0.08	0.35	0.51
29	0.04	0.07	0.14	0.35	0.40
30	0.01	0.01	0.03	0.31	0.64
31	0.01	0.02	0.05	0.36	0.56
32	0.00	0.01	0.06	0.44	0.49
33	0.01	0.03	0.07	0.51	0.39
34	0.00	0.01	0.09	0.48	0.42
35	0.01	0.00	0.01	0.09	0.89
36	0.01	0.00	0.01	0.13	0.85
37	0.01	0.00	0.03	0.09	0.87
38	0.02	0.02	0.03	0.28	0.65
39	0.02	0.01	0.02	0.31	0.64
40	0.01	0.03	0.08	0.41	0.47
41	0.00	0.00	0.04	0.27	0.69
43	0.01	0.00	0.01	0.27	0.71
44	0.00	0.00	0.03	0.27	0.70
45	0.00	0.00	0.05	0.33	0.62
45	0.03	0.03	0.07	0.40	0.47
46	0.07	0.09	0.11	0.31	0.41
47	0.00	0.01	0.07	0.27	0.65
48	0.05	0.13	0.12	0.33	0.37
49	0.02	0.06	0.09	0.39	0.44
50	0.07	0.11	0.19	0.33	0.31
51	0.00	0.02	0.05	0.17	0.77
52	0.03	0.07	0.11	0.40	0.39
53	0.07	0.06	0.22	0.38	0.27
54	0.05	0.11	0.13	0.38	0.33
55	0.01	0.07	0.11	0.40	0.40
56	0.01	0.00	0.03	0.28	0.68
57	0.01	0.01	0.07	0.37	0.53

58	0.03	0.01	0.04	0.23	0.69
59	0.06	0.07	0.15	0.35	0.38
60	0.05	0.05	0.13	0.32	0.45
61	0.07	0.05	0.16	0.33	0.39
62	0.30	0.15	0.11	0.29	0.15
63	0.39	0.17	0.15	0.17	0.12
64	0.22	0.15	0.16	0.26	0.21
65	0.30	0.11	0.17	0.25	0.17
66	0.09	0.07	0.15	0.33	0.37
67	0.09	0.07	0.17	0.41	0.27

Tabla S6. Distribución de las variables/items del ICEH por factor obtenida mediante análisis factorial exploratorio y confiabilidad.

Factor	Variabes / Ítems	Alpha de Cronbach
1	62 63 64 65 66	0.88
2	7 9 10 17 18 30 35 36	0.79
3	6 8 29 59 60 61	0.83
4	22 32 33 34	0.78
5	38 39 40	0.72
6	1 11 13 19 28 46 47 50 52 53 57	0.85

Tabla S7. Estimaciones de variables latentes, error estándar, Z, p, variable latente estandarizada, estandarización total, puntos en común, unicidad, del modelo de 6 factores y 37 preguntas seleccionadas mediante análisis factorial exploratorio.

Factores	Ítems	Estimativa	Error estándar	Z	P	Variable latente estandarizada	Estandarización total	Puntos en común	Unicidad
F1	162	1,000				1,261	0,849	0,72	0,28
	163	1,065	0,072	14,754	0,000	1,343	0,929	0,86	0,14
	164	0,914	0,079	11,642	0,000	1,153	0,790	0,62	0,38
	165	0,866	0,084	10,349	0,000	1,093	0,730	0,53	0,47
	166	0,533	0,076	6,974	0,000	0,672	0,539	0,29	0,71
F2	17	1,000				0,339	0,421	0,18	0,82
	19	1,185	0,244	4,845	0,000	0,402	0,731	0,53	0,47
	110	1,019	0,248	4,115	0,000	0,346	0,497	0,25	0,75
	117	1,373	0,359	3,828	0,000	0,466	0,436	0,19	0,81
	118	1,210	0,252	4,795	0,000	0,410	0,708	0,50	0,50
	130	1,052	0,248	4,239	0,000	0,357	0,527	0,28	0,72
	135	1,072	0,218	4,912	0,000	0,363	0,763	0,58	0,42
136	1,153	0,231	4,986	0,000	0,391	0,804	0,65	0,35	
F3	16	1,000				0,390	0,462	0,21	0,79
	18	1,107	0,246	4,491	0,000	0,431	0,495	0,25	0,75
	129	1,331	0,304	4,377	0,000	0,519	0,475	0,23	0,77
	159	2,406	0,423	5,690	0,000	0,938	0,814	0,66	0,34
	160	2,495	0,430	5,803	0,000	0,972	0,865	0,75	0,25
	161	2,724	0,465	5,856	0,000	1,062	0,894	0,80	0,20
F4	122	1,000				0,309	0,438	0,19	0,81
	132	1,654	0,325	5,083	0,000	0,511	0,804	0,65	0,35
	133	2,011	0,393	5,116	0,000	0,621	0,831	0,69	0,31
	134	1,548	0,315	4,917	0,000	0,478	0,720	0,52	0,48
F5	138	1,000				0,653	0,794	0,63	0,37
	139	1,072	0,107	10,053	0,000	0,700	0,897	0,80	0,20
	140	0,734	0,099	7,403	0,000	0,479	0,609	0,37	0,63
F6	11	1,000				0,465	0,572	0,33	0,67
	113	1,092	0,213	5,135	0,000	0,508	0,513	0,26	0,74
	119	1,107	0,194	5,716	0,000	0,515	0,593	0,35	0,65
	128	0,954	0,192	4,981	0,000	0,444	0,493	0,24	0,76
	146	1,421	0,268	5,303	0,000	0,661	0,535	0,29	0,71
	147	0,675	0,139	4,857	0,000	0,314	0,478	0,23	0,77
	150	1,563	0,281	5,564	0,000	0,727	0,571	0,33	0,67
	152	1,564	0,245	6,377	0,000	0,727	0,698	0,49	0,51
	153	1,780	0,270	6,589	0,000	0,828	0,737	0,54	0,46
	157	1,030	0,177	5,801	0,000	0,479	0,606	0,37	0,63

Tabla S8. Índices de calidad de ajuste del modelo.

Probabilidad	-43,144
Pseudo R2 de McFadden	0,67317
Test de razón de probabilidades	Chi2 = 177,73; p=1,2162 × 10-12

La clasificación y frecuencia de los 150 individuos según las estimaciones del modelo se comparó con las respectivas asignaciones

Tabla S9. Clasificación y frecuencia de precisión de las funciones de enfermeros, según estimaciones del ICEH.

Funciones	Predicción			Precisión
	Asistencial	Gestor	Supervisor	%
Asistencial	90	0	7	92.78
Gestor	0	19	0	100.00
Supervisor	15	0	19	55.88

La prueba de Stuart-Maxwell, muestra que el cambio de frecuencias entre atribuciones y clasificaciones se rechaza a un nivel de significancia de 0.05 ($\chi^2 = 2.909$, g.l.=2, p=0.234), es decir, no existe diferencia estadística entre las atribuciones observadas y la clasificación obtenida. La precisión global del instrumento fue del 85.33%.

Tabla S10. Índices de calidad de ajuste del análisis factorial exploratorio y confirmatorio, significancia del ICEH con 6 factores y 37 preguntas.

Exactitud	ICEH	
	Modelo 6 Dimensiones	Modelo 6 factores
Asistencial	92.78%	92.78%
Gestor	89.47%	100.00%
Supervisor	52.94%	55.88%
General	83.33%	85.33%
Significancia general del modelo	p=9.9881 × 10 ⁻¹⁰	p=1.2162 × 10 ⁻¹²

Estudio descriptivo transversal para conocer el grado de satisfacción de los estudiantes de Enfermería en las prácticas preprofesionales en el Hospital Británico de Buenos Aires

Descriptive cross-sectional study to determine the degree of satisfaction of nursing students in the pre-professional internship at the British Hospital of Buenos Aires

Teresa Gómez

RESUMEN

Objetivo. Describir el grado de satisfacción de los estudiantes de Enfermería sobre las prácticas asistenciales en el Hospital Británico (HB) de Buenos Aires en el periodo octubre y noviembre de 2023.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo transversal a través de una encuesta online utilizando Google Forms a aquellos alumnos que firmaron el consentimiento informado para participar de este estudio.

Resultados. La población estuvo constituida por los estudiantes de 1° y 2° año de la carrera de Enfermería que realizaron las prácticas en el Hospital Británico. Se utilizó un instrumento "Escala de satisfacción de prácticas hospitalarias" conformada por 18 enunciados y estructurados en 3 dimensiones. Se encuestó a 62 estudiantes, las edades rondaron en el rango de 19 a 50 años, prevaleció en género femenino en un 75%. Los resultados arrojados con relación al grado de satisfacción en general con las prácticas hospitalarias en el HB han sido del 59.7% como muy satisfecho. En conclusión, los estudiantes de la carrera que realizaron prácticas clínicas en el periodo de octubre y noviembre del 2023 en el HB se encontraron satisfechos.

Discusión. Este estudio ha proporcionado información sobre el grado de satisfacción de los estudiantes de Enfermería con las prácticas hospitalarias en el Hospital Británico que ha arrojado un 59.7%. La satisfacción de los estudiantes es un factor crucial para el éxito de cualquier programa educativo; por lo tanto, es fundamental que el Hospital Británico continúe esforzándose por crear un ambiente de aprendizaje positivo y enriquecedor que satisfaga las necesidades de sus estudiantes.

Palabras clave: grado de satisfacción, prácticas clínicas, enfermería.

ABSTRACT

Objective. To describe the degree of satisfaction of nursing students with nursing practice in the HB of the autonomous city of Buenos Aires in the period October and November 2023.

Materials and Methods. A descriptive cross-sectional study was conducted through an online survey using Google Forms to those students who signed the informed consent to participate in this study.

Results. The population consisted of 1st and 2nd year nursing students who completed their internships at the British Hospital. A 'Hospital Internship Satisfaction Scale' was used, consisting of 18 statements and structured in 3 dimensions. Sixty-two students were surveyed, ranging in age from 19 to 50 years, with 75% of the respondents being female. The results of the survey showed that 59.7% of the students were very satisfied with the general level of satisfaction with the hospital internship at HB. In conclusion, the students who undertook clinical placements in the period October and November 2023 at HB were satisfied.

Discussion. This study has provided information on the degree of satisfaction of nursing students with the hospital internship at the British Hospital, which was 59.7%. Student satisfaction is a crucial factor in the success of any educational programme, therefore it is essential that the British Hospital continues to strive to create a positive and enriching learning environment that meets the needs of its students.

Keywords: satisfaction, clinical placements, nursing.

Fronteras en Medicina 2024;19(4):257-261. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202404/0257-0261>

Escuela de Enfermería. Hospital Británico de Buenos Aires

Correspondencia: Teresa Gómez. Escuela de Enfermería. Hospital Británico de Buenos Aires. Perdriel 74, C1280AEB. CABA, Argentina. Tel.: +54 11 4309 6400 Ext 4470. tgomez@hbritanico.com.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 17/07/2024 | Aceptado: 01/09/2024

INTRODUCCIÓN

A partir del siglo XXI la educación superior alcanza mayor demanda social, acompañada de cambios globales socioeconómicos, culturales, etc. Con este avance en la educación con el devenir de transformaciones y el desarrollo de las carreras, las instituciones educativas buscan contribuir con profesionales competentes para la satisfacción de las demandas sociales¹.

En Argentina se han generado diversos programas a fin

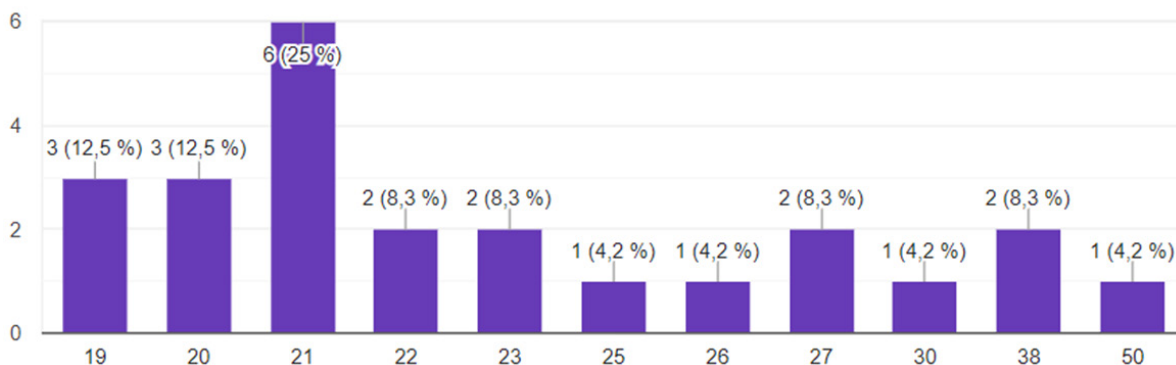


Figura 1. El rango etario osciló entre los 19 y 50 años.

de facilitar el ingreso a la carrera de Enfermería en el nivel universitario y tecnicaturas terciarias, según datos del PRONAFE (Programa Nacional de Formación de Enfermería)².

Teniendo presente que la formación de profesionales de Enfermería es un proceso integral que combina conocimientos teóricos, habilidades prácticas y actitudes éticas, las prácticas preprofesionales constituyen un componente fundamental de esta formación, ya que permiten a los estudiantes aplicar sus conocimientos en escenarios reales de atención médica y desarrollar las competencias necesarias para su futuro desempeño profesional.

Por lo expuesto, las instituciones de salud se suman a brindar espacios donde los procesos de aprendizaje sean aplicados para evaluar el grado de satisfacción en cuanto a la calidad del sistema de salud y por otro lado las instituciones educativas poder medir, como en este caso, el grado de satisfacción de los estudiantes en las prácticas hospitalarias³.

Según Ventura, la práctica facilita la articulación e intenta asegurar un vínculo estrecho entre la teoría y la práctica⁴.

Por lo tanto, se considera a los estudiantes como principales usuarios e indicadores de satisfacción, medir la satisfacción del cliente tiene sentido siempre que se acompañe de acciones que induzcan a la mejora y a la innovación; es por ello que medir la satisfacción de los estudiantes de una manera consistente, permanente y adecuada, orientaría a la toma de decisiones correctas que permiten incrementar sus fortalezas y subsanar sus debilidades.

La satisfacción del estudiante se describe como un elemento clave en la valoración de la calidad de la educación; por ende, uno de los grandes desafíos de la educación superior es, sin duda, el mejoramiento de la calidad de los sistemas educativos. De este modo, hablar de calidad supone un tema prioritario en nuestro medio en la actualidad⁵.

Teniendo presente que la satisfacción del cliente se refiere a una percepción personal, resultado de la com-

paración entre los servicios recibidos y las expectativas previas del producto o servicio⁶.

Medir la satisfacción del cliente tiene sentido siempre que se acompañe de acciones que induzcan a la mejora y a la innovación; es por ello por lo que medir la satisfacción de los estudiantes de una manera consistente, permanente y adecuada orientaría a la toma de decisiones correctas que permitan incrementar sus fortalezas y subsanar sus debilidades⁷.

Al ser considerado el estudiante como el eje central en el proceso de evaluación de calidad mediante la medición del grado de satisfacción, se constituye en el actor principal a tener presente al momento de generar cambios o innovación en las instituciones

Las prácticas hospitalarias se han realizado por diversos sectores de la institución distribuyéndolos de acuerdo con la capacidad de recepción del Servicio, de los docentes y enfermeros a fin de fomentar el aprendizaje fuera significativo, aprendemos por la construcción de redes de conceptos, agregándoles nuevos conceptos (mapas de conceptos/mapas conceptuales)⁶.

En la misma línea aprendemos por la construcción de redes de conceptos, agregándoles nuevos conceptos (mapas de conceptos/mapas conceptuales)⁷. Un segundo aspecto, igualmente importante, es cuando se afirma que “el mismo proceso de adquirir información produce una modificación tanto en la información adquirida como en el aspecto específico de la estructura cognoscitiva con la cual aquella está vinculada”⁶.

En el presente estudio se planteó medir el grado de satisfacción de los estudiantes utilizando una validada “Escala de satisfacción de prácticas clínicas hospitalarias”, constituida de 18 enunciados. Se contemplaron 3 dimensiones: planeamiento, ejecución, evaluación de las prácticas. Cabe mencionar el estudio de Uriarte, que reflejó el valor que otorga el estudiante al entorno del aprendizaje con base en su conocimiento personal y experiencia⁸.

Siguiendo en la misma línea, se menciona a Chan quien expresa que la experiencia en el campo clínico ofrece a los estudiantes la oportunidad de combinar habilida-

des cognitivas, psicomotoras, afectivas y resolución de problemas, permite desarrollar competencias, además la aplicación de conocimientos, habilidades, actitudes y valores a situaciones clínicas⁹.

Oportuno es mencionar a Dávila, quien refiere que el aprendizaje significativo, por un lado facilita la adquisición de nuevos conocimientos relacionados con los ya aprendidos; produce una retención más duradera de la información en ventaja sobre el estudio memorístico; se trata de un aprendizaje activo, ya que depende de la asimilación deliberada de las actividades de aprendizaje por parte del alumno; y es personal, ya que la significación de los aprendizajes de un alumno determinado depende de sus propios recursos cognitivos (conocimientos previos y la forma en cómo se organizan en su estructura cognitiva)¹⁰.

En el presente trabajo se buscó mostrar el nivel de satisfacción de los estudiantes de enfermería que realizaron sus prácticas en el Hospital Británico (HB), teniendo presente que en la carrera de Enfermería son esenciales los componentes teórico-prácticos¹¹. Los estudiantes realizaron las prácticas hospitalarias en diversos servicios, para lo cual fueron distribuidos acorde a sus objetivos de aprendizaje. Al constituirse el estudiante como protagonista esencial dentro de proceso evaluativo en la calidad mediante su grado de satisfacción. Esta experiencia reafirma que la práctica facilita la integración de los nuevos conocimientos en la estructura previa, de modo que los nuevos conocimientos facilitan una mejor comprensión de las experiencias habidas y, por otro lado, estas últimas facilitan una mejor comprensión de los nuevos conocimientos en la medida en que los sitúan en el marco de situaciones reales¹².

El objetivo de este estudio fue describir el grado de satisfacción de los estudiantes de Enfermería sobre las prácticas asistenciales en el HB de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el período octubre y noviembre de 2023.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Estudio descriptivo y transversal, realizado por los estudiantes de enfermería que realizaron las prácticas clínicas en el HB, la población estuvo compuesta por 80 estudiantes. Este estudio fue aprobado por el Comité de Revisión Institucional.

Población estudiada: Se incluyó a aquellos estudiantes que completaron y firmaron el consentimiento informado y hayan realizado las prácticas en el HB.

El instrumento utilizado fue una escala validada y modificada “Escala de satisfacción de prácticas clínicas hospitalarias” constituida de 18 enunciados. La codificación se realizó mediante una escala de Likert (1= muy insatisfecho, 2= insatisfecho, 3= indiferente, 4= satisfecho y 5= muy satisfecho), el cuestionario cuenta

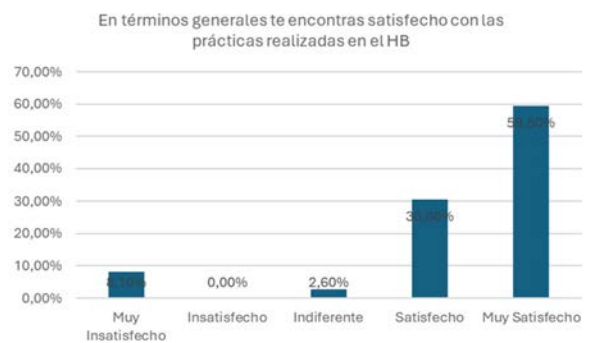


Figura 2. Grado de satisfacción general acerca de las prácticas hospitalarias en los estudiantes de enfermería en el Hospital Británico.

con 3 dimensiones: Planeamiento, que está compuesta por 4 preguntas; la dimensión Ejecución, compuesta de 7 preguntas; y la dimensión Evaluación, compuesta de 7 preguntas.

Previo a la ejecución del instrumento se realizó una reunión con los estudiantes antes del ingreso a las prácticas, donde se les explicó el motivo de la investigación y a los que estuvieron de acuerdo en participar se les entregó el consentimiento informado para la lectura y firma. Posteriormente se les envió compartió mediante *googleforms* el instrumento para ser completada, la misma fue en carácter anónimo y confidencial.

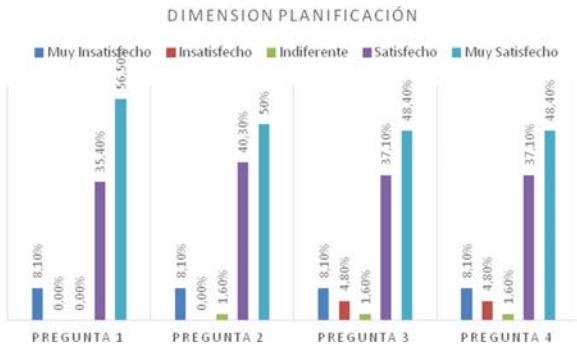
Las variables estudiadas se analizaron con medidas de tipo descriptivo como frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

RESULTADOS

Se invitó a participar a 80 alumnos de los cuales se obtuvieron 62 respuestas. Se excluyeron a aquellos que no completaron el consentimiento informado (n: 18). El 75% de las respuestas correspondieron a alumnos de sexo femenino y la edad osciló entre 19 y 50 años (Figura 1).

Los hallazgos de este estudio mostraron el grado satisfacción general acerca de las prácticas hospitalarias en el HB: el 59.7% como satisfechos a muy satisfechos con el planeamiento, ejecución y evaluación de las prácticas hospitalarias, mientras que el otro 41.3% se encontraban en el grupo de indiferentes a insatisfechos (Figura 2).

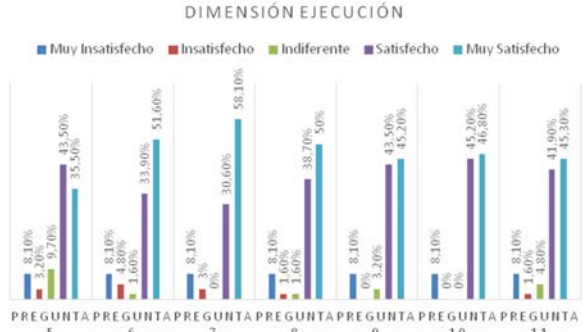
El grado satisfacción acerca de las prácticas hospitalarias en los estudiantes de Enfermería fue variable respecto de la planificación (Figura 3) al igual que del desarrollo de las prácticas (Figura 4). En la evaluación de los espacios, relación enfermero-estudiantes, consolidación de los saberes en el campo práctico, es también visible el grado de muy satisfechos a satisfechos por sobre los demás indicadores (Figura 5).



Se observa el predominio de la gran satisfacción en todos los ítems

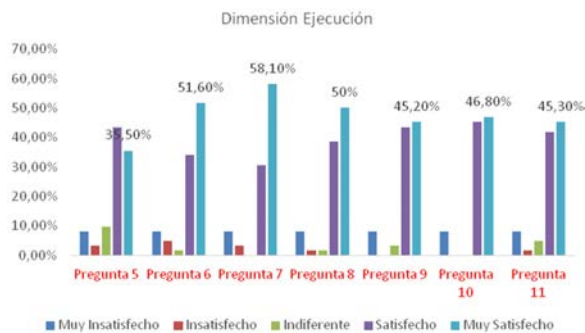
1. La práctica en el HB es relevante para el fortalecimiento de sus conocimientos.
2. El servicio favorece la participación del estudiante en la dinámica del servicio.
3. En las prácticas clínicas la relación enfermero-estudiante es cordial.
4. La metodología planteada para la recepción de estudiantes en la práctica clínica es completa y ordenada.

Figura 3. Satisfacción en la dimensión relacionada a la planificación de las prácticas.



5. En los servicios del HB se dieron todas las oportunidades de aprendizaje.
6. Los recursos materiales del servicio han sido adecuado y suficiente para la práctica clínica.
7. En las prácticas clínicas se respetan los derechos del paciente.
8. Lograste una comunicación activa y efectiva con los enfermeros del servicio y resto del equipo de salud.
9. Lograste una comunicación terapéutica con los pacientes.
10. Las prácticas clínicas reflejan la calidad en el cuidado brindado al paciente.
11. La evaluación mejora el proceso enseñanza-aprendizaje.

Figura 4. Grado de satisfacción en la dimensión ejecución.



13. Los enfermeros del servicio aceptan consultas e inquietudes durante las prácticas clínicas.
14. Las prácticas se realizaron dentro de un marco de respeto entre todo el equipo de salud.
15. En la evaluación se consideran conocimientos teóricos y habilidades prácticas.
16. Las prácticas clínicas consolidan conocimientos y habilidades.
17. Se utilizó instrumento de evaluación de competencias para calificar sus habilidades
18. Las prácticas clínicas consolidan conocimientos sobre aspectos éticos legales del ejercicio profesional

Figura 5. Grado de satisfacción en la dimensión de evaluación.

DISCUSIÓN

En el presente estudio los estudiantes evidencian el grado de encontrarse muy satisfechos con el planeamiento, ejecución y evaluación de las prácticas en el HB. En

cuanto a la planificación de las prácticas, el 35% ha demostrado estar satisfecho, en tanto que al espacio brindado por la institución, entre el 45 y 50% revela encontrarse muy satisfecho. Respecto de la metodología de la evaluación, el 51% evidencia hallarse muy satisfecho.

Los resultados arrojados según la escala implementada muestran diferentes aspectos que deberán ser reevaluados e implementar estrategias a fin de mejorar la interacción del aprendizaje en el escenario real de prácticas. Será necesario revisar la planificación para fortalecer las áreas deficitarias en la implementación.

Tal como señala Guibert, las prácticas que realicen los estudiantes deben estar previamente planificadas y tener objetivos definidos. A través de ellas se debe lograr un vínculo creciente y gradual del practicante con la profesión, así como tener en cuenta sus tareas y problemas¹³.

Se evidencia el predominio del género femenino como desde el surgimiento de la profesión¹⁴. Es importante destacar el grupo de edades que coexisten desde 19 a 50 años, lo que constituye un desafío para los docentes porque se mezclan distintas generaciones que tienen diferencias en el proceso de aprendizaje. El grado de satisfacción en sentido general ha sido evaluado positivamente por los estudiantes, dadas las oportunidades de mejorar sus habilidades, destrezas y el desarrollo de relaciones interpersonales, aspecto que coincide con el estudio de Rodríguez y Vélez, quienes señalan, que en la etapa de desarrollo, ajuste y evaluación, los tutores consideran importante tomar en cuenta los objetivos plan

teados por la institución y los objetivos académicos y personales centrados en las necesidades, además de agregar el uso de instrumentos y aplicar estrategias de evaluación¹⁵. Con relación al objetivo correspondiente a identificar el nivel de satisfacción de los estudiantes con relación al sitio de prácticas, se pudo concluir que los estudiantes se mostraron satisfechos en cuanto al sitio y espacios adecuados para el desarrollo de las prácticas en un 59,5%.

Finalmente, según el hallazgo es importante destacar la importancia del papel de la enfermera asistencial a la hora de facilitar el aprendizaje y de acuerdo con Zapico Yáñez¹⁶, quien abre las puertas de los espacios a los estudiantes en su quehacer cotidiano.

Para concluir, según los hallazgos, los estudiantes manifiestan una gran satisfacción en las dimensiones evaluadas durante el desarrollo de sus prácticas preprofesionales. Aunque se obtiene la prevalencia de muy satisfactorio a satisfactorio en las distintas categorías, se observa que en cada una de las dimensiones existen aspectos de muy insatisfecho, insatisfecho e indiferente, por lo que estos resultados sustentan la necesidad de implementar programas de mejora de la calidad para futuras prácticas, así como el desarrollo de estrategias de intervención desde la perspectiva de los participantes, que deja en evidencia la necesidad de continuar indagando mediante una nueva propuesta de investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior: La educación superior en el siglo XXI: Visión y acción. París: UNESCO; 1998. Disponible en: <http://bit.ly/1blr26L>; (consultado el 25/11/23).
2. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2017-03-03-programa-nacional-de-formacion-en-enfermeria.pdf>; (consultado el 12/12/23).
3. Tobón S, Rial Sánchez A, Carretero Díaz MA, et al. Competencias, calidad y educación superior. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio; 2006.
4. Mayorga Fernández J, Sepúlveda Ruiz P, Madrid Vivar D, Gil M. Grado de satisfacción y utilidad profesional de las prácticas externas del alumnado de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Málaga (España). *Perfiles Educativos* 2017;39:140-59.
5. Urure I, Campos R, Ventura C, Curasi O, Gómez L. Satisfacción de los estudiantes con la calidad de enseñanza de los docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica, Octubre 2013-Octubre 2014. *Rev Enfermería Vanguard* 2015;2:127.
6. Reyes-Benítez S, Mayo-Alegre J, Loredó-Carballo N. Distinción y relación causal entre las categorías satisfacción del cliente y calidad del servicio para la evaluación de la calidad en entidades prestadoras de servicios. *Contrib Econ* 2010. En: <http://bit.ly/2fvUxIV>; (consultado el 31/3/24).
7. Álvarez Botello EM, Salinas C, Reyes Pérez DE. Estudio de la Satisfacción de los Estudiantes con los Servicios Educativos brindados por Instituciones de Educación Superior del Valle de Toluca. En: <https://www.rinace.net/reice/numeros/arts/vol13num2/art1.pdf>; (consultado el 14/4/24).
8. Uriarte S, Ponce G, Bernal M. Vivencias cotidianas en espacios clínicos del estudiante de enfermería. *Enferm Univ* 2016;13:171-7.
9. Chan DS. Combining qualitative and quantitative methods in assessing hospital learning environments. *Int J Nurs Stud* 2001;38:447-59.
10. Dávila S. El aprendizaje significativo. Esa extraña expresión (utilizada por todos y comprendida por pocos). *Contexto Educativo* 2000;9:7.
11. Lorente-Gallego AM, García-Sánchez C, López-Arroyo MJ, et al. Satisfacción de los alumnos de enfermería de la Universidad Católica San Antonio (UCAM) sobre su formación práctica: Seminarios en salas de demostraciones y prácticas clínicas. *Enferm Glob* 2009;17:176-89.
12. Venturelli J. Educación médica: Nuevos enfoques, metas y métodos. En: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3279>; (consultado 14/5/24).
13. Zabalza M. La enseñanza universitaria: el escenario y sus protagonistas (2ª ed.). 2004; España: NARCEA.
14. García Bañón AM, Sainz Otero A, Botella Rodríguez M. La enfermería vista desde el género. *Índex de Enfermería* 2004;13:45-8.
15. García B, Ponce S, García MH, et al. Las competencias del tutor universitario: una aproximación a su definición desde la perspectiva teórica y de la experiencia de sus actores. *Perfiles Educativos* 2016;38:104-22.
16. Zapico Yáñez F, Blanco Sánchez R, Cónsul Giribet M, Juanola Pages MD. Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas (I). *Enferm Clín* 1997;7:16-24.
17. Hilaraca R, Galarza C, Ramos W. Percepción y satisfacción de los estudiantes del cuarto año de la escuela de Medicina Humana de la UNMSM acerca de las prácticas clínicas de Dermatología. *Dermatol Perú* 2009;19:178-88.
18. CIE. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf; (consultado el 14/5/24).

El trastorno del procesamiento sensorial como factor de riesgo en el desarrollo de las habilidades pragmáticas

Risk factor for the development of pragmatic skills: sensory processing disorder

Claudia T. Altamirano¹, Glenda Ernst²

RESUMEN

Introducción. En este trabajo se investigó sobre la influencia de los trastornos del procesamiento sensorial en la pragmática lingüística, entendiendo que la pragmática, por un lado, está influenciada por aspectos lingüísticos y no lingüísticos y, por otro lado, que es también una dimensión que guía las demás dimensiones del lenguaje.

Objetivo. Describir los trastornos del procesamiento sensorial y su relación con la disminución de la unidad protopragmática del lenguaje en una población de niños de 30 a 48 meses, comparada con el mismo grupo etario en situación de desarrollo típico. Se realizó un estudio descriptivo, relacional y transversal. **Materiales y métodos.** La muestra fue de 86 niños de los partidos de Florentino Ameghino y General Villegas, noroeste de la Provincia de Buenos Aires, sin patologías diagnosticadas y sin haber recibido tratamiento de integración sensorial. A ellos se les aplicó el Sensory Processing Measure-Preschool (SPM-P) para determinar la presencia o ausencia de trastornos del procesamiento sensorial, desde la teoría de Jean Ayres y la Evaluación fonoaudiológica del Aspecto Pragmático Infantil (ICRA-A), para evaluar la pragmática lingüística.

Resultados. El estudio incluyó a 86 niños de 37.3 meses promedio, 50% varones. Un 46.5% presentó trastorno de procesamiento sensorial atípico, asociado significativamente a una unidad protopragmática descendida (75% vs 17.4%). No hubo diferencias de sexo en los puntajes sensoriales, pero sí en los dominios específicos y trastornos generales. El estudio identificó como factores de riesgo para el trastorno de procesamiento sensorial atípico la presencia de una unidad protopragmática descendida y alteraciones en funciones como la referencialidad compartida (OR: 8.64; IC95%: 2.03-36.71), función reguladora y personal (OR: 5.60; IC95%: 0.52-60.19) y función instrumental (OR: 1.89; IC95%: 0.26-13.91).

Discusión. De acuerdo con los datos y según la hipótesis planteada, se concluye que el trastorno de procesamiento sensorial aumenta la probabilidad de disminución de la unidad protopragmática en niños de entre 30 y 48 meses comparados con niños del mismo grupo etario en situación de desarrollo típico.

Palabras clave: pragmática, uso social del lenguaje, trastorno del procesamiento sensorial, integración sensorial.

ABSTRACT

Introduction. This study investigated the influence of sensory processing disorders on linguistic pragmatics, understanding that pragmatics is influenced by both linguistic and non-linguistic aspects and serves as a dimension that guides other language dimensions.

Objective. To describe sensory processing disorders and their relationship with a decrease in the protogrammatic unit of language in a population of children aged 30 to 48 months, compared to the same age group with typical development. A descriptive, relational, and cross-sectional study was conducted.

Materials and Methods. The sample included 86 children from the municipalities of Florentino Ameghino and General Villegas, in the northwest of the Province of Buenos Aires. None of the participants had diagnosed pathologies or had received sensory integration therapy. The Sensory Processing Measure-Preschool (SPM-P) was applied to determine the presence or absence of sensory processing disorders based on Jean Ayres' theory. The Children's Pragmatic Aspect Assessment (ICRA-A) was used to evaluate linguistic pragmatics.

Results. The study included 86 children with a mean age of 37.3 months, 50% of whom were male. Atypical sensory processing disorder was identified in 46.5% of participants, significantly associated with a decreased protogrammatic unit (75% vs. 17.4%). There were no sex differences in sensory scores, but differences were observed in specific domains and general disorders. Risk factors for atypical sensory processing disorder included a decreased protogrammatic unit and impairments in functions such as shared referentiality (OR: 8.64, 95% CI: 2.03–36.71), regulatory and personal functions (OR: 5.60, 95% CI: 0.52–60.19), and instrumental functions (OR: 1.89, 95% CI: 0.26–13.91).

Discussion. Based on the data and the proposed hypothesis, it is concluded that sensory processing disorders increase the likelihood of a decreased protogrammatic unit in children aged 30 to 48 months compared to peers with typical development.

Keywords: pragmatics, social use of language, sensory processing disorder, sensory integration.

Fronteras en Medicina 2024;19(4):262-273. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202404/0262-0273>

INTRODUCCIÓN

La pragmática se refiere al uso del lenguaje para expresar nuestras propias intenciones y llegar a hacer cosas en el mundo¹. Cuando se habla de pragmática, se alude a la comunicación, acción e interacción en una comunidad más amplia. Es una dimensión menos encapsulada e influenciada por lo biológico y lo cultural en comparación con las dimensiones morfosintáctica, semántica y fonológica. También se sabe que el lenguaje, en su desarrollo, sigue un patrón secuenciado y evolutivo, requiere de un sistema

1. Consultorio "Espacios", General Villegas
2. Departamento de Docencia e Investigación. Hospital Británico de Buenos Aires

Correspondencia: Claudia Altamirano. Castelli 672, Ameghino. Provincia de Buenos Aires, Argentina. Tel.: +54 9 3388 67-4053. caltamirano27@hotmail.com

Las autoras declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 01/06/2024 | Aceptado: 17/08/2024

nervioso que funcione en su totalidad, demandando una adecuada integración de la información sensorial donde las sensaciones se puedan integrar y transformar en percepciones, que son la base de la construcción del conocimiento. Es en el uso de la lengua donde se aprenden y se ponen en juego los aspectos vinculados con conocimientos y reglas lingüísticas, cognitivas y sociales. Por este motivo, se dice que la pragmática es aquella dimensión que envuelve y guía a las demás dimensiones del lenguaje. Este emerge de la interacción entre factores internos biopsicológicos y factores externos al individuo –aquellos que son sociales–. Entonces, cabe preguntarse qué sucede cuando estos factores internos, pensados desde este proceso integrador del aprendizaje, no funcionan de manera organizada. Los autores Williams MS y Shellenberger sostienen que un desorden del procesamiento sensorial puede interferir en el desarrollo y, por ende, en las competencias comunicativas de un niño².

La teoría de integración sensorial desarrollada por A. Jean Ayres plantea las relaciones entre áreas del SNC y diversos constructos conductuales³. Muchos otros investigadores tomaron los conceptos de Ayres, replicaron su teoría e investigaron sobre estas relaciones. Esta teoría sostiene que la integración sensorial es el proceso neurológico que organiza las sensaciones del propio cuerpo y del entorno y hace posible utilizar el cuerpo eficazmente dentro del entorno⁴. Retomando el concepto del proceso integrador del aprendizaje, bajo la forma de una pirámide, se podría ubicar en la base a los siete sistemas sensoriales primarios (táctil, vestibular, propioceptivo, gusto, olfato, audición y visión), que se irán integrando en diferentes niveles para llegar a un constructo donde el cerebro logre funcionar como un todo. De este modo, se observa que el procesamiento sensorial influye en el desarrollo de habilidades superiores, de interacción y de conducta.

Entonces, si la pragmática, como se ha mencionado anteriormente, es el uso del lenguaje para expresar nuestras propias intenciones y llegar a hacer cosas en el mundo, se plantea el interrogante sobre si un desorden en los niveles inferiores, como el procesamiento sensorial, puede llegar a repercutir en el uso del lenguaje, o sea, en la función pragmática. La adquisición de las habilidades pragmáticas se da tempranamente. En la etapa prelingüística, se puede observar que los niños comprenden que sus acciones tienen impacto en el otro y pueden ser utilizadas para llevar a cabo sus metas. Tempranamente entonces, padres y/o cuidadores introducen al niño en un ser interactivo al dar significado a cada una de sus producciones. Y, si la dimensión pragmática del lenguaje es aquella que guía y organiza a las demás dimensiones del lenguaje y después de haber trabajado en equipos interdisciplinarios con terapeutas ocupacionales que atendían niños con trastorno del procesamiento sensorial (TPS), donde a la mayoría de ellos se los observaba con un lenguaje desorganizado, la pregunta que surge es: ¿el trastorno del procesamiento sensorial influye en la desorganización de la pragmática del lenguaje en los

niños, con respecto a niños del mismo grupo etario en situación de desarrollo típico?⁵⁻⁸.

Es por eso por lo que se vio en el presente trabajo la importancia de evaluar los distintos sistemas que podrían alterar los dominios del desarrollo de un niño en edades tempranas. Los fonoaudiólogos deberíamos adquirir los fundamentos del procesamiento sensorial, comprender su influencia en el desarrollo general, en el comportamiento y en el aprendizaje, vinculando todo esto con el desarrollo comunicativo lingüístico para posteriormente tener la capacidad de poner en marcha estrategias adecuadas en los procesos de evaluación e intervención que lleve a cabo, resaltando como eje fundamental el trabajo colaborativo con el profesional de terapia ocupacional, especialista en el tema.

Para intentar responder a la pregunta que guía este trabajo, se realizó una investigación en niños de 30 a 48 que se estudiaron con herramientas de evaluación de las disciplinas de Terapia ocupacional y de fonoaudiología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Estudio observacional descriptivo, relacional y transversal.

Temporalidad

En este caso, sus datos muestrales fueron recolectados en dos períodos: por un lado, entre junio de 2019 y febrero de 2020 y, por otro lado, entre julio y agosto de 2023. El análisis de estos fue realizado entre septiembre y octubre de 2023. Utilizando estos tipos de estudios, en esta tesis se podrá dar cuenta de las características fundamentales de las variables en investigación, la unidad protopragmática (UP), el compromiso pragmático en los actos del habla y los TPS. Adicionalmente se podrán identificar patrones diferenciales que ayuden a discernir la influencia específica de los desórdenes del procesamiento sensorial en la organización de la UP en niños de 30 a 48 meses.

Técnica de investigación

La fuente de información en esta tesis es de carácter primaria, obtenida especialmente para este estudio. Se utilizó la técnica observacional, utilizando la administración de cuestionarios empleados en la práctica habitual.

Variables utilizadas:

Unidad protopragmática

Definición teórica de la Unidad Protopragmática

La UP está formada por toda expresión intencional dirigida hacia otra persona y vehiculizada por gestos, palabras o sonidos de los precursores lingüísticos de las funciones de referencialidad compartida, la función instrumental y la función reguladora y personal.

Definición teórica de los componentes de la variable UP

Los componentes de esta variable fueron tomados de

la batería de Evaluación Fonoaudiológica del Aspecto Pragmático del Lenguaje Infantil (ICRA-A)⁹.

- *Referencialidad compartida*: forma de interacción social donde la atención del adulto y el niño confluyen y de ese modo comparten la representación simbólica hacia la situación u objeto de interés. Para esta variable, se tomarán en cuenta la atención conjunta, la atención conjunta sostenida y el gesto deíctico.

Se entiende por atención conjunta a la habilidad de compartir interés por objetos o personas. La atención conjunta sostenida es aquella capacidad de compartir interés por objetos o personas de manera sostenida, lo que permite realizar alguna acción sobre ese objeto o persona. El gesto deíctico se refiere a apuntar, mostrar, ofrecer, dar y realizar peticiones en forma gestual a través de la utilización de los dedos de la mano.

- *Función instrumental*: es definida por Halliday como la función que permite al niño conseguir cosas y acciones de su entorno¹⁰. En este trabajo, se medirá teniendo en cuenta las acciones protoimperativas, el pedido de acción y el pedido de objetos. Lo protoimperativo es la acción definida por Bates como “aquella conducta en la que el niño requiere del adulto como instrumento para alcanzar un fin”¹¹. Al pedido de objeto y de acción se los tomará como los precursores de los actos de habla, por lo que no se requiere la fuerza perlocutiva, sino solamente el acto no verbal por el cual se llama a una persona o se pide un objeto.
- *Funciones reguladora y personal*: Abraham y Brenca las definen como “dos funciones que expresan el modo en que el niño manifiesta su yo frente al otro en una interacción”⁹. Para este trabajo, se evaluará a partir de la observación de la flexibilidad en la interacción y rechazo, al igual que se realiza en la batería ICRA-A.

La flexibilidad en la interacción implica el modo en que se manifiesta un niño frente otro en una actividad de intercambio, si muestra una actitud negociadora, pasiva o rígida. El rechazo incluye tanto el precursor no verbal del acto de habla como el acto de habla propiamente dicho.

Definición operativa de la variable UP

- *Descendida*: la UP es considerada descendida cuando la referencialidad compartida, la función instrumental y las funciones reguladora y personal –elementos constitutivos de la UP– se encuentran por debajo del valor de corte establecido por ICRA-A –la evaluación fonoaudiológica del aspecto pragmático del lenguaje infantil–. El valor de corte de dicha batería es de 8 para la referencialidad compartida, 6 para la función instrumental y 5 para las funciones reguladora y personal. La suma de las tres medidas da un puntaje de 19; todo

valor que se encuentre por debajo de ese número será considerado como alterado.

- *No descendida*: cuando el valor de la UP se encuentra igual o por encima de 19 puntos.

Trastorno del procesamiento sensorial

Definición teórica de la variable Trastorno del procesamiento sensorial

El procesamiento sensorial es la regulación de los estímulos sensoriales que realiza el sistema nervioso en relación con el grado, la naturaleza o la intensidad de la información sensorial, dando una respuesta adecuada al estímulo. El trastorno de este proceso ocurre cuando las señales sensoriales recibidas del entorno no se procesan de manera adecuada para dar una respuesta apropiada.

En el presente trabajo, se considerarán los estímulos sensoriales de visión, audición, tacto, gusto y olfato, la conciencia corporal, y el equilibrio y movimiento. Se indagará sobre la respuesta corporal, la discriminación, la sobre focalización o la evitación ante la exposición al estímulo.

Definición operativa de la variable Trastorno del procesamiento sensorial

La operacionalidad de esta variable será tomada de la puntuación del *Sensory Processing Measure-Preschool* (SPM-P), cuestionario estructurado para padres, que permite evaluar el procesamiento sensorial mediante las conductas del niño. Dichas respuestas arrojan un resultado numérico que luego se tabulan en un puntaje T con una variación de entre 40 y 80 puntos.

- Típico: la puntuación de los niños se encuentra entre 40 y 59 dentro de los ítems de visión, audición, tacto, gusto y olfato, conciencia corporal, y equilibrio y movimiento evaluados en el SPM-P.
- Atípico: la puntuación de los niños se encuentra dentro de la definición de “algunos problemas”, y “disfunción definitiva” en la escala del SPM-P, es decir, entre 60 y 80 dentro de los ítems de visión, audición, tacto, gusto y olfato, conciencia corporal, y equilibrio y movimiento.

Compromiso pragmático en los actos del habla:

Definición teórica de la variable Compromiso pragmático en los actos del habla

El acto de habla es la unidad mínima de la comunicación. Compuesto por la intención, el acto verbal, el efecto que produce en el receptor y el contexto.

En este trabajo se analizan los actos de habla del instrumento 1 del ICRA-A, a saber: aserción, cuando el niño produce frases nominales y/o verbales para afirmar o dar por cierto algo; dar información, cuando el enunciado que el niño produce contiene información que cree que el adulto desconoce; llamado, en este acto de habla se evalúa la actitud verbal y gestual del niño mediante la cual trata de lograr que el otro se acerque al lugar en que él se encuentra; pedido de objeto, cuando el niño mani-

fiesta que quiere algo y qué es lo que quiere; pedido de información, cuando el niño solicita al adulto sobre información que desconoce; pedido de acción, cuando el niño solicita al adulto que realice alguna acción sobre un objeto o persona; rechazo, la no aceptación de algo que puede ser un objeto o una acción, para evaluar el nivel mínimo del desarrollo lingüístico pragmático infantil.

Definición operativa de la variable Compromiso pragmático en los actos del habla

Mediante el ICRA-A: evalúa la competencia pragmática en niños de 2 a 4 años.

El puntaje mide si hay un compromiso pragmático leve, moderado o severo.

- Severo: puntaje entre 73 y 98,
- Moderado: puntaje entre 99 y 126,
- Leve: puntaje entre 127 y 143

Población objetivo y muestreo:

Población

Niños/as de entre 30 y 48 meses sin comorbilidad con otras patologías del desarrollo.

Muestra: 86 niños/as de entre 30 y 48 meses sin comorbilidad, con otras patologías del desarrollo, seleccionados aleatoriamente en los partidos de Florentino Ameghino y General Villegas de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Para recolectar el subconjunto poblacional, se ha realizado un muestreo aleatorio en el partido de Florentino Ameghino (9.752 habitantes según el censo de 2022) y de General Villegas (33.679 habitantes según el censo de 2022), ambos en el noreste de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Las muestras son clasificadas en probabilísticas y no probabilísticas.

En Florentino Ameghino se seleccionó una muestra aleatoria de los niños/as asistentes a los establecimientos de educación inicial; en este partido, hay tres establecimientos públicos y uno privado en la ciudad cabecera, un establecimiento público en una localidad aledaña y un establecimiento privado en la otra localidad perteneciente al partido. De forma aleatoria, se seleccionaron dos jardines públicos, el único jardín privado de la ciudad cabecera y uno de los jardines de las localidades aledañas (Blaquier). En General Villegas, se tomó la muestra en el consultorio que la autora de esta tesis comparte con otros profesionales. La selección se realizó de la siguiente manera: se dan aproximadamente 30 turnos por semana a familias de niños y niñas de este rango de edad, que no tuvieran estos estudios realizados y que no fueran pacientes previos; dado que se pretendía tomar la muestra durante los meses de julio y agosto de 2023, se debían tomar al menos cinco casos por semana; por lo tanto, a las familias que tuvieran niños comprendidos en ese rango etario y tuvieran el turno 6, 12, 18, 24 y 30 de la semana se les aplicaron las herramientas ya descriptas.

En esta tesis doctoral, los criterios de selección han sido los siguientes:

Condiciones de inclusión:

- Niños/as de 30 a 48 meses del partido de Florentino Ameghino y de General Villegas.

Condiciones de exclusión y eliminación:

- Serán excluidos aquellos niños que presenten:
- Patologías asociadas (neurológicas, trastornos del lenguaje, genéticas).
- Una escala de observación para el diagnóstico de autismo (ADOS) que califique con criterios de autismo.
- Retrasos en el desarrollo motor.
- Criterios para clasificarlos con autismo según la entrevista diagnóstica de autismo revisada (ADI-R).
- Tratamiento de integración sensorial ya comenzado.
- Tratamiento de integración sensorial ya recibido en algún período.
- Protocolo de Wilbarger ya comenzado.
- No consentimiento de los padres para la participación de sus hijos en el estudio.

Condiciones de eliminación:

- Quienes no completen la totalidad de las mediciones.
- Quienes sean diagnosticados con trastorno neurológico, trastorno del lenguaje o autismo durante el período de evaluación.
- Aquellos cuyos padres retiren su consentimiento sobre la participación de sus hijos en el estudio.

Lugar y tiempo en que realiza el estudio:

Este estudio se llevó a cabo en el noroeste de la Provincia de Buenos Aires, partidos de Florentino Ameghino y de General Villegas, entre junio de 2019 y febrero de 2020, y entre julio y agosto de 2023.

Procedimiento

Del listado de terapeutas ocupacionales de la Asociación de Integración Sensorial Argentina (AISA) y del listado de terapeutas ocupacionales certificadas de la Provincia de Buenos Aires, se seleccionaron dos terapeutas ocupacionales y se mantuvo una entrevista para solicitar su colaboración en la lectura de los gráficos del SPM-P.

Luego de la aceptación de la propuesta, se seleccionaron los sujetos, según se describe en el capítulo de Metodología: población y muestreo del presente trabajo. Se mantuvo una entrevista individual con los padres para explicarles el procedimiento y el objetivo de la evaluación. Los padres que aceptaron firmaron un consentimiento y completaron el SPM-P.

A estos sujetos se les realizó una evaluación a partir de la batería ICRA-A, tanto el instrumento 1, análisis y registro de los actos de habla, como el instrumento 2, observación pragmática del juego. De los 22 ítems que posee el instrumento 2, se evaluaron aquellos que tienen en cuenta las funciones de referencialidad compartida, instrumental, y reguladora y personal.

Para evaluar el acto de habla de referencialidad comparada, se tomó en cuenta el ítem 2, donde se observa si el niño sigue con la mirada aquello que el adulto señala; el ítem 3, que analiza si el niño mantiene la atención en el objeto que se le muestra; y el ítem 7, que estudia si el niño es capaz de señalar.

Para evaluar el acto de habla de la función instrumental, se analizó el ítem 5, que evalúa si el niño llama la atención del adulto para conseguir lo que quiere; el ítem 13, donde se registra si el niño puede solicitarle al adulto que haga algo determinado; y el 15, que observa si el niño es capaz de reclamar objetos.

Para el acto de habla que evalúa la función reguladora y personal, se registró el ítem 10, en el cual se observa la actitud que prepondera en el niño durante el juego; y el 14, para ver si manifiesta su negativa ante algo que no desea realizar. Los ítems 2, 3, 5, 7, 13, 14 y 15 tienen una escala de evaluación de frecuencia donde se asigna 1 punto cuando la respuesta es “nunca”, 2 puntos si la respuesta es “a veces” y 3 puntos cuando la respuesta es “siempre”. En el ítem 10, las posibilidades de respuesta son: pasiva (1 punto), rígida (2 puntos) y negociadora o flexible (3 puntos). Con estos ítems se compuso la UP.

Se sumaron los puntos de corte de los tres actos de habla establecidos en el registro de puntajes del instrumento 2 (**Anexo 2**) y, de acuerdo con los valores establecidos por el ICRA-A, se consideró que aquellos puntajes que estaban por debajo de 19 poseían una UP “descendida”, y si el puntaje daba 19 o más, se catalogó como “no descendida”.

Se llevó un registro filmico de la evaluación. Se analizaron los resultados de acuerdo con la operacionalidad de cada una de las variables y se comparó con cada grupo de estudio (con y sin trastorno del procesamiento sensorial). El instrumento 1 de la batería ICRA-A se utilizó para evaluar el compromiso pragmático de los sujetos. Con los materiales y consignas que establece la batería, en este instrumento se propician los actos de habla de: aserción, dar información, llamado, pedido de objeto, pedido de información, pedido de acción, y rechazo. A su vez, estos actos de habla están compuestos por rasgos lingüísticos, paralingüísticos –que observan la orientación del cuerpo, el contacto visual, el volumen y la entonación–, prelingüísticos –observan la producción gestual y la emisión sonora– y el rasgo de coherencia en la situación comunicativa. Este instrumento 1 está organizado por afirmaciones, cuya evaluación se hace con una escala del 1 al 3; el mayor puntaje por presencia de la conducta es el 3 y cuando está ausente se puntúa con un 1.

Por cada acto de habla, se obtuvo un puntaje y luego se sumó un puntaje total de los siete actos de habla analizados y se asentaron en el registro de puntajes del instrumento 1 (**Anexo 1**). De acuerdo con el resultado de este último, se analizó el compromiso pragmático. El ICRA-A considera que, si el puntaje de este instrumento se encuentra entre 127 y 143, el compromiso pragmático

es leve; si el puntaje se encuentra entre 99 y 126, el compromiso es moderado; si el puntaje se encuentra entre 73 y 98, el compromiso es severo. Por último, aquellos sujetos cuyos puntajes son iguales o superiores a 144 no presentan un compromiso pragmático. Entonces, a través de la batería ICRA-A, se analizó si existía o no compromiso pragmático y se elaboró la unidad de análisis, que se denominó UP.

Al momento de concurrir a la evaluación del ICRA-A, se entregó el cuestionario para padres (edades 2 a 5 años) del SPM-P (**Anexo 2**) al miembro de la familia que acompañó al niño, con el objetivo de obtener información del procesamiento sensorial en el hogar. Los padres debían colocar el nombre del niño, la fecha y su parentesco con él. El formulario posee un apartado para realizar comentarios sobre la conducta del niño, cuya compleción era optativa.

El adulto referente debía marcar el comportamiento típico del niño/a durante el último mes utilizando la escala de referencia: (N) nunca, cuando la conducta no sucede nunca o casi nunca; (O) ocasionalmente, cuando la conducta se observa algunas veces; (F) frecuentemente, si la conducta se ocurre la mayoría de las veces; y (S) siempre, cuando la conducta se observa siempre. Esta explicación figura al comienzo del formulario.

Esta evaluación posee 75 afirmaciones sobre la conducta del procesamiento sensorial de los niños comprendidos entre 2 y 5 años y se divide en 8 subescalas: la primera es la de participación social con 8 afirmaciones; en segundo lugar, sigue la visión con 11 afirmaciones; la tercera es la audición con 9 afirmaciones; en cuarto lugar está el tacto con 14; en quinto lugar se encuentran el gusto y el olfato, que poseen 4 afirmaciones; luego siguen la conciencia corporal, con 9; el equilibrio y el movimiento con 11 afirmaciones; y, por último, se encuentran la planificación e ideas con 9 afirmaciones.

Una vez completado el formulario, los padres lo entregaban al evaluador, quien registró esas respuestas en la tabla de puntajes. Allí, se le aplicó un puntaje a cada respuesta utilizando una escala Likert de frecuencia: 1 punto para (N) nunca, 2 puntos para (O) ocasionalmente, 3 puntos para (F) frecuentemente y 4 puntos para (S) siempre. No obstante, en la subescala de participación social, el puntaje es descendente: 4 puntos para (N) nunca, 3 puntos para (O) ocasionalmente, 2 puntos para (F) frecuentemente y 1 punto para (S) siempre. Se realizó una suma de los puntajes por subescala y luego se pasó al apartado de “puntaje corporal total”, que no incluye las subescalas de participación social ni planificación e ideas.

Luego, esos datos se trasladaron a los gráficos según la edad del niño: un gráfico corresponde a la edad de 2 años y el otro, a la edad entre los 3 y 5 años. Allí, en el lado izquierdo se registra el puntaje total de participación social y hacia la derecha continúa con visión, audición, tacto, conciencia corporal, equilibrio y movimiento, planificación e ideas y el puntaje corporal total. Una vez colo-

cado el puntaje bruto en el gráfico, se identificó el “rango interpretativo” al que correspondía ese puntaje, que figura en los márgenes izquierdo y derecho de la tabla, correlacionando de manera horizontal el puntaje total de la subescala con el puntaje del rango interpretativo (puntaje T). El rango interpretativo se divide en tres apartados. El primero es el “típico”, que comprende un rango entre 40 y 59 puntos, y marca que no existe ningún problema. Luego está el apartado de “algunos problemas”, que ocurre cuando el puntaje T está comprendido entre 60 y 69. Finalmente, el apartado de “disfunción definitiva” es cuando el puntaje T se encuentra entre 70 y 80 puntos.

Una vez realizado el gráfico, fue enviado a una terapeuta ocupacional certificada en integración sensorial por AISA, quien, de acuerdo con los puntajes, indicaba si ese gráfico representaba un trastorno del procesamiento generalizado, un trastorno de la modulación sensorial o un trastorno motor de base sensorial, según la clasificación de Miller¹². Según la autora, un trastorno del procesamiento de integración sensorial generalizado es cuando todos o algunos de los ítems correspondientes a la modulación (visión, audición, gusto y olfato), a la conciencia corporal, y al equilibrio y la praxis dan un puntaje de diferencia probable o definitiva. Por su parte, un desorden de la modulación sensorial es cuando los ítems de los sistemas de modulación dan un resultado de diferencia probable o definitiva. Por último, un trastorno motor de base sensorial es cuando los ítems referidos a la modulación de los sistemas tienen un resultado dentro de lo típico, pero sí hay resultados con diferencia probable o definitiva en relación con la conciencia del cuerpo, el equilibrio y movimiento, y la planificación e ideas.

La participación social no es un ítem que se encuentra incluido en esta parte de los diagnósticos, sino que evalúa el impacto que tiene la información sensorial en lo social. Dentro de la muestra, a aquellos niños cuyo gráfico del SPM-P arrojaba indicadores de trastorno del procesamiento sensorial sin patologías agregadas y sin haber ingresado aún a tratamiento por este diagnóstico, y que presentaron un compromiso pragmático severo, se les realizó una escala de observación para el diagnóstico de autismo (ADOS 2) para descartar un trastorno del espectro autista.

Identificación de la unidad de análisis: La UP está formada por toda expresión intencional dirigida hacia otra persona y vehiculizada por gestos, palabras o sonidos de los precursores lingüísticos de las funciones de referencialidad compartida, instrumental, y reguladora y personal.

Análisis estadístico

Se definieron las variables por su distribución gaussiana a través de una medida de tendencia central (media) y una medida de dispersión (desvío estándar). Se utilizaron test de T y test de ANOVA a dos colas para comparar dos o más de dos grupos respectivamente para el análisis de las variables continuas.

Las variables cualitativas se describieron como porcentaje y n y se realizaron comparaciones utilizando test de chi cuadrado y chi de tendencias.

Se realizaron test de correlación de Pearson, regresión lineal y un análisis de regresión logística múltiple para evaluar factores de riesgo asociados con las alteraciones en la UP. Se utilizó como software de análisis GraphPad Prism 8.0.1.

Recaudos éticos

Se resguardó la identidad de los niños participantes mediante un código alfanumérico. La información y/o registros que identificaban a los niños se mantendrán en forma confidencial. En ninguna circunstancia se harán públicos. La identidad del sujeto se mantendrá confidencial de acuerdo con lo dispuesto por la ley de protección de datos personales 25.632.

RESULTADOS

Se incluyeron 86 niños con una media de edad 37.3 ± 6.1 meses de edad, distribuidos 50% varones, 50% mujeres, de los cuales un 46.5% (n: 40) presentaron un puntaje del SPM-P atípico. La mayoría de los niños que presentaron este puntaje atípico fueron clasificados como desorden de procesamiento generalizado (62.5%), seguido por trastornos de la modulación sensorial (27.5%) y un 10% de trastorno motor de base sensorial (**Figura 1**).

La distribución por sexo en los grupos con puntaje del SPM-P típico y atípico fue similar. En los niños con un desarrollo del procesamiento sensorial típico el 53.2% (n: 25) fueron varones y en los niños con un puntaje del SPM-P atípico (que calificarían como trastorno del procesamiento sensorial), el 46.3% (n: 19) fueron varones. Más aún, no se observaron diferencias en el puntaje total del procesamiento sensorial entre varones y mujeres (56.3 ± 9.2 vs. 57.2 ± 9.8 ; $p=0.66$, respectivamente). Se observó un significativo incremento en la prevalencia de niños con unidad protopragmática descendida en los niños con puntaje del SPM-P atípico en comparación con los niños con un desarrollo típico del procesamiento sensorial, según resultados del SPM-P (75% (n: 30) vs. 17.4% (n: 8); $p < 0.0001$) (**Figura 2a**). Más aún; en todas las categorías de TPS, un 50% de los niños, o más presentaron una UP descendida. Al evaluar las funciones alteradas de la UP entre los niños/as con TPS en comparación con los niños/as con desarrollo del procesamiento sensorial típico, no se hallaron diferencias entre ambos grupos (**Figura 2b**).

Los resultados de este estudio han mostrado una significativa disminución en el puntaje total de los actos de habla en los niños con UP descendida respecto de aquellos con UP normal (115.3 ± 20.4 vs. 155.1 ± 9.4 ; $p < 0.001$) (**Figura 3**).

El análisis de puntaje de los actos del habla, no se modificó significativamente en función del sexo de los ni-

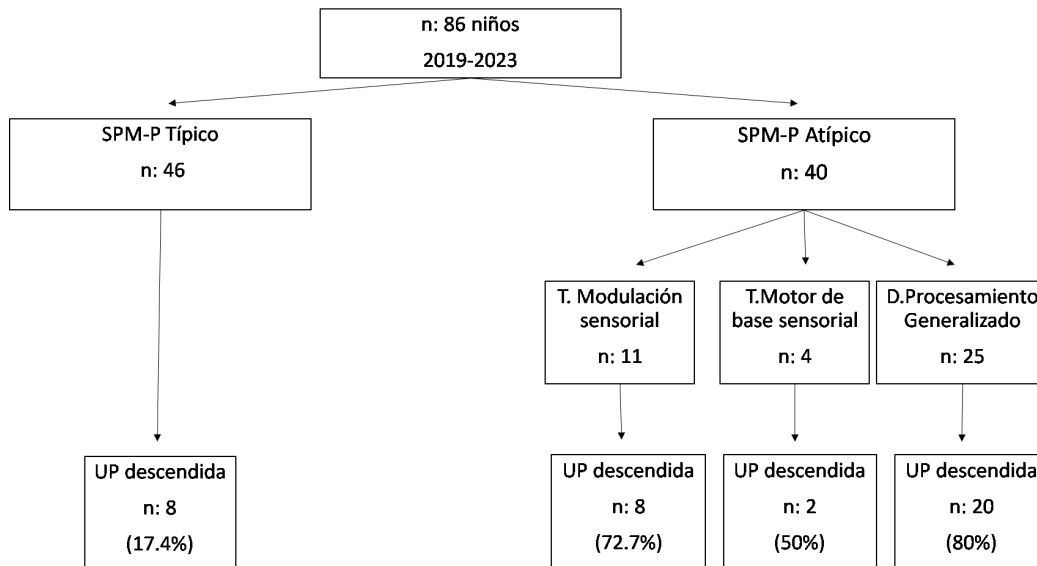


Figura 1. Diagrama de flujo de los niños evaluados.

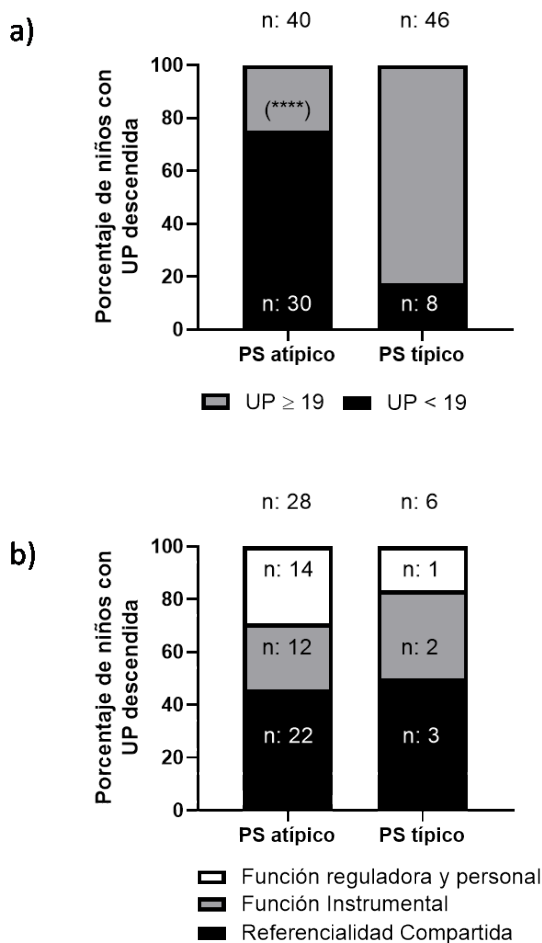


Figura 2. Distribución de los niños con unidad protopragmática normal o disminuida. (****: $p < 0.0001$). Nota: Las figuras muestran la distribución de los niños con Unidad Protopragmática (UP) normal o disminuida agrupados por procesamiento sensorial (PS) atípico o típico (a) y la distribución de los tipos de alteración correspondientes a los niños con Unidad Protopragmática (UP) disminuida, agrupados por trastorno de procesamiento sensorial (TPS) o típico (b).

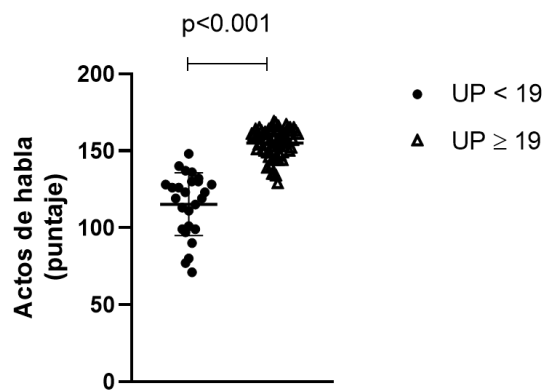


Figura 3. Puntaje total de los actos de habla, agrupados por UP descendida o no descendida.

ños estudiados entre varones y mujeres (145.0 ± 23.4 vs. 138.8 ± 25.3 ; $p=0.18$).

Por su parte, los niños/as con desarrollo sensorial típico mostraron valoraciones para los diferentes dominios de la escala respecto de participación social, visión, audición, tacto, conciencia corporal, equilibrio y movimiento y planificación e ideas que fueron 48.30 ± 8.6 ; 48.20 ± 7.5 ; 50.13 ± 7.6 ; 50.46 ± 6.9 ; 47.04 ± 7.6 ; 49.28 ± 8.5 y 49.26 ± 8.0 , respectivamente (Figura 4a). Mientras que los niños con un desorden del sensorial mostraron valores medios más elevados 52.60 ± 8.8 ; 64.38 ± 9.0 ; 62.15 ± 10.4 ; 61.48 ± 7.4 ; 60.23 ± 8.8 ; 60.55 ± 7.8 y 54.88 ± 8.8 , respectivamente (Figura 4b).

Al agrupar el desarrollo del procesamiento sensorial en “típico”, “algunos problemas” o “disfunción definitiva”, se observó que aquellos niños/as con desarrollo del procesamiento sensorial típico, según el puntaje del SPM-P, presentaron desarrollo típico en más del 50% y

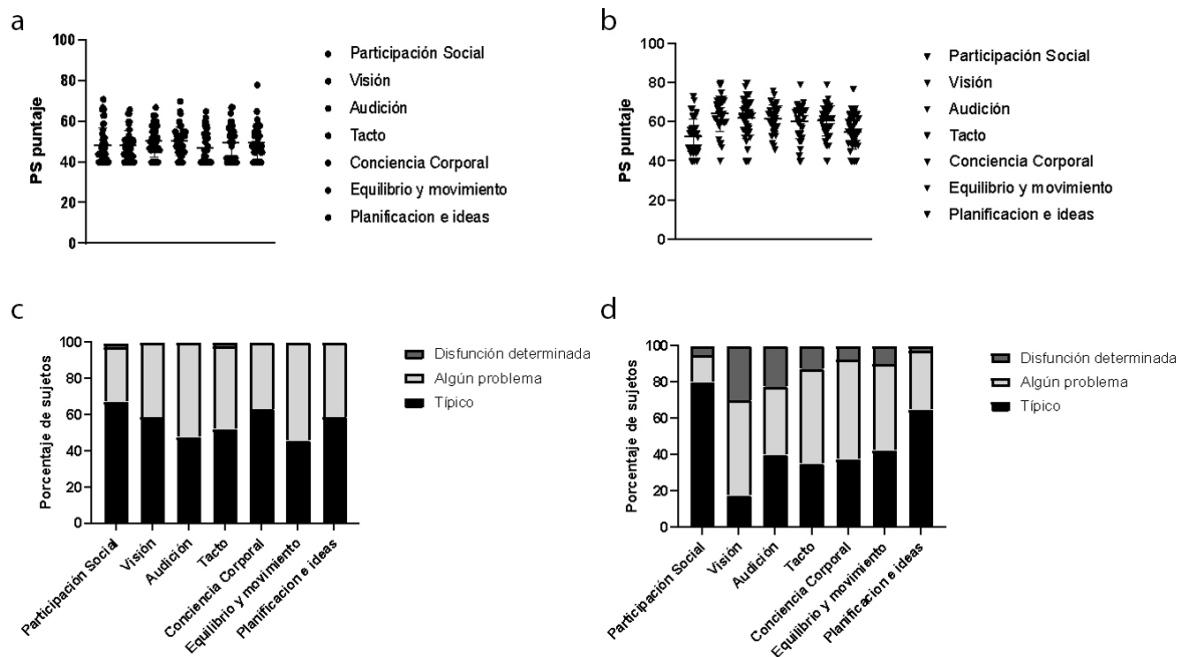


Figura 4. Caracterización de los perfiles del SPM-P. Nota: la figura muestra un desarrollo del procesamiento sensorial típicos (a y c) y atípicos (b y d).

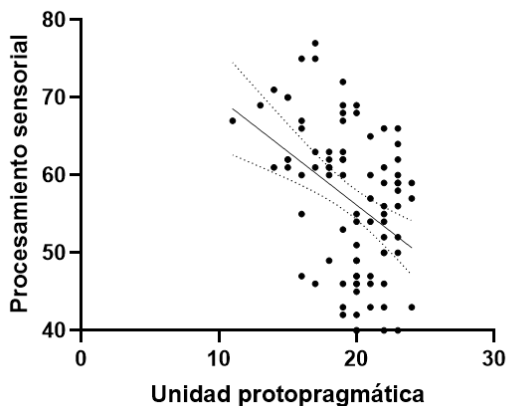


Figura 5. Regresión lineal entre los puntajes del trastorno de procesamiento sensorial y la unidad protopragmática.

en algunas funciones presentaron “algunos problemas” (Figura 4c); mientras que los niños/as con TPS mostraron perfiles con “algunos problemas” o “disfunción definitiva” en su mayoría (Figura 4d).

Los hallazgos de este estudio mostraron una asociación estadísticamente significativa entre el puntaje total del TPS y el puntaje total correspondiente a la UP, que evidencia una asociación inversa con una r de Pearson de -0.4114 , con un IC95%: -0.5733 a -0.2185 y un $r^2=0.1692$ (Figura 5).

El análisis multivariado para analizar si el TPS aumenta la posibilidad de presentar alteraciones en la UP mostró una asociación estadísticamente significativa respecto de la función de referencialidad compartida con un incremento mayor a 8 (Tabla 1).

DISCUSIÓN

Tabla 1. Análisis multivariado de los componentes de la unidad protopragmática.

Variable	Odds ratio	IC95%
FI anormal	1.89	0.26 - 13.91
FRyP anormal	5.60	0.52 - 60.19
RC anormal	8.64	2.03 - 36.71

FI: función instrumental. FRyP: función reguladora y personal. RC: referencialidad compartida.

La teoría de integración sensorial tiene como objetivo aumentar la comprensión de los mecanismos subyacentes que resultan en dificultades conductuales, emocionales, motoras y sociales, así como de los problemas de aprendizaje⁴. A pesar de que las investigaciones sobre la efectividad del enfoque de integración sensorial son escasas y poco concluyentes, tanto las observaciones clínicas como las investigaciones recientes proporcionan evidencia sobre su efectividad¹³. Por esto, y en una segunda revisión, el enfoque de integración sensorial de Ayres fue incluido como práctica basada en la evidencia científica por el *National Clearinghouse for Autism Evidence and Practice* (NCAEP), de la Universidad de Carolina del Norte en Estados Unidos.

Aunque no se encontraron investigaciones que relacionen específicamente los TPS con la dimensión pragmática del lenguaje en los últimos 5 años, hay un estudio que fue publicado en *Journal of Clinical Medicine* en 2019, donde encontraron que cuanto mayor era el grado de déficit sensorial presentado, mayores eran las dificultades sociales presentadas en niños con trastornos del espectro autista (TEA). Por otro lado, en una publicación donde se revisa la evidencia conductual y neurobiológica que describe el modo en que los dé-

ficits sensoriales, en múltiples modalidades, podrían afectar las funciones sociales que muestran las personas con TEA¹⁴, concluye que algunas alteraciones en el desarrollo social son concomitantes con un TPS, aunque estas investigaciones fueron hechas en niños con TEA. También Guajardo Sáez realizó un estudio donde observó que niños con trastornos del desarrollo del lenguaje (TDL) presentan un porcentaje más alto de trastornos del procesamiento sensorial que aquellos niños con desarrollo típico¹⁵.

En coincidencia con estas investigaciones, en los resultados de este trabajo, se pudo observar que los niños que presentan un trastorno del procesamiento sensorial poseen un mayor porcentaje de la UP descendida en comparación con aquellos niños donde la puntuación del SPM-P arroja un resultado típico.

Dentro de los trastornos del procesamiento sensorial, se realizaron dos clasificaciones; una de ellas implica el grado de sintomatología presentada y los agrupamientos fueron: típico, algunos problemas y disfunción definitiva.

El segundo agrupamiento que se realizó refiere a la naturaleza del desorden presentado. De este modo, se los dividió en 3 subgrupos de acuerdo con la sintomatología evaluada: el subgrupo 1 presenta un trastorno de la modulación sensorial; el subgrupo 2 corresponde a un trastorno motor de base sensorial; y el subgrupo 3 presenta un trastorno del procesamiento generalizado. Los casos que están dentro del subgrupo 2 son relativamente pocos para que los resultados analizados sean concluyentes.

La mayor diferencia dentro de los componentes de la UP descendida en los niños que presentan un TPS se da en la referencialidad compartida en relación con las restantes dos mediciones (función instrumental, y función reguladora y personal). La referencialidad compartida está compuesta por la atención conjunta, la atención conjunta sostenida y el gesto deíctico, todos componentes que tienen una gran carga de atención. La consideración de las implicaciones del uso pragmático del lenguaje puede ser informativa para comprender las dificultades sociales entre los niños que experimentan problemas de hiperactividad y falta de atención¹⁶. Como parte de una investigación a futuro, se podría realizar un estudio más detallado sobre la afectación del desarrollo de la atención en estos niños con TPS.

Por otro lado, también hizo un análisis de los resultados de la UP con el puntaje total de los actos de habla para analizar la relación con el grado de compromiso prag-

mático, observándose que los niños/as con UP descendida también poseen un puntaje de compromiso pragmático en diferentes niveles.

Al comparar los trastornos del procesamiento sensorial en las distintas subescalas, se observa que los niños/as con un puntaje atípico en el SPM-P poseen un perfil con mayor grado de afectación en estas funciones, pero sobre todo en visión, audición y tacto. Estos resultados coinciden con el estudio de Guajardo Sáez¹⁵, donde observó diferencias significativas en estas áreas en niños con trastorno del TDL. En este estudio se describen las dificultades de procesamiento en los sistemas visuales, auditivos y de tacto y el posible impacto en las dificultades sociales.

La evaluación del TPS se realizó mediante el SPM-P. Esta herramienta es completada por los padres; por lo cual, puede existir algún sesgo en los resultados. No obstante, el grupo que presenta el SPM-P atípico según lo informado por los padres en esta escala también presenta, según la observación directa, una UP descendida en más del 50% de los casos. Más allá de este hallazgo, sería necesario considerar, en próximas investigaciones, la ampliación de esta evaluación con un profesional formado en evaluación de Integración sensorial; en Argentina, son los terapeutas ocupacionales quienes pueden formarse en esta área.

Si bien los hallazgos en las diferentes categorías teniendo en cuenta la naturaleza del desorden del procesamiento sensorial muestra una UP descendida, como se vio, en algunas de esas categorías la muestra es limitada. Sería conveniente entonces, en futuras investigaciones, aumentar el número de casos para que los resultados sean representativos.

De acuerdo con los resultados obtenidos, es conveniente que los niños de edades tempranas que presenten TPS o TDL puedan ser evaluados de manera integral en todos los componentes del desarrollo. Y si, como se sostiene en este trabajo según la mirada de diversos autores, la dimensión pragmática del lenguaje organiza las demás dimensiones del lenguaje, sería pertinente realizar una evaluación de todos los componentes de este.

Por último, en el campo de la fonoaudiología, el procesamiento sensorial es un tema poco estudiado y, en Argentina, las formaciones que se realizan sobre la materia no están abiertas en su totalidad para los fonoaudiólogos. Sería pertinente considerar que en la formación académica de base se puedan brindar estos conocimientos para realizar una derivación oportuna y, de esta manera, optimizar los tiempos de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Martínez MI, Hernández Sánchez E. La pragmática y sus orígenes lingüísticos en el siglo XX. *Rev Investig Lingüíst* 2016;19:61-76.
2. Williams MS, Shellenberger S. The alert program for self-regulation. *Sensory Integration Special Interest Section Newsletter* 1994;17:1-3.
3. Ayres A. La integración sensorial en los niños. *Desafíos sensoriales ocultos*. Madrid: TEA; 2008.
4. Bundy A, Lane S. *Sensory integration: theory and practice*. Philadelphia: F.A. Davis; 2020.
5. Peralta Montecinos J. Adquisición y desarrollo del lenguaje y la comunicación: una visión pragmática constructivista centrada en los contextos. *Límite* 2000;7:54-66.
6. Frías Conde X. Introducción a la pragmática. *Philologica Románica* 2001;35:3-34.
7. Acuña X, Sentis F. Desarrollo pragmático en el habla infantil. *Onomázein* 2004;2:33-56.
8. Payrató L. *Introducción a la pragmática: una perspectiva sobre el lenguaje en acción*. Madrid: Síntesis; 2018.
9. Abraham M, Brenca R. Bateria ICRA-A. Evaluación fonoaudiológica del aspecto pragmático del lenguaje infantil. *Manual de procedimientos*. Buenos Aires: ICRA-A; 2013.
10. Halliday MAK. El lenguaje y el hombre social. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://campus.fahce.unlp.edu.ar/pluginfile.php/236232/course/section/30493/Halliday_-_El_lenguaje_y_el_hombre_social_-_1978.pdf](https://campus.fahce.unlp.edu.ar/pluginfile.php/236232/course/section/30493/Halliday_-_El_lenguaje_y_el_hombre_social_-_1978.pdf); (consultado el 21/9/24).
11. Estevan CR. Bases socioafectivas y cognitivas de la adquisición del lenguaje. De los seis a dos años. *Rev Logop Foniatr Audiol* 1985;4:214-9.
12. Miller LJ, Marco EJ, Chu RC, Camarata S. Sensory Processing Across the Lifespan: A 25-Year Initiative to Understand Neurophysiology, Behaviors, and Treatment Effectiveness for Sensory Processing. *Front Integr Neurosci* 2021;15:652218.
13. Muñoz Phi P. Efectividad de la integración sensorial en intervenciones del habla y lenguaje para personas con trastorno del espectro autista: una revisión sistemática. *Univ Albi-zu* 2023;38:26-40.
14. Thye MD, Bednarz HM, Herringshaw AJ, Sartin EB, Kana RK. The impact of atypical sensory processing on social impairments in autism spectrum disorder. *Dev Cogn Neurosci* 2018;29:151-67.
15. Guajardo Sáez C, Figueroa Saavedra CS, Alarcón Acuña EF, et al. Procesamiento sensorial en menores de seis años con trastorno específico del lenguaje. *Rev Cubana Pediatr* 2023;95:e3985.
16. Leonard M, Milich R, Lorch E. The role of pragmatic language use in mediating the relation between hyperactivity and inattention and social skills problems. *J Speech Lang Hear Res* 2011;54:567-79.

ANEXOS

ANEXO I. BATERÍA ICRA-A: REGISTRO DE PUNTAJES - INSTRUMENTO I



BATERÍA ICRA-A: EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA
DEL ASPECTO PRAGMÁTICO DEL LENGUAJE INFANTIL
M.V. Abraham-R.M. Brenca

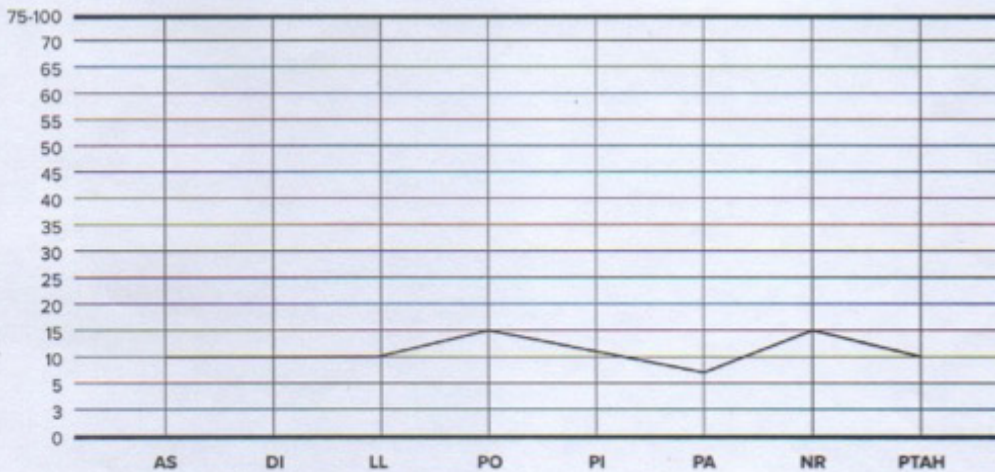
REGISTRO DE PUNTAJES

Nombre del niño: _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha de evaluación: ____/____/____


INSTRUMENTO 1: ANÁLISIS Y REGISTRO DE ACTOS DE HABLA

Actos de habla	Puntaje AH	Valor de corte	Diferencia (+/-)	Percentil AH
Aserción	AS	21		
Dar información	DI	18		
Llamado	LL	17		
Pedido de objeto	PO	24		
Pedido de información	PI	24		
Pedio de acción	PA	22		
Negativa o rechazo	NR	18		
Puntaje Total AH	PTAH	144		

AH: PERCENTILES



ANEXO 2. BATERÍA ICRA-A: REGISTRO DE PUNTAJES - INSTRUMENTO 2



**BATERÍA ICRA-A: EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA
DEL ASPECTO PRAGMÁTICO DEL LENGUAJE INFANTIL**

M.V. Abraham-R.M. Brenca

REGISTRO DE PUNTAJES

Nombre del niño: _____
 Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha de evaluación: ____/____/____

INSTRUMENTO 2: OBSERVACIÓN PRAGMÁTICA DEL JUEGO

PUNTAJES DE LAS DIMENSIONES

Dimensiones	Componentes de cada dimensión y rendimiento obtenido en cada una						Puntaje de cada dimensión
Referencialidad compartida (RC)	2	3	7				RC
<i>Rendimiento obtenido:</i>							
Función instrumental (FI)	5	13	15				FI
<i>Rendimiento obtenido:</i>							
Función heurística (FH)	9	16	18	20			FH
<i>Rendimiento obtenido:</i>							
Funciones reguladora y personal (FRyP)		10	14				FRyP
<i>Rendimiento obtenido:</i>							
Función interactiva (FInt)	1	4	6	12			FInt
<i>Rendimiento obtenido:</i>							
Interacción lúdica (IL)	8	11	17	19	21	22	IL
<i>Rendimiento obtenido:</i>							
							Puntaje Total

VALORES DE CORTE Y PERCENTILES OPJ

Observación pragmática del juego	Puntaje OPJ	Valor de corte	Diferencia (+/-)	Percentil OPJ
Referencialidad compartida RC		8		
Función instrumental FI		6		
Función heurística FH		10		
Función reguladora y personal FRyP		5		
Función interactiva FInt		9		
Interacción Lúdica IL		17		
Puntaje Total OPJ	PTOPJ	58		

© 2013. M. V. Abraham y R. M. Brenca. Todos los derechos reservados. ISBN 978-987-28712-0-8

Torticollis muscular congénita: revisión bibliográfica

Congenital muscular torticollis: literature review

Alberto García-Barríos^{1,2,3}, Jaime Whyte-Orozco^{1,2,3}, Ana Isabel Cisneros-Gimeno^{1,2,3}

RESUMEN

El término "torticollis" deriva del latín (*tortus collum*), cuyo significado es "cuello torcido", y cuando esta deformidad postural de la zona cervical se evidencia en y/o cerca del nacimiento, se denomina torticollis congénita. Esta patología se presenta como un acortamiento unilateral del músculo esternocleidomastoideo que provoca flexión cervical persistente homolateral a la lesión, y rotación cervical contralateral, por lo que se denomina "torticollis muscular congénita". Suele aparecer posnatalmente, durante los 2-3 primeros meses de vida del niño, o en el periodo neonatal, y aunque la mayoría de las veces es aislada, puede asociarse a otras patologías osteoarticulares como la displasia congénita de cadera. La incidencia mundial varía entre el 0.3% y el 1.9%, y es, a pesar de estas bajas cifras, la tercera patología ortopédica congénita más frecuente; además, su etiología es aún desconocida. El diagnóstico suele basarse en una buena anamnesis e historia clínica acompañada de pruebas de imagen que confirmen el cuadro. El manejo terapéutico debe abordarse de forma multidisciplinar, pero generalmente es conservador, utilizando técnicas de rehabilitación y fisioterapia, con una tasa de resolución de hasta el 90%, reservándose la resolución quirúrgica para los casos refractarios o más graves.

Palabras clave: torticollis congénita, patología muscular, músculo esternocleidomastoideo.

ABSTRACT

The term "torticollis" derives from the Latin (*tortus collum*), the meaning of which is "twisted neck", and when this postural deformity of the cervical area is evident at and/or near birth, it is referred to as congenital torticollis. This pathology presents as a unilateral shortening of the sternocleidomastoid muscle that causes persistent cervical flexion homolateral to the lesion, and contralateral cervical rotation, which is why it is called "congenital muscular torticollis". It usually occurs postnatally, during the infant's first 2-3 months of life, or in the neonatal period, and although it is most often isolated, it can be associated with other osteoarticular pathologies such as congenital hip dysplasia. The worldwide incidence varies between 0.3% and 1.9%, being, despite these low figures, the third most frequent congenital orthopaedic pathology, and its aetiology is still unknown. Diagnosis is usually based on good anamnesis and clinical history accompanied by imaging tests to confirm the picture. Therapeutic management should be approached in a multidisciplinary manner, but is generally conservative, using rehabilitation and physiotherapy techniques, with a resolution rate of up to 90%, with surgical resolution reserved for refractory or more serious cases.

Keywords: torticollis, congenital, muscular pathology, sternocleidomastoid muscle.

Fronteras en Medicina 2024;19(4):274-281. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202404/0274-0281>

INTRODUCCIÓN

El término torticollis deriva del latín *tortus*, que significa "torcido" y *collum*, que significa "cuello", y fue descrito por primera vez por Tubby en 1912 como "una deformidad, de origen congénito o adquirido, caracterizada por la inclinación lateral de la cabeza hacia el hombro, con torsión del cuello y desviación de la cara"¹. La torticollis muscular congénita (TMC) o también conocida como "fibromatosis colli" se considera una de las

alteraciones más comunes de este tipo de patología, caracterizada por la presencia en recién nacidos o en los primeros meses de vida de una asimetría de la región cervical como consecuencia de un acortamiento unilateral del músculo esternocleidomastoideo²⁻⁴. En algunos casos, puede observarse una pequeña masa fibrótica en la zona lateral del cuello, pudiendo estar afectados otros músculos como el trapecio, esplenio o escalenos o asociarse a lesiones secundarias no musculares del sistema esquelético (anomalías vertebrales, síndrome de Klippel-Feil), ocular (parálisis del músculo oblicuo superior), del sistema nervioso u otros síndromes como el de Russel-Silver⁵⁻⁸.

La incidencia de la TMC varía entre el 0.008% y el 3.92% en los países asiáticos y entre el 0.3% y el 16% en Europa, y es la tercera anomalía ortopédica congénita más frecuente después de la displasia congénita de cadera y el pie plano valgo⁹⁻¹². Se presenta con una predisposición ligeramente mayor en varones (3:2) y con lateralidad derecha frente a izquierda¹³. Su incidencia, al igual que otras asimetrías corporales, ha ido aumentando ligeramente en los últimos años debido al mayor número de partos múltiples, lo que requiere un mejor conocimiento para plantear un manejo multidisciplinario

1. Departamento de Anatomía e Histología humanas, Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza
2. Medical and Genetic Research Group (GIIS099) Instituto de Investigación Sanitaria Aragón
3. Antecesor B51_23D (Gobierno de Aragón)

Correspondencia: Alberto García-Barríos. Departamento de Anatomía e Histología humanas, Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. C/ Domingo Miral, s/n. 50009 Zaragoza, España. Tel.: +34 976762069. agarciab@unizar.es

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 01/05/2024 | Aceptado: 19/08/2024

adecuado en el que participen pediatras y fisioterapeutas con el fin de asegurar un pronóstico favorable mediante un diagnóstico y tratamiento precoces¹⁴.

En la mitad de los casos se trata de un pseudotumor localizado en el músculo esternocleidomastoideo, asociado a partos distócicos (56%) y presentación podálica (19.5%), por lo que las características del parto (distócico y/o partos múltiples) y sus complicaciones se propusieron como una de las posibles etiologías para la presentación de la TMC. Además, en un alto porcentaje de casos se acompaña de otras deformidades o anomalías musculoesqueléticas como lesión del plexo braquial, metatarso aducto, displasia de cadera, deformidades de las extremidades y retraso precoz del desarrollo, asimetría facial, trastorno de la articulación temporomandibular o plagiocefalia^{13,15,16}.

El objetivo de esta revisión es recopilar la literatura publicada sobre esta patología y presentar los factores globales y específicos que la caracterizan para identificar los factores de riesgo y las enfermedades asociadas, así como el correcto diagnóstico, manejo y pronóstico de esta patología¹⁻¹⁶.

MATERIALES Y MÉTODOS

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos PubMed, Academic Google y Cochrane con el término “congenital muscular torticollis”, lo que dio lugar a un total de 495 resultados globales, utilizando diversas estrategias de búsqueda que nos permitieron ajustar el número de manuscritos a revisar. Esta búsqueda incluyó artículos sobre la etiopatogenia de la TMC, sobre asociaciones con otras patologías, sobre técnicas diagnósticas y de tratamiento, y sobre posibles consecuencias en caso de no tratamiento, excluyendo aquellos cuyo contenido era restringido, revisando finalmente un total de 83 artículos.

ANATOMÍA DE LA REGIÓN CERVICAL

El conocimiento anatómico de la región cervical es fundamental para profundizar en el estudio de la patología muscular de la tortícolis, y en particular en las características del principal músculo afectado en esta patología: el esternocleidomastoideo (ECM).

Anatómicamente, podemos dividir la zona cervical en base a los planos musculares que posee o clasificarla topográficamente en diferentes regiones cervicales.

Así, se describen tres grandes regiones topográficas: la región cervical media o hioidea, que contiene el eje visceral y se subdivide en región supra e infrahioidea; la región esternocleidomastoidea, que protege importantes elementos vasculares; y la región supraclavicular, relacionada con el plexo braquial, los vasos subclavios y el ápex pulmonar.

A su vez, la zona cervical puede dividirse en una región anterior (o cuello propiamente dicho) y una región posterior (o región nugal).

En la región cervical anterior existen tres planos musculares:

- Plano superficial, formado por los músculos esternocleidomastoideos.
- Plano medio, formado por la musculatura infrahioidea.
- Plano profundo, formado por los músculos prevertebrales y escalenos.

En cuanto a la región posterior o nugal, podemos encontrar las porciones cervical y cefálica de los músculos de la región dorsal y el músculo trapecio, incluyendo del mismo modo su plexo nervioso y pedículo vascular¹⁷.

El músculo ECM, como principal responsable del cuadro clínico de la tortícolis, se origina a través de dos cabezas: una que comienza en el manubrio esternal y otra en el tercio medial de la clavícula, para terminar insertándose en la apófisis mastoides y en la línea nugal superior. Es un músculo largo presente en la zona cervical que se encarga de ejercer la flexión lateral de la cabeza hacia el lado ipsilateral y la rotación hacia el lado contralateral, mientras que, bilateralmente, ejerce la extensión de la cabeza aumentando la lordosis cervical y participa en el proceso respiratorio elevando la clavícula. Su inervación está formada por el nervio accesorio (XI par craneal) y ramas directas del plexo cervical (C1-2)¹⁸.

ETIOLOGÍA

La tortícolis muscular puede clasificarse como congénita (TMC) o adquirida (TMA), dependiendo de si está presente al nacer o, por el contrario, se produce después del nacimiento o durante la infancia¹⁹.

La etiología del TMC y la fisiopatología subyacente a la afectación del SCM siguen siendo desconocidas en la actualidad, aunque se ha relacionado con factores intrauterinos (TMC tipo I) y/o prenatales (TMC tipo II), así como con causas congénitas¹¹. Entre las causas intrauterinas la más aceptada es la deformidad fetal intrauterina y/o una posición anómala del feto en la cavidad uterina durante el tercer trimestre, secundaria a un espacio intrauterino limitado, mujeres primigrávidas, disminución del volumen de líquido amniótico o síndrome de compresión uterina, que desencadena traumatismos en el ECM e incluso deformidades de columna, pies y cadera (en el 5-10% de los casos)^{1,20}.

Por otro lado, entre las causas perinatales se incluyen el agrandamiento fetal, el parto de nalgas y el uso de fórceps durante el parto, que pueden causar traumatismos del ECM y provocar edema, degeneración de las fibras musculares del ECM y fibrosis²¹⁻²⁵.

Tabla 1. Porcentaje de pacientes en los 3 subgrupos clínicos según la gravedad de la ROT³⁵

	TMS (%)	TM (%)	POST (%)
ROT Gp I (0°)	31 (6.1)	89 (26.7)	158 (65.6)
ROT Gp II (<15°)	136 (26.7)	147 (44)	77 (32)
ROT Gp III (<16-30°)	233 (45.3)	93 (27.8)	6 (2.5)
ROT Gp IV (>30°)	114 (22.2)	5 (1.5)	0 (0)
Total	(100)	(100)	

De hecho, la posición de nalgas en el feto y el uso de fórceps se consideran un factor predisponente para desarrollar TMC (17-40% frente a 1.5-7% y 22-42% frente a 3-15%, respectivamente)²⁶.

La hipótesis de la limitación del espacio intrauterino se ve reforzada por la presencia de TMC en pacientes nacidos por cesárea, que provoca un síndrome compartimental del ECM desarrollado por malposición fetal con flexión y rotación anterior y lateral sostenidas de la cabeza²⁷.

Por otra parte, el descubrimiento de varios pacientes con antecedentes familiares de TMC (1er grado de consanguinidad) planteó la cuestión del papel de la genética en el desarrollo de la patología, asociada a otros factores ambientales²⁸. Asimismo, la literatura describe casos de TMC y adquirida, causada por miositis de naturaleza infecciosa, miopatía primaria del ECM y contracción muscular refleja debida a disfunción del nervio accesorio de los nervios espinales C2-C3²⁹.

La etiología de la TMA puede ser ambiental, inducida por craneosinostosis (plagiocefalia) o por posiciones preferentes en caso de parálisis cerebral, síndrome de Down, mielodisplasia y disfunción de la zona cervical occipital a nivel de C1³⁰.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La mayoría de los niños con TMC se caracterizan por una posición asimétrica de la cabeza. La causa es una contractura fibrosa unilateral del ECM acompañada de una inclinación de la cabeza, homolateral a la lesión, con rotación limitada del cuello. En el 50% de los casos puede aparecer una masa palpable, generalmente indolora, firme y fusiforme, en el tercio medio o inferior del ECM en las primeras 2 semanas y alcanzan su tamaño máximo alrededor de las 3-4 semanas después del nacimiento^{31,32}.

Ocasionalmente, como consecuencia de la presión intrauterina sobre la sutura lambdoidea, puede observarse aplanamiento de la región parieto-occipital y, si se asocia a plagiocefalia, puede aparecer asimetría craneofacial primaria o secundaria debido a la rotación limitada del cuello y a la posición fija de la cabeza^{33,34}.

Aunque no hay malrotación cervical, a veces se produce un desarrollo postural y motor atípico (tronco en forma de C con pelvis en posición oblicua), que limita el buen control postural y la base de sustentación, debido

a una percepción incompleta del entorno por la inclinación persistente de la cabeza del bebé¹¹.

Los casos de TMC pueden clasificarse en tres subclases clínicas:

- Tumor esternocleidomastoideo (TECM): se caracteriza por un cuadro de tortícolis con un pseudotumor palpable, duro y móvil localizado en el tercio medio e inferior de la porción esternal del ECM, que a pesar de aumentar de tamaño tiende a desaparecer progresivamente en un periodo de 5 a 21 meses y se asocia a una manifestación más precoz, así como a una mayor frecuencia de partos con presentación podálica y ventosa e incidencia de displasia de cadera^{32,35}.
- Tortícolis muscular (TM): en estos casos, que oscilan en torno al 30%, se observa cierta limitación de la amplitud de movimiento pasivo como consecuencia de la rigidez de la ECM, pero sin la presencia de una masa palpable.
- Postural (POST): no hay masa ni tensión muscular, sólo una preferencia postural del lactante. En ausencia de afectación muscular, se puede clasificar dentro de un diagnóstico diferente como un tipo adquirido y no congénito de tortícolis³².

Para clasificar cuantitativamente la gravedad clínica de la afección, se utiliza como herramienta de evaluación la limitación pasiva del rango de rotación del cuello (ROT), con una buena correlación entre la rotación y la flexión lateral pasiva. Teniendo en cuenta que el rango de rotación pasiva del cuello en niños es de unos 110° en condiciones normales, se establecen 4 grados: ROTGp I (sin limitación en el rango de movimiento), ROTGp II (con limitación igual o inferior a 15°), ROTGp III (con limitación de la rotación de 16° a 30°) y ROTGp IV (con limitación superior a 30°) que relacionan proporcionalmente el grado de limitación con la clasificación de la lesión (**Tabla 1**)³⁵.

En 2018, Kaplan realizó una clasificación combinando 3 factores: edad, movimiento pasivo y existencia de una masa en el ECM, dividiendo la gravedad del ECM en 8 niveles (**Tabla 2**)³⁶.

La presencia de tortícolis asociada a deformidad craneofacial puede considerarse un marcador de mayor riesgo de retraso en la adquisición de las habilidades motoras gruesas, ya que el giro y la sedestación se adquieren más tarde, pero no la bipedestación^{37,38}. De los lactantes incluidos en un estudio adicional, el 34.7% presentaba una función motora por debajo del rango normal³⁹. Sin embargo, al cabo de un año sólo el 9.6% continuaba con este déficit. Se ha investigado si este factor puede estar implicado en un posible retraso motor en niños preescolares, pero el resultado del desarrollo en esta franja de edad (3-5 años) se ha descrito como normal^{39,40}.

Tabla 2. Grados de severidad del ECM en función de la edad, presencia de masa y grado de rotación pasiva³⁶

Grado	Edad	Presencia de masa	Diferencia rotación cervical pasiva entre lados
1 (Leve precoz)	Entre 0 - 6 meses	No	< 15°
2 (Moderado precoz)	Entre 0 - 6 meses	No	15-30°
3 (Precoz grave)	Entre 0 - 6 meses	Sí/No	>30°
4 (Leve tardío)	Entre 7 - 9 meses	No	< 15°
5 (Moderado tardío)	Entre 10 - 12 meses	No	< 15°
6 (Grave tardío)	Entre 7-9 meses	No	> 15°
	Entre 10- 2 meses	No	entre 15-30°
7 (Retraso extremo)	Entre 7 - 12 meses	Sí	>30°
	Entre 10 -12 meses	No	>30°
8 (Tardío)	Lactantes y niños mayores de 12 meses	Sí/No	Cualquier valor

DIAGNÓSTICO

Plagiocefalia

La palabra plagiocefalia deriva del griego “plagios” (oblicuo), y *kephale* (cabeza), y se refiere a cualquier alteración en la forma de la cabeza, sin señalar patología o etiología específica. Puede clasificarse en dos tipos: secundaria a craneosinostosis o plagiocefalia posicional o deformacional (PP). Generalmente, la PP está fuertemente asociada a la posición y capacidad de movimiento de la cabeza y se produce como resultado de fuerzas mecánicas prolongadas pre y/o postnatales aplicadas de forma asimétrica en la zona posterior de la cabeza, como puede ocurrir en casos de TMC³⁰⁻⁴².

De hecho, el 40.7% de los recién nacidos con tortícolis presentan plagiocefalia asociada, y el diagnóstico de TMC se realiza en el 24% de los lactantes con PP^{16,43}. En la TMC la tensión muscular provoca una asimetría cervical que conduce a un aplanamiento del cráneo debido a la carga unilateral continua de peso, que se compensa con una asimetría en el lado opuesto, adoptando la cabeza la forma de un paralelogramo⁴⁴.

Displasia de cadera

El término displasia del desarrollo de la cadera (DDC) incluye un amplio espectro de alteraciones del acetábulo y del fémur proximal, entre las que se incluyen la displasia aislada, la subluxación o la luxación de la cabeza femoral, resultantes de la alteración del equilibrio entre el crecimiento de los cartílagos trirradiado y acetabular en el periodo intrauterino o posnatal^{45,46}. Las causas que pueden desencadenar este DDC incluyen causas hormonales, genéticas y mecánicas, siendo estas últimas similares a las que desencadenan el MC (presentación podálica, alto peso al nacer, espacio uterino reducido, oligohidramnios, embarazo múltiple, primíparas)⁴⁵. Por tanto, la asociación entre TMC y DDC se ha observado y correlacionado de forma proporcional, y aunque se observan variaciones en su coexistencia entre el 1 y el 30%, debido a la diversidad de criterios y métodos diagnósticos (exploración física, ecografía o radiografía), es necesario establecer un cribado diagnóstico en pacientes con TMC para descartar la presencia de displasia de cadera, mediante técnicas ecográficas^{47,48}.

El diagnóstico de TMC suele realizarse entre los 1 y 3 meses de vida y es fundamentalmente clínico, basado en una anamnesis completa, exploración visual, palpación, evaluación de la amplitud de movimiento de la zona cervical y estudios de imagen como radiografías simples y ecografía para descartar otras posibles patologías asociadas y cuantificar la gravedad de la afección. Además, si el paciente presenta hallazgos neurológicos, o si se considera necesario por cualquier otro motivo, se deben realizar estudios complementarios de imagen, como resonancia magnética, para descartar cambios degenerativos, estrechamiento del canal o foramen espinal, tumores o infección²⁹⁻⁵¹.

Anamnesis

La anamnesis debe realizarse a los padres o tutores legales de la paciente para recoger información sobre los síntomas e historia del parto y curso del embarazo, donde se deben considerar los siguientes ítems:

- Edad de la paciente e inicio de los síntomas: recoger esta información es importante para diferenciar entre causas de tortícolis congénita o adquirida, así como para comprobar si la cronología de la enfermedad coincide⁵².
- Motivo de consulta: los padres suelen detectar una preferencia postural del cuello consistente en flexión lateral cervical ipsilateral y rotación cervical contralateral debido al acortamiento del ECM. Ocasionalmente destaca la presencia de una masa fibrosa en el músculo y asimetría craneal⁵¹.
- Historia de interés: debemos completar la historia clínica del lactante preguntando por el embarazo, el parto (cesárea o parto vaginal, tipo de presentación), otras anomalías conocidas, progresión y desarrollo motor o antecedentes familiares de tortícolis, así como descartar otros síndromes asociados a inestabilidad atlantoaxoidea como síndrome de Down, Morquio, Marfan³⁶.

Exploración física

- Exploración física: se debe realizar una correcta exploración del paciente, donde se valoren actitudes patológicas y espontáneas, tolerancia en diferentes posiciones (decúbito supino, prono, se-

destación y bipedestación), predominio de movimientos, asimetrías craneales y/o faciales leves, estado de la piel, presencia o no de masa pseudotumoral, que en caso de estar presente permite valorar su forma, tamaño y movilidad^{36,51,53}.

- Evaluación articular y muscular de la zona cervical para medir la movilidad de las articulaciones cervicales tanto de forma pasiva (PROM) con un goniómetro artrodial como activa (AROM), con énfasis en las rotaciones contralaterales y flexiones homolaterales⁵¹. Además, la exploración musculoesquelética no sólo debe prestar atención a las anomalías del músculo cervical, sino que debe ser completa, evaluando tanto la columna vertebral como la caja torácica, la cintura escapular y la cadera, donde debemos comprobar la simetría y la estabilidad junto con las maniobras de Barlow y Ortolani, la simetría de la longitud de las piernas y los pliegues cutáneos glúteos, con el fin de identificar una posible displasia de cadera³⁶.
- Examen neurológico completo: Permite detectar tono anormal o simétrico, integridad del plexo braquial, retención de reflejos primitivos y posibles alteraciones visuales (presencia de reflejo rojo, reacción pupilar a la luz, nistagmo, alineación ocular)¹⁹.

Pruebas de imagen

- Ultrasonografía: La ultrasonografía es una prueba eficaz, ampliamente utilizada en medicina musculoesquelética, que permite establecer el diagnóstico de TMC, especialmente en aquellos pacientes que presentan masas fibróticas en el ECM, permitiendo evaluar el tamaño y grosor de las mismas^{26,54}. Además, es una herramienta que nos ayuda a planificar el plan de tratamiento al permitirnos cuantificar el grado de fibrosis, tamaño y localización de las masas musculares⁵⁵. Los estudios ecográficos permiten establecer los patrones de fibrosis muscular, que se clasifican de fibrosis tipo I a tipo IV^{55,56}.
- Fibrosis tipo I o pseudotumor: imágenes hiperecogénicas localizadas (fibrosis) con un fondo de hipoeogenicidad (músculo sano).
- Fibrosis de tipo II: la fibrosis se extiende difusamente y se mezcla con el músculo sano.
- Fibrosis de tipo III: fibrosis difusa total sin evidencia de músculo sano.
- Fibrosis de tipo IV: fibrosis localizada en bandas fibrosas sin fondo hipoeicoico. Las fibrosis de tipo III y IV son afecciones crónicas y graves en las que, debido a su diagnóstico tardío, se debe actuar precozmente con tratamiento quirúrgico.
- Elastografía: Puede utilizarse como método no invasivo para evaluar objetivamente la rigidez muscular. La sonoelastografía en tiempo real (STR) es

una técnica basada en ultrasonidos que facilita la evaluación de la elasticidad tisular en tiempo real, basada en el principio de que la compresión tisular produce tensión (desplazamiento) en el tejido duro en menor grado que en el tejido blando, aunque presenta varias limitaciones, como un método de compresión impreciso, una reproducibilidad limitada por parte del operador y métodos semi-cuantitativos⁵⁷. Para superar este problema, la elastografía por impulsos de fuerza de radiación acústica (EIFRA) es una variante de la técnica en la que se aplica tensión o fuerza, utilizando una fuerza de radiación impulsiva localizada generada por el propio transductor, para deformar el tejido diana y luego se evalúan las propiedades mecánicas del tejido detectando este movimiento fisiológico interno⁵⁸. La rigidez del tejido se mide por la velocidad de propagación de la onda de cizallamiento (VPOC) lejos de la región de excitación de la fuerza, de modo que una VPOC más alta indica una mayor rigidez del tejido. De hecho, la VPOC inicial de la EIFRA del ECM afectado es más rápida que la del ECM no afectado en los casos de TMC, y los grados de rotación cervical y flexión lateral fueron menores en el lado afectado en comparación con el lado no afectado^{54,59}.

- Electromiografía (EMG): El uso de electromiografía mediante electrodos de electromiografía de superficie (sEMG) permite medir las actividades mioeléctricas cervicales con tortícolis a través de electrodos sEMG pareados o electrodos de aguja, mostrando un patrón de activación muscular diferente entre ambos lados en pacientes con TMC, teniendo la capacidad de evaluar y proporcionar estrategias de tratamiento para enfermedades neuromusculares en niños, como el TMC⁶⁰.
- Resonancia magnética (RM): En aquellos casos en los que la limitación del movimiento cervical persiste tras ejercicio y estiramientos intensivos, la RM puede ser útil para determinar si el paciente es candidato a tratamiento quirúrgico y/o para evaluar la presencia de otras alteraciones neurológicas⁶¹.

TRATAMIENTO

El abordaje terapéutico de los pacientes con TMC tiene como objetivo restaurar la función y la longitud anatómica del ECM, conseguir la flexibilidad del ECM y alcanzar rangos de movimiento cervical activo y pasivo completos, restaurar la movilidad de la columna cervical y fortalecer los grupos musculares de la zona^{11,19}. Actualmente, el abordaje terapéutico puede asociarse a fisioterapia, osteopatía, inyección de toxina botulínica o en casos refractarios o tardíos a cirugía, observándose recuperaciones del

90-95% cuando se aplican inicialmente antes del primer año de vida y del 97% si se inician antes de los 6 meses de edad⁶²⁻⁶⁴.

Tratamiento conservador

incluye observación clínica, fisioterapia, inyección de toxina botulínica, aplicación de ortesis y tracción muscular.

Fisioterapia

Un tratamiento fisioterapéutico adecuado ofrece la posibilidad de una mejoría significativa, siempre que la terapia se aplique en los primeros meses de vida del bebé, considerando estiramientos pasivos y masajes, utilizando los métodos NDT-Bobath y/o Vaclav Vojta^{36,51,52,65}. Para el tratamiento pasivo, centrado en el estiramiento del ECM, se pueden utilizar diversos protocolos basados en estiramientos durante 10-30 segundos, realizando entre 10-20 repeticiones previas al masaje, con el fin de aumentar el flujo sanguíneo muscular⁶⁶⁻⁷¹. Por otro lado, las maniobras de masaje se basan en técnicas de movimiento rítmico rotacional, o terapia manual de movilización del occipucio, atlas y axis con técnicas de inducción y relajación miofascial^{51,61}. La duración de las terapias de rehabilitación dependerá de cada profesional, pudiendo ser de 30 minutos semanales durante 3 meses o durante 10 semanas, o incluso tratamientos más intensivos de varias sesiones semanales durante 1-12 semanas²⁻⁶⁹. En general, los casos más leves suelen requerir 2-3 meses de terapia y los más complejos 5-6 meses.

El uso de otros tipos de intervenciones no quirúrgicas asociadas al tratamiento conservador ha mostrado mejores resultados. Así, se puede considerar el uso de electroterapia ultrasónica, aplicada en rangos de tiempo entre 5-30 minutos, con intensidades de 0,5-5 W/cm²⁶¹. Por otro lado, la educación de los padres, para realizar los tratamientos en casa, juega un papel vital en el tratamiento ya que deben aprender a colocar, estimular, llevar, cambiar y alimentar al niño en la posición más adecuada para favorecer la rotación de la cabeza hacia el lado afectado.

Toxina botulínica tipo A

El uso de toxina inyectable (BTX-A), segura y eficaz para el tratamiento del TMC, se considera una alternativa previa al tratamiento quirúrgico con resultados positivos en el 84% de los casos al actuar como relajante muscular focal inhibiendo la liberación de acetilcolina y reduciendo la tensión muscular asociada al TMC^{63,64}.

Tratamiento quirúrgico:

El tratamiento quirúrgico está indicado en aquellos casos en los que tras 6 meses de terapia de rehabilitación

no se ha conseguido la corrección del cuadro, existe acortamiento marcado del ECM, fibrosis muscular persistente, asimetría facial y craneal persistente, y/o rotación o flexión lateral en la región de la columna cervical restringida en >15°⁶³⁻⁷⁰. En general, la intervención quirúrgica se recomienda entre los 1 y los 4 años, ya que el 90% de los casos pueden resolverse antes del primer año, y porque en esta franja de edad es menos probable que las posibles deformidades o asimetrías cefálicas y corporales sean definitivas. La edad a la que se realiza la cirugía es el factor más importante en el pronóstico, por lo que la intervención se recomienda especialmente en niños entre 1 y 4 años, período en el que es menos probable que las deformidades sean definitivas⁷⁰. Sin embargo, algunos autores recomiendan el tratamiento quirúrgico antes del año, a pesar del mayor riesgo de hematoma e infección, para evitar posibles deformidades faciales y vertebrales⁷¹.

El abordaje quirúrgico más utilizado son las tenotomías y miotomías del ECM, y en ocasiones el alargamiento de músculos que han sufrido procesos cicatriciales previos. En el caso de las tenotomías (de aproximadamente 1 cm de longitud para evitar recidivas) se suelen realizar tenotomías unipolares, siendo la tenotomía inferior, a nivel de clavícula y esternón, la más frecuentemente aplicada. En casos refractarios o con deformidades esqueléticas y/o faciales, se utiliza la tenotomía bipolar, que consiste en liberar el tendón a nivel superior e inferior. Por otro lado, existe controversia en la realización de la terapia de rehabilitación tras la reparación quirúrgica^{53,61-70}.

PRONÓSTICO

El pronóstico de la TMC depende de la edad de inicio y detección de la patología, de la limitación del movimiento cervical y de los cambios fibróticos del músculo afectado, así como del tipo y rapidez con que se establezca el plan terapéutico. En general, aquellos niños que no muestran gran afectación motora ni tumor de ECM y que son diagnosticados precozmente (especialmente antes de los 3 meses de edad) consiguen una respuesta satisfactoria hasta en el 90% de los casos mediante tratamiento rehabilitador, mientras que, si el tratamiento se inicia más tarde, la tasa de éxito puede verse reducida. En los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico, la tasa de éxito es mayor cuando se realiza antes de los 4 años, y la posibilidad de recidiva de la patología se reduce en los casos de tenotomía bipolar⁷¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nilesh K, Mukherji S. Congenital muscular torticollis. *Ann Maxillofac Surg* 2013;3:198-200.
2. Beasley SW. Torticollis. En: Spencer W, Beasley. *Pediatric Surgery*, pp.31-43. Springer Berlin Heidelberg 2021.
3. Gundrathi J, Cunha B, Tiwari V, Mendez MD. Congenital Torticollis. In: *Stat Pearls*. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2024 Jan 2024 Mar 20.
4. Bashir A, Amjad F, Ahmad A, Arooj A, Gilani SA. Effect of physical therapy treatment in infants treated for congenital muscular torticollis - a narrative review. *J Pak Med Assoc* 2023;73:111-6.
5. Stassen LF, Kerawala CJ. New surgical technique for the correction of congenital muscular torticollis (wry neck). *Br J Oral Maxillofac Surg* 2000;38:142-7.
6. Płomiński J, Olesińska J, Kamelska-Sadowska AM, Nowakowski JJ, Zaborowska-Sapeta K. Congenital Muscular Torticollis-Current Understanding and Perinatal Risk Factors: A Retrospective Analysis. *Healthcare (Basel)* 2023;12:13.
7. Obajeun OA, Abaza A, Jaramillo AP, et al. Congenital Torticollis in a Child with Cervical Spine Deformity: A Case Report and Literature Review. *Cureus* 2023;15:e46098.
8. Kaggare Puttaraju M, Manjunatha BS, Patil K, Kaiyoor LS. Unusual association of torticollis with Russell-Silver syndrome. *BMJ Case Rep* 2023;16:e253967.
9. Chen MM, Chang HC, Hsieh CF, Yen MF, Chen THH. Predictive model for congenital muscular torticollis: analysis of 1021 infants with sonography. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:2199-203.
10. Minghelli B, Vitorino NGD. Incidence of Congenital Muscular Torticollis in Babies from Southern Portugal: Types, Age of Diagnosis and Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:9133.
11. Kuo AA, Tritasavit S, Graham JM. Congenital muscular torticollis and positional plagiocephaly. *Pediatr Rev* 2014;35:79-86.
12. Kim MW, Kim DY, Lee DW, Ryoo DH, Kim J, Jang DH. Concurrence of Congenital Muscular Torticollis and Congenital Torticollis Due to Other Anomalies: Two Case Reports. *Front Pediatr* 2021;9:709616.
13. Suárez C, Gil-Carcedo L, Medina J, Marco J, Ortega P, Trinidad J. *Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*. 2nd ed. Médica Panamericana; 2007. pp 3666-87.
14. Schünke M, Schulte E, Schumacher U. *Prometheus texto y atlas de anatomía: Anatomía general y aparato locomotor*. t. I. Madrid: Médica Panamericana; 2007. Pp 539.
15. Huegel M, Kenyon LK. Application of the Clinical Practice Guideline for Congenital Muscular Torticollis: A Case Report. *Pediatr Phys Ther* 2019;31:1-5.
16. Rahlin M, Haney NB, Barnett J. Perception-Action Approach Versus Standard Care for Infants with Congenital Muscular Torticollis: A Pilot Single-Blind Randomized Controlled Trial. *Phys Ther* 2024;104:pzae038.
17. Tillinghast AB, Greve KR, Le Cras SPTOT Collar Use in Complex Case of Congenital Muscular Torticollis with Persistent Head Tilt. *Pediatr Phys Ther* 2024;36:113-8.
18. Padre JA, Callaghan H, Lim R, Thomas N. Early recognition of unilateral absence of sternocleidomastoid muscle in a newborn presenting with contralateral congenital torticollis. *BMJ Case Rep* 2023;16:e258532.
19. Sargent B, Kaplan SL, Coulter C, Baker C. Congenital Muscular Torticollis: Bridging the Gap Between Research and Clinical Practice. *Pediatrics* 2019;144:582.
20. Han MH, Kang JY, Do HJ, et al. Comparison of Clinical Findings of Congenital Muscular Torticollis between Patients with and without Sternocleidomastoid Lesions as Determined by Ultrasonography. *J Pediatr Orthop* 2019;39:226-31.
21. Tatli B, Aydinli N, Çaliskan M, Ozmen M, Bilir F, Acar G. Congenital Muscular Torticollis: Evaluation and Classification. *Pediatr Neurol* 2006;34:41-4.
22. Davids J, Wenger D, Mubarak S. Congenital muscular torticollis: sequela of intrauterine or perinatal compartment syndrome. *J Pediatr Orthop* 1993;13:141-7.
23. Engin C, Yavuz SS, Şahin FI. Congenital muscular torticollis: is heredity a possible factor in a family with five torticollis patients in three generations? *Plast Reconstr Surg* 1997;99:1147-50.
24. Snyder EM, Coley BD. Limited Value of Plain Radiographs in Infant Torticollis. *Pediatrics* 2006;118:e1779-84.
25. Dittthakasem K, Kolar J. Deformational Plagiocephaly: A Review. *Pediatr Nurs* 2017;43:59-64.
26. Hu CF, Fu TC, Chen CY, Chen CPC, Lin YJ, Hsu CC. Longitudinal follow-up of muscle echotexture in infants with congenital muscular torticollis. *Medicine* 2017;96:e6068.
27. Nilesh K, Mukherji S. Congenital muscular torticollis. *Ann Maxillofac Surg* 2013;3:198.
28. Yim SY, Yoon D, Park MC, et al. Integrative analysis of congenital muscular torticollis: from gene expression to clinical significance. *BMC Med Genomics* 2013;6:S10.
29. Cheng JCY, Tang SP, Chen TMK, Wong MWN, Wong EMC. The clinical presentation and outcome of treatment of congenital muscular torticollis in infants—a study of 1,086 cases. *J Pediatr Surg* 2000;35:1091-6.
30. Kaplan SL, Coulter C, Sargent B. Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis: A 2018 Evidence-Based Clinical Practice Guideline from the APTA Academy of Pediatric Physical Therapy. *Pediatr Phys Ther* 2018;30:240-90.
31. Cabrera-Martos I, Valenza MC, Valenza-Demet G, Benítez-Feliponi Á, Robles-Vizcaíno C, Ruiz-Extremera Á. Impact of torticollis associated with plagiocephaly on infants' motor development. *J Craniofac Surg* 2015;26:151-6.
32. Öhman A, Nilsson S, Lagerkvist AL, Beckung E. Are infants with torticollis at risk of a delay in early motor milestones compared with a control group of healthy infants? *Dev Med Child Neurol* 2009;51:545-50.
33. Watemberg N, Ben-Sasson A, Goldfarb R. Transient Motor Asymmetry Among Infants with Congenital Torticollis-Description, Characterization, and Results of Follow-Up. *Pediatr Neurol* 2016;59:36-40.
34. Öhman A, Beckung E. Children who had congenital torticollis as infants are not at higher risk for a delay in motor development at preschool age. *PM R* 2013;5:850-5.
35. Klose VB, Dupré MLI, Ferreira AZ. Current considerations in the management of positional plagiocephaly. *Andes Pediatría* 2023;94:134-43.
36. Beuriat PA, Szathmari A, Di Rocco F, Mottolese C. Deformational plagiocephaly: State of the art and review of the literature. *Neurochirurgie* 2019;65:322-9.
37. Rogers GF, Oh AK, Mulliken JB. The Role of Congenital Muscular Torticollis in the Development of Deformational Plagiocephaly. *Plast Reconstr Surg* 2009;123:643-52.
38. Jung BK, Yun IS. Diagnosis and treatment of positional plagiocephaly. *Arch Craniofac Surg* 2020;21:80.
39. Moraleda L, Albiñana J, Salcedo M, Gonzalez-Moran G. Displasia del desarrollo de la cadera. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* 2013;57:67-77.
40. Lee MC, Ebersson CP. Growth and Development of the Child's Hip. *Orthop Clin North Am* 2006;37:119-32.
41. Gou P, Li J, Li X, et al. Clinical features and management of the developmental dysplasia of the hip in congenital muscular torticollis. *Int Orthop* 2022;46:883-7.
42. Joiner ERA, Andras LM, Skaggs DL. Screening for hip dysplasia in congenital muscular torticollis: is physical exam enough? *J Child Orthop* 2014;8:115.
43. Funao H, Isogai N, Otomo N, et al. Clinical Results after Release of Sternocleidomastoid Muscle Surgery for Neglected Congenital Muscular Torticollis-Unipolar vs. Bipolar Release Surgery. *J Clin Med* 2023 Dec 26;13:131.
44. Cheng JCY, Tang SP, Chen TMK. Sternocleidomastoid pseudotumor and congenital muscular torticollis in infants: A prospective study of 510 cases. *J Pediatr* 1999;134:712-6.

45. Sargent B, Kaplan SL, Coulter C, Baker C. Congenital Muscular Torticollis: Bridging the Gap Between Research and Clinical Practice. *Pediatrics* 2019;144:582.
46. Tien YC, Su JY, Lin GT, Lin SY. Ultrasonographic study of the co-existence of muscular torticollis and dysplasia of the hip. *J Pediatr Orthop* 2001;21:343-7.
47. Hwang D, Shin YJ, Choi JY, Jung SJ, Yang SS. Changes in muscle stiffness in infants with congenital muscular torticollis. *Diagnostics (Basel)* 2019;9:158.
48. Lee SJ, Han JD, Lee HB, et al. Comparison of Clinical Severity of Congenital Muscular Torticollis Based on the Method of Child Birth. *Ann Rehabil Med* 2011;35:641.
49. Park GY, Kwon DR, Kwon G. Shear wave sonoelastography in infants with congenital muscular torticollis. 2018. *Medicine* 2018;97:pe9818.
50. Brandenburg JE, Eby SF, Song P, et al. Ultrasound elastography: The new frontier in direct measurement of muscle stiffness. *Arch Phys Med Rehabil* 2014;95:2207-19.
51. Bilgici MC, Bekci T, Ulus Y, Ozyurek H, Aydin OF, Tomak L, et al. Quantitative assessment of muscular stiffness in children with cerebral palsy using acoustic radiation force impulse (ARFI) ultrasound elastography. *J Med Ultrason* 2018;45:295-300.
52. Li Y, Sun J, Qiu X, Li Q, Wang W, Zhu S, et al. Using Flexible and Stretchable Surface Electromyography Electrode Array to Evaluate Congenital Muscular Torticollis in Children. *IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering* 2023;31:2477-85.
53. Song S, Hwang W, Lee S. Effect of physical therapy intervention on thickness and ratio of the sternocleidomastoid muscle and head rotation angle in infants with congenital muscular torticollis: A randomized clinical trial (CONSORT). *Medicine (Baltimore)* 2021;100:e26998.
54. Bajaj J, Ratre S, Parihar VS, Agarwal P, Yadav Y, Sharma D. Bipolar Release of Sternocleidomastoid for Congenital Muscular Torticollis. *Neurol India* 2023;71:427-30.
55. Parau D, Todoran AB, Balasa R. Factors Influencing the Duration of Rehabilitation in Infants with Torticollis—A Pilot Study. *Medicina (Kaunas)* 2024;60:165.
56. Pathak A, Gyanpuri V, Dev P, Dhiman NR. The Bobath Concept (NDT) as rehabilitation in stroke patients: A systematic review. *J Family Med Prim Care* 2021;10:3983.
57. Kwon DR, Cho SC. Efficacy of Intensive Inpatient Therapy in Infants with Congenital Muscular Torticollis Involving the Entire Sternocleidomastoid Muscle. *Children (Basel)* 2023;10:1088.
58. Pastor-Pons I, Hidalgo-García C, Lucha-López MO, et al. Effectiveness of pediatric integrative manual therapy in cervical movement limitation in infants with positional plagiocephaly: a randomized controlled trial. *Ital J Pediatr* 2021;47:41.
59. Durguti Z, Murtezani A, Spahiu L, Durguti T, Gara E. Management of Infants with Congenital Muscular Torticollis. *J Ped Neurol* 2019;17:138-42.
60. Christensen C, Landsettle A, Antoszewski S, Ballard BB, Carey H, Pax Lowes L. Conservative management of congenital muscular torticollis: an evidence-based algorithm and preliminary treatment parameter recommendations. *Phys Occup Ther Pediatr* 2013;33:453-66.
61. Castilla A, Gonzalez M, Kysh L, Sargent B. Informing the Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis Clinical Practice Guideline: A Systematic Review. *Pediatr Phys Ther* 2023;35:190-200.
62. Bashir A, Amjad F, Ahmad A, Arooj A, Gilani SA. Effect of physical therapy treatment in infants treated for congenital muscular torticollis - a narrative review. *J Pak Med Assoc* 2023;73:1111-6.
63. Limpaphayom N, Kohan E, Huser A, Michalska-Flynn M, Stewart S, Dobbs MB. Use of Combined Botulinum Toxin and Physical Therapy for Treatment Resistant Congenital Muscular Torticollis. *J Pediatr Orthop* 2019;39:e343-8.
64. Qiu X, Cui Z, Tang G, Deng H, Xiong Z, Han S, et al. The Effectiveness and Safety of Botulinum Toxin Injections for the Treatment of Congenital Muscular Torticollis. *J Craniofac Surg* 2020;31:2160-6.
65. Pan P. The Transaxillary Subcutaneous Endoscopic Sternocleidomastoid Muscle Division as an Approach for the Surgical Treatment of Congenital Muscular Torticollis in Children. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2020;72:123-7.
66. Kim MW, Kim DY, Lee DW, Ryoo DH, Kim J, Jang DH. Concurrency of Congenital Muscular Torticollis and Congenital Torticollis Due to Other Anomalies: Two Case Reports. *Front Pediatr* 2021;9:709616.
67. Shim JS, Jang HP. Operative treatment of congenital torticollis. *J Bone Joint Surg Br* 2008;90:934-9.
68. Cheng JCY, Wong MWN, Tang SP, Chen TMK, Shum SLF, Wong EMC. Clinical determinants of the outcome of manual stretching in the treatment of congenital muscular torticollis in infants. A prospective study of eight hundred and twenty-one cases. *J Bone Joint Surg Am.* 2001;83(5):679-87.
69. Guo S, Zheng Y, Zhang Z, et al. Factors associated with postoperative muscle reconnection in children's congenital muscular torticollis. *Transl Pediatr* 2023;12:1707-14.
70. Lacruz-Rengel MA, Romero A L, Márquez-Albornoz C, Rojas de Hernández M. Características clínicas y evolutivas del torticollis muscular congénito. *Arch Venez Pueric Pediatr* 2013;76:12-6.
71. Zhao Z, Deng H, Li Y, et al. Experience with the management of 2599 cases of congenital muscular torticollis and a multicenter epidemiological investigation in 17 hospitals in China. *BMC Musculoskelet Disord* 2023;24:901.

Parálisis del nervio hipogloso mayor secundario a metástasis de cáncer renal

Greater hypoglossal nerve palsy secondary to renal cancer metastasis

Paula Calello¹, Martín Gómez Lastra², Ariel Miquelini², Daiana Trovato¹

Fronteras en Medicina 2024;19(4):282-283. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202404/0282-0283>

La parálisis del hipogloso mayor unilateral es infrecuente, su compromiso puede darse en cualquier punto de su recorrido, ya sea a nivel central o periférico. Las causas más frecuentes son tumorales (con mayor frecuencia por compromiso secundario que primario), iatrogénica posquirúrgica, idiopática, traumática, inflamatoria y menos frecuentemente de causa vascular y posradiación. Entre los síntomas más frecuentes se encuentra disfagia, disartria, debilidad muscular de la lengua, cefalea, ronquera y babeo. Los signos suelen ser desviación y atrofia muscular de la lengua. El diagnóstico se realiza por sospecha clínica acompañado de imágenes. El tratamiento dependerá de la etiología subyacente¹⁻³.

Se presenta una mujer de 68 años que consultó por disartria de una semana de evolución asociada a desviación de la lengua hacia la izquierda y cefalea holocraneana con predominio en región cervical y temporal derecha. La paciente presentó antecedentes personales de extabaquismo, hipotiroidismo y cáncer de células claras estadio IV progresado a páncreas, hígado y nivel óseo, realizando 3^a línea con nivolumab. Al examen físico se encontró lúcida, fuerza y sensibilidad en cuatro miembros conservada. Pares craneales I al XI conservados, XII par derecho afectado, evidenciado como desviación de la lengua hacia la izquierda. Lenguaje coherente con dificultad para articular la palabra.

Se realizó tomografía de cerebro sin contraste, sin hallazgos patológicos; difusión por resonancia sin restric-

ción aguda y resonancia de cerebro con gadolinio que evidencia a nivel del cóndilo occipital derecho en proyección del conducto hipogloso lesión sólida de aproximadamente 12 x 11 mm sugestiva de secundarismo (Figuras 1 a 3).



Figura 1. Corte axial - RM - T2. A nivel del cóndilo occipital derecho en proyección del conducto hipogloso, se observa una lesión sólida, expansiva e infiltrante, predominantemente hiperintensa, con áreas hipointensas en su interior.

1. Servicio de Clínica Médica. Hospital Británico de Buenos Aires
2. Servicio de Diagnóstico por imágenes. Hospital Británico de Buenos Aires

Correspondencia: Paula Calello. Hospital Británico de Buenos Aires Perdriel 74, CP 1280 Buenos Aires, Argentina. Tel: 4309-6400. pcalello@hbritanico.com.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 03/07/2024 | Aceptado: 17/08/2024

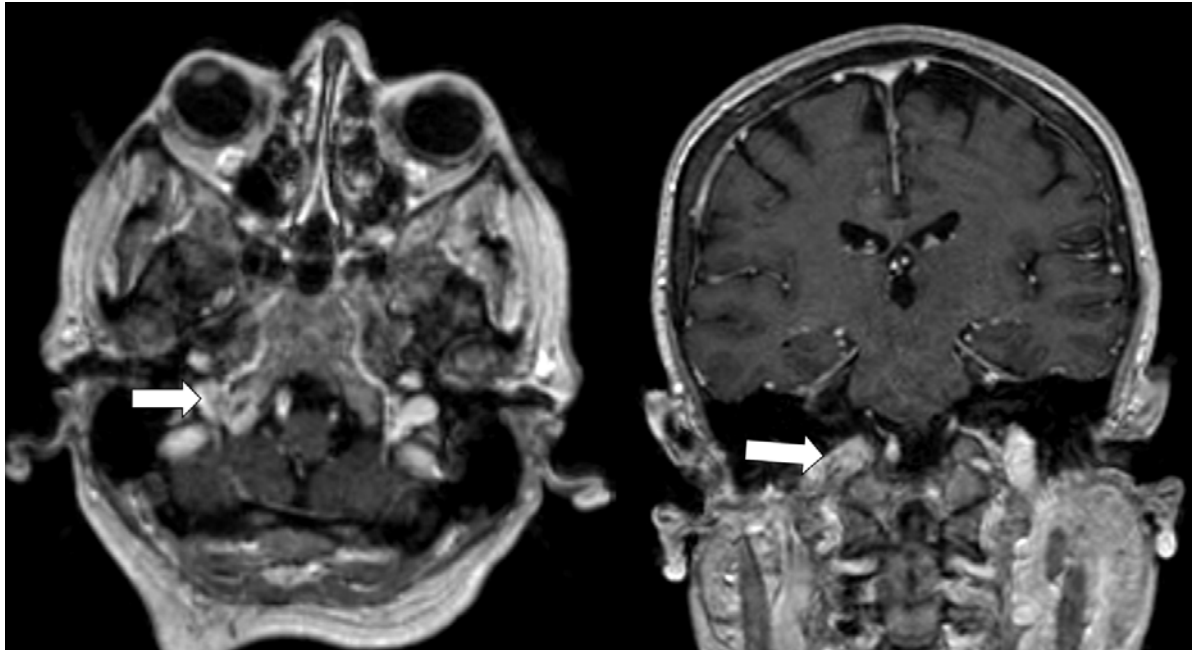


Figura 2. Corte axial (A) y Corte coronal (B) - RM - T1 con contraste ev. A nivel del cóndilo occipital derecho en proyección del conducto hipogloso, se observa una lesión sólida, expansiva e infiltrante, con realce heterogéneo tras la administración del contraste endovenoso, sugestiva de secundarismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guarnizo A, Glikstein R, Torres C. Imaging Features of isolated hypoglossal nerve palsy. *J Neuroradiol* 2020;47:136-50.
2. Stino AM, Smith BE, Temkit M, Reddy SN. Hypoglossal nerve palsy: 245 cases. *Muscle Nerve* 2016;54:1050-4.
3. Vicente-Pascual M, Gallego-Sánchez Y, Vázquez-Justes D, Andreu-Mencia L. Etiología de la parálisis del nervio hipogloso. Revisión sistemática. *Rev ORL* 2021;12:47-53.



Figura 3. Corte coronal - TC - ventana ósea: Se observa compromiso osteolítico en el cóndilo occipital derecho generado por la lesión expansiva.

Cáncer de mama en mujeres jóvenes

Breast cancer in young women

María Delfina Ocampo, Rosario Biasutto, Candela de la Sierra, Lucas Cogorno, Juan Isetta, Gabriela Candás, Agustina González Zimmermann, Santiago Acevedo, María Agustina Bemí, Mariana Zanni, Juan Luis Uriburu

Fronteras en Medicina 2024;19(4):284-288. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202404/0284-0288>

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la patología oncológica más frecuente en nuestro país, con 22024 nuevos casos en 2020; esto representa un 32.1% de los carcinomas diagnosticados en mujeres¹.

En Estados Unidos, las pacientes con cáncer de mama menores de 40 años representaron el 4% del total en 2019². En nuestra institución, en los últimos 10 años, constituyeron el 10.7%; si tomamos en cuenta las menores de 35 años, correspondieron al 3.8%.

En los últimos años se ha visto un aumento de la incidencia a edades más tempranas, estos casos se caracterizan por tener una evolución más agresiva y muchas veces un diagnóstico más tardío ya que estas pacientes no son objetivo de estudio de los programas de *screening*². También plantean mayor complejidad en cuanto al tratamiento, al tratarse de pacientes económicamente activas, que muchas veces no completaron su proyecto de maternidad. Es importante abordar estas pacientes en forma multidisciplinaria.

DIAGNÓSTICO

Al no estar incluidas en los programas de *screening*, un motivo de consulta habitual en este grupo etario es el hallazgo de nódulo palpable. Ante este hallazgo, se inicia el algoritmo diagnóstico habitual, conformado por mamografía, complemento ecográfico, dada la densidad mamaria y frecuentemente resonancia magnética nuclear mamaria (**Figura 1**)³.

Servicio de Mastología, Hospital Británico de Buenos Aires

Correspondencia: Juan Luis Uriburu. Servicio de Mastología, Hospital Británico de Buenos Aires. Perdriel 74, C1280AEB CABA, Argentina. Tel.: +54 11 4309 6400. juriburu@hbritanico.com.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 07/07/2024 | Aceptado: 16/08/24

También se puede considerar el uso de tomosíntesis, ya que aumenta la sensibilidad en pacientes con mamas densas².

En nuestro país la recomendación de *screening* en pacientes de riesgo habitual es iniciar con mamografía en forma anual a partir de los 40 años; en pacientes con mamas densas (ACR C o D) debemos considerar el agregado de ecografía como complemento. Se encuentra en revisión la utilidad de la mamografía contrastada y la resonancia mamaria con contraste en este grupo de pacientes³.

ASESORAMIENTO GENÉTICO ONCOLÓGICO

Todas las pacientes jóvenes con diagnóstico de cáncer de mama deberían tener un estudio genético, preferentemente un panel de genes que evalúe genes de alta y moderada penetrancia para cáncer de mama. Previamente y con el resultado deberían recibir un asesoramiento genético oncológico por parte de su médico tratante u otro miembro del equipo²⁻⁵.

TRATAMIENTO

Tratamiento locorregional. El tratamiento no debería diferir de lo planteado en el grupo de pacientes posmenopáusicas. La cirugía conservadora está indicada según la relación entre el tamaño mamario y el tumoral, siempre seguida por tratamiento radiante, ya que no se observó un aumento del riesgo de recidiva en este grupo poblacional. Está aconsejado ofrecer técnicas de reconstrucción en cirugía conservadora o posmastectomía.

En caso de realizar una mastectomía, siempre que no haya una contraindicación dada por la extensión de la enfermedad o comorbilidades, debe ofrecerse una reconstrucción mamaria.

En este grupo de pacientes hay una mayor tendencia a realizar mastectomías unilaterales e incluso mastectomías de reducción de riesgo contralateral.

En cuanto al abordaje axilar, siempre que la extensión de la enfermedad lo permita, debe ofrecerse la técnica

ca de ganglio centinela. Y realizar una linfadenectomía axilar siguiendo las mismas indicaciones que en otros grupos de pacientes.

Lo mismo sucede con la radioterapia del volumen mamario, lecho de mastectomía y de las áreas ganglionares. Hay escasa evidencia para utilizar esquemas de irradiación parcial de la mama y los esquemas de ultrahipofraccionamiento en este grupo de pacientes²⁻⁶.

Tratamiento sistémico. En cuanto a la endocrinoterapia, debido a la falta de evidencia, no debería ser utilizada como tratamiento neoadyuvante fuera de ensayos clínicos en este grupo etario.

Con respecto a la endocrinoterapia adyuvante, en pacientes de bajo riesgo de recurrencia se recomienda el uso de tamoxifeno como monoterapia; y en casos de mayor riesgo se adiciona la supresión de la función ovárica (SFO) prefiriendo la combinación con inhibidores de la aromatasa (IA) y reservando la combinación con tamoxifeno para casos de intolerancia o efectos adversos a los IA ya que en el análisis de SOFT y TEXT se observó una pequeña diferencia en sobrevida libre de enfermedad (SLE) a favor de los IA, sin diferencia significativa en sobrevida global (SG)^{6,7}. La duración indicada del tratamiento es de 5 años. Se observó un beneficio más importante en la subpoblación de menores a 35 años⁶.

En el estudio ATLAS se observó que en pacientes de alto riesgo hay beneficio en SLE y SG al extender el uso de tamoxifeno por más de 5 años. No hay bibliografía que avale extender el uso de SFO o IA por más de 5 años^{6,8}.

Particularmente en menores de 35 años se observó que por la mayor reserva ovárica, la SFO fue subóptima, por lo que en este grupo se recomienda evaluar los niveles de estrógeno circulante periódicamente. Se recomienda realizar la supresión con agonistas de FSH en forma mensual. Otra opción es la ooforectomía quirúrgica, pero esta no se recomienda como tratamiento de elección para evitar una menopausia precoz⁶. Se podría considerar el uso de abemaciclib en pacientes de alto riesgo de recaída².

Con respecto al uso de plataformas genómicas, si bien tienen utilidad para la elección del tratamiento adyuvante, es importante destacar que en los estudios de validación las pacientes menores de 40 años representan menos de 4% de toda la población reclutada y por otra parte menos del 15% de las pacientes premenopáusicas recibieron supresión de la función ovárica en estos trials².

En cuanto a las indicaciones de quimioterapia neoadyuvante y adyuvante, inhibidores de HER2 e inmunoterapia, no hay diferencias con respecto a otros grupos etarios. Dada la toxicidad a largo plazo de las antraciclinas, en tumores RH+ y HER2+ se evalúa evitar el uso de estas últimas²⁻⁶.

PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD Y EMBARAZO LUEGO DEL CÁNCER DE MAMA

La quimioterapia administrada a pacientes con cáncer de mama puede tener un impacto negativo y significativo en la fertilidad. Esto se debe a su efecto directo sobre los ovarios, capaz de provocar una disminución en la reserva folicular debido a la muerte celular apoptótica⁹. Este proceso puede afectar la capacidad de una mujer para concebir después del tratamiento, y así plantear preocupaciones importantes sobre la fertilidad y la planificación familiar para las pacientes.

La conversación sobre temas relacionados con la fertilidad no debe subestimarse ni postergarse, especialmente en el contexto de la oncología, donde los tiempos pueden ser limitados, especialmente en mujeres jóvenes. Es comprensible que el enfoque principal esté en el tratamiento del cáncer y en la atención médica urgente que requiere; sin embargo, abordar la fertilidad de manera oportuna es fundamental, ya que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las pacientes posteriormente al tratamiento. Es interesante notar la disparidad que existe sobre la conversación entre pacientes y médicos sobre fertilidad en el contexto del cáncer de mama. Se estima que entre el 34% y el 72% de las pacientes mantienen en la consulta una conversación sobre dicha temática^{9,10}. Según Partridge, el 73% de las pacientes tienen al menos preocupaciones menores y el 39% preocupaciones mayores sobre fertilidad¹¹. El 29% de las pacientes refieren incluso que estos temas afectan sus decisiones con respecto al tratamiento¹².

Los tres métodos más difundidos para preservación de la fertilidad son:

Criopreservación de embriones: Este método implica fertilizar óvulos con espermatozoides para crear embriones, que luego se congelan y almacenan para su uso futuro.

Criopreservación de ovocitos: En este proceso, los óvulos de una mujer se recolectan y se vitrifican sin fertilizar. Esto permite a la mujer preservar sus óvulos para su uso futuro, incluso si no tiene una pareja masculina en el momento de la recolección.

Preservación del tejido ovárico: Cuando no es posible realizar la criopreservación de embriones o de ovocitos, se puede optar por la preservación del tejido ovárico. En este procedimiento, se extrae una porción del tejido ovárico de la paciente y se congela para su almacenamiento. En el futuro, este tejido puede ser descongelado y reimplantado en los ovarios de la paciente para restaurar su función ovárica.

Es importante tener en cuenta que la estimulación ovárica es necesaria para la criopreservación de embriones y ovocitos, lo que implica un proceso de al menos dos semanas. Sin embargo, la preservación del tejido ovárico puede ser una opción en ciertos casos, si la estimu-

lación ovárica no es posible o está contraindicada. No es prudente demorar el inicio de la quimioterapia adyuvante más de 6 semanas; por tanto, se debe realizar en este período de tiempo¹².

El uso de análogos de GnRH se ha convertido en una herramienta valiosa para la protección de la función ovárica, facilitando tanto el mantenimiento como la reanudación de la menstruación y la prevención de la insuficiencia ovárica prematura. Sin embargo, la evidencia sobre su efectividad en la protección de la fertilidad aún es limitada. Esta alternativa muestra especialmente buenos resultados en mujeres menores de 40 años¹³⁻¹⁵.

El tratamiento con tamoxifeno presenta un riesgo bajo de fallo ovárico, y este riesgo varía según la edad. En mujeres menores de 45 años, el riesgo de fallo ovárico con tamoxifeno es similar al de las mujeres no tratadas. En contraste, en mujeres mayores de 45 años, el riesgo de fallo ovárico aumenta en aproximadamente un 10% en comparación con las mujeres no tratadas¹⁶.

El uso de tamoxifeno durante el embarazo puede ser teratogénico y se recomienda esperar al menos tres meses después de su suspensión antes de intentar concebir¹⁷.

El ensayo POSITIVE ha demostrado que interrumpir temporalmente la terapia endocrina habiendo cumplido un mínimo de 18 meses de tratamiento para permitir el embarazo en mujeres con antecedentes de cáncer de mama con receptores hormonales positivos no resulta en un empeoramiento significativo de los resultados a corto plazo del cáncer de mama. Más aún, se vio mejores resultados en riesgo de recurrencia en mujeres que tuvieron un embarazo (*healthy mother effect*), pero esto podría deberse a un sesgo de selección, ya que las mujeres con menor riesgo de recurrencia serían las que intentan un embarazo posterior al tratamiento.

CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO

Si bien esta no es una situación habitual, dada la postergación de la maternidad, existen más frecuentemente casos en los que se diagnostica cáncer de mama durante el embarazo. El diagnóstico suele ser en estadios más avanzados. La interrupción del embarazo no es una indicación terapéutica. En cuanto al tratamiento locorregional, se realizan más frecuentemente mastectomías ya que la radioterapia está contraindicada durante el embarazo. A partir del segundo trimestre se puede indicar quimioterapia. La hormonoterapia y los anticuerpos monoclonales están contraindicados^{6,18}. La sobrevida de las pacientes tratadas durante el embarazo fue equivalente a la de las pacientes con el mismo estadio no embarazadas¹⁹. No hubo un aumento significativo de malformaciones o restricción del crecimiento intrauterino en neonatos expuestos a quimioterapia²⁰.

ANTICONCEPCIÓN POSTERIOR AL CÁNCER DE MAMA

Dentro de este grupo etario, las pacientes son sexualmente activas posteriormente al diagnóstico y los tratamientos. El uso de anticoncepción es de 58% antes del diagnóstico y posteriormente cae abruptamente (38% en el primer año)²¹. Es importante destacar la importancia de un correcto asesoramiento por parte del equipo tratante al momento del diagnóstico.

Está contraindicado el uso de anticoncepción hormonal, y los métodos más utilizados son el dispositivo intrauterino de cobre (77%), el preservativo masculino (13%) y en menor medida los métodos quirúrgicos (4%)²².

CALIDAD DE VIDA LUEGO DEL CÁNCER DE MAMA - SURVIVORSHIP

El síndrome genitourinario y los sofocos son un tema relevante en esta población debido a la disminución de los niveles de estrógenos en consecuencia del tratamiento. Esta condición puede provocar síntomas como sequedad vaginal, alteraciones en el flujo, infecciones vaginales y urinarias recurrentes, dispareunia y alteraciones del sueño.

Para el tratamiento de la atrofia vaginal, el ácido hialurónico local ha demostrado ser beneficioso para aliviar los síntomas al mejorar la hidratación y elasticidad de los tejidos. El uso de estrógenos locales, como cremas u óvulos no se encuentra contraindicado. La evidencia científica actual no muestra un aumento en la mortalidad específica por cáncer de mama en pacientes que utilizan estrógenos vaginales en comparación con aquellas que no reciben terapia de reemplazo hormonal²³.

Para el manejo de los sofocos se han propuesto varias alternativas farmacológicas no hormonales. Estas pueden mejorar los síntomas vasomotores y, en consecuencia, la calidad del sueño. Entre ellas, se incluyen: venlafaxina y citalopram, que son inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina; clonidina, un agonista alfa-2 adrenérgico, y los anti-convulsivantes gabapentina y pregabalina. Dentro del grupo de los inhibidores de la recaptación de serotonina debe evitarse el uso de paroxetina y fluoxetina ya que son inhibidores potentes de la enzima CYP2D6, que convierte al tamoxifeno en su metabolito activo, el endoxifeno^{24,25}.

Las pacientes de este grupo etario tienen mayor morbilidad y peores indicadores en cuanto a su estilo de vida ya que es una etapa en la cual las pacientes son económicamente activas y están planificando su maternidad, entre otras actividades.

Están expuestas a efectos adversos como una falla ovárica precoz, con los síntomas que esta trae aparejados y cambios en su imagen corporal secundarios a los tratamientos quirúrgicos⁶.

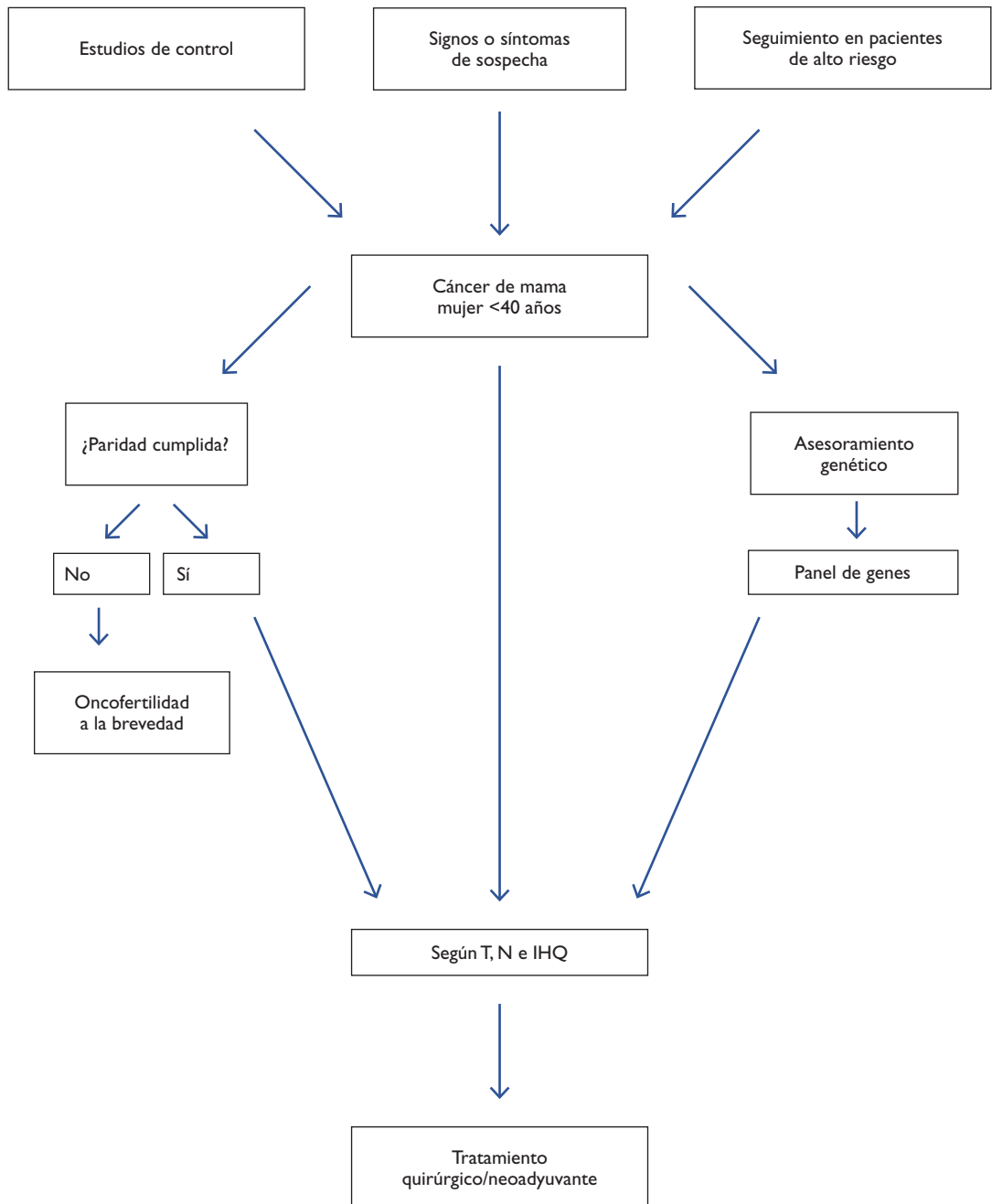


Figura 1. Algoritmo diagnóstico.

Un estudio realizado en Francia arrojó que a los dos años de finalizado el tratamiento, el 13.2% de las mujeres de entre 18 y 39 años no pudieron reinsertarse laboralmente. Identificaron una asociación estadísticamente significativa en pacientes con estadios más avanzados que recibieron anticuerpos monoclonales además de quimioterapia y que tuvieron una mastectomía con linfadenectomía axilar²⁶. En este grupo es especialmente importante el se-

guimiento como equipo multidisciplinario, teniendo en cuenta el apoyo por parte del equipo de psicooncología, la preservación de la fertilidad, un correcto asesoramiento sobre la planificación familiar, sexualidad, pesquisar los posibles efectos adversos y secuelas del tratamiento para apoyar la reinsertión laboral y social de las pacientes. Es importante promover un estilo de vida saludable con alimentación variada y práctica de ejercicio regular.

BIBLIOGRAFIA

1. Estadísticas - Incidencia. En: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>; (consultado el 24/4/24).
2. Paluch-Shimon S, Cardoso F, Partridge A, et al. ESO-ESMO fifth international consensus guidelines for breast cancer in young women (BCY5). *Annals of Oncology* 2022;33:1097-118.
3. Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Tamizaje en Cáncer de Mama. 2021. En: <https://www.samas.org.ar/archivos/consenso-tamizaje.pdf>; (consultado el 24/5/24).
4. Solicitud de estudios genéticos en cáncer de mama hereditario. Guía de recomendación. En: <https://www.samas.org.ar/archivos/SAM%20Guia%20Estudios%20geneticos%20NOV.pdf>; (consultado el 24/5/24).
5. NCCN Guidelines. Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, and Pancreatic. Version 3.2024; (consultado el 24/5/24).
6. Tesch M., Partridge A. Treatment of Breast Cancer in Young Adults. 2022 ASCO EDUCATIONAL BOOK | [asco.org/edbook](https://www.asco.org/edbook). 795-806.
7. Regan M, Walley B, Fleming G, et al. Randomized comparison of exemestane (E) plus ovarian function suppression (OFS) vs tamoxifen (T) plus OFS in premenopausal women with hormone receptor-positive (HR+) early breast cancer (BC): update of the combined TEXT and SOFT trials. *Cancer Res* 2022;82:4s(suppl; abstr GS2-05).
8. Davies C, Pan H, Godwin J, et al. Adjuvant Tamoxifen: Longer Against Shorter (ATLAS) Collaborative Group. Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of oestrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomised trial. *Lancet* 2013;381:805-16.
9. Baulies S, Devesa M, García M, Fargas F. ¿Debemos incorporar la preservación de la fertilidad en el protocolo diagnóstico-terapéutico del cáncer? *Rev Senol Patol Mamar* 2017;30:1-2.
10. Duffy CM, Allen SM, Clark MA. Discussions regarding reproductive health for young women with breast cancer undergoing chemotherapy. *J Clin Oncol* 2005;23:766-73.
11. Howard-Anderson J, Ganz PA, Bower JE, Stanton AL. Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst* 2012;104:386-405.
12. Araa C, Giménez M, Cusidó M, Fabregas R. Consenso de cáncer de mama y fertilidad, Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. *Revista de sexología y patología mamaria* 2015;28:172-80.
13. Lambertini M, Moore H, Leonard R, et al. Gonadotropin-Releasing Hormone Agonists During Chemotherapy for Preservation of Ovarian Function and Fertility in Premenopausal Patients with Early Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis of Individual. *J Clin Oncol* 2018;36:1981-90.
14. Leonard R, Adamson D, Bertelli G, et al. Anglo Celtic Collaborative Oncology Group and National Cancer Research Institute Trialists. GnRH agonist for protection against ovarian toxicity during chemotherapy for early breast cancer: OPTION trial. *Ann Oncol* 2017;28:1811-6.
15. Chen H, Xiao L, Li J, Cui L, Huang W. Adjuvant gonadotropin-releasing hormone analogues for the prevention of chemotherapy-induced premature ovarian failure in premenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019;3:CD008018.
16. Baulies S, Devesa M, García M, Fargas F, Ara C, Fábregas R. Preservación de la fertilidad: revisión y análisis de los tiempos oncológicos. *Rev Senol Patol Mamar* 2017;30:3-9.
17. Partridge A, Niman S, Ruggeri M, et al. International Breast Cancer Study Group; POSITIVE Trial Collaborators. Interrupting Endocrine Therapy to Attempt Pregnancy after Breast Cancer. *N Engl J Med* 2023;388:1645-56.
18. Peccatori F, Azim H, Orecchia R, et al; ESMO Guidelines Working Group. Cancer, pregnancy and fertility: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2013;24(Suppl 6):vi160-vi170.
19. Amant F, von Minckwitz G, Han SN, et al. Prognosis of women with primary breast cancer diagnosed during pregnancy: results from an international collaborative study. *J Clin Oncol* 2013;31:2532-9.
20. Cardonick E, Dougherty R, Grana G, et al. Breast cancer during pregnancy: maternal and fetal outcomes. *Cancer J* 2010;16:76-82.
21. Lambertini M, Massarotti C, Havas J. Contraceptive Use in Premenopausal Women With Early Breast Cancer. *JAMA Network Open* 2022;5:e2233137.
22. Mørch LS, Friis S, Meaidi A, et al. Hormonal contraception use before and after breast cancer diagnosis: A nationwide drug utilization study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2022;31:706-9.
23. McVicker L, Labeit AM, Coupland CAC, et al. Vaginal Estrogen Therapy Use and Survival in Females With Breast Cancer. *JAMA Oncol* 2024;10:103-8.
24. L'Espérance S, Frenette S, Dionne A, Dionne JY. Comité de l'évolution des pratiques en oncologie. Pharmacological and non-hormonal treatment of hot flashes in breast cancer survivors: CEPO review. *Support Care Cancer* 2013;21:1461-74.
25. Casper R. Menopausal hot flashes Literature review current through: Sep 2024. UPTODATE.
26. Dumas A, Vaz Luis I, Bovagnet T, et al. Impact of Breast Cancer Treatment on Employment: Results of a Multicenter Prospective Cohort Study (CANTO). *J Clin Oncol* 2019;38:734-43.

Síndrome de Wells: un caso

Wells syndrome: one case

Alejandra Navarrete Ríos¹, Gibsy Villacis Marriott¹, Félix Vigovich², Pablo Young³, Gabriel Noriega¹

RESUMEN

El síndrome de Wells es una dermatosis eosinofílica infrecuente con una etiopatogenia no bien establecida. Se caracteriza por una gran variabilidad clínica que requiere correlación clínica e histológica "figuras en llama" características, para llegar al diagnóstico. Se comunica el caso de un hombre de 70 años con antecedentes de leucemia linfoblástica crónica con lesiones cutáneas papulosas, nodulares y eritematosas de 3 meses de evolución que cumple las características de este síndrome con buena respuesta al tratamiento y resolución de las lesiones cutáneas.

Palabras clave: síndrome de Wells, figuras en llama, dermatosis eosinofílica.

ABSTRACT

Wells syndrome is a rare eosinophilic dermatosis with a poorly established etiopathogenesis. It is characterized by great clinical variability that requires a clinical and histological evaluation of characteristic "flame figures" to reach a diagnosis. We report the case of a 70-year-old man with a history of chronic lymphoblastic leukemia with papular, nodular and erythematous skin lesions of 3 months duration who meets the characteristics of this syndrome with a good response to treatment and resolution of the skin lesions.

Keywords: Wells syndrome, flame figures, eosinophilic dermatosis.

Fronteras en Medicina 2024;19(4):289-291. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202404/0289-0291>

El síndrome de Wells (SW), también conocido como celulitis eosinofílica, es una dermatitis granulomatosa recurrente con infiltrado eosinofílico, descrita por primera vez en 1971 por George Crichton Wells. Se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas polimorfas acompañadas de prurito o ardor, y su etiopatogenia sigue siendo desconocida. Este síndrome se ha asociado con diversos desencadenantes, como picaduras de insectos, infecciones, fármacos y neoplasias, especialmente hematológicas. Aunque su presentación es infrecuente, el SW representa un desafío diagnóstico debido a su semejanza con otras entidades dermatológicas e infecciosas, lo que puede retrasar el inicio del tratamiento adecuado¹.

El diagnóstico se fundamenta en la correlación clínica e histopatológica, siendo clave la identificación de infiltrados eosinofílicos en la dermis y la presencia de hallazgos microscópicos característicos, como las denominadas "figuras en llama". El tratamiento principal consiste en el uso de corticoides sistémicos, que suelen

ofrecer una respuesta favorable en la mayoría de los casos. Sin embargo, el seguimiento es crucial debido a su posible asociación con neoplasias malignas, particularmente oncohematológicas.

A continuación, se presenta el caso de un paciente con antecedentes de leucemia linfocítica crónica (LLC) que desarrolló SW, destacando las características clínicas, hallazgos histopatológicos, manejo terapéutico y evolución del cuadro. Este caso subraya la importancia de considerar el SW en el diagnóstico diferencial de celulitis atípicas y su relación con enfermedades subyacentes como la LLC.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 70 años con antecedente de LLC en 2022, sin criterios de tratamiento y en seguimiento por Servicio de Hematología. Acudió al Servicio de Dermatología por presentar un exantema pruriginoso de 3 meses de evolución, refiere automedicarse antihistamínicos sin mejoría. Al examen físico se observaron placas eritematosas violáceas (**Figura 1**) y lesiones nodulares (**Figura 2**) distribuidas de manera simétrica en extremidades superiores e inferiores con compromiso de la mucosa oral (**Figura 3**). Al interrogatorio negó síntomas constitucionales. Ante la sospecha clínica de una dermatosis vinculada a LLC, se realizaron estudios de laboratorio que no evidenciaron alteraciones en el hemograma, química analítica e imágenes con una tomografía computarizada donde no se observaron cambios estructurales en tórax, abdomen y pelvis. Se realizó biopsia por *punch*, que reportó epidermis con parakeratosis, presencia de polimorfonucleares, neutrófi-

1. Servicio de Dermatología, Hospital Británico de Buenos Aires

2. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Británico de Buenos Aires

3. Centro Integral de Enfermedades Poco Frecuentes, Hospital Británico de Buenos Aires

Correspondencia: Alejandra Navarrete Ríos. Servicio de Dermatología. Hospital Británico de Buenos Aires, Perdriel 74, C1280AEB CABA, Argentina. Tel (54-11) 73680479; navarretealejandra94@gmail.com

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 07/08/2024 | Aceptado: 16/09/2024



Figura 1. Placas eritematosas violáceas en miembros inferiores.



Figura 2. Nódulos eritematosos violáceos en miembros superiores.



Figura 3. Compromiso de cavidad oral.



Figura 4. Evolución del cuadro luego del tratamiento.

los en capa córnea, acantosis regular de crestas interpapilares y sectores de espongiosis y exocitocis linfocitaria focal. En dermis superficial se evidenció vasodilatación capilar y leve infiltración linfocitaria perivascular. En hipodermis superficial se observó denso infiltrado inflamatorio septo lobulillar rico en eosinófilos con esbozo de “figuras en llamas” rodeados por células gigantes multinucleadas. La inmunofluorescencia directa fue negativa y la inmunohistoquímica descartó infiltración cutánea neoplásica. De acuerdo con la clínica y los hallazgos histopatológicos, se arribó al diagnóstico de síndrome de Wells (SW). Se inició tratamiento con metilprednisona 20 mg por día y antihistamínicos orales, con descenso gradual de dosis de corticoides sistémicos con evolución favorable del cuadro clínico (Figura 4).

DISCUSIÓN

El SW se caracteriza por tener lesiones cutáneas polimorfas, y se establecen 7 patrones: tipo placa (más frecuente en niños), símil granuloma anular (más frecuente en adultos), papulonodular, papulovesicular, símil urticaria, exantema fijo medicamentoso y ampolloso, que aparecen con mayor frecuencia en tronco y extremidades acompañados de sensaciones de picazón o ardor²⁻⁴. En este caso, el paciente presentó la clínica característica del SW, sin embargo, tenía afectación de la mucosa oral con erosiones dolorosas que no es frecuente en esta patología.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de síndrome de Wells.

Criterios mayores (requiere 2 de 4)
• Cualquiera de las variantes clínicas reportadas:
• Tipo placa
• Símil granuloma anular
• Símil urticaria
• Papulovesicular
• Papulonodular
• Erupción fija medicamentosa
• Curso recurrente
• Enfermedad sin evidencia sistémica
• Histología: infiltración eosinofílica sin vasculitis
Criterios menores (requiere al menos 1)
• Histología (figuras en llama)
• Histología (cambio granulomatoso)
• Laboratorio (eosinofilia periférica no persistente y no superior a 1500/ μ l)
• Factor desencadenante

Histológicamente, la célula clave en el proceso es el eosinófilo, que al sufrir su degranulación forma unas imágenes microscópicas características, aunque no patognomónicas, denominadas “figuras en llama”, lo cual es un hallazgo típico de la enfermedad y según la literatura se ve en el 90% de los casos⁴. El mecanismo patogénico es desconocido; pero actualmente se considera asociado a un mecanismo de hipersensibilidad tipo IV en respuesta a estímulos exógenos y endógenos. No existen casos reportados de vasculitis en SW y la inmunofluorescencia directa es negativa; sin embargo, se han descrito casos con positividad para IgM, IgA y C3 sin patrón de especificidad^{4,6}.

Se han propuesto criterios diagnósticos para el SW y se requieren al menos 2 mayores y 1 criterio menor^{7,8}

(Tabla 1). En el caso reportado, nuestro paciente presentó 3 de 4 criterios mayores (variantes clínicas tipo placa y papulonodular, enfermedad sin evidencia sistémica e infiltración eosinofílica sin vasculitis) y presentó 2 criterios menores (histología de figuras en llama y factor desencadenante de neoplasia hematológica).

El SW se debe plantear como diagnóstico diferencial en toda celulitis con presentación atípica y sin respuesta a tratamiento antibiótico, entre los principales diagnósticos diferenciales celulitis bacteriana, granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (síndrome de Churg Strauss), urticaria, dermatitis atópica, picadura de insectos y penfigoide ampollar^{3,4,8}.

En la terapéutica, la administración de corticoides sistémicos a dosis de 0.5 a 1 mg/kg/día con disminución gradual permite un buen control, corta duración y disminución de recaídas⁷. En casos de escasa respuesta se han descrito múltiples opciones terapéuticas, que incluyen ciclosporina, azatioprina, dapsona y tacrolimus⁷⁻⁹.

El SW continúa siendo un desafío diagnóstico para el dermatólogo, es importante descartar otras patologías para llegar a su diagnóstico, la administración de corticoides responde y el pronóstico suele ser bueno resolviéndose sin dificultad, pero es importante realizar seguimiento a estos pacientes por su asociación a neoplasias oncohematológicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sajin M, Luzar B, Zver S. Wells syndrome possibly caused by hematologic malignancy, influenza vaccination or ibrutinib: A case report. *World J Clin Cases* 2022;10:10997-11003.
2. Toumi A, Yarrarapu SNS, Litaïem N. Wells Syndrome. *Treasure Island (FL): Stat Pearls*. 2024.
3. López Lanza JM, López Videras R, Pérez Martín A, Suárez Cuesta I. Lesiones cutáneas y eosinofilia como forma de presentación de síndrome de Wells. *Rev Clin Med Fam* 2024;13:85-8.
4. Gómez-Zubiaura A, Medina-Montalvo S, Piteiro-Bermejo AB, Vélez-Velázquez MD, Beà-Ardébol S, Trasobares-Marugána L. Síndrome de Wells: presentación de 2 casos y revisión de la literatura. *Piel* 2018;33:5-13.
5. Brehmer-Andersson E, Kaaman T, Skog E, Frithz A. The histopathogenesis of the flame figure in Wells' syndrome based on five cases. *Acta Derm Venereol* 1986;66:213-9.
6. Caram M, Torre A. Síndrome de Wells. *Dermatología Argentina* 2016;22:62-70.
7. Weins A, Biedermann T, Weiss T, Weiss JM. Wells syndrome. *JDDG* 2016;14:989-93.
8. Heinig B, Vojvodic A, Lotti T, Tirant M, Wollina U. Wells Syndrome. *Macedonian Journal of Medical Sciences* 2019;7:572.
9. Peckruhn M, Tittelbach J, Schliemann S, Elsner P. Life of Lesions in Eosinophilic Cellulitis (Wells' Syndrome) - A Condition That May Be Missed at First Sight. *Am J Dermatopathol* 2015;37:e15-7.
10. Llewelyn Y, Dingyuan W, See J, et al. Eosinophilic Cellulitis secondary to occult strongyloidiasis, case report. *AME Medical Journal* 2021;6:9.

Nicanor Albarellos (1810-1891). Médico, historiador, guitarrista, político y masón

Nicanor Albarellos (1810-1891). Physician, historian, guitarist, politician and mason

Pablo Young^{1,2}, Sergio C. Verbanaz^{1,2}, Irma Costanzo³, Manuel L. Marti⁴

RESUMEN

Nicanor Benito Albarellos (1810-1891) nació en San Isidro y destacó como médico, docente, político y figura cultural. Estudió medicina en París con eminentes maestros como Claude Bernard y Mateo Orfila. Tras regresar a Buenos Aires en 1836, participó activamente en la vida social e intelectual, contribuyendo al periódico La Moda, símbolo de la Generación del '37. Su postura opositora al régimen de Rosas lo llevó al exilio en Montevideo, donde contrajo matrimonio con Avelina Lavalleja. En 1850 revalidó su título médico en Buenos Aires, destacándose como docente y médico en el Hospital de Mujeres. Fue designado titular de la cátedra de Medicina Legal y Decano de la Facultad de Medicina. Durante las epidemias de cólera y fiebre amarilla, tuvo un rol crucial. En política, fue diputado, presidente de la Cámara y Constituyente. Participó como cirujano militar en la Guerra del Paraguay. En 1877, se casó nuevamente, a los 67 años, con Rosa Pusso. En los últimos años continuó como Académico Honorario. Falleció en 1891, dejando un legado como médico, músico e historiador.

Palabras clave: médico, músico, político, Historia de la Medicina.

ABSTRACT

Nicanor Benito Albarellos (1810-1891) was born in San Isidro and stood out as a physician, educator, politician, and cultural figure. He studied medicine in Paris under renowned masters such as Claude Bernard and Mateo Orfila. Upon returning to Buenos Aires in 1836, he actively participated in social and intellectual life, contributing to La Moda, a publication emblematic of the Generation of '37. His opposition to the Rosas regime led to his exile in Montevideo, where he married Avelina Lavalleja. In 1850, he revalidated his medical degree in Buenos Aires, excelling as a professor and physician at the Hospital de Mujeres. He was appointed chair of Forensic Medicine and served as Dean of the Faculty of Medicine. During the cholera and yellow fever epidemics, he played a crucial role. In politics, he served as a deputy, president of the Chamber, and constituent. He also participated as a military surgeon in the Paraguayan War. In 1877, at the age of 67, he remarried Rosa Pusso. In his later years, he continued as an Honorary Academic. He passed away in 1891, leaving a legacy as a physician, musician, and historian.

Keywords: physician, musician, politician, History of Medicine.

Fronteras en Medicina 2024;19(4):292-303. <https://doi.org/10.31954/RFEM/202404/0292-0303>

BREVE BIOGRAFÍA

Nicanor Benito Albarellos Pueyrredón (**Figura 1**) nació en el año de la Revolución de Mayo en San Isidro y murió en Buenos Aires el 5 de febrero de 1891, a los 81 años. Su padre fue Ruperto Albarellos y Sáenz de Tejada, español nacido en 1779, en Viguera, Logroño, pueblo al que recuerda en "Memorias del año 1796". De España fue a Lima, hasta que finalmente se estableció en Buenos Aires, en 1800; allí lucha contra los ingleses en 1806 y 1807, con su cuñado Juan Martín Mariano

de Pueyrredón (1777-1850), como subteniente abanderado de la Primera Compañía de Castellanos Viejos, tercio de Vizcaínos. Fue Regidor del Cabildo y asistió al Cabildo Abierto del 22 de Mayo. Sin bien era partidario de los patriotas no votó por retirarse de la reunión¹. Ruperto fue un comerciante próspero y junto a Martín de Álzaga (1755-1812), Juan Parish Robertson (1792-1843) uno de los responsables de la llegada de los escoceses a Argentina, Tomás Manuel de Anchorena (1783-1847), Juan Larrea (1779-1847), Manuel Mariano Hipólito de Sarratea y Altolaquirre (1774-1849), y otros notables de la época, constituyeron una sociedad minera para la explotación del Cerro de Famatina, que contó con el apoyo de Juan Facundo Quiroga (1788-1835), pero no prosperó al contraponerse con un proyecto similar de Bernardino de la Trinidad González Rivadavia (1780-1845)². Falleció en Buenos Aires el 27 de julio de 1853, a los 74 años.

Su madre fue Isabel María de los Ángeles Pueyrredón Dogan, hermana de Juan Martín, quien llegara a ser Director Supremo de las Provincias Unidas del Río de la Plata. Nació en Buenos Aires el 2 de agosto de 1787 y casó con Ruperto Albarellos en 1804. El matrimonio tuvo 10 hijos: Florencia (1807), Nicanor Benito

1. Cátedra de Historia de la Medicina, Pontificia Universidad Católica Argentina.

2. Sociedad Argentina de Historia de la Medicina.

3. Guitarrista.

4. Académico de la Academia Nacional de Medicina.

Correspondencia: Pablo Young. Hospital Británico. Perdriel 74, C1280AEB CABA, Argentina. Tel.: 5411 43096400. Fax 5411 43043393. pabloyoung2003@yahoo.com.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 06/06/2024 | Aceptado: 15/08/2024

(1810), Celestina, Vicenta María Manuela (1817), Victoria, Carmen, Enrique, Rafael Domingo, Emilia y Ruperto Albarellos Pueyrredón. Isabel María de los Ángeles, falleció en Buenos Aires, el 2 de marzo de 1838 a los 50 años¹.

Nicanor Albarellos fue enviado por sus padres a París para cursar estudios de Medicina, carrera que había elegido por vocación. Allí fue alumno de Claude Bernard (1813-1878), en Fisiología, Mateo Orfila (1787-1853) en Toxicología, Guillaume Dupuytren (1777-1835) en Cirugía, P. Cazeaux, en Partos, y Galieu, en Medicina Legal, entre otros grandes profesores franceses que constituían la avanzada de la medicina en el mundo.

En 1836 retorna a Buenos Aires y su quinta de Olivos se convierte en el centro de la vida social, con concurridas fiestas y bailes. En su viaje de ida a París conoce a José Esteban Echeverría Espinosa (1805-1851). Ambos estudiarán guitarra con el maestro Ezequiel Blanes, en París. Allí se encuentra con su tío Juan Martín y su primo hermano Prilidiano Paz Pueyrredón (1823-1870) famoso pintor, quienes residen en la ciudad a partir de 1835.

Entre noviembre de 1837 y abril de 1838, los días sábados aparece en Buenos Aires *La Moda, Gacetín Semanal de Música, de Poesía, de Literatura, de Costumbres*, más conocido por *La Moda*, bajo el influjo preponderante de Juan Bautista Alberdi (1810-1884) y la colaboración de jóvenes de la generación que se llamará del '37, tales como Juan María Gutiérrez (1809-1878), Rafael J. Corvalán (1809-¿?), quien fue el editor responsable, Demetrio y Jacinto Rodríguez Peña, hijos de Nicolás Rodríguez Peña (1775-1853), Carlos Tejedor (1817-1903), Vicente Fidel López (1815-1903) hijo de Vicente López y Planes (1784-1856) autor en 1812 de la letra del Himno Nacional Argentino con música de Blas Parera i Moret (1776-1840) un año después; y el reciente médico Nicanor Albarellos^{3,4}.

Como su título lo indica, la revista se ocupa de las cosas del momento, aunque se definió como un periódico literario sin intromisión en la política, con una pátina de frivolidad y superficialidad pero no de vulgaridad.

La pluma de Alberdi, bajo el seudónimo de "Figarillo" como recuerdo a Mariano José de Larra y Sánchez de Castro (1809-1837), ironiza con las costumbres de la ciudad, mediante una crítica punzante.

Albarellos colabora con la redacción y publica sus primeras piezas de música. A pesar de no inmiscuirse en política, el periódico no es del agrado del gobierno y es clausurado en abril de 1838. En 1839 formó parte de la conjuración contra Rosas, que terminó trágicamente en Dolores, y decidió exiliarse en Montevideo en 1840. En la Capital oriental desarrolla una activa vida social y se compromete en matrimonio con Avelina Lavalleja Monterroso, hija del General Jefe de los 33 Orientales, Juan Antonio Lavalleja (1784-1853), con la que tiene un hijo, Nicanor Benito Albarellos Lavalleja.

En 1849, finalmente, vuelve a Buenos Aires, bajo la protección del Dr. Lorenzo José Torres Agüero (1803-1880), y se presentó en la Facultad para revalidar su título de médico. Lo hace con su tesis sobre "Vicios de conformación de la pelvis, de los inconvenientes que presentan en el parto" y recibió el diploma de Doctor en Medicina, Cirugía y Partos, el 18 de abril de 1850. El 26 de mayo de 1852, el Rector Juan María Gutiérrez designó a Albarellos para dictar un curso de Física y Química Médica.

Comenzó su actividad profesional en el Hospital de Mujeres junto a sus colegas Teodoro Álvarez (1818-1889), considerado el "decano de los cirujanos argentinos", Pedro Antonio Pardo Saravia (1829-1889) y Francisco Javier Muñiz (1795-1871). La Hermandad de la Santa Caridad fue fundada en 1727 por don Juan Alonso González, para enterrar a los muertos luego de una epidemia, siendo entonces autorizada por el Obispo y el Gobernador; luego se llamó Casa de Huérfanas para ser en 1775 hospital de Mujeres. En 1823 lo toma la Sociedad de Beneficencia cerrada luego de la batalla de Caseros. En 1859 pasó a ser administrado por las Hermanas de la Congregación del Huerto. En 1876 se trasladó al actual Hospital Rivadavia con 300 camas fundado el 28 de abril de 1887 por el Ministro del Interior Dr. Eduardo Faustino Wilde (1844-1913) y el Intendente Torcuato de Alvear (1868-1942). El viejo edificio fue demolido, sito en Esmeralda y Rivadavia, ahora Plaza Roberto Artl⁵.

La Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la UBA fue suspendida durante el gobierno de Rosas y luego de la Batalla de Caseros el 15 de abril de 1852 fue Albarellos fue designado titular de la Cátedra de Medicina Legal, Patología General e Historia de la Medicina. Ha perdurado su nombre más como historiador médico que como médico legista. Renunció a la Cátedra el 25 de agosto de 1875. Al renunciar Albarellos asumió en 1875 a los 31 años el Dr. Eduardo Wilde nacido en Tupiza (Bolivia) el 15 de junio de 1844 por exilio de sus padres del régimen rosista. Se graduó en 1870 con la tesis doctoral sobre "El hipo". Asumió como Ministro de Justicia, Culto e Instrucción Pública en 1882 durante el Gobierno de Roca y bajo su dirección se dictaron dos leyes decisivas de la organización institucional del país: la ley 1420 de educación laica gratuita y obligatoria y la ley de matrimonio civil. En función de su cargo de profesor titular de Medicina legal proyectó la 1ª Ley Orgánica de los Tribunales de la Capital, la Colonia Penal de Tierra del Fuego y la cesión del "Hospital de Clínicas" a la Facultad de Medicina en 1883. El 25 de junio de 1890 renunció a la Cátedra y fue designado académico honorario y falleciendo en Bruselas como ministro plenipotenciario el 6 de septiembre de 1913⁶.

La Academia Nacional de Medicina lo recibió en su seno en 1856, el 4 de agosto, en el Sitial N° 9, ocupa-

do hoy por el Acad. Domingo L. Muscolo y que en la actualidad lleva el nombre de “Carlos E. Ottolenghi”. Fue presidente de esta Institución entre 1886 y 1887 a continuación de su amigo Pedro A. Pardo, siendo nombrado Académico Honorario el 19 de febrero de 1890¹. En 1857 y 1863 fue elegido Diputado Nacional y luego Senador, identificado con el ideario de Bartolomé Mitre (1821-1906). Queda uno de sus discursos de 1857 en el que se refirió en forma negativa a Juan Manuel de Rosas (1793-1877), y a su gobierno durante la discusión de la ley de la legislatura de Buenos Aires que declaraba a Rosas “reo de lesa patria”. Dice el juicio sobre la figura y acción de Juan Manuel de Rosas quedara librado al fallo de la historia “... no conseguiremos que sea condenado como tirano, y sí, tal vez, que fuese en ella el más grande y glorioso de los argentinos... Juicios como éstos no deben dejarse a la historia. ¿Qué se dirá, qué se podrá decir, cuando se viere que la Inglaterra le ha devuelto sus cañones tomados en acción de guerra y saludado su pabellón sangriento y manchado con sangre inocente con la salva de 21 cañonazos? ¿Que la Francia misma que inició la cruzada en que figuraba el general Lavalley, trató con Rosas y saludó su pabellón con 21 cañonazos?... ¿Que el valiente general Brown, el héroe de la Marina de Guerra de la Independencia, era el almirante que defendió los derechos de Rosas? ¿Que el general San Martín, el padre de las glorias argentinas, le hizo el homenaje más grandioso legándole su espada? ¿Se creará dentro de 20 años, o 50, todo cuanto digamos contra el monstruo, si no lo marcamos con una sanción legislativa para que siquiera quede marcado por nosotros, voz del pueblo soberano? Se dirá que no ha sido un tirano; lejos de ello ha sido un grande hombre. ¡Ese monstruo, señor!!...” (extractado del Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de Buenos Aires, año 1857, sesión del 1º de julio).

Albarellos fue también Constituyente de la fallida Carta Magna de 1860. Llegó a ser Presidente de la Cámara de Diputados. Participó en 1866 en la guerra del Paraguay como miembro de la expedición médico militar que organizó Juan José Montes de Oca (1806-1876), organizó hospitales en Buenos Aires, prestó servicios como cirujano militar en el frente de combate y en la provincia de Corrientes.

En las epidemias de cólera de 1869, y de fiebre amarilla de 1871, tuvo una actuación de importancia. Fue Decano de la Facultad de Medicina, que lo atestigua su busto localizado en el salón de los bustos de la Facultad de Medicina. En 1874 los estudios terciarios experimentaron una importante reforma: la Universidad se dividió en cinco Facultades, siendo una de ellas la de Ciencias Médicas. Quedó viudo de Avelina Lavalleja y, el 10 de noviembre de 1877, a los 67 años, contrajo enlace con Rosa Pusso González, una joven de 26 años, en una lucida ceremonia en la Iglesia del Pilar. En forma gradual sus facultades intelectuales fueron merman-

do y su joven mujer tuvo una ardua tarea para atenderlo de lo que entonces era diagnosticado como marasmo senil. Ésta fue la causa, seguramente, por la que pasó a Académico Honorario en 1890.

Falleció el 5 de febrero de 1891, a los 81 años. Había tenido en enfiteusis la estancia “La Ballena” ubicada sobre la margen derecha del Arroyo Cristiano Muerto y a cinco leguas del mar, en la Provincia de Buenos Aires.

ALBARELLOS Y LA HISTORIA DE LA MEDICINA

La enseñanza universitaria de la Historia de la Medicina en la Argentina reconoce su punto de partida en 1852 con la creación en la Universidad de Buenos Aires, de la Cátedra de Medicina Legal, Anatomía Patológica e Historia de la Medicina, ejercida por Albarellos.

Escribe una obra sobre la *Historia de la Medicina en Buenos Aires*, que lo convierte en el primer historiador de la Medicina argentina, junto a su contemporáneo y amigo Pedro Mallo (1837-1899)⁷.

En su juventud frecuentó la librería de Marcos Sastre (1808-1887), adonde llegaban, hacia 1830, una gran cantidad de volúmenes literarios, políticos, filosóficos, sobre todo en lengua francesa. Allí intimó con Juan Bautista Alberdi, Esteban Echeverría y Tejedor.

La actuación del Dr. Albarellos en el seno de la antigua Facultad fue provechosa para la dirección de la enseñanza, dada la experiencia que había adquirido durante sus estudios en París, que era en ese momento en centro médico de mayor prestigio mundial.

La pasión de Albarellos por la historia de la medicina aparece en forma episódica y circunstancial en los *Apuntes históricos sobre la enseñanza de la medicina en Buenos Aires desde sus orígenes hasta la fecha* que difundió la *Revista Farmacéutica* desde 1863 hasta 1865. Aníbal Ruiz Moreno (1907-1960) y Vicente Anibal Risolia (1893-1962), que compilaron estos apuntes, juzgan que prestan un valioso servicio al historiador, porque su actor ha tenido la posibilidad de recoger el recuerdo de los médicos sobrevivientes del período poscolonial, como Juan José Montes de Oca (1806-1876) considerado el primer gran cirujano de su país, Muñiz y José María Gómez de Fonseca (1799-1843).

Albarellos inició sus apuntes señalando la falta de una asistencia médica responsable en la época de la colonia y relata las gestiones para establecer el Protomedicato en Buenos Aires. Algunas de sus afirmaciones serían rectificadas posteriormente por el Dr. Pedro Mallo con nuevos documentos. Critica con ligereza la designación de Miguel Gorman (1749-1819) y Agustín Eusebio Fabre (1743-1820) como protomédicos. Describe brevemente al Instituto Médico Militar que sucedió al Protomedicato y al Tribunal de Medicina, transcribiendo los decretos que firman Rodríguez y Rivadavia sobre su estructura y funciones. También se refiere a la

fundación de la Academia de Medicina, describiendo su reglamento. Los documentos que presenta y los comentarios que realiza sobre los primeros hospitales son de gran valor histórico, especialmente del Hospital de Mujeres, a cuyo personal médico perteneció cerca de cuarenta años⁸.

En 1875 partió hacia París y fue reemplazado por su suplente José Teodoro Baca (1831-1914), que en 1876 fue confirmado como profesor titular de la materia, siendo su adjunto Jakob de Tezanos Pinto (1845-1914). A la publicación de Albarellos le sucede en 1868 la obra de Juan María Gutiérrez *Noticias Históricas sobre el Origen y Desarrollo de la Enseñanza Pública Superior en Buenos Aires*, con su capítulo dedicado a la medicina hasta 1823.

En la Universidad en 1880, y siguiendo la orientación hacia el desprecio del estudio de la historia científica prepositivista, la Historia de la Medicina desapareció del plan de estudios de la Carrera de Medicina. Recién en 1929 se dictará en la Universidad del Litoral.

Pero entre 1880 y 1929 fue cultivada por José María Ramos Mejía (1849-1914) con obras como *Las neurosis de los hombres célebres de la historia argentina* (dos volúmenes 1878 y 1882); o *La locura en la historia* de 1895. José Ingenieros (1877-1925) escribió *La locura en la Argentina* en la que hace un esbozo de la enfermedad mental en nuestro medio; o Samuel Gaché *La locura en Buenos Aires* publicado en 1879, *La enseñanza de la medicina en Buenos Aires de 1780 a 1891* y el *Resumen Histórico (1801-1904)*. El libro *Historia de la UBA* de Norberto Piñero y Eduardo Bidau de 1888.

Domingo Faustino Sarmiento (1811-1888) en 1865 editó *Vida y escritos del teniente coronel médico Francisco Javier Muñoz*. El Dr. Pedro Mallo escribió *Páginas de la historia de la medicina del Río de la Plata desde sus orígenes hasta 1822* que es uno de los hitos de la Historia de la Medicina.

De la voluminosa producción de José Penna (1855-1919) se destacan dos escritos: *La Administración Sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires* de 1910. Más modesta es la tesis de Juan E. Milich *Medicina Argentina ligero bosquejo histórico y evolución de la higiene en la República Argentina (1606-1910)*, presentada en 1911.

En 1925 aparece *Historia de la Higiene en la República Argentina* de Nicolás Lozano y Antonio Paitovi y al año siguiente el bibliotecario de la UBA Juan Túmbarus da a conocer *Síntesis Histórica de la Facultad de Medicina*.

En 1927 Félix Garzón Maceda escribió *La Historia de la Facultad de Ciencias Médicas* en homenaje a la Facultad de Córdoba. Eliseo Cantón escribió *Historia de la Medicina en el Río de la Plata* y *La Facultad de Medicina y sus Escuelas*. En la década de 1930 vieron la luz *Historia de la Cirugía Argentina* de José Arce (1933); *Historia del Protomedicato de Buenos*

Aires de Juan Ramón Beltrán (1937); y la *Medicina Aborigen Americana* de Ramón Pardal (1937). Luego muchos otros.

En la UBA, la cátedra e instituto de historia de la medicina fue inaugurada en 1936 a instancias de José Arce (1881-1968), siendo su primer titular Juan Ramón Beltrán (1894-1947). Se crea la Cátedra de Historia de la Medicina por sugerencia del Dr. Ramón Carrillo (1906-1956) que, en ese momento, era Profesor de Neurocirugía y Secretario de la recientemente creada Sociedad Argentina de Historia de la Medicina (**Figura 2**). Uno de sus catedráticos fue el Dr. Alfredo Kohn Loncarica (1945-2005) que el 1999 lo transforma en el Departamento de Humanismo⁹. En el marco del Ateneo de Historia de la Medicina de Buenos Aires que fuera fundado por Juan Ramón Beltrán en 1937, asociado a la cátedra, se creó un premio extraordinario que llevó el nombre de Nicanor Albarellos y fue otorgado por única en 1976 a Rosa C. Dálessio de Carnevale Bonino por el trabajo *La enseñanza de la química médica en la escuela de medicina de Buenos Aires*.

En nuestro país, los doctores Nicanor Albarellos, Pedro Mallo (1837-1899), Eliseo Cantón (1861-1931), Félix Garzón Maceda (1867-1940), Osvaldo Loudet (1889-1983), José Luis Molinari (1898-1971), Marcial Quiroga (1899-1993) y Aníbal Ruiz Moreno (1907-1961) entre otros realizaron valiosos aportes bibliográficos a la historia de la medicina^{7,10-12}.

Pionero de estudios históricos médicos en nuestro país que publicó –entre 1863 y 1864– con el título de **Apuntes históricos sobre la enseñanza de la Medicina en Buenos Aires**. En 1857, fue electo diputado por la Legislatura de Buenos Aires; en 1869, fue convencional y dos años después ocupó una banca como diputado nacional¹¹.

ALBARELLOS Y LA MEDICINA

Era común en aquella época (siglo XIX y primera parte del XX) que los médicos argentinos se formen en el exterior. Así Kohn Loncarica contabilizó 89 médicos graduados fuera del país. Setenta y uno de ellos en Europa (24 en Francia), (20 en España), (11 en Alemania en las universidades de Jena, Friburgo, Heidelberg, Zurich, Marburgo, Frankfurt, Munich y Berlín), (9 en Italia en Génova, Pavia, Bolonia, Roma, Módena, Turín, Padua y Pisa)¹³. Cinco se recibieron en EE.UU. y 13 en Latinoamérica⁵.

Entre los 24 médicos que hicieron la carrera completa en París se encuentran Nicanor Albarellos, Alejandro Castro (1861-1902) quien se formó en ginecología con Octave Terrillon en la Salpêtrière, Luis Güemes (1856-1927) quien luego de hacer la carrera completa en la Universidad de Buenos Aires la hizo en la Universidad de París y tuvo de docentes a Charcot, Babinski, Bouchard, Potain, Farabeuf; Enrique Tornú (1865-1901) y otros 20 médicos¹³.

Otros se recibieron de médicos en la Universidad de Buenos Aires y se perfeccionaron en Francia como Pedro Mallo; Ignacio Pirovano (1844-1895) con Pasteur, Bernard, Péan, Nélaton, Richet, Broca y Lister; José María Ramos Mejía (1842-1914); Abel Ayerza (1867-1918) con Jaccoud, Tillaux, Péan y Potain; Ángel M. Centeno (1863-1925) con Widal, Chauffard, Grancher, Hutinel y Marfan; Domingo Cabred (1859-1929); Juan B. Señorans (1859-1933) con Laborde, Richet, Brown-Séguard, Vulpian, Édouard en París, con Shaefer y Halliburton en Londres, y con Mosso en Italia; Facundo Larguía (1852-1935) con Parrot, Gassicourt, Broca Potain, y Charcot; Francisco C. Arrillaga (1886-1950) en París, Londres, Berlín y Heidelberg; Daniel J. Cranwell (1870-1953) dos años en París, Viena y Berlín con Virchow; Juan A. Sánchez (1875-1953); Gregorio Araoz Alfaro (1870-1955) con Dieulafoy, Potain, Grancher y Virchow; Marcelino Issac del Carmen Herrera Vegas y Palacios (1870-1958) con Diulafoy y Murphy; José Arce; Mariano R. Castex (1886-1968) en Francia con Widal y en Alemania con Krehl y Kraus, y otros¹³.

El Dr. Albarellos a sido padrino de numerosas tesis de temas médicos en la Universidad de Buenos Aires a saber: Ernst Aberg en 1856 sobre Causas, Naturaleza y Tratamiento de la Gota; de D.P.M Petit en 1856 sobre Apreciación de los diferentes tratamientos del cáncer; Adolfo Señorans en 1857 sobre Diagnóstico diferencial de las hemorragias que se efectúan por la boca; de Manuel Arauz en 1857 sobre Hidrocele; José Teodoro Baca en 1860 sobre ¿Debe preferirse la provocación del aborto, en los casos de legítima indicación a las cruentas operaciones de la cirugía (sin fisiotomía y operación cesárea)?; de Juan B Galarce de 1860 sobre Pulmonía; de Domingo Salvarezza en 1866 sobre Tisis pulmonar; Ramón Videla en 1864 sobre Metritis crónica; de Ricardo Gutiérrez en 1868 sobre Supresión de los dolores del parto por medio del cloroformo; Bernardino Reparaz en 1871 sobre Quistes del ovario, su curación radical; José A. Ortiz Herrera en 1871 sobre Lactancia materna; Sidney Tamayo en 1872 sobre Comparación de la Escuela Francesa e Italiana en las medicaciones tónicas, evacuante y estupefaciente; Melitón Espinosa en 1874 sobre Del embarazo considerado bajo el punto de vista fisiológico y patológico; de Eduardo Ladislao Holmberg de 1880 sobre el fósforo; Fernando Raffo en 1888 sobre Locura puerperal; Leónidas Carreño en 1888 sobre Estudio sobre la locura en los niños; y la de Ignacio Martínez en 1888 sobre Mal de Bright.

ALBARELLOS Y LOS ORÍGENES DE LA GUITARRA EN ARGENTINA

El siglo XIX se abre convulsionado y rebelde. Una clase social en ascenso, la burguesía, ha conquistado el poder en los países europeos. El pensamiento liberal, cuya

influencia ya se había hecho sentir en las colonias americanas en el siglo anterior durante el reinado de Carlos III, es tomado por una intelectualidad criolla anticlerical y republicana que se pondrá a la cabeza de los procesos independentistas antimonárquicos¹⁴.

Un escenario original se abre en la práctica musical. Por una parte, en la campaña la guitarra es el instrumento obligado de acompañamiento en las canciones que el criollo entona y de la música que baila, como el “Cielito” rioplatense. Por el otro, en la ciudad, es el Salón, lugar de reunión social en donde los jóvenes burgueses librepensadores, mezclados con conservadores monárquicos inquisidores, entre discusiones alrededor de Jean Jacques Rousseau (1712-1778) y François Marie Arouet (1694-1778), también hacen tiempo para escuchar y hacer música, con la guitarra en un papel destacado, al lado de otros instrumentos como el clavicordio.

Cielito, cielo y más cielo,
cielito siempre cantad,
que la alegría es del cielo,
del cielo es la libertad.

El cielo de las victorias
vamos al cielo, paisanos,
porque cantando el cielito
somos más americanos.

Esto es lo que cantan las voces populares rioplatenses, mientras en la vigüela, la guitarra criolla, las manos rudas del campesino travesean en sus cuerdas para seguir esos versos cargados de sentimientos, emociones y aspiraciones.

Bartolomé Hidalgo (1780-1822), uruguayo, es el autor de muchas de estas coplas patrióticas que tensaban los espíritus libertarios en la gesta emancipadora, otras son anónimas. En realidad, Hidalgo se inscribe en la memoria más como poeta que como músico, aunque su obra es una mezcla de ambas actitudes. El cielito era una forma danzante de gran auge por esos años, cuya estructura musical fue tomada por el bardo popular para hacer de ella la canción que reflejara sentimientos y acontecimientos del momento. Sus versos octosilábicos se adaptaban perfectamente a la frase musical. La temática, que abarcaba todos los hechos políticos y sociales de actualidad, hizo de él un fantástico medio de comunicación y propaganda de los ideales de la Revolución de Mayo argentina, a la manera de los juglares medioevales. Posteriormente servirá también como expresión de los bandos en pugna durante las guerras civiles entre federales y unitarios¹⁴.

La pulpería, lugar de reunión en la campaña, donde se vendían alimentos, ropa, y donde el paisano gastaba su magra paga en alguna bebida acompañado de amigos era el ámbito donde se pasaban los ratos de ocio, que

al decir de algunos cronistas maliciosos no era poco. Nunca faltaba una guitarra, o una vigüela, dicho en el léxico popular. Aclaremos que no se trataba de la antigua vihuela española renacentista a la que se referían, sino a una guitarra algo más pequeña que la actual, con clavijas de madera, no mecánicas. Al son de esta guitarra se bailaban los cielitos, los cantantes relataban hazañas y sucesos, y cuando se juntaban dos bardos o payadores se enfrentaban en un duelo verbal poético-musical, en la payada. Su base musical era la cifra que según Lázaro Flury (1909-2002), se deriva de la seguidilla española¹⁵.

Los antecedentes de la pulpería y el payador se remontan a la época de la colonia. Concolorcorvo, como se hace llamar Calixto Carlos Bustamante (1706-1783), en su libro “El Lazarillo de ciegos caminantes”, relato picaresco de un viaje de Montevideo a Lima, publicado en esta última ciudad en 1773, dice refiriéndose a la gente de la campaña rioplatense: “Se hacen de una guitarrita que aprenden a tocar muy mal y a cantar desentonadamente varias coplas, que estropean y muchas que sacan de su cabeza, que regularmente ruedan sobre amores. Se pasean a su albedrío por toda la campaña y pasan las semanas enteras tendidos sobre un cuero cantando y tocando”. Y también: “... al son de la mal acordada y destemplada guitarrita cantan y se echan unos a otros sus coplas, que más parecen pullas”. Esas coplas que “ruedan sobre amores”, van cambiando su intención por letras de tintes políticos a medida que el ambiente se insufla de ideas independentistas primero, y luego, con las guerras civiles entre unitarios y federales, será un modo de lucha más entre ambos sectores.

Es particularmente interesante la descripción que Sarmiento en el *Facundo* de este personaje típico de la campaña argentina asociándolo al paisaje de la “barbarie”, en esa contradicción que plantea con la “civilización”, como antítesis y tesis respectivamente en la vida socioeconómica de la Argentina decimonónica. Dicotomía entre el latifundio feudal y el mundo burgués capitalista de la ciudad. Dice así: “El gaucho cantor es el mismo bardo, el vate, el trovador de la Edad Media, que se mueve en la misma escena entre las luchas de las ciudades y del feudalismo de los campos, entre la vida que se va y la vida que se acerca. El Cantor anda de pago en pago, ‘de tapera en galpón’, cantando sus héroes de la pampa perseguidos por la justicia, los llantos de la viuda a quien los indios robaron sus hijos en un malón reciente...” Y más adelante: “El Cantor no tiene residencia fija; su morada está donde la noche lo sorprende; su fortuna, en sus versos y en su voz. Dondequiera que el cielito enreda sus parejas sin tasa; dondequiera que se apura una copa de vino, el cantor tiene su lugar preferente, su parte escogida en el festín. El gaucho argentino no bebe, si la música y los versos no lo excitan, y cada pulpería tiene su guitarra para poner en manos

del cantor, a quien el grupo de caballos estacionados en la puerta anuncia a lo lejos dónde se necesita el concurso de su gaya ciencia”.

La resistencia contra los invasores ingleses primero, las guerras de la independencia después, y finalmente las guerras civiles entre unitarios y federales, nombres que adoptan los bandos alineados tras los intereses y los proyectos políticos encontrados mencionados antes, tuvieron resonancia apasionada entre estos gauchos portavoces del canto acompañados por la guitarra. Con los enfrentamientos entre las facciones se disparan rimas cargadas de consignas políticas. Así como a principios de siglo eran flechazos hirientes dirigidos contra el inglés o el godó, el español, luego es unitarios contra federales, federales contra unitarios. Entre aquellos de la primera época ya mencionamos a Bartolomé Hidalgo, entre los de esta última hay nombres que se transforman en míticos, como el de José Santos Vega (1755-1825) o José de Santos y Castro, cuya fama va de boca en boca hasta hacerse legendaria.

Hilario Ascasubi (1807-1875), poeta y militar, también él autor de cielitos y vidales panfletarias acompañadas por su guitarra, recoge esa imagen en su poema Santos Vega o los mellizos de la flor, publicado en París en 1872. Otros poetas y escritores han tomado la leyenda hecha en torno a su nombre y su prestigio como payador, como Rafael Obligado (1851-1920), Bartolomé Mitre y Eduardo Gutiérrez (1851-1889). Se decía que en una fantástica payada solamente el mismo diablo había podido vencerlo. Otro personaje del cual sólo queda el recuerdo de su imagen a través de la leyenda tejida a su alrededor es Juan sin o poca ropa. Nacido a principios del siglo XIX, huérfano, fue criado por una esclava negra, aprendiendo a tocar la guitarra desde muy chico por las enseñanzas de un sacerdote de su barrio natal de San Telmo, en la ciudad de Buenos Aires. Se paseaba con su guitarra tocando y cantando estilos camperos, cielitos, vidales y también un Minué Federal y un vals que llamaba “El Tambor de Palermo”, a veces hacía dúo con otro guitarrista y payador famoso de su época, Jerónimo Trillo (1829-1870). Llegó a ser muy estimado por Rosas, dueño del poder absoluto, que, premian-do su apego a la causa federal, lo nombró director de la Banda, designándolo además para el grado de Tambor Mayor del Ejército Federal. En el caso de Trillo, su contacto con el genovés Esteban Massini (1788-1838), introductor de la guitarra clásica en el Plata, fue indudablemente provechosa. Arriba a Buenos Aires procedente de Europa en octubre de 1822. Massini tiene una destacada actuación en el ámbito musical de Buenos Aires, desde su llegada en 1822 hasta su muerte en 1838, formando una cantidad de discípulos (Esteban Echeverría, Nicanor Albarellos, Fernando Cruz Cordero, Juan del Campillo, José María Trillo y otros) que enriquecerán la vida musical porteña. Dejó varias composiciones, algunas con intervención de la guitarra. Su obra más im-

portante para la guitarra es un Gran Rondó para guitarra y orquesta, pero esa partitura se ha extraviado. El 27 de Julio de ese mismo 1822 ocurre otro acontecimiento importante: se inaugura la Academia de Música, fundada por otro italiano llegado a Buenos Aires dos años antes, en abril de 1820, Virgilio Rabaglio (1786-1856), dibujante, pintor, arquitecto, músico, en síntesis “Profesor de Bellas Artes”, como él mismo gustaba llamarse. Dedicado a la docencia, dando lecciones de guitarra, violín, piano, canto, y también de dibujo, en su “Escuela de Música y Dibujo”, continuó en esta actividad durante muchos años. En el tercer concierto, realizado el sábado 17 de agosto, se incluye un Cuarteto de guitarra, de Carulli. Virgilio Rabaglio se nos presenta también como compositor con un álbum de 36 canciones, divididos en 6 libros con acompañamiento de guitarra o piano, publicados en 1835, además de otras canciones con diferentes títulos. Es posible que, en ese año de 1822, el muy famoso Ferdinando Carulli (1770-1841), uno de los guitarristas más aclamados en el París de entonces, haya visitado el Plata.

A los conciertos organizados por Rabaglio se suceden los que organiza la Sociedad Filarmónica al año siguiente, donde volvemos a encontrar el Dúo de guitarras con forte piano de Carulli, y el 23 de octubre de 1823 un concierto de Esteban Massini, acompañado entre otros por el pequeño Juan Pedro Esnaola (1808-1878). A esto debemos agregar la inauguración, el 1º de octubre de 1822, de la Escuela de Música y Canto que atienden el presbítero José Antonio Picasarri Olózaga (1769-1843) y su sobrino Juan Pedro Esnaola, donde el primero: “...se propone dar por sí mismo lecciones de canto y piano, y proporcionar maestros a los que, después de poseionados en los principios de la música, quiera dedicarse a otros instrumentos”, según dice el anuncio publicado en El Argos del 18 de septiembre de 1822. Sin duda, una intensa actividad musical y artística es la que se empieza a desarrollar en Buenos Aires. No es casual que así suceda. Detrás de esto está la acción de gobierno, inteligente y progresista, de Bernardino Rivadavia, que desde el Ministerio de Gobierno que le confiara Martín Rodríguez (1771-1845), está impulsando una política de reformas y acción cultural de gran importancia. Política que continuará cuando en 1826 asuma como primer Presidente de las Provincias Unidas del Rio de la Plata. La vida social en la ciudad tiene en las reuniones de salón a una de las manifestaciones culturales principales. En las casas de familia se reúnen señoritas y señoras, caballeros maduros y jóvenes en tertulias donde entre la música de un pianoforte, una guitarra, el canto, se conversa amablemente, se baila el *minuet*, la contradanza, el vals. Entre los jóvenes se comentan las ideas que llegan de Europa, particularmente de aquella Francia revolucionaria. Enciclopedismo, librepensadores, racionalistas, sansimonianos, el naturalismo de Rousseau, son algunas de las posiciones que se

discuten y brindan tema alrededor de los cuales giran las conversaciones, para espanto de algún nostálgico del tranquilo pasado colonial, cuando lo único admitido, permitido y reconocido era lo que decía la monarquía española. Paradójicamente, fue durante el reinado de Carlos III que estas nuevas ideologías se abren curso en las colonias americanas, con la influencia del conde de Floridablanca y esa concepción política que fue el “despotismo ilustrado”. Algunos de estos salones fueron famosos, como el de María Josepha Petrona de Todos los Santos Sánchez de Velasco y Trillo, más conocida como Mariquita Sánchez (1786-1868) casada con Martin Jacobo José Thompson (1777-1819), donde se cantó por primera vez el Himno Nacional Argentino, o el de Marcos Sastre, donde se reunían Pueyrredón, Albarellos, Wilde y otros, planteando en sus reuniones por primera vez la necesidad de dar a la música un contenido nacional.

Entre los jóvenes participantes de esas reuniones hay quienes van a París a estudiar, como Esteban Echeverría y a completar su formación, abrevando en las nuevas ideas que allí fermentan. Corre el año de 1830, Rosas ha tomado el gobierno de Buenos Aires con plenos poderes; de las Provincias Unidas del Sur poco es lo que quedan de unidas, debatiéndose en la convulsión de guerras montoneras entre caudillos que defienden los intereses de sus feudos. En ese momento de chuzas y lanzas llega, después de haber pasado cinco fructíferos años en París, el joven Echeverría. En su mente bullen las ideas socialistas de Claude Henri de Rouvroy, conde de Saint-Simon, frecuentemente nombrado como Henri de Saint-Simon (1760-1825), y en ese ambiente hostil a cualquier forma de pensamiento escribe y publica sus primeros poemas, primero en periódicos, y luego en 1832 su primera obra importante: *Elvira o la Novia del Plata*, que significa la irrupción del Romanticismo en las letras sudamericanas. Luego vendrá su primer libro de poemas: *Los Consuelos*. En 1834.

Su discípulo y amigo, Juan María Gutiérrez nos da un testimonio elocuente y valioso en el prólogo que le escribe a la edición del *Dogma Socialista* de su maestro, acerca de aquellos años pasados en París. Por su belleza literaria, donde es fácil reconocer su inclinación romántica, y su valor histórico, transcribimos esos párrafos relacionados con el tema que nos ocupa: “Fácil es imaginar que esa sombra que entristece el espíritu del expatriado y le llama nostalgia, debía interponer de cuando en cuando su desaliento entre los ojos enternecidos y el libro de nuestro estudiante, especialmente en esas largas horas de nieve de invierno europeo en las cuales hasta la llama del hogar habla de la melancolía y despierta el deseo de gozar del sol. Pero en esos momentos, un amor concebido en la patria, una predilección nacida con él y convertida en hada benéfica llegaba a disipar aquella sombra o a colorearla con los tintes azules del cielo ausente. Esa hechicera era su guitarra, su ‘fiel

compañera, la que según sus propias expresiones alejaba con sus sonidos las fieras que le devoraban el pecho. Sin duda esa guitarra había sido llevada muchas veces como un delito, bajo la capa del hijo del Alto y sonado acompañando el cielito en los bailes equívocos y ultrafamiliares de los suburbios del Sud en la primera juventud de nuestro poeta. Pero esa guitarra de pacotilla, de cuerdas y bordonas compradas al menudeo en la esquina de 'Almandos' o en el almacén de 'Losano', había pasado a ser una vihuela de las fábricas de Sevilla o Cádiz, un verdadero instrumento gobernado por manos adiestradas bajo la dirección de profesores afamados. Echeverría se preciaba de pertenecer a la escuela del maestro José Fernando Macario Sors (1778-1839), y de interpretar con inteligencia la más sabia de Dionisio Tomás Ventura Aguado y García (1784-1849), escrita especialmente para el diapason de la vihuela. Pero más que al gusto ajeno debía al suyo propio y a la delicadeza de sus sentidos, el encanto con que pulsaba aquel instrumento que pocas personas le vieron en la mano, porque la reservaba exclusivamente para su propia alma. Los que hemos oído los arpeggios que brotaban de sus dedos al recorrer las cuerdas de su guitarra, podemos comprender cómo ese instrumento era a la vez su consuelo, su inspirador y el consejero de esa vaga y ondulante armonía melancólica que sombrea la mayor parte de las poesías fugitivas de Echeverría. Si bien había estudiado con los mejores maestros, como Sor y Aguado, no existen mayores referencias sobre su posible actividad con la guitarra en el Plata. El mismo Gutiérrez nos dice que pocas son las personas que pudieron escucharle, de manera que muy escasa fue la influencia que pudo haber ejercido en su medio. Limitándose a tocar en su intimidad, no dejando ninguna creación musical propia, y contando solamente con el comentario de nuestro cronista Gutiérrez, concluimos que ella no pasó de una afición personal, sin dejar huellas de su paso, con una introversión que es de lamentar. No olvidemos como dice Ricardo Muñoz, el mismísimo general José Francisco de San Martín y Matorras (1778-1850) fue discípulo de Sor, ya que ambos estuvieron en España desde 1786 hasta 1811, cabe por lo tanto la posibilidad de tal relación, ningún otro autor nos dice algo de esto¹⁶. Si se sabe que el General tocaba música de Sor, entre ellos el estudio "la gota de agua" (Estudio en Si menor Op. 35 n. 22).

Amigo personal de Echeverría fue Nicanor Albarellos. Como él, se dirige a París y allí aprende los secretos de las escuelas de los grandes maestros de la guitarra. A su regreso comparte el ejercicio de su profesión con su afición a la guitarra, animando las tertulias y participando con su amigo de esas fraternales reuniones entre charlas y discusiones políticas, estéticas y literarias. Pero son años duros para los intelectuales progresistas. La reacción feudal encarnada por el "Restaurador" Rosas es enemiga del ideario burgués revolucionario¹⁷. Ideas que

habían conducido ese salto histórico de la Revolución de Mayo. La actividad de las tertulias, de los salones literarios, son perturbadas por la policía. Para los jóvenes pensadores se hace peligroso vivir en Buenos Aires, y toman el camino del exilio. No demasiado lejos, ya que hay que hacer frente a la reacción. Hay que seguir luchando para su derrota que, aunque Echeverría no podrá verlo, finalmente se producirá con la estrepitosa caída del régimen rosista un año después de su muerte.

Y así, los dos amigos cruzan el Río de la Plata, radicándose en Uruguay, primero en Colonia y después en Montevideo. Echeverría escribe en esta época un extenso poema que titula precisamente La Guitarra. El 25 de febrero de 1842 se realizó un concierto en Montevideo donde se presenta Nicanor Albarellos como el Dr. Albarellos, colaborando "como proscrito argentino". Toca allí dos obras propias, unas Variaciones de fandango y Variaciones de cielito para guitarra con acompañamiento de orquesta. Ninguna de estas partituras ha llegado a nuestros días. De regreso de su exilio, una vez que en Buenos Aires ha cambiado el clima político, reabre en su casa de Olivos, conocida como la Quinta de Castro, la actividad de un salón artístico, famoso por ser la guitarra y el canto los centros de interés. Allí, este hombre de gran estatura y rengo al caminar por ello su sobrenombre "el rengo Albarellos", le enseñará muchos de los aires populares a Francisco Hargreaves (1849-1900); también allí, el ilustre músico y guitarrista uruguayo Fernando Cruz Cordero dará a conocer algunas de sus obras.

Francisco Hargreaves, nacido en Buenos Aires, es el iniciador de la escuela nacionalista de composición que se desarrollará en la generación siguiente a la suya. Siendo de origen familiar extranjero, sus padres eran norteamericanos, se dedica a aprender y aprehender los ritmos y melodías populares folclóricos para volcarlos en su obra pianística, orquestal y vocal. Nicanor Albarellos le sirve de guía en ese aprendizaje de lo autóctono, que, unido a una formación académica sólida, realizada en Italia, donde compuso e hizo estrenar su primer trabajo de importancia, la opereta en un acto La Gatta Bianca, confluyen para definirlo como el primer compositor argentino que, sobre un basamento técnico consistente, incorpora lo popular-nacional a su lenguaje musical. La guitarra es apenas rozada en su catálogo de obras, con solamente una pieza que le dedica, la habanera La Chinita, de 1879. Es curioso que no haya compuesto más para este instrumento, desde el cual escuchaba esos aires que después mimetizaba en su música, pero esa será una constante, por demás sugestiva, en todos los compositores "nacionalistas" que le siguen. Esta divergencia entre el compositor profesional y el instrumento de mayor difusión popular, que por otra parte caracteriza a la música folclórica sudamericana, y de la cual toman su inspiración aquéllos, se mantiene durante largo tiempo.

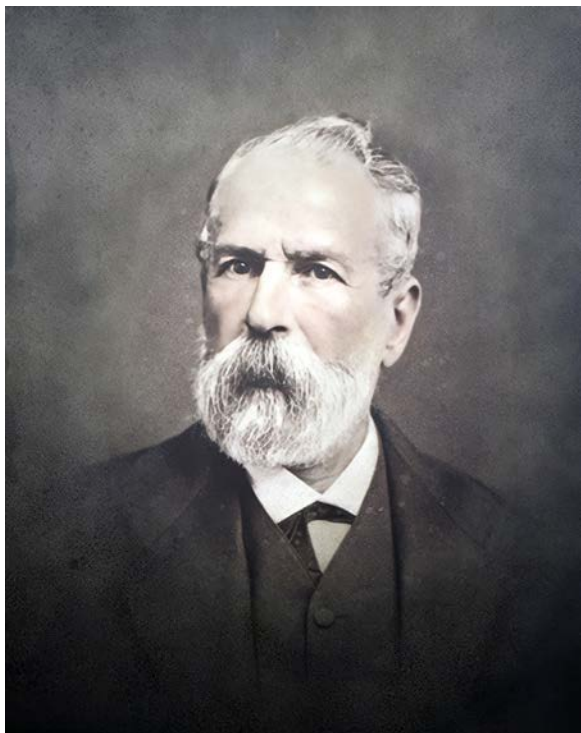


Figura 1. Dr. Nicanor Albarellos.

Para la musicóloga Pola Suárez Urtubey (1931-2021), Albarellos pertenece a los precursores, en la Etapa Inaugural, junto a Juan Crisóstomo Lafinur (1797-1824), Roque Rivero (1802-1837), Amancio Jacinto del Corazón de Jesús Alcorta (1805-1862), Salustiano Zavalía (1808-1874), Juan Pedro Esnaola, Juan Bautista Alberdi (1810-1884) y Remigio Navarro (1795-¿?)¹⁸.

José Antonio Wilde (1813-1885), al hablar de los cultores de la música en la época de Rosas, señala que “Entre los aficionados que más bien merecían el nombre de profesores, se distinguían por su habilidad el Doctor Cordero (abogado) y el Doctor Albarellos (médico), cuya ejecución y gusto en la guitarra eran admirables”¹⁹. Lauro Ayestarán por su parte afirma que “Fernando Cruz Cordero, oriental de nacimiento y el poeta argentino Esteban Echeverría” juntamente con Nicanor Albarellos sentaron “las bases de la guitarra artística en Montevideo”, lo cual lleva a pensar que actuó en la misma época que Echeverría y Albarellos, ambos exiliados en la capital oriental²⁰.

Cedar Viglietti dice que alrededor de 1840 Albarellos emigra a Montevideo por razones políticas, ya aplaudido en escenarios porteños como gran guitarrista. Fue además un ferviente propulsor de este instrumento; “es fama –escribía un biógrafo suyo– que en su lujosa mansión recibía a todo aficionado a la guitarra, sin distinción de categoría social”²¹. Y aquí tocará, en 1842, nada menos que unas “Variaciones de Fandango” para guitarra, y “Unas Variaciones de Cielo para guitarra con acompañamiento de orquesta,” de las cuales él mismo es el autor.

Ya de regreso a Argentina, organizó varios conciertos, destacándose su intervención en uno de ellos, en 1882, que se realizó a beneficio del famoso guitarrista y compositor Juan Alais (1844-1914).

Entre 1840 a 1850 parecería ocurrir algo así como el apogeo aristocrático (en la mejor acepción de la palabra) de la guitarra rioplatense: Juan Bautista Alberdi – autor de un método para aprender guitarra por cifra-, aquel gran poeta argentino Esteban Echeverría alumno de Esteban Massini e intérprete de Fernando Sor y de Dionisio Aguado, desterrado por Rosas y muerto en Montevideo en 1851; Nicanor Albarellos, también alumno de Massini, Fernando Cruz Cordero, parecen pues, estar echando las bases de la guitarra culta en el Plata. Obra que continuarán los españoles Gaspar Sagreras (1838-1901), Carlos García Tolsa (1858-1905) discípulo de Julián Arcas (1832-1882), Antonio Giménez Manjón (1866-1919), Domingo Prat (1886-1944), juntamente con Juan Alais.

Alguna de las obras de Albarellos que ha llegado a nuestros días corresponde a una publicación llamada *Boletín Musical* que apareció entre agosto y diciembre de 1837 editada por Gregorio Ibarra, propietario de la Litografía Argentina, en donde se imprimieron partituras de música y artículos relacionados. No hace mucho se editó un disco, grabado en el Museo Histórico Nacional con el piano que perteneció a Mariquita Sánchez de Thompson y una guitarra española de 1829, en donde aparecen las obras publicadas en los 16 números del Boletín. En este disco se ejecuta el “Vals en sol mayor” para guitarra de Nicanor Albarellos²². Se puede escuchar una canción de Nicanor Albarellos ejecutada con una Guitarra Romántica Bonnel, fabricada en Mirecourt, Francia, en 1820, e interpretada por el guitarrista Gabriel Schebor²³.

Albarellos es considerado como uno de los iniciadores del nacionalismo musical que abrió camino a Alberto Williams (1862-1952) y a Julián Aguirre (1868-1924), entre otros compositores argentinos que le siguieron. Sus obras son de ejecución accesible y de sencillos recursos compositivos.

Existe una Avenida Nicanor Albarellos en Villa Pueyrredón; y una calle que recuerda su nombre en Martínez y una en Banfield, Provincia de Buenos Aires. Existe también pequeño pueblo cerca de Rosario con su nombre²⁴.

ALBARELLOS Y LA MASONERÍA

Como gran parte de los integrantes de las generaciones del '37 y del '80, Nicanor Albarellos perteneció a la Masonería donde ocupó importantes cargos^{25,26}.

Ingresó a la misma de 1857, cuando se efectuó la reunión de siete logias en la Gran Logia de la Argentina, bajo la dirección de José Roque Pérez (1815-1871), Gran Maestro, con Nicanor Albarellos como Gran

Vigilante. En 1859 milita en la Logia Consuelo del Infortunio, de la cual es Venerable Maestro, siendo pro Gran Maestro en 1867. Alcanza el Gran Maestrazgo de la Gran Logia Argentina en dos oportunidades: desde 1870 hasta 1875 y de 1876 a 1877. Precede en este cargo a Vicente Fidel López (1815-1903), Leandro N. Alem (1842-1896), Sarmiento y Mitre, entre otros. Albarellos alcanzó el grado 33, máxima jerarquía de la Masonería y ocupó el cargo de Soberano Gran Comendador del Supremo Consejo del Grado 33 desde 1870 hasta 1878²⁵.

En relación con esta pertenencia a la masonería se encuentra la presencia de Albarellos en la Fundación del Club del Progreso junto con cincuenta y seis vecinos convocados por Diego de Alvear (1825-1887) (quien fuera el vendedor de las tierras al Banco Provincia de Buenos Aires y luego esta Institución al Hospital Británico en su localización actual) en marzo de 1852, a los pocos días de la Batalla de Caseros, con el objeto de promover la unión nacional luego de las diferencias habidas durante el gobierno de Juan Manuel de Rosas. Su primer presidente fue José Roque Pérez, a quien siguió Nicanor Albarellos. El club se hizo famoso por sus integrantes y los bailes y tertulias que se realizaban en su ámbito. Se había contratado a un muy buen cocinero francés y los socios se podían ejercitar en el juego del billar. La institución funcionaba en el Palacio Muñoa, de Perú y Victoria.

Lucio Vicente López (1848-1894), lo inmortalizó en su obra *La Gran Aldea* y Leandro N. Alem decidió quitarse la vida a sus puertas. Del Club surgió el proyecto de Bolsa Mercantil, y allí se creó asimismo una brillante sociedad filarmónica. En sus salones comienza la práctica del juego del ajedrez en nuestro país, siendo Nicanor Albarellos uno de los jugadores más destacados, junto a Francisco Balbín, Agustín Drago, Juan Carlos Gómez y José B. Sala. La quinta de Albarellos fue también punto de reunión de los aficionados como así las residencias de Bartolomé Mitre y Juan Andrés Gelly y Obes (1815-1904)²⁶.

Comenzó como lugarteniente adjunto. Médico de renombre, fue diputado y senador nacional; iniciado en la Orden Masónica en 1856 fue uno de los fundadores de la "Logia Consuelo del Infortunio No 3"; incansable miembro del Supremo Consejo, en 1870 llegó a Soberano Gran Comendador. Empero, la retirada de su mandato a través de una reforma constitucional parece haber sido el detonante del cisma de 1876 (Círculo de Urien), y al obtenerse la unidad en 1878 desaparece como miembro del Cuerpo y muere en 1891.

ALBARELLOS Y SUS AMIGOS

Nicanor Albarellos fue hombre de nutrida actividad social y de amistades sólidas. Entre sus amigos dilectos figuraron José Roque Pérez, Diego de Alvear, Vicente

Fidel López, Pedro Mallo, Juan Bautista Alberdi, Esteban Echeverría, Pedro A. Pardo, Teodoro Álvarez y Francisco Javier Muñiz. Pero sus grandes amigos fueron Santiago Calzadilla y Prilidiano Pueyrredón. Con ambos estaba emparentado. Santiago Calzadilla, cuyo nombre completo es Santiago Álvaro Calzadilla González, nació en Buenos Aires en 1806. Su padre fue Santiago Calzadilla, porteño nacido en 1783 y fallecido cien años más tarde en 1883, fue funcionario de Aduanas durante el gobierno de Rosas y Presidente del Club del Progreso. Su madre, también nacida en Buenos Aires en 1787, Manuela Victoria Gómez Vidal, falleció en 1875, a los 88 años, en la misma ciudad Santiago hijo, fue militar y actuó como tal en Ecuador, en 1841, en Perú en 1847 y en el Fortín Nueva Roma, cerca de Bahía Blanca. Se retiró del ejército con el grado de teniente coronel. Fue también agregado militar en Bélgica. Colaboró con algunos diarios y fue el primer crítico musical que tuvo la ciudad de Buenos Aires. Asimismo, era un muy apreciado pianista. Casó con Elvira Lavalleja, hija del general y hermana de Avelina, la mujer de Nicanor Albarellos, de quien era concuñado. En 1856, los esposos Calzadilla mandaron a construir una casa veraniega en el Tigre. La construcción era sólida, de anchas paredes con detalles de lujo poco frecuentes para la época. En esta casa su gran amigo Prilidiano Pueyrredón, ejecutó su retrato y el de su esposa. Calzadilla de 53 años aparece en una pose cómoda. El retrato, de notable factura se encuentra en el Museo Nacional de Bellas Artes, junto al de su esposa y está considerado como una de las obras maestras de Pueyrredón. La casa fue adquirida luego por Adolfo Saldías, por lo que se la llamó Villa Saldías. Hace poco tiempo recuperó su antiguo nombre de Quinta Calzadilla y se encuentra en muy buenas condiciones en la calle Liniers 723, de Tigre. En esta quinta Calzadilla pasó sus últimos años. Su mujer había muerto en 1888 a los 54 años y él la siguió en 1896, a los 90 años.

En 1890 su amigo Adolfo Saldías publicó algunos artículos de Calzadilla en el diario *La Nación*. En ellos se recordaba a la antigua ciudad de Buenos Aires en su etapa de gran aldea. Las notas fueron muy bien recibidas por los lectores, lo que determinó su publicación en forma de libro con el título *Las bellidades de mi tiempo*, escrito con gracia, fiel documento de una época desaparecida y testimonio de un testigo privilegiado con gran lucidez y memoria a pesar de sus 85 años. Hay una calle que recuerda su nombre.

Prilidiano Pueyrredón, además de amigo, era primo hermano de Nicanor Albarellos^{27,28}. Su padre, Juan Martín de Pueyrredón casó a los 46 años con María Calixta Tellechea y Caviedes, de 15 años. La boda fue criticada no solo por la diferencia de edades sino por otro hecho lamentable: Pueyrredón, siendo miembro del Segundo Triunvirato fue el que ordenó el fusilamiento del padre de María Calixta, involucrado con Alzaga en su fallida

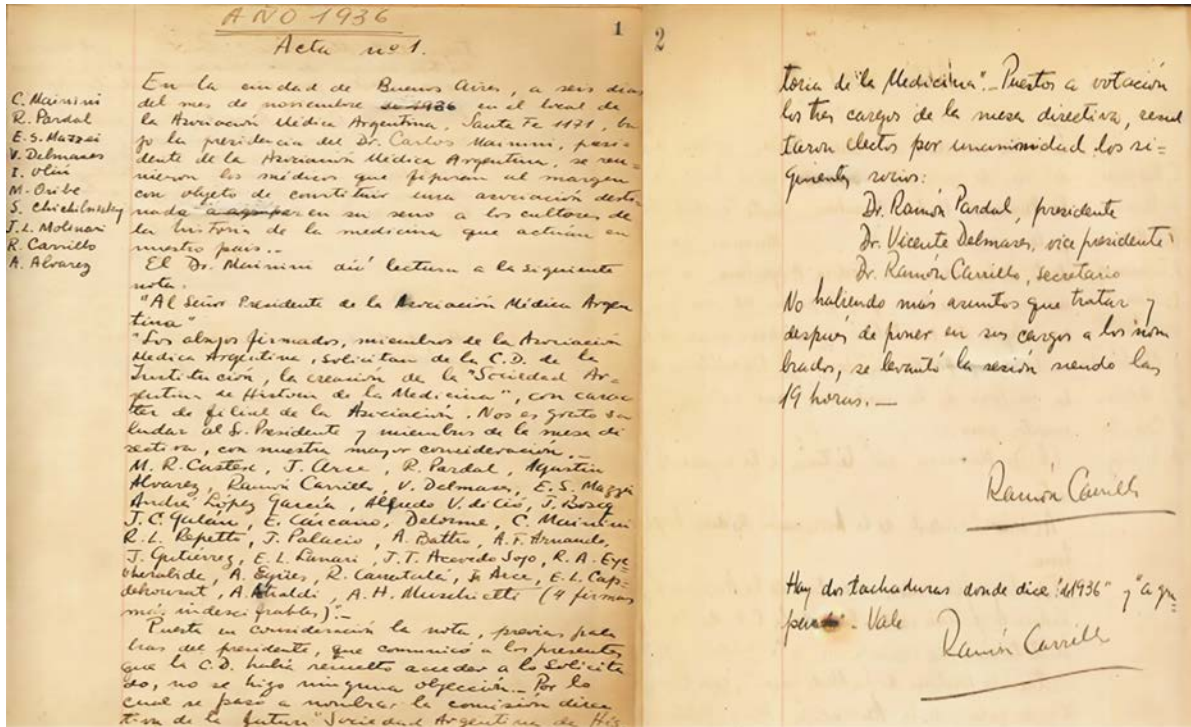


Figura 2. Primera y segunda hoja del libro de actas de la Sociedad Argentina de Historia de la Medicina.

contrarrevolución. A los ocho años del casamiento nace el único hijo de la pareja, Prilidiano, el 24 de enero de 1823, cuando su padre ya se había retirado de la política, en 1819, con lo que tenía para ese entonces 54 años, y su madre 23. En 1835, en relación con la atmósfera rosista que resultaba incómoda para la familia, viajan a Europa donde Juan Martín había pasado su infancia. Viven en París durante el ciclo lectivo y alternativamente en Cádiz, donde tienen negocios de importación de cueros. Prilidiano se gradúa de Ingeniero en el Instituto Politécnico de París, al igual que Charles Henri Pellegrini (1800-1875), y comienza al mismo tiempo su aprendizaje de la pintura. En la Ciudad Luz tiene la oportunidad de compartir el tiempo con su primo Nicanor, llegado para estudiar Medicina. En 1841 la familia se traslada a Río de Janeiro, pero vuelven a Francia en 1844 para retornar a Buenos Aires en 1849. En esta época Prilidiano realiza el retrato de su padre que muere al poco tiempo, en el mes de marzo de 1850. En esos momentos los Pueyrredón vivían en la quinta de San Isidro, en un edificio que es en la actualidad museo y que pertenecía a la familia. En 1851 recibe el encargo de mayor trascendencia: un retrato de Manuelita Rosas. Lo debe realizar según los cánones de la época, con una comisión que indica las características que debía poseer el cuadro, compuesta por Juan Nepomucena Terrero, Luis Dorrego y Gervasio Ortiz de Rozas, hermano menor de Juan Manuel. Este cuadro, que se conserva en el Museo Nacional de Bellas Artes, es su obra maestra y retrata a Manuelita de 34 años. Prilidiano tenía 27, y conocía a su modelo desde la infancia. Este mismo año decide retornar a Europa

con su madre y se instalan en Cádiz. Antes de viajar deja los planos para la quinta de su gran amigo Miguel de Azcuénaga, situada en Olivos y que hoy es la Quinta Presidencial, luego de algunos cambios. En Cádiz, Prilidiano Pueyrredón mantiene una relación con la joven Alejandra Heredia de la cual nace la niña María Magdalena Urbana en 1853. En 1854 vuelve a Buenos Aires sin su madre, que retornará a los pocos meses. Desde el barco escribe a Alejandra Heredia y hay correspondencia con ella también en 1857. Prilidiano permanecerá en Buenos Aires hasta su muerte; habitará la quinta "Santa Calixta" o de las Cinco Esquinas, en Libertad y Juncal y mantendrá un estudio en Piedad y Reconquista, viejo domicilio de la familia. Se ocupa asimismo de un campo en Baradero. Tenía sobrepeso y padecía de diabetes, enfermedad para la cual no había tratamiento eficaz. Presentó como complicaciones la retinopatía y muy probablemente la neuropatía y la arteriopatía periféricas ya que en sus últimos tiempos estaba impedido de caminar. Su producción se puede clasificar en retratos, paisajes y desnudos. Fue un experto retratista con influencia de Ingres. Su estilo fluctuó entre lo neoclásico y lo romántico. Sus retratos principales son los de Manuelita Rosas (1851), Santiago Calzadilla (1859), Miguel de Azcuénaga (1864) y el de su padre tomado muy poco antes de morir (1849). Es notable que no haya retratado a su primo Nicanor Albarelllos, de quien se conservan sólo daguerrotipos y fotografías. Los paisajes son los del campo porteño y reflejan con naturalidad las costumbres de la época. En cuanto a sus desnudos, fueron varios, pero se conservan muy pocos, los más

conocidos: “La Siesta” y “El Baño”, de 1865. La modelo era su empleada y amante que llevaba el apodo de “La mulata” y cuyo nombre era Romualda Lisboa de Cané. Pueyrredón era un hombre de costumbres licenciosas al que le gustaba gozar de la vida y sus placeres. Con Albarellos y Calzadilla constituían un trío de personas con conductas muy libres. Con hábitos adquiridos en Europa. Prilidiano permaneció soltero y también fue masón como sus amigos. Sus desnudos son los primeros que aparecen en la pintura argentina y no estaban dedicados a la exposición pública, sino que circulaban entre sus parientes Calzadilla y Albarellos, para deleite propio. La desnudez de sus cuadros tiene un realismo fuerte y un erotismo directo. Se supone que había pintado más con los mismos temas y que fueron destruidos por su familia luego de su muerte. En parte por estos cuadros y por las características de su vida y sus hábitos, su prestigio decayó en los últimos años de su vida. José

León Pagano (1875-1964) lo rescató del olvido al valorizar su obra pictórica ya entrado el siglo XX.

Albarellos, Calzadilla y Prilidiano, representantes de la juventud dorada de la Generación del '37 quedan en nuestro pasado, como personajes de un Buenos Aires que ha desaparecido por completo.

Para finalizar, queríamos dejar una sentencia de nuestro insigne estadista Bernardino Rivadavia quien fuera Presidente de las Provincias Unidas del Río de la Plata (actual Argentina), entre el 8 de febrero de 1826 y el 7 de julio de 1827. Él decía “perpetuar la memoria de los hombres recomendables es hacer justicia a sus méritos y estimular a los demás a que imiten su ejemplo”. Es lo que quisimos hacer con el Dr. Albarellos.

Agradecimiento:

A Pola Suárez Urtubey, quien revisara parte del manuscrito en el año 2019.

BIBLIOGRAFÍA

- Martí ML. El Académico Nicanor Albarellos en el bicentenario de su nacimiento 1810-1891. *Bol. Acad. Nac. Med* 2010;88:295-306.
- Orche E. Minas de Famatina, La Rioja, Argentina (ca. 1575-2019). *Rev Fac Ciencias Exactas, Físicas y Naturales* 2020;7:197-211.
- Katra WH. La generación de 1837. Los hombres que hicieron el país. Ed. Emecé, Bs. As., 2000.
- La Moda. Reproducción facsimilar. Prólogo de José A. Oría. Ed. Academia Nacional de la Historia. Ed. G. Kraft, Bs. As. 1938.
- Buzzi A. Historia del Antiguo Hospital de Clínicas. A través de sus Cátedras 1881-1971. 1ra edición, Ediciones Médicas del Sur, 2010 bsas, pp 7-14.
- Romi JC. Historia del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional. En: <https://www.csjn.gov.ar/cmfc/files/pdf/Romi-adelanto.pdf>; Consultado 12/9/24.
- Buzzi AP. Médicos Historiadores Argentinos. *Bol. Acad. Nac. Med* 1994;72:283-306.
- Sigerist HE. Medical history in central and south America. *Bulletin of the History of Medicine* 1941;9:342-60.
- Young P. La historia de la disciplina Historia de la Medicina y en la Cátedra de UCA. <http://bibliotecafepai.fepai.org.ar/Actas-HistoriaCiencia/ActasHCXXII.pdf>;2024:257-68.
- Grand B, Culino M. Entrevista al Prof. Dr. Federico Pérgola. Director del Departamento de Humanidades Médicas y del Instituto de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA). *Hematología* 2014;18:277-80.
- Agüero AL, Cabrera Fischer EI. La enseñanza de la historia de la medicina. *Historiografía médica en la Argentina*, En: *Manual de la Historia de la Medicina Argentina*, pp 255-66.
- Buzzi A, Pérgola F. Diccionario Bio-bibliográfico de Médicos Argentinos. Ediciones Médicas del Sur. 1ra edición, bsas, 2010, pp 28.
- Kohn Loncarica AG. Médicos Argentinos graduados en universidades extranjeras. *Asclepio* 1985;37:351-84.
- Guestrin N. La Independencia de España. En *La Guitarra en la Música Sudamericana*. <https://www.laguitarra-blog.com/wp-content/uploads/2011/11/19627529-La-Guitarra-en-la-Musica-Sudamericana1.pdf>; Consultado 22/9/24.
- Lázaro Flury L. *Historia de la Música Argentina*, Ed. Tapas, Córdoba, Argentina, pp 21.
- Muñoz R. *Historia de la guitarra*. Buenos Aires, 1930, Tomo I, pp 290.
- Illari B. Esnaola contra Rosas. *Revista Argentina de Musicología* 2010;11:33-73.
- Suarez Urtubey L. Antecedentes de la Musicología en la Argentina. Documentación y Exégesis. 2da edición, editorial de la UCA, 2009, pp 17-42.
- Wilde JA. Buenos Aires desde 70 años atrás, 1810-1880. Buenos Aires, Eudeba, 1966, pp 201.
- Ayestarán L. *La Música del Uruguay*. Montevideo. Servicio Oficial de Difusión Radio Eléctrica, 1953, pp 764.
- Viglietti C. Origen e Historia de la Guitarra. Editorial Albatros, 1976, 1ra edición bsas, pp 155-249.
- Boletín Musical 1837. Buenos Aires, 1837.
- Schebor G. Nicanor Albarellos: valsa para guitarra. En: <https://www.youtube.com/watch?v=TITGqHLkBU>; Consultado 22/9/24.
- Cutolo V. *Historia de las calles y sus nombres*. Editorial Elche. Buenos Aires, 1994. Vol I y II.
- Lappas A. *La Masonería Argentina a través de sus hombres*. Rall Gráf. Impresora Belgrano, Buenos Aires, 1968.
- Corbière EJ. *La Masonería II. Tradición y Revolución*. I ed BsAs, Editorial de bolsillo 2007, pp 266-305.
- Dujovne Ortiz A, Iparraguirre S, Malosetti Costa L. En: *Proyecto cultural para todos, pintura argentina, período 1810-2000*; 2:9-22. Ed. Banco Velox, Buenos Aires, 2001.
- Luna F, Amigo R, Giunta PL. En: *Prilidiano Pueyrredón. Proyecto Cultural Artistas del Mercosur*. Ed. Banco Velox, Buenos Aires, 1999.

Liquen plano ampollar

Bullous lichen planus

Gibsy Villacis Marriott¹, Paula Carla Minaudo¹, Elba Susana Pacheco¹, Gabriel Magariños², Pablo Young³, Gabriel Noriega¹

RESUMEN

El liquen plano ampollar es una rara dermatosis inflamatoria que se caracteriza por la aparición de vesículas o ampollas sobre las típicas lesiones de liquen plano. Presentamos un caso de liquen plano ampollar en una mujer de 65 años que respondió satisfactoriamente al tratamiento con corticoides tópicos.

Palabras clave: liquen plano, estrias de Wickham, dermatosis inflamatoria.

ABSTRACT

Bullous lichen planus is a rare inflammatory dermatosis characterized by the appearance of vesicles or bullae on typical lichen planus lesions. We present a case of bullous lichen planus in a 65-year-old woman who responded satisfactorily to treatment with topical corticosteroids.

Keywords: lichen planus, Wickham's striae, inflammatory dermatosis.

Fronteras en Medicina 2024;19(4):304-306. <https://doi.org/10.31954/RFEM/202404/0304-0306>

INTRODUCCIÓN

El liquen plano ampollar (LPA) es una rara dermatosis inflamatoria que se caracteriza por la aparición de vesículas o ampollas sobre las típicas lesiones de liquen plano (LP)¹. Se estima que el LP tiene una prevalen-

cia mundial del 1%, con múltiples variantes tales como anular, pigmentosa invertida, ampollar, penfigoide, cada una con gran diversidad clínica; sin embargo, la patología tiene un patrón básico que permite un diagnóstico certero² (Tabla 1).

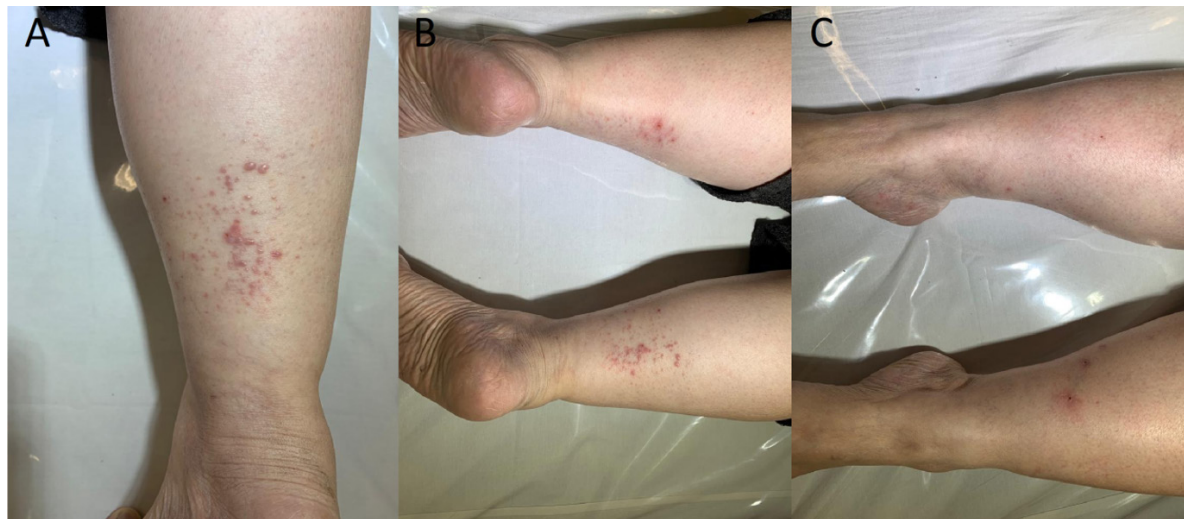


Figura 1. A) Lesiones papulares, poligonales de superficie plana, levemente eritematosa. B) Cara posterior de tercio inferior de piernas. C) Cara anterior de tercio inferior de piernas.

1. Servicio de Dermatología, Hospital Británico de Buenos Aires
2. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Británico de Buenos Aires
3. Centro Integral de Enfermedades Poco Frecuentes, Hospital Británico de Buenos Aires

Correspondencia: Gibsy Villacis. Servicio de Dermatología. Hospital Británico de Buenos Aires, Perdriel 74, CI280AEB CABA, Argentina. Fax (54- 11) 62744237; dalm1093@hotmail.com

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 08/06/2024 | Aceptado: 15/07/2024

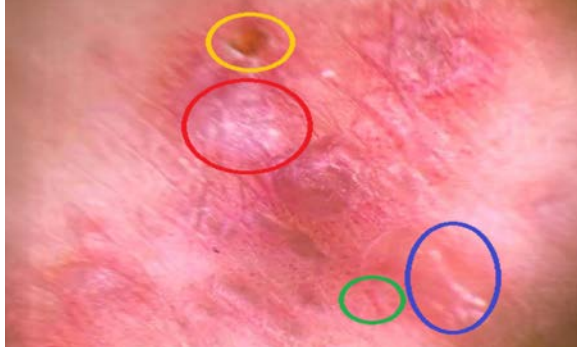


Figura 2. Imagen dermatoscópica, donde se observan ampollas (círculo azul) con la presencia de costras (círculo amarillo), estrías de Wickham (círculo rojo) y vasos puntiformes (círculo verde).

Tabla I. Variantes clínicas de pacientes con liquen plano.

Clásico
Pigmentado
Atrófico
Hipertrófico
Oral
Pilar
Ampollar
Penfigoide
Vulvovaginal
Eruptivo

DISCUSIÓN

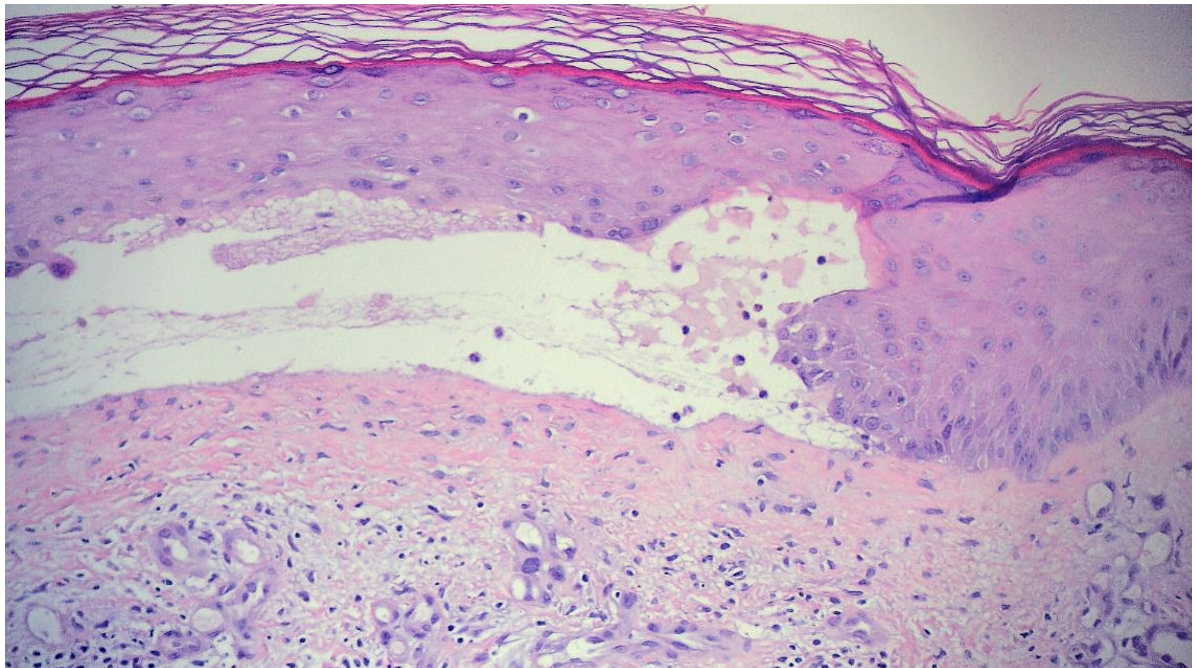


Figura 3. Dermatitis liquenoide con un sector de despegamiento ampollar dermoepidérmico. (H&E x100).

CASO CLÍNICO

Paciente de 65 años de fototipo tipo II, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial en tratamiento con losartán 50 mg, diabetes medicada con metformina 500 mg y obesidad tipo I. Consultó por presentar lesiones pruriginosas de un mes de evolución. Al examen físico se observaron vesículas y ampollas tensas sobre base eritematosa, localizadas en tercio inferior de piernas a predominio de zona posterior con ausencia de lesión ungueal, mucosa y pliegues (**Figura 1**). Sus estudios analíticos realizados fueron normales, no se realizó inmunofluorescencia de la patología, el examen dermatoscópico evidenció: ampollas, costras, estrías de Wickham y vasos puntiformes (**Figura 2**). Se realizó biopsia con *punch* de 3 cm y el estudio histopatológico evidenció dermatitis liquenoide con área de despegamiento ampollar compatible con liquen plano ampollar (**Figura 3**).

El LP es una dermatosis inflamatoria, multifactorial de etiología idiopática¹. Se caracteriza por pequeñas pápulas poligonales, violáceas, planas, con estrías blancas reticulares conocidas como estrías de Wickham. Si presenta ampollas o vesículas sobre estas lesiones corresponde al LPA^{1,2}.

Se han descrito 14 variantes de LP; el LPA es raro, su baja frecuencia lo hace considerar diagnóstico diferencial de otras enfermedades cutáneas con patrones ampollares (LP penfigoide, penfigoide ampollar, pénfigo vulgar, eritema multiforme e infección por virus herpes) y la histopatología es útil para el diagnóstico definitivo^{2,3}.

Nuestro paciente se encuentra en el grupo poblacional prevalente, que es el sexo femenino de entre 30 y 70 años^{4,5}.

El tratamiento farmacológico no está estandarizado; los esteroides tópicos o sistémicos son los más utiliza-

dos según la gravedad del paciente, y otras opciones farmacológicas posibles son: nicotinamida, tetraciclina, azatioprina, micofenolato, rituximab y omalizumab. El paciente fue tratado con corticoide de alta potencia tópico (clobetasol), dos veces al día, acompañado de antihistamínicos (cetirizina), lo que permitió la remisión de su condición⁶.

Es una dermatosis de baja frecuencia, benigna y crónica; la clínica es fundamental para su diagnóstico y la patología es característica, lo que la diferencia de otras enfermedades ampollares; su manejo temprano disminuiría su progresión; no posee un manejo farmacológico estandarizado⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Verma R, Vasudevan B, Kinra P, Vijendran P, Badad A, Singh V. Bullous lichen planus. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2014;80:279.
2. Shah RR, Bhate C, Hernandez A, Ho CH. Lichen planus pemphigoides: A unique form of bullous and lichenoid eruptions secondary to nivolumab. *Dermatol Ther* 2022;35:e15432.
3. De Lorenzi C, André R, Vuilleumier A, Kaya G, Abosaleh M. Bullous lichen planus and anti-programmed cell death-1 therapy: Case report and literature review. *Ann Dermatol Venereol* 2020;147:221-7.
4. Gagliardi M, Busso C, Anaya J. Variantes clínicas infrecuentes del liquen plano: pigmentoso invertido, anular y penfigoide. *Dermatología Argentina* 2020;26:157-62.
5. Handa S, Kanwar A. Bullous lichen planus. *Pediatric Dermatology* 1993;10:393-4.
6. Valenzuela F, Fernández A, Flores R. Manifestaciones orales de las enfermedades mucocutáneas, parte 1: liquen plano oral y penfigoide de membranas mucosas. *Piel* 2020;35:364-72.
7. Liakopoulou A, Rallis E. Bullous lichen planus. *J Dermatol Case Rep* 2017;11:1-4.

Dr. Miguel Faulkner McTurk Lowe (1931-2014). Director General del Hospital Británico 1979-1993

Dr. Miguel Faulkner McTurk Lowe (1931-2014). General Director of the British Hospital 1979-1993

Juan D. Humphreys¹, Jorge R. Carballo²

Fronteras en Medicina 2024;19(4):307-310. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202404/0307-0310>

*“En la naturaleza nada se pierde, todo se transforma”
Antoine-Laurent de Lavoisier. 1743-1794*

Durante las dos décadas que van de 1973 a 1993 ocurrieron grandes transformaciones en el Hospital Británico que resultaron ser la clave para que la Institución adquiriera una imagen totalmente renovada. El Hospital Británico, que tuvo sus inicios en 1844, a nivel del común de la gente en la Ciudad de Buenos Aires y sus alrededores, era más conocido hasta la década de 1960 como el “Sanatorio Británico” o la “Clínica de los Ingleses”¹. En el concepto de los vecinos porteños era una clínica privada a la cual la mayor parte de la comunidad no tenía acceso. Los pacientes “perteneían” a su médico de cabecera y los servicios existentes eran generalmente denominados con el apellido de los jefes. Se podría decir que hasta ese momento la conformación era de neto corte sanatorial. La atención era privada o sea pactada entre el médico y el paciente o con la compañía que lo empleaba^{2,3}. En su mayor parte eran los médicos quienes generaban las internaciones y orientaban a los pacientes hacia la Institución. En esos momentos se estaba iniciando una nueva etapa en las relaciones asistenciales y la financiación de los actos médi-

cos. Ya en la Provincia de Buenos Aires en 1957 se crea el IOMA y pocos años después el primer nomenclador de prácticas médicas conocido inicialmente como el “Libro Verde” por las características de sus tapas. Así comenzaron a aparecer los nuevos financiadores, ya sean las obras sociales o los sistemas prepagos⁴. Esto impactó fuertemente en la actividad de los consultorios médicos privados, que se tradujo en una franca disminución de las internaciones, lo cual llevó a una crisis grave institucional. En su momento se evaluaron diversas propuestas, entre ellas se incluyó la eventual venta total o parcial de las instalaciones y predio del Hospital. Finalmente, el Consejo de Administración decidió intentar conservar en funcionamiento toda la institución como tal y hacer las transformaciones necesarias para insertarla en las nuevas modalidades de asistencia. Fue nombrado Director General el Dr. Hugo Fraser Warneford-Thomson (1912-2003), cargo que ocupó entre 1976 y 1978 y entre otras cosas se llegó a un acuerdo primero para dar asistencia a los afiliados del PAMI, y luego siguieron nuevos convenios tanto con otras obras sociales así como con empresas prepagas. Simultáneamente se decidió la creación de un plan asistencial propio abierto a la comunidad no británica, inicialmente llamado PAMPA⁴, actualmente conocido como Plan de Salud, y también la ampliación de la cobertura del plan preexistente para los británicos y sus descendientes conocido como *Contributory Scheme* para que además se incluyeran los honorarios médicos. Miguel Faulkner McTurck Lowe (**Figura 1**) nació en el Hospital Británico de Buenos Aires el 28 de abril de 1931. Su padre William Faulkner Lowe era británico, nacido en Wigan, y su madre Marjorie McTurk había nacido en la Guayana Británica, hoy Guyana. Ambos se conocieron en el Reino Unido donde se casaron. Debido a su trabajo en el tendido de las vías fe-

1. Médico consultor. Ex Jefe de Cardiología, Hospital Británico de Buenos Aires

2. Ex Director Administrativo, Hospital Británico de Buenos Aires

Correspondencia: Juan D. Humphreys. Servicio de Cardiología, Hospital Británico, Perdriel 74, C1280AEB CABA, Argentina. juandumphreys@gmail.com

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 08/08/2024 | Aceptado: 15/09/2024



Figura 1. Dr. Miguel Faulkner McTurk Lowe.

rroviarias la familia debió ir cambiando de lugar de residencia en la medida que avanzaban las obras. Así vivieron en Gral. Pico, Mar del Plata, Bahía Blanca, Tres Arroyos, Las Flores, Lincoln y finalmente en la Ciudad de Buenos Aires. Tanto Miguel como su hermana menor Joan fueron colocados como pupilos en los Colegios San Jorge y Barker respectivamente. En 1944 sufre una osteomielitis a nivel del tobillo. Internado en el Hospital Británico fue uno de los primeros que fueron tratados exitosamente con penicilina⁵, pero dada la gravedad de las secuelas, requirió que le efectuaran una fijación del tobillo afectado (triple artrodesis), motivo por el cual después siempre caminó ligeramente renco. Por este motivo no volvió al Colegio San Jorge y terminó completando sus estudios secundarios en diversos colegios cerca de los distintos domicilios de sus padres. En 1950 ingresó en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral en Rosario, Provincia de Santa Fe y recibió su título de Médico Cirujano el 3 de marzo de 1960 (Figura 2). Como en el ínterin su padre había fallecido, para solventar sus estudios comenzó a trabajar dando clases particulares de idioma inglés y en 1960, aún en Rosario, se casó con Martha Beltramo, quien fuera una de sus alumnas (Figura 3). Tuvieron tres hijos: Miguel (h), Roberto y Patricia. Amante de la música clásica, era poseedor de una importante colección de discos de pasta. Por su limitación física practicó poco deporte, si bien convocaba a sus amigos a jugar al tenis, donde se caracterizaba por pegarle muy fuerte a la pelota y desplazarse escasamente por la cancha. Le gustaba reunir amigos en su casa y en especial hacer asados multitudinarios con personas de todos los estamentos del Hospital, sin distinción de clases o de ocupación, con un efecto claramente integrador.

En 1961, ya desarrollando la especialidad de Ortopedia y Traumatología, ingresó en el Hospital Británico. Simultáneamente trabajó como traumatólogo en la Clínica Pozos de la calle Combate de los Pozos en CABA perteneciente al grupo asegurador La Primera, y tiene sus primeros contactos con los sistemas de asistencia a cargo de compañías de seguros. Unos años después, siendo aún médico del Servicio de Ortopedia y Traumatología, con un grupo de colegas, algunos del *staff* del Hospital Británico, participó del lanzamiento de una empresa de medicina prepaga. En una etapa posterior fue Director Médico de la empresa de medicina prepaga DOCTHOS. Mediante estos vínculos adquirió experiencia en el gerenciamiento y se relacionó con los grupos involucrados en la administración y comercialización de servicios médicos prepagos (comunicación personal con Lucas Schiaffino). Supo asesorar cuando el Hospital Británico acordó con el PAMI y eventualmente fue quien actuó como intermediario del nombramiento del Dr. Emilio A.R. Freixas en Clínica Médica para hacerse cargo de gestionar los pacientes de esa obra social. El Director General de ese momento, el Dr. Warneford-Thomson lo calificó como un “excelente motorizador” para generar los cambios necesarios del momento, y apoyado por el Consejo de Administración en 1976 lo hizo nombrar Director Médico durante los años 1977 y 1978³. Dos años después, al renunciar el Dr. Warneford-Thomson, el Dr. Lowe es designado en su reemplazo, cargo que ocupó entre los años 1979 y 1993^{2,3}. La misión contemplada fue transformar la tradicional estructura sanatorial en un hospital general abierto a la comunidad y al sistema asistencial privado imperante en el país. El desafío fue realizar esta tarea sin comprometer las tradiciones y el estilo de la Institución. Fue necesario romper con muchas viejas costumbres muy arraigadas e introducir modificaciones en las estructuras para un funcionamiento más eficiente y acorde con los modelos asistenciales en uso en ese momento.

Cabe destacar que, entre otras cosas, durante su gestión fueron creados: el Comité de Ética, el Comité de Auditoría Médica, el Comité de Infecciones, el Comité de Docencia, el Comité de Farmacia y Terapéutica y el Consejo Médico como órgano de asesoramiento del Director General⁶. En su gestión se convirtieron las salas amplias pabellonadas de múltiples camas en habitaciones individuales o compartidas lo que cambió la fisonomía del hospital. En lo académico se obtuvo el nombramiento del Hospital Británico como Hospital Asociado a la UBA, se impulsó el desarrollo de las Residencias Médicas como sistema educativo formal y con la compra de un predio nuevo, la biblioteca médica fue trasladada a una sede más amplia. En lo científico se comenzó a realizar cirugía endoscópica, se realizó en 1980 el primer implante coclear de Argentina liderado por el Dr. Jorge A. Schwartzman y el 13 de sep-



Figura 2. Diploma de Médico Cirujano.

tiembre de 1986 se realizó el primer trasplante alógeno de médula ósea de Argentina liderado por el Dr. Eduardo O. Bullorsky^{7,8}. Debido a su fuerte oposición al nepotismo, sustituyó la modalidad vigente de ingreso discrecional de nuevos profesionales por un sistema de selección curricular por jurado, con la intención de dar igualdad de oportunidad a todos. Por primera vez en la historia accedieron profesionales mujeres a jefaturas de Servicio. Con el objetivo de lograr una operatoria más eficiente, se inició el área de informática, se realizaron varias consultorías externas y la Institución se sometió por primera vez a una evaluación de calidad externa (ITAES). Bajo su impulso se realizaron importantes modificaciones edilicias (el edificio de la Guardia y el quirófano junto con la sala de Hemodinamia del segundo piso son solo algunos ejemplos). Se incorporaron importantes nuevas tecnologías, entre otras, la tomografía axial computada, la resonancia magnética nuclear, la ecografía, la hemodinamia y la electrofisiología. Impulsó que se solicitara la confección por parte de asesores externos especializados del primer Plan Maestro. Su capacidad emprendedora se vio reflejada en el fuerte impulso que le imprimió al área comercial, haciéndola uno de los pilares de su gestión. Apoyó el desarrollo de la Gerencia de Prestaciones e hizo incorporar personas con experiencia en el área para posicionarse mejor en el mercado. Tuvo la habilidad de poder identificar a entidades financiadoras económicamente inestables en el momento oportuno, evitando quedar expuesto ante clientes deficitarios. La creación de un logo que permitiera una fácil identificación visual institucional también fue fruto de su iniciativa. Este símbolo se sigue utilizando extensamente en la actualidad y representa la marca del Hospital en todos los niveles.

Tuvo la costumbre de caminar por el Hospital con frecuencia. De esta manera tenía un contacto permanente con casi todas las personas dentro de la Institución y conocía a muchos por su nombre. No había lugar que él llegara a desconocer. Muchas de las falencias, sugerencias, quejas o protestas le llegaban casi siempre de primera mano por parte de los involucrados y no tenía temor en enfrentar los problemas. Era firme, claro y con-



Figura 3. Martha Beltramo y Miguel Lowe en 2008.

ciso al expresar sus deseos, pero jamás se supo que hubiera perdido la paciencia o que le hubiera faltado el respeto a nadie. En general era de muy pocas palabras y muy respetuoso para los horarios pactados de las reuniones que citaba. Ante la presentación de problemas sabía escuchar sin interrumpir, y era habitual que sus decisiones se conocieran solo horas o días después. Como todo director ejecutivo que se centraba en lograr objetivos claros obtuvo fuertes apoyos, pero también paralelamente produjo incertidumbres en parte de la organización por el desafío que representaban los cambios propuestos. Por estos motivos a mediados de la década de 1980 presentó su renuncia y acordó permanecer mientras se eligiera su reemplazante. Posteriormente su renuncia fue rechazada y continuó en el cargo hasta que al fin de 1993 decidió su alejamiento.

Después de dejar el cargo, el Dr. Lowe volvió a ejercer la profesión en su especialidad y también actuó como asesor de empresas de medicina prepaga. Finalmente decidió retirarse, alejándose totalmente de la profesión. Falleció en el Hospital Británico el 18 de septiembre de 2014 y sus restos recibieron cristiana sepultura en el Cementerio Británico de la Chacarita.

Los actos de los hombres siempre deben evaluarse en el contexto de la realidad del momento en que ocurren para poder tener una apreciación justa de lo acontecido. Habiendo recibido un mandato del Consejo de Administración de adecuar la Institución a las nuevas

realidades imperantes, los hechos relatados muestran como el Dr. Lowe fue artífice de esta profunda transformación. Como resultado de su accionar, la Institución quedó preparada y empoderada para hacer frente a las muy complicadas situaciones políticas, económicas y del mercado de la salud que durante el nuevo milenio estaban por ocurrir en la Argentina. Cabe recordar que otros Hospitales de Comunidades, ante esta difícil coyuntura, no lograron superar las dificultades y debieron terminar por presentarse en quiebra o ceder su administración a terceros gerenciadore⁹⁻¹². El paciente dejó de ser el "cliente" que el médico acercaba y la Institución adquirió la estructura y la complejidad necesaria para hacerse cargo del manejo integral de todo el proceso que va desde la atracción del paciente y la contratación del financiador, hasta la administración de todos los servicios asistenciales que incluyen contar con el equipamiento y el personal idóneo. Como Institución de salud, logró un posicionamiento académico con el inicio de la educación médica formal de pregrado y de

posgrado. Finalmente, esta transición progresiva condujo aun cambio de imagen y pasamos a ser reconocidos en la comunidad como un Hospital General polivalente. Hoy día muchas personas que conviven con todas las estructuras existentes con total naturalidad y las aprecian como necesarias e indispensables, tal vez no hayan reparado nunca en que ello requirió una decisión muy firme y un tremendo esfuerzo para poder concretarse y ponerse en marcha. Esto ha sido el legado de Michael Lowe.

Los autores desean honrar especialmente la memoria del Dr. Hugo Fraser Warneford-Thomson y de los señores Presidentes del Consejo de Administración Frank Martin, José Norris, Aubyn P. Simpson, Jorge A. Forrester y David I. Martin como partícipes de esta gesta.

Agradecimientos:

A los hijos del Dr. Lowe, por la ayuda inestimable para confeccionar esta breve biografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Young P. Los orígenes de nuestro hospital a 180 años de su fundación. *Fronteras en Medicina* 2024;19:102-4.
2. Emery JDC. Historia del Hospital Británico 1844-2010. Akian Gráfica Editora. Buenos Aires; 2016, p 17-195.
3. Warneford-Thomson HF. El Hospital Británico de Buenos Aires: una historia 1844-2000. L.O.L.A. Editora. Buenos Aires; 2001.
4. Tobar F. Breve historia del sistema argentino de salud. En: Garay, O (Coordinador) "Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal". Buenos Aires. Editorial La Ley. 2012.
5. <https://www.acs.org/education/whatischemistry/landmarks/flemingpenicillin.html>; consultado 7/8/24.
6. Young P. Residencias médicas del Hospital Británico de Buenos Aires: pasado, presente y futuro. *Fronteras en Medicina* 2022;17:53-69.
7. Schwartzman JA. Historia del implante coclear. En: <http://implantecoclear.org/documentos/implante/historia.pdf>; consultado el 7/8/24.
8. Rabinovich O. Historia de la Medicina Transfusional del Hospital Británico de Buenos Aires. *Fronteras en Medicina* 2014;IX:136-42.
9. <http://www.eladanbuenosayres.com.ar/historia-del-hospital-israelita-hasta-su-quiebra>; consultado el 7/8/24.
10. Cejas C. Historia del Hospital Francés de Buenos Aires. *Rev Arg Radiol* 2011;75:345-51.
11. <https://www.pami.org.ar/novedades/hospital-espanol/>; consultado el 7/8/24.
12. redbasa.com.ar/centro-gallego-de-buenos-aires; consultado el 7/8/24.

La primera mujer médica del Hospital Británico y pionera de la Oncología: Dra. Justina Lady Martínez (1937-2024)

The first woman physician of the British Hospital and Oncology pioneer: Dra. Justina Lady Martínez

María Alejandra de Baldrich

Fronteras en Medicina 2024;19(4):311-314. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202404/0311-0314>

La Dra. Justina Lady Martínez, exjefa y consultora del Servicio de Oncología, falleció el 1 de junio del 2024 (**Figura 1**). No solo vio nacer la Oncología Médica como especialidad, sino que fue pionera de su instrumentación efectiva a nivel nacional. Aportó esperanza de sobrevivida a pacientes oncológicos de una generación. Supo dejar una impronta de humanidad en su trabajo. Eligió acompañar a los enfermos en su momento más crítico, el tránsito por las enfermedades neoplásicas terminales. Se la consideró dentro de un grupo de maestros de la medicina¹.

Fue la primera mujer que accedió a los siguientes cargos dentro del Hospital Británico de Buenos Aires: residente, médica de planta de Clínica Médica y luego jefa y consultora del Servicio de Oncología². A instancias del editor de esta revista, se develaron hallazgos testimoniales desconocidos hasta el momento: la Dra. Justina Martínez fue la primera mujer que ejerció la medicina dentro del Hospital Británico.

Fue pionera de la instauración de la Oncología como especialidad en el país. Tuvo la dicha de participar en el grupo fundador del Hospital Universitario Austral, donde ejerció su especialidad.

Los orígenes de la Oncología Médica Argentina se habían gestado a raíz de trabajos aislados de los Dres. Pedro J. Otamendi, Ángel Roffo, Ofelia Trímboli y

Roberto Aquiles Estévez³. España había sido la primera nación europea que instauró residencias hospitalarias, en la primera mitad de XX. Recién pudo plasmarse como una disciplina eficiente con el advenimiento de métodos de diagnóstico precisos y terapias innovadoras, en la segunda mitad del siglo XX. Se la reconoció como una especialidad española en 1978^{4,5}.

Justina Lady Martínez se recibió de médico en el año 1963. Ingresó a la primera residencia de Clínica Médica, del Hospital Británico, donde ejerció junto a los Dres. John D.C. Emery y Juan Humphreys, durante los años 1964 a 1966^{2,6}. Los pormenores de aquella residencia —relatados por el Dr. Humphreys— resultan imprescindibles para comprender la idiosincrasia británica del hospital, la diferencia con otras instituciones y el ambiente profesional predominantemente masculino de aquella época. Dicha publicación se encuadra dentro del “posmodernismo histórico”, ya que describe la vida cotidiana, que aún no había sido recabada en profundidad². La Dra. Martínez ingresó como médica interna en 1967, equivalente a médica de planta, disciplina que ejerció en nuestro hospital. Fue incorporando pacientes oncológicos a su práctica diaria, quizás por percibir la carencia de tratamiento y contención para estos enfermos. Se convirtió en una testigo privilegiada al asistir al nacimiento de la oncología mundial, dentro de su área de conocimiento. No tardó en abocarse a lograr una capacitación, viajó a Milán, Italia, y posteriormente España, donde recibió formación oncológica. Ejerció dentro del Servicio de Mastología, bajo la jefatura del Dr. Leonardo Mc Lean, desde 1987 a 1997⁷. Recibió el título de oncóloga en 1997. De esta manera, cimentó la base para la creación del Servicio de Oncología dentro del

Servicio de Dermatología, Hospital Británico de Buenos Aires.

Correspondencia: María Alejandra de Baldrich. Servicio de Dermatología, Hospital Británico de Buenos Aires. Perdriel 74, C1280AEB CABA, Argentina. alejandradebaldrich@gmail.com

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 13/9/2024 | Aceptado: 08/10/2024

Hospital Británico, donde se desempeñó como jefa, de 1999 a 2003. Asistió a numerosos congresos en el exterior (**Figura 2**) y participó en diversos protocolos de investigación.

El sostenido crecimiento de la unidad oncológica requirió incorporar nuevos especialistas, los Dres. Gonzalo Rubio y Ernesto Korbenfeld, en los inicios. Se convocó a la Dra. Karina Vera, egresada de la residencia de Clínica Médica, con posgrado en Oncología cursado en Francia. Los Dres. Luciana Bella Quero y Jorge Puyol se sumaron con posterioridad, este último en el Hospital Británico de Vicente López. La elección del Dr. Carlos Silva, actual jefe del Servicio, resultó una medida estratégica para configurar un enclave de referencia y derivación.

La acción sinérgica con el ex jefe de Radioterapia, el Dr. Gilberto Giovanelli, aportó un enfoque multidisciplinario imprescindible. Se trató de una excelente dupla profesional, tanto en el trabajo asistencial, como en el académico. El Dr. Giovanelli formó equipo conjunto con los médicos clínicos tratantes. Por iniciativa suya existió el intenso y prolongado debate sobre la posibilidad de adquirir una bomba de cobalto para el hospital. Este proyecto fracasó al transformarse en una meta inalcanzable, condicionada por los vaivenes económicos nacionales.

La segunda médica que ingresó en nuestro hospital fue la Dra. Gisela Duhm, dermatóloga, en 1968. Ella se había formado en el Servicio y 1ª Cátedra de Dermatología de la Universidad de Buenos Aires del Hospital Ramos Mejía, con el Dr. Pedro H. Magnin, un erudito. Solía cubrir las licencias del Dr. Magnin, único dermatólogo y jefe de Servicio desde 1957. La Dra. Duhm fue una reconocida deportista de salto ornamental, cuyos logros internacionales figuraban en los periódicos. Fue la primera mujer jefa de Servicio, entre los años 1980 a 1997. El motivo de esta misiva es dejar sentado otro hecho suplementario desconocido: la Dra. Martínez fue la primera médica de planta del hospital y la Dra. Duhm la primera jefa de un Servicio dentro de nuestro hospital⁸. La relación entre ambas llegó a ser muy estrecha. La amistad persistió en el tiempo, se transmitió a sus discípulos, y es el motivo por el cual me veo involucrada en esta historia. Hace varias décadas, Mastología, Endocrinología y Dermatología, se encontraban emplazados a continuación del hall cercano a calle Caseros, de nuestro hospital central. Resultaba natural que surgiera un gran compañerismo entre las médicas de esos sectores.

La Dra. Martínez cofundó el Hospital Universitario Austral, al que se trató de imprimir el mismo ideal que la Clínica Universidad de Navarra. Fue, también allí, la primera jefa de Oncología y luego consultora, desde el año 2000. Aquí ejerció con los Dres. Leonardo Mc Lean, Ricardo Dodds, Jorge Amestoy, Enrique

Malbrán, César Bergadá, Fernando Magnanini, Roberto De Rosa, José Navia y Miguel Tezanos Pinto. El ejercicio profesional, aquí, representó una gran satisfacción para Lady.

La carrera de la Dra. Martínez culminó al ser nombrada consultora de los dos servicios que había fundado, tanto en el Hospital Británico, como en el Hospital Universitario Austral.

Un hecho relevante de su carrera constituyó la atención de una paciente, a raíz del atentado a la Embajada de Israel, de calle Arroyo 910, en el barrio de Retiro, en marzo de 1992. Había sido dada de alta del Hospital Ramos Mejía, compensada, con esquirlas de metal y vidrio, incrustadas en piel de tórax y zona mamaria. Fue llevada al Servicio de Mastología del Hospital Británico, donde Justina procedió a remover los cuerpos extraños, con superlativa eficiencia. Esa faceta de intervenir heridas de guerra con solvencia, la reflejaba en toda su dimensión.

La siguiente anécdota define el espíritu de aquellos primeros médicos. El Dr. John Emery se encontraba examinando a una paciente, en su consultorio de Clínica Médica, cuando una secretaria abrió la puerta, de manera intempestiva, sin golpear. Quedó expuesta la desnudez relativa de la mujer que estaba atendiendo. Este hecho constituyó un problema ético, que el Dr. Emery resolvió removiendo de su cargo a la secretaria. Prevalció la responsabilidad de proteger a la persona que se entrega, confiadamente, durante el acto médico. Representó un manifiesto de principios, un testamento. Y el eco del “deber ser” médico, originado en los inicios de la práctica del arte de curar.

El enorme afecto que despertaba Justina Martínez me llevó a indagar la trama íntima de su vida privada. Nació en Rosario, provincia de Santa Fe. Fue la cuarta hija de Celestino Martínez y Valentina Rodríguez, que emigraron desde la región de Bierzo, provincia de León, España, hacia Argentina, en 1921. Después de la Primera Guerra Mundial, a pesar de la neutralidad española, habían surgido problemas económicos, políticos y sociales que determinaron la migración parental. Justina y sus hermanas, Elba, Olga y Angélica, se educaron en un ambiente de prosperidad, debido a la visión comercial y cultura de trabajo de sus padres. Fundaron diferentes empresas familiares, una de las cuales aún subsiste. No fueron golpeados por la Segunda República, ni por la Guerra Civil Española, pero a raíz de esto inculcaron a las hijas un gran sentido de solidaridad. Una ley prohibía el ingreso de ropa nueva a España, durante la post guerra civil. Por eso, Lady y sus hermanas gastaban las suelas de zapatos nuevos, en el tronco de un árbol, antes de enviarlos a parientes y amigos de León.

Lady egresó como perito mercantil de la Escuela Nacional de Comercio de Señoritas, Capitán General Justo José de Urquiza, en 1954. Sufrió una



Figura 1. Dra. Justina Lady Martínez.

peritonitis que la indujo a plantearse la importancia del tratamiento del dolor. Esto resultó decisivo en el momento de elegir su carrera. Estudió en la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional del Litoral y en la Universidad de Córdoba, de manera alterna, buscando una formación óptima. Se había destinado una habitación para ella, con escritorio, libros y el correspondiente cráneo óseo. Tras recibirse, ingresó al Hospital Británico de Buenos Aires.

La Dra. Martínez cumplió, sin proponérselo, las máximas de austeridad que la Dirección Médica y *Matron* (jefa de Enfermeras) habían estipulado: no usar pantalones, botas, joyas, o *bijouterie* llamativas. Hace varias décadas, Mastología, Endocrinología, Dermatología, se encontraban emplazadas en una ubicación contigua al actual Servicio de Clínica Médica, del Hospital Británico Central. Resultó natural que surgiera un gran compañerismo entre las médicas de aquel sector, que se hizo extensivo a nuestra enfermera, María Chavarría. Justina promovió reuniones en su casa, con sus amigas del hospital, a las que asistí junto a las Dras. Gisela Duhm, Nilda Llacer (ginecóloga), Claudia Shanley (hematóloga) y Marcela Morán (endocrinóloga).



Figura 2. Congreso de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), 2014, Hotel Hilton de Toledo, España.

Compartí su consultorio de calle Córdoba, que contaba con computadora, en aquella época un objeto suntuario, muy poco común. Representaba un lujo indispensable para redactar historias clínicas y elaborar protocolos de investigación.

Sabía la hora exacta del “Angelus”, sin mirar los relojes. Algo tan del pueblo español, tan de Bierzo, donde se había escuchado el tañido de campanas, durante siglos, a esa hora exacta.

Mantuvo con Patricia, la hija de una paciente portuguesa, que falleció, una relación tutelar y de amistad maravillosa. Fue parte de su vida, como si se tratara de su propia familia. Y, cuando hizo falta, Patricia cuidó de Lady con la mayor dedicación imaginable.

Sentía un gran amor por los perros, en especial los salchichas de pelo duro, pasión compartida con la Dra. Gisela Duhm y el Dr. Juan Humphreys. Tuvo la suya: Renata. Justina se sometió a una operación valvular de gran complejidad, en Bilbao, España. Había sido derivada por el Dr. Humphreys. El nexa con el Dr. José Manuel Revuelta, un eximio cirujano español, lo gestionó el Dr. Blas Mancini, cirujano cardiovascular de nuestro hospital. El Dr. Mancini estuvo presente durante la operación. Lady se recuperó y volvió a su trabajo por muchos años.

Sufrió un accidente derivado de su operación valvular, mientras conducía su auto hacia Pilar, en diciembre de 2016. Fue internada en el Hospital Universitario Austral y luego derivada al Hospital Británico. En esa oportunidad expresó: “Menos mal que no maté a nadie”. Abandonó el ejercicio de la medicina por las secuelas. No obstante, siguió organizando reuniones sociales con los Dres. Leonardo Mc Lean, Claudio Paletta, Marta Sanguineti, Domingo Turri, sus amigas del Británico y Patricia. La visité durante esos años de convalecencia, tan duros. Recibió asistencia de una enfermera profesional, cuyo nombre y apellido eran, respectivamente, Flor María. Ingresó con ella al Hospital Británico por una enfermedad infecciosa. Murió pocas sema-

nas después, siempre acompañada por sus sobrinas de Rosario y por Patricia, la hija de su paciente fallecida, que había adoptado.

No creo que temiera la muerte. Se fue en paz con su vida, con las personas y con Dios.

En cuanto a su ausencia, rescato el concepto de Clive Staples Lewis: “El dolor de hoy forma parte de la felicidad de entonces”⁹.

Agradezco los testimonios de:

- Graciela, sobrina de Justina Lady Martínez, y Patricia, amiga (ambas prefieren que su apellido no se divulgue).
- Dr. Juan Humphreys.
- Dr. Pablo Young y Dra. Gisela Duhm, quienes lograron establecer la cronología de las primeras médicas del Hospital Británico de Bs. As, en las salas y en los consultorios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vida. La Revista del Hospital Universitario Austral 2014;36:10-6.
2. Humphreys J. Recuerdos de la primera residencia en el Hospital Británico. *Fronteras de la Medicina* 2024;19:135-8.
3. Estévez Magnasco AI, Young P. El nacimiento de la quimioterapia latinoamericana en el seno de una pareja de jóvenes investigadores. *Fronteras en Medicina* 2019;14:1918.
4. Lizón Giner J. En: Libro Blanco de la Oncología en España. Comisión de las Sociedades Españolas para la planificación oncológica en España. Barcelona, Ed. JIMS S.A, 1988; pp 17-28.
5. Díaz-Rubio García E. En: Libro Blanco de la Oncología en España. Comisión de las Sociedades Españolas para la planificación oncológica en España. Barcelona, Ed. JIMS S.A, 1988; pp 28-54.
6. Young P. Dr. Juan David Carlos Emery (1939-2024): la pérdida de un Maestro. *Fronteras en Medicina* 2024;19:75-7.
7. Uriburu JL. In memoriam: Dr. Leonardo Horacio Mc Lean. *Rev Argent Cir* 2022;114:293-5.
8. Emery JDC. Historia del Hospital Británico, 1844- 2010. Ed. Akian Gráfica. Editora S.A.; 2016.
9. Lewis C.S. Una pena en observación, Barcelona, Ed. Anagrama; 2014.

Reglamento de Publicaciones

Rules of publications

Fronteras en Medicina es una publicación trimestral que acepta trabajos de Medicina clínica, quirúrgica o experimental originales e inéditos. Pueden aceptarse aquellos ya comunicados en sociedades científicas. Para la preparación de manuscritos, la revista se ha adecuado a las recomendaciones del *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) en su más reciente versión disponible en <http://www.icmje.org>.

Presentación de manuscritos. Se enviarán los manuscritos en formato Word adjuntando la Cesión de Derechos de Autor firmada y escaneada por el autor principal y la Autorización del Comité de Ética o el Consentimiento del paciente, si así correspondiera, al e-mail: trabajosfronteras@hbritanico.com.ar

- **La primera página** llevará: (a) el título informativo y conciso; (b) los nombres completos de los autores y de las instituciones en que se desempeñan; (c) un título abreviado para cabeza de página; (d) el número total de palabras del artículo, sin las referencias bibliográficas; (e) el nombre y dirección completa, con fax y dirección electrónica, del autor con quien se deba mantener correspondencia.
- **La nota que acompañe el envío de un trabajo** estará firmada por todos los autores, con la indicación de la sección a que correspondería el manuscrito. Quienes figuren como autores deben haber participado en la investigación o en la elaboración del manuscrito y hacerse públicamente responsables de su contenido. Por esto para cada artículo se permite un máximo de 6 autores; si son más de 6, la carta de presentación deberá explicar la contribución de cada autor al trabajo. Las normas para la autoría se explican en extenso en www.icmje.org. Una vez aprobada la publicación del trabajo, *Fronteras en Medicina* retiene los derechos de su reproducción total o parcial.
- Las secciones incluyen: **Artículos originales** (trabajos completos y comunicaciones breves), **Caminos críticos** (Guías de Práctica Clínica u algoritmos comentados), **Revisiones**, **Reuniones** o **Ateneos anatomoclínicos**, **Reporte de casos**, **Imágenes en Medicina**, **Historia de la Medicina**, **Editoriales**, **Cartas al Comité de Redacción** y **Comentarios bibliográficos**.
- Los **Artículos originales** y **Comunicaciones breves** deben publicarse en español y con un resumen en inglés. Los trabajos se prepararán en Microsoft Word, en papel tamaño A4, con márgenes de al menos 25 mm, escritos de un solo lado, a doble espacio, en letra de tipo Arial o Times New Roman cuerpo 12. Las páginas se numerarán en forma consecutiva comenzando con la del título abajo a la derecha.
- **Unidades de medida:** se empleará el sistema métrico decimal, usando puntos para los decimales. **Abreviaturas, siglas, acrónimos y símbolos:** se evitará utilizarlas en el título y en el resumen. Solo se emplearán abreviaturas estándar. La primera vez que se empleen irán precedidos por el término completo, salvo que se trate de unidades de medida estándar.
- Los **Trabajos originales** estarán divididos en Introducción (que no debe llevar título), Materiales y métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones, un Resumen en español y otro en inglés (*Abstract*), precedidos por el correspondiente título. Los trabajos en inglés llevarán el título en español, encabezando el Resumen, y los trabajos en español, el título en inglés encabezando el *Abstract*. Ambos resúmenes se ubicarán a continuación de la primera página, y cada uno de ellos no excederá de las 200 palabras, evitando la mención de tablas y figuras. No más de cinco palabras claves, irán al final del Resumen, y las mismas, en inglés (*keywords*) al final del *Abstract*. Para su elección se recurrirá a términos incluidos en la lista del Index Medicus (*Medical Subject Headings*, MeSH). Para cada sección se iniciará una nueva página.
- En la **Introducción** se presentan los objetivos del trabajo, y se resumen las bases para el estudio o la observación. No debe incluir resultados o conclusiones del trabajo.
- **Materiales y métodos:** estos deben incluir una descripción de: (a) la selección de los sujetos estudiados y sus características, (b) los métodos, aparatos y procedimientos; en estudios clínicos se informarán detalles del protocolo (población estudiada, intervenciones efectuadas, bases estadísticas), (c) guías o normas éticas seguidas, aclarando si el trabajo cuenta con la autorización del Comité de Revisión Institucional y (d) descripción de métodos estadísticos.
- **Material complementario:** esta revista acepta material como videos que solo serán publicados en línea (<http://revistafronteras.com.ar>). En caso de enviar material complementario, por favor incluya el adjunto con el envío del manuscrito y asegúrese de declarar en su carta de presentación que incluye material para la Web solamente.
- **Resultados:** se deben presentar en una secuencia lógica. No repetir en el texto las informaciones presentadas en Tablas o Figuras.
- **Discusión:** resaltar los aspectos nuevos e importantes del estudio, las conclusiones de ellos derivadas, y su relación con los objetivos que figuran en la Introducción. No repetir informaciones que ya figuren en otras secciones del trabajo.
- **Agradecimientos:** si corresponden, deben preceder a la bibliografía; si cabe se citarán: reconocimiento por apo-

yo técnico, aportes financieros, contribuciones que no lleguen a justificar autoría. Deben declararse los conflictos de intereses.

- La **Bibliografía** se limitará a aquellos artículos directamente relacionados con el trabajo mismo, evitándose las revisiones bibliográficas extensas. Se numerarán las referencias consecutivamente, en el orden en que se las mencione en el trabajo. Se incluirán todos los autores cuando sean seis o menos; si fueran más, el tercero será seguido de la expresión “, et al”. Los títulos de las revistas serán abreviados según el estilo empleado en el Index Medicus. La lista puede obtenerse en <http://www.nlm.nih.gov>. En el texto, las citas serán mencionadas por sus números en superíndices. En la lista de referencias, las revistas, los libros, los capítulos de libros y los sitios de Internet se presentarán de acuerdo con los siguientes ejemplos:

1. Greenwood DC, Cade JE, Moreton JA, Reuters J, Sanfilo JS, Oberto R. HFE genotype modifies the influence of heme iron intake on iron status. *Epidemiology* 2005;16:802-5.
2. Iwasaki T, Nakajima A, Yoneda M, et al. Serum ferritin is associated with visceral fat area and subcutaneous fat area. *Diabetes Care* 2005;28: 2486-91.
3. Laird DW, Castillo M, Kasprzak L. Gap junction turnover, intracellular trafficking, and phosphorylation of connexin43 in brefeldin A-treated rat mammary tumor cells. *J Cell Biol* 1995;131:1193-203.
4. Kremer A. Astenia como motivo principal de consulta. En: Cámara MI, Romani A, Madoery C, Farías J (eds). *Avances en medicina* 2002. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Medicina; 2002, p 287-98.
5. De los Santos AR. Astenia. En: Argente HA, Alvarez ME (eds). *Semiología Médica*. 1ª Ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2005, p 126-35.
6. Whinney IR. Fatiga. En: Whinney IR (ed). *Medicina de Familia*. 1ª Ed. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1995, p 267-78.
7. Franken FH, Absolon KB. *Diseases of famous composers*. Rockville: Editorial Kabel Publishers; 1996, p 173-87.
8. Neumayr A. Frederic Chopin. En: Neumayr A. *Music and medicine: Chopin, Smetana, Tchaikovsky, Mahler. Notes on their lives, works and medical histories*. Bloomington, Illinois, EE.UU.: Editorial Press Media; 1997, p 11-137.
9. En: http://www.perfil.com.ar/ediciones/2012/2/edicion_652/contenidos/0058.html; consultado el 4/5/2012.
10. Raffo CHG. Cuidado con el bronce. <http://www.icarodigital.com.ar/diciembre2001/Salud%20y%20Sociedad/cuidadoconelbornce.htm>; consultado el 20 de enero de 2012.

- Las comunicaciones personales se citan en el texto. Las **Tablas**, presentadas en hojas individuales y numeradas con números arábigos, deben ser indispensables y comprensibles por sí mismas, y poseer un título explicativo. Las no-

tas aclaratorias irán al pie, y no en el título. No emplear líneas verticales de separación entre columnas ni líneas horizontales, salvo tres: las que separan el título de la tabla, los encabezamientos del resto, y la que indica la terminación de la tabla. Las **Figuras** han de permitir una reproducción adecuada y serán numeradas correlativamente con una inscripción que permita identificarlas y una leyenda explicativa debajo de cada figura; en el caso de que la figura se haya tomado de internet, debe estar especificado de la siguiente manera, p. ej: Figura 1. Frederic Chopin. En: http://fo-globe.com/data_images/main/frederic-chopin/frederic-chopin-03.jpg; (consultado 2/9/2017). Las flechas, símbolos o letras incluidas deben presentar buen contraste con el fondo. Tanto las tablas como las figuras deben quedar adjuntas en el manuscrito detrás del cuerpo del manuscrito o sea después de la bibliografía.

- Los **Artículos de revisión**, adelantos en medicina (actualizaciones, *reviews*), tendrán una extensión máxima de 7000 palabras y no más de 70 referencias.
- Los **Caminos críticos** tendrán una extensión máxima de 2000 palabras sin contar los algoritmos con menos de 50 referencias.
- Las **Reuniones o Ateneos anatómoclínicos, Reporte de casos**, tendrán una extensión máxima de 1500 palabras sin contar el resumen ni bibliografía y deben tener menos de 20 referencias. Las **Imágenes en Medicina** pueden corresponder a radiografías, electrocardiogramas, ecografías, angiografías, tomografías computarizadas, resonancia nuclear magnética, microscopía óptica o electrónica, etc. Dichas imágenes, no necesariamente excepcionales, pero sí ilustrativas, irán acompañadas de una leyenda explicativa que no excederá de las 200 palabras, deben permitir una reproducción adecuada e incluir flechas indicadoras en caso necesario.
- Las **Cartas al Comité de Redacción** estarán referidas preferentemente a artículos publicados en la revista. No excederán las 1000 palabras, pueden incluir hasta seis referencias y una Tabla o Figura. La oportunidad y las eventuales características de los **Editoriales** quedan exclusivamente a criterio del Comité de Redacción.
- Cada manuscrito recibido es examinado por el Comité de Redacción, y además por uno o dos revisores externos. Después de esa revisión se notifica al autor responsable sobre la aceptación (con o sin correcciones y cambios) o sobre el rechazo del manuscrito. El Comité de Redacción se reserva el derecho de introducir, con conocimiento de los autores, todos los cambios editoriales exigidos por las normas gramaticales y las necesidades de compaginación.
- **Envío de la versión final**. Se deben enviarlos los manuscritos al mail: trabajosfronteras@hbritanico.com.ar

Cesión de derechos de autor

Publicaciones en la revista Fronteras en Medicina

....., DNI N°....., declaro ser autor y único titular de los derechos intelectuales de todos los artículos, notas y trabajos científicos que presento en el Hospital Británico de Buenos Aires, Asociación Civil (en adelante, el "Hospital") para su publicación en la revista "Fronteras en Medicina", tanto en su formato papel como digital (en adelante, las "Publicaciones"). En adición, garantizo mantener indemne al Hospital frente a cualquier reclamo judicial o extrajudicial que pudieren hacer terceras personas, y/o autoridades públicas y/o privadas, por la autoría u originalidad de las Publicaciones.

En aquellas Publicaciones de casos clínicos, anatomoclínicos y trabajos originales en los que trabajé/trabaje con datos de pacientes atendidos en la República Argentina, garantizo que todos los datos sensibles fueron/serán recolectados y tratados con finalidades estadísticas/científicas, conforme lo estipulado por la Ley 25.326 – Protección de los Datos Personales, respetando siempre los principios del secreto profesional y derechos de los pacientes.

Por último, cedo en forma gratuita, exclusiva e irrevocable al Hospital los derechos intelectuales de la totalidad de Publicaciones realizadas y de aquellos artículos/notas/trabajos científicos que el Hospital autorice y publique en un futuro en la Revista "Fronteras en Medicina", y manifiesto que no he cedido anteriormente ningún derecho sobre las Publicaciones ya realizadas.

Se deja expresa constancia que la presente cesión de derechos será regulada e interpretada de conformidad con el derecho argentino y en caso de surgir cualquier desacuerdo, controversia o conflicto respecto a la interpretación, ejecución o cumplimiento de la presente cesión, la relación emergente de la misma y/o los derechos u obligaciones de la relación aquí contenida, las Partes se someterán a la jurisdicción de la Justicia Nacional en lo Civil con sede en la Capital Federal, República Argentina, con renuncia expresa a cualquier otro fuero o jurisdicción al que pudieran tener derecho en virtud de sus domicilios presentes o futuros.

Para todos los efectos legales,..... constituye domicilio en..... y el Hospital en la calle Perdriel 74, CABA, donde se tendrán por válidas y eficaces todas las comunicaciones, intimaciones y notificaciones judiciales y extrajudiciales que se realicen.

Nombre y apellido

Profesión

Domicilio.....

Dirección de correo electrónico

Firma..... Fecha.....

Consentimiento para la utilización de datos personales

Publicaciones en la revista Fronteras en Medicina

..... DNI N°..... (en adelante, el “Paciente”) autorizo al profesional..... (en adelante, el “Autor”) a recolectar y tratar datos sensibles de mi historia clínica que se encuentra en el Hospital Británico de Buenos Aires (en adelante, el Hospital) para ser utilizados en artículos/notas de carácter científico/estadístico, los cuales serán publicados en la Revista Fronteras en Medicina, tanto en su formato papel como digital.

Si bien la información será publicada sin mi nombre y apellido, entiendo que esta información puede ser asociada por distintos medios a mi persona.

Me reservo el derecho de dejar sin efecto mi autorización en cualquier momento, la cual no podrá afectar trabajos en procesos de ejecución o publicaciones ya realizadas en la Revista.

Por último, declaro conocer que la utilización de mis datos es voluntaria y desde ya renuncio a cualquier tipo de compensación, retribución y/o beneficio por la autorización conferida, aun cuando el Autor o el Hospital pudiera obtener algún rédito o beneficio a través de su utilización.

Nombre y apellido

Fecha de nacimiento

Domicilio.....

Dirección de correo electrónico

Firma..... Fecha.....

(Completar de puño y letra de la persona que presta el consentimiento, en letra de imprenta clara)

En caso de que el Paciente sea un menor de edad o incapaz de autorizar la utilización de su información:

En mi carácter de representante legal de....., declaro haber leído y aceptado los términos del presente consentimiento mediante el cual autorizo la utilización de los datos sensibles de..... que se encuentran en su historia clínica.

Nombre y apellido

Firma..... Fecha.....