

# REVISTA DEL COLEGIO DE MÉDICOS

DE LA 1ra CIRCUNSCRIPCIÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

9 DE JULIO 2464 - SANTA FE



Año VI - N° 12 - Diciembre 2022

ISSN (Impreso) 2618 - 4664

ISSN (En Línea) 2618 - 4672

# REVISTA DEL COLEGIO DE MÉDICOS

DE LA 1ra CIRCUNSCRIPCIÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Año VI - N° 12 - Diciembre 2022

Mesa Directiva del Colegio de Médicos de la  
Provincia de Santa Fe - 1ra. Circunscripción

Presidente:  
**Dr. DANIEL RAUL RAFEL**

Vicepresidente:  
**Dr. JULIO CESAR BEDINI**

Secretario:  
**Dr. CARLOS DANIEL ALICO**

Tesorero:  
**Dr. MIGUEL ANGEL APODACA**

Vocal:  
**Dr. JOSE MARÍA ALBRECHT**

Director:  
**Dr. MIGUEL ÁNGEL NICASTRO**  
*manicastrogol@gmail.com*

Editores:  
**DR. GUILLERMO KERZ.**  
**DRA. ALEJANDRA BESSONE**  
**DR. ARTURO SERRANO**  
**DRA. SILVIA MUÑOZ DE BARCELÓ**  
**DR. LUIS TRAVERSO**  
**DR. ALEJANDRO MANSUR**  
**DR. LUIS MOULIN**  
**DR. JULIO RICO**

Secretaria de Publicaciones:  
**Sra. Mariana Montenegro.**  
Tel: 0342-4520176/77 Interno: 7  
*revistas@cmsf.org.ar*  
[www.colmedicosantafe1.org.ar](http://www.colmedicosantafe1.org.ar)

**Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe**  
**1ra. Circunscripción**

9 de Julio 2464 C.P. S3000FBN  
República Argentina  
(0342) 4520176  
Fax (032) 4520177 Int. 7  
Celular (solo WhatsApp): +5493424723666

**Instrucciones para Autores:**  
<http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones>

**Edición Semestral**

**ISSN (Impreso) 2618 - 4664**  
**ISSN (En Línea) 2618 - 4672**

## CONTENIDOS

Editorial.....	03
Histoplasmosis diseminada en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana: un asesino silencioso.....	04
Abdomen agudo como presentación de ingesta de cuerpos extraños.....	08
Final de la Vida en Unidades de cuidados intensivos. Importancia de abordajes individualizados e interdisciplinarios en pacientes con límite del esfuerzo Terapéutico .....	10
Rol de la Citología de Orina y su correlación Citohistológica de lesiones vesicales: Estudio Prospectivo...	19
Neoplasia mucinosa del apéndice cecal. A propósito de un caso.....	21
Tratamiento percutáneo de macrolitiasis Coledociana.	24
Carta al lector.....	27
Normativas de Autor .....	28

## EDITORIAL

***"Hipócrates se aplicó solo a la observación y despreció todos los sistemas. Únicamente caminando sobre sus huellas puede ser perfeccionada la medicina."***

***"Toda teoría calla o se desvanece siempre en el lecho del enfermo"***

***"El observador lee la naturaleza, el que hace el experimento la interroga"***

Comienzo citando a Michel Foucault que no era médico pero estudió la medicina del siglo XVIII donde remarca la mirada del médico de la Ilustración en relación a la vida y a la muerte a la que se muestran claramente. Eso duró solo 50 años luego vino todo lo descriptivo y el razonamiento, además de las necropsias de Bichat. Hoy todavía, la medicina como ciencia no tiene claro que hacer con la muerte y los médicos somos apoyados por leyes que intentan explicarlo

En este número de nuestra revista un muy interesante trabajo sobre estos tópicos nos acercan al estado actual de la temática. La Dra. María Cristina Vaca Cardoso se ocupa de estudiar y actualizar el soporte intensivo al final de la vida actualizando reflexiones y leyes de nuestro país. Nos da argumentos sobre tópicos diversos como Cuidados intensivos, Unidades abiertas, cuidados paliativos haciendo del tema un abordaje a conciencia además una búsqueda en Pub Med que le otorga mucha seriedad.

Comentando sobre complicaciones de la Inmunodeficiencia adquirida (VIH) y su presencia en la clínica aunque algo oculta ofrecemos un artículo de los residentes de Clínica médica del Hospital Iturraspe de Santa Fe sobre la temida infección y diseminación de Histoplasmosis oportunistas si los hay.

Continúan mostrándonos su experiencia los cirujanos de Santa Fe: Un caso de neoplasia mucinosa del apéndice cecal y de Tratamiento percutáneo de macrolitiasis coledociana toda actividad efectuada por residentes de cirugía.

Además un caso de abdomen agudo por ingesta de cuerpo extraño en un niño de 3 años de edad.

Un estudio prospectivo sobre la detección del Carcinoma Urotelial de vejiga por medio de la citología urinaria especializada nos traen los citopatólogos del Hospital Cullen.

Y por fin una Carta del lector donde aclara algunos conceptos con respecto un artículo sobre Cuidados intensivos.

Esperamos que el mundial, no altere la rutina de la lectura, de nuestra Revista del Colegio de Médicos de Santa Fe de la Primera Circunscripción pero si alegre nuestros corazones con una buena actuación en el torneo máximo del más popular del deportes.

## Palabras del Presidente

La edición de esta revista, sigue realizándose con el esfuerzo permanente de la comisión de publicaciones.

El contexto actual para la capacitación de los médicos, no es de lo mejor, dado que el sistema formativo se encuentra afectado en una profunda crisis, tanto por cuestiones económicas como laborales.

Se observa en general una apatía para la obtención de conocimientos que después calificaran a los médicos en su tarea cotidiana. Es de esperar que, en los próximos años, la reformulación de políticas de salud determine un cambio en el sistema para que médicos y medicas vuelvan a mostrar interés en los procesos formativos.

Es de esperar que aquellos que tengan injerencia en la resolución de estos problemas, aporten las ideas que lleven a la resolución del problema descripto.

*Dr. Daniel Raúl Rafel  
Pte. Colegio de Médicos  
de la Provincia de Santa Fe 1ra. Circ.*

## Histoplasmosis diseminada en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana: un asesino silencioso

*Disseminated histoplasmosis in patients with human immunodeficiency virus infection: a silent killer*

*Dra. María Belén Tolosa<sup>1,2</sup> · Dra. María José Sadonio<sup>1,3</sup> · Dr. Maximiliano Castro<sup>1,4</sup>*

1 - Residencia de Clínica Médica, Hospital J. B. Iturraspe

2 - mariabelentolosa9@gmail.com (Autor de contacto)

3 - majosesadonio@gmail.com

4 - mgabrielcastro@outlook.com

### Resumen

La histoplasmosis es una de las enfermedades oportunistas más frecuentes causadas por patógenos fúngicos en personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH). Los pacientes con menos de CD4+ 200 cél/ mm<sup>3</sup> son más susceptibles a contraerla, sobre todo la forma diseminada cuyos síntomas suelen ser inespecíficos dificultando su diagnóstico.

Se describen características clínicas, de laboratorio e imagenológicas de una serie de casos de pacientes con VIH e histoplasmosis diseminada. Estudio retrospectivo de 14 individuos hospitalizados en un centro público de Santa Fe. La edad fue de 35.2 ± 8.4 años, el recuento de CD4+ fue de 11 ± 7 cél/ mm<sup>3</sup>, la mayoría no adhería a la terapia antiviral.

El cuadro de presentación fue subagudo en todos los pacientes, con una duración de síntomas de entre dos semanas a cuatro meses (media de 53 ± 33 días). La sospecha de una infección micótica, como la histoplasmosis, debe considerarse en los sujetos inmunodeprimidos con un síndrome febril prolongado, ya que su diagnóstico suele ser tardío, lo que aumenta su mortalidad.

**Palabras claves:** histoplasmosis, infecciones oportunistas, enfermedad marcador, estadio SIDA.

### Introducción

La histoplasmosis, micosis endémica ocasionada por el *Histoplasma capsulatum*, es una de las infecciones oportunistas más frecuentes causadas por patógenos fúngicos en personas con VIH en nuestra región. Los pacientes con menos de CD4+ 200 cél/ mm<sup>3</sup> son más susceptibles a contraerla, sobre todo la forma diseminada. Los síntomas más frecuentes son inespecíficos, como fiebre, pérdida de peso y fatiga, lo que dificulta su diagnóstico. En el presente trabajo se presenta una serie de casos de pacientes con VIH inmunocomprometidos severos e histoplasmosis diseminada, con el objetivo de describir la presentación clínica, imagenológica y de laboratorio de este grupo de individuos.

### Materiales y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional de un centro público de la

ciudad de Santa Fe. Se analizaron historias clínicas de pacientes hospitalizados en el período 2017 a 2021. Se incluyeron sujetos mayores de 18 años con diagnóstico confirmado por microbiología (cultivo de sangre, secreciones respiratorias alveolares o médula ósea positivo, u observación directa mediante escarificado cutáneo) de histoplasmosis, con enfermedad diseminada (compromiso cutáneo, hepático, linfático o hematológico y pulmonar), que presentaban antecedente de VIH estadio SIDA con o sin tratamiento. Se excluyeron los individuos con recuento de CD4+ mayor a 200 cél/ mm<sup>3</sup> o con otra causa de inmunodepresión.

### Resultados

Se analizaron 14 casos de pacientes hospitalizados por histoplasmosis diseminada con VIH, tres de ellos fueron de sexo femenino (21.4%), la edad promedio fue de 35.2 ± 8.4 años. El promedio de recuento de CD4+ fue de 11 ± 7 cél/ mm<sup>3</sup>. Con respecto a la terapia antirretroviral, 11 (78.6%) de los sujetos no estaban recibiendo tratamiento o lo recibían de forma inadecuada debido a mala adherencia terapéutica, los tres individuos restantes se encontraban en tratamiento hacia uno, dos y cuatro meses.

El cuadro de presentación fue subagudo en todos los pacientes, con una duración de síntomas entre dos semanas a cuatro meses (media de 53 ± 33 días).

Los síntomas referidos al ingreso en orden de frecuencia fueron: fiebre (n= 14), pérdida de peso (n= 13), tos (n= 11), lesiones cutáneas (n= 8), astenia (n= 7) y sudoración nocturna (n= 3) (Gráfico 1).

Con respecto al examen físico, ocho sujetos presentaron lesiones cutáneas, siete visceromegalias (hepatomegalia, esplenomegalia o ambas), cinco adenopatías, cuatro adelgazamiento y tres hallazgos patológicos a la auscultación pulmonar.

Todos los individuos evidenciaron alteración del hemograma, en orden de frecuencia los hallazgos fueron pancitopenia, bicitopenia y anemia (7, 4 y 3 pacientes respectivamente). Seis de los pacientes tenían alteración del hepatograma (elevación de transaminasas).

En cuanto a estudios por imágenes, en 8 de los individuos observaron infiltrados bilaterales intersticiales en la radiografía de tórax.

En la mayoría de los pacientes se arribó al diagnóstico de histoplasmosis mediante el escarificado cutáneo (n= 8), en el resto se realizó a través cultivos positivos para *Histoplasma capsulatum* de secreciones respiratorias provenientes de lavado bronco alveolar (BAL) (n= 5), médula ósea (n= 2) o sangre (n= 1). Dos sujetos obtuvieron dos pruebas positivas para el diagnóstico micológico (cultivo de médula ósea y hemocultivo uno de ellos, y escarificado y BAL el otro).

Realizaron tratamiento inicial con Anfotericina B 12 de los pacientes. Dos individuos no recibieron antimicóticos ya que fallecieron antes de la confirmación diagnóstica.

Fallecieron tres (21.4 %) sujetos (Gráfico 2).

### Discusión

Según la literatura la histoplasmosis afecta en mayor medida a los hombres con una relación 4:1 con respecto a las mujeres, a una edad promedio de 36 años, en nuestra serie de casos observamos concordancia con dicha afirmación ya que el 78.6% de los infectados eran de sexo masculino y la edad media fue de 35.2 años (1).

El 80% de los pacientes con histoplasmosis diseminada tienen menos de 100 cél/ mm<sup>3</sup> CD4+ y más de 100.000 copias/ mL de carga viral.

En áreas endémicas, la histoplasmosis representa la primera manifestación del SIDA hasta en el 50- 75% de los pacientes y ocurre en aproximadamente el 2- 25% de los pacientes infectados por el VIH (2- 10). Se desconoce la incidencia exacta en nuestro país, dado que no es una enfermedad de denuncia obligatoria.

Existen factores de riesgo ocupacionales o ambientales para la histoplasmosis como las exposiciones a fuentes que contienen materia fecal de murciélagos o aves, grutas, tala de madera, sitios de excavación, granjas o gallineros, y factores de riesgo relacionados al huésped como un recuento bajo de CD4 (<200 cél/ mm<sup>3</sup>), ausencia de tratamiento antirretroviral o los primeros 6 meses del mismo, antecedentes de infección por herpes simple, ausencia de tratamiento antimicótico sistémico y sexo masculino (3- 6). En la serie de casos que reportamos no se contó con datos correspondientes a exposición laboral y ambiental, pero si se observa que los pacientes presentaban un número muy bajo de CD4+ (11 cél/ mm<sup>3</sup>) y que la mayoría no se encontraba recibiendo tratamiento antirretroviral o lo había iniciado recientemente.

La mortalidad, según las series publicadas, va desde un 39% en áreas endémicas y un 58% en áreas no endémicas (6- 8). En nuestra serie la mortalidad fue menor (21.4%), lo cual podría estar sesgado por el bajo número de casos.

Suele destacarse la presentación clínica subaguda con sintomatología inespecífica de esta patología, la cual habitualmente es de un mes hasta

el diagnóstico. Si bien en los pacientes de nuestro nosocomio el tiempo de evolución de enfermedad fue variado, la media de 53 días se acerca a lo descrito (18-22).

En cuanto a las manifestaciones clínicas, según un estudio descriptivo realizado en nuestro país, las principales fueron el síndrome de impregnación: febrícula, pérdida de peso, sudoración nocturna (67.6%), fiebre (64.9%), síntomas respiratorios (62.2%), manifestaciones cutáneas (45.9%), manifestaciones mucosas (32.4%), manifestaciones muco-cutáneas (67.5%) y síntomas digestivos (29.7%). Dichos resultados se asemejan a los evidenciados en esta serie de casos, donde los síntomas más frecuentes fueron la fiebre, pérdida de peso, tos y las lesiones cutáneas. Las lesiones cutáneas pueden ser pápulas, placas, pústulas, úlceras, lesiones moluscoideas y lesiones necróticas. El compromiso mucocutáneo es más frecuente en América Latina, con series que informan una frecuencia de entre un 40 a 80%, mientras que en América del Norte la frecuencia es del 10% aproximadamente (14- 17).

La histoplasmosis puede ser diagnosticada mediante cultivo, microscopía directa, detección de antígenos o serología. El estándar de oro diagnóstico es el cultivo, cuya sensibilidad varía entre un 50-75% en hemocultivos y puede alcanzar el 89% en el BAL, la prueba de antigenemia se considera el método más sensible (95%) y específico (97%) (10- 13). El 57.1% de nuestros pacientes presentaron cultivos positivos (5 BAL, 2 médula ósea y uno en hemocultivo). La observación microscópica directa del hongo está limitada por la calidad de la muestra y el entrenamiento del operador, pero consiste en un método económico y rápido que permite un inicio precoz del tratamiento, su sensibilidad puede acercarse al 95%. En gran parte de nuestros pacientes (n= 8) el escarificado de piel permitió caracterizar la infección, cabe destacar la gran proporción de pacientes con lesiones cutáneas en esta serie.

### Conclusiones

La histoplasmosis diseminada es una enfermedad con alta mortalidad, pudiendo llegar a la misma al 50% a pesar de una terapéutica adecuada, que por su curso subagudo y presentación clínica inespecífica puede ser subdiagnosticada. Según estudios observacionales hasta el 90% de los individuos puede presentar el antecedente de fiebre de un mes de evolución, mientras que las lesiones cutáneo mucosas se evidencian en un 12%. Si bien en inmunocompetentes la enfermedad es habitualmente paucisintomática con resolución espontánea, en pacientes con VIH e inmunodepresión severa tiende a ser fatal y de evolución rápida.

La sospecha de una infección micótica, como la histoplasmosis, debe considerarse en todos los

pacientes con síndrome febril prolongado e inmunodeprimidos, ya que es una enfermedad infecciosa frecuente en los sujetos con VIH.

Según la literatura, los médicos habitualmente son poco agresivos en el diagnóstico y la terapéutica empírica es poco utilizada.

## Bibliografía

1. SADI. (2016). Guías, recomendaciones y consensos. Recomendaciones sobre el Manejo de Infecciones Oportunistas en Pacientes con infección por HIV. Sociedad Argentina de Infectología.
2. Adenis, A. A., Aznar, C., & Couppié, P. (2014). Histoplasmosis in HIV-infected patients: a review of new developments and remaining gaps. *Current tropical medicine reports*, 1(2), 119-128.
3. Hajjeh, R. A., Pappas, P. G., Henderson, H., Lancaster, D., Bamberger, D. M., Skahan, K. J., ... & National Institute of Allergy and Infectious Diseases Mycoses Study Group. (2001). Multicenter case-control study of risk factors for histoplasmosis in human immunodeficiency virus-infected persons. *Clinical Infectious Diseases*, 32(8), 1215-1220.
4. Nacher, M., Adenis, A., Blanchet, D., Vantilcke, V., Demar, M., Basurko, C., ... & Couppié, P. (2014). Risk factors for disseminated histoplasmosis in a cohort of HIV-infected patients in French Guiana. *PLoS neglected tropical diseases*, 8(1), e2638.
5. Wheat, L. J., Connolly-Stringfield, P. A., Baker, R. L., Curfman, M. F., Eads, M. E., Israel, K. S., & Zeckel, M. L. (1990). Disseminated histoplasmosis in the acquired immune deficiency syndrome: clinical findings, diagnosis and treatment, and review of the literature. *Medicine*, 69(6), 361-374.
6. Francini, B., Cánepa, M. C., Lamónica, C., Capece, P., Posse, G., Sanguineri, V., ... & Proni-Maiolini, R. (2018). Histoplasmosis diseminada. Una infección oportunista en pacientes con infección por VIH. Experiencia en el Hospital Nacional Prof. A. Posadas, 2011-2017. *Revista chilena de infectología*, 35(6), 671-679.
7. Cohen, P. R., Bank, D. E., Silvers, D. N., & Grossman, M. E. (1990). Cutaneous lesions of disseminated histoplasmosis in human immunodeficiency virus-infected patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 23(3), 422-428.
8. Arango-Bustamante, K., Restrepo, A., Cano, L. E., de Bedout, C., Tobón, A. M., & González, A. (2013). Diagnostic value of culture and serological tests in the diagnosis of histoplasmosis in HIV and non-HIV Colombian patients. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 89(5), 937.
9. Baddley, J. W., Sankara, I. R., Rodriguez, J. M., Pappas, P. G., & Many Jr, W. J. (2008). Histoplasmosis in HIV-infected patients in a southern regional medical center: poor prognosis in the era of highly active antiretroviral therapy. *Diagnostic microbiology and infectious disease*, 62(2), 151-156.
10. Prechter, G. C., & Prakash, U. B. (1989). Bronchoscopy in the diagnosis of pulmonary histoplasmosis. *Chest*, 95(5), 1033-1036.
11. Caceres, D. H., Knuth, M., Derado, G., & Lindsley, M. D. (2019). Diagnosis of progressive disseminated histoplasmosis in advanced HIV: a meta-analysis of assay analytical performance. *Journal of Fungi*, 5(3), 76.
12. Caceres, D. H., Knuth, M., Derado, G., & Lindsley, M. D. (2019). Diagnosis of progressive disseminated histoplasmosis in advanced HIV: a meta-analysis of assay analytical performance. *Journal of Fungi*, 5(3), 76.
13. Arechavala, A. I., Robles, A. M., Negroni, R., Bianchi, M. H., & Taborda, A. (1993). Efficacy of different diagnosis methods in systemic mycoses associated with AIDS. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo*, 35(2), 163-169.
14. González Villarreal, L., Hincapié Echeverría, M., Tassinari, S., Cañas Arboleda, A., & Celis Preciado, C. A. (2018). Pulmonary Manifestations in Patients with Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection. *Universitas Medica*, 59(1), 38-52.
15. Messina, F. A., Corti, M., Negroni, R., Arechavala, A., Bianchi, M., & Santiso, G. (2018). Histoplasmosis in AIDS patients without tegumentary manifestations. *Revista chilena de infectología: organo oficial de la Sociedad Chilena de Infectología*, 35(5), 560-565.
16. Caliani, L., & Lagrutta, M. (2018). "Análisis retrospectivo de casos confirmados de histoplasmosis en un hospital de 3er nivel de complejidad de la ciudad de Rosario". Pregrado. Hospital Provincial del Centenario. Argentina.
17. Pérez-Lazo, G., Maquera-Afaray, J., Mejia, C. R., & Castillo, R. (2017). Histoplasmosis diseminada e infección por VIH: serie de casos en un hospital peruano. *Revista chilena de infectología*, 34(4), 365-369.
18. Myint, T., Leedy, N., Cari, E. V., & Wheat, L. J. (2020). HIV-associated histoplasmosis: current perspectives. *HIV/AIDS (Auckland, NZ)*, 12, 113.
19. Murray, M., & Hine, P. (2020). Treating progressive disseminated histoplasmosis in people living with HIV. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
20. Melzani, A., de Reynal de Saint Michel, R., Ntab, B., Djossou, F., Epelboin, L., Nacher, M., ... & Adenis, A. (2020). Incidence and trends in immune reconstitution inflammatory syndrome associated with histoplasma capsulatum among people living with human immunodeficiency virus: a 20-year case series and literature review. *Clinical Infectious*

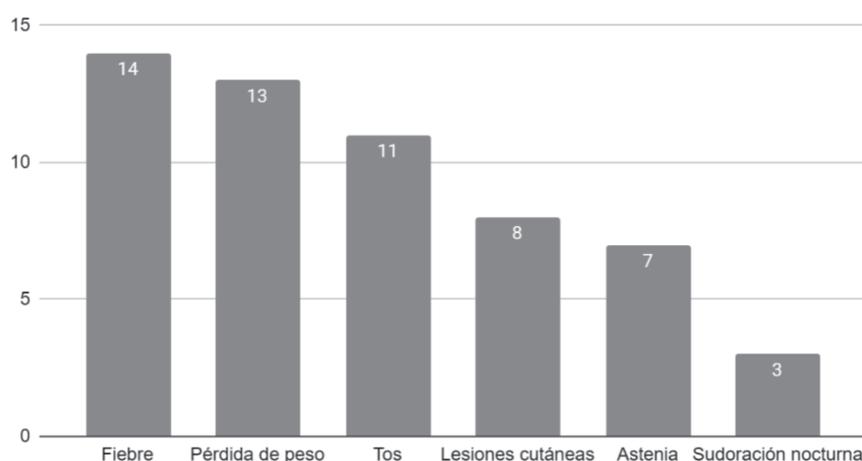
Diseases, 70(4), 643-652.

21. Adenis, A. A., Valdes, A., Cropet, C., McCotter, O. Z., Derado, G., Couppie, P., ... & Nacher, M. (2018). Burden of HIV-associated histoplasmosis compared with tuberculosis in Latin America: a modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, 18(10), 1150-1159.

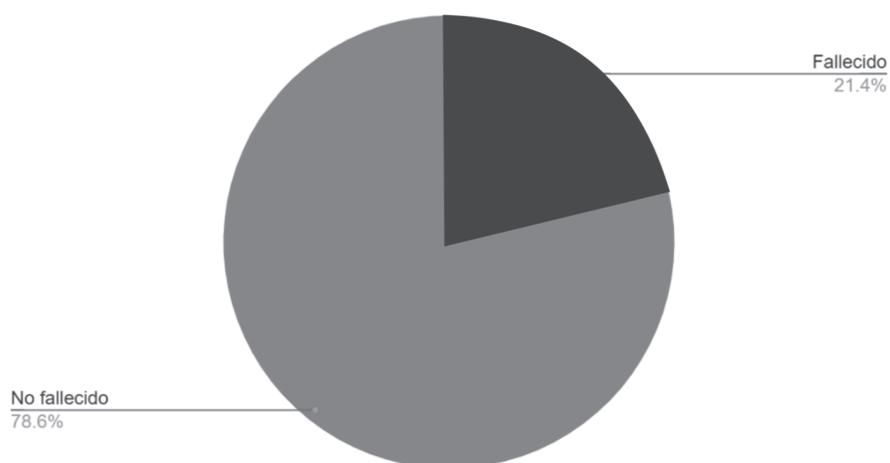
22. Azar, M. M., Loyd, J. L., Relich, R. F., Wheat, L. J., & Hage, C. A. (2020, February). Current concepts in the epidemiology, diagnosis, and management of histoplasmosis syndromes. In *Seminars in respiratory and critical care medicine* (Vol. 41, No. 01, pp. 013-030). Thieme Medical Publishers.

## Gráficos

**Gráfico 1: Síntomas de presentación más frecuentes de Histoplasmosis diseminada (n° de casos)**



**Gráfico 2: Frecuencia de muertes por Histoplasmosis diseminada (% de casos)**



## ABDOMEN AGUDO COMO PRESENTACIÓN DE INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO: A propósito de un caso.

**ACUTE ABDOMEN DUE TO A BODIES INGESTION:** *In relation to a case.*

*Ballrini, María Sol<sup>1</sup> (expositora y residente de 3er año) sol.balla.27@gmail.com;  
Funes, Josefina (Instructora)josefunes\_22@hotmail.com y  
Tuchin, María Laura (Instructora) laurituchin@hotmail.com.*

### Resumen

La obstrucción aguda de la vía aérea tiene una alta incidencia en la infancia, siendo una de sus principales causas la aspiración de cuerpos extraños (prevalencia de 1 cada 3.000 niños) que representa hasta un 7% de las muertes accidentales en menores de cuatro años. Se trata de una situación que puede tener graves consecuencias, suponiendo en ocasiones una amenaza inmediata para la vida, estando asociada a una elevada morbimortalidad.

La mortalidad y morbilidad disminuyen considerablemente con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.

La repercusión de un cuerpo extraño implantado en la vía aérea va a depender de su naturaleza, de su localización y del grado de obstrucción que origine, pudiendo provocar patología tanto de forma aguda (fallo respiratorio) como crónica (atelectasia, bronquiectasia, perforación con sus complicaciones asociadas, entre otras).

Entre un 60%-80% de los casos, los cuerpos extraños suelen corresponder a vegetales (frutos secos, sobre todo el maní entre un 48-52%) siendo menos frecuente otros, como restos alimenticios, objetos metálicos, de plástico, globos, etc. Los casos más graves incluyen objetos inanimados como, en este caso clínico, las pilas; que pueden localizarse desde la faringe hasta los bronquios; incluso en esófago quedando atrapados allí.

### Caso clínico

Paciente masculino de 3 años, sin antecedentes de jerarquía; es traído a la consulta por su madre, por dolor abdominal, tipo cólico de 20 horas de evolución, asociado a 1 vomito alimenticio, e hiporexia. 4hs antes por incremento del dolor, consulta telefónicamente con pediatra de cabecera quien solicita ecografía abdominal (En FID se reconoce estructura tubular aperistáltica de 6mm de diámetro asociada a liquido libre en cavidad leve, asociada a estructuras ganglionares de aspecto inflamatorio), por dicho resultado se decide su internación.

Al examen físico REG, afebril, hemodinámicamente estable, normohidratado; ABDI a la palpación, RHA aumentados. Se realiza diagnóstico presuntivo de abdomen agudo medico vs quirúrgico y se solicita laboratorio e Interconsulta con

cirujano infantil. Se indica vía periférica, PHP sol 77/20 a 100% NB en continua y dieta cero.

Se recibe laboratorio (GB 18300 (76/14), Hb 11 Hto. 32 Plaquetas 382000 PCR (++++), VSG 25 TP 12 KPTT 33 Che 10251 Glucemia 0.69 Urea 0.34 Creatinina 0.39 IONO 145/4.1/110.6 EAB 7.45/27/55.2/-3.7/81.4%).

Paciente valorado por cirugía infantil, se realiza diagnóstico presuntivo de Adenitis mesentérica y se adopta conducta expectante.

Al primer día de internación el paciente es valorado afebril, hemodinámicamente estable, BEBA, sin ruidos agregados; ABDI, RHA (+), diuresis (+); por lo que se decide indicar dieta líquida y posterior evaluación a dicha tolerancia. Se solicita orina completa y se valora nuevamente por cirugía; quien por buena tolerancia a líquidos decide progresar a dieta liviana descartando abdomen agudo quirúrgico. Se recibe posteriormente resultado de orina completa (cetonas +++).

Al segundo día de internación BEG, activo, conectado, buena tolerancia a líquidos, y mala tolerancia a dieta liviana presentando vómitos luego de la ingesta de sólidos; por lo que se decide en pase de sala solicitar radiografía de tórax frente y abdomen de pie, estudio no solicitando al ingreso del paciente.

Al valorar imagen de tórax se observa en tercio inferior del esófago imagen redondeada en la luz de dicho órgano compatible con objeto extraño. Radiografía de abdomen que visualiza abundante materia fecal en marco colónico descendente. Se realiza interconsulta con cirujano endoscopista para realizar VEDA.

Se informa luego de dicho estudio: visualización de cuerpo extraño de aspecto metálico compatible con pila botón en tercio distal del esófago, cercano al cardias. Importante esfacelo y necrosis mucosa, con doble úlcera que se aprecia al momento de extraer el cuerpo extraño. No se observan signos de perforación esofágica, resto del estudio s/p.

Por dicho diagnóstico, y por falta de complejidad en dicha institución, se traslada paciente en decisión conjunta con cirujano a HNOA; se indica protección gástrica, antibioticoterapia (Ampicilina-Sulbactam), y nuevamente PHP a 100% NB sol 77/20 en continua.

**Conclusión**

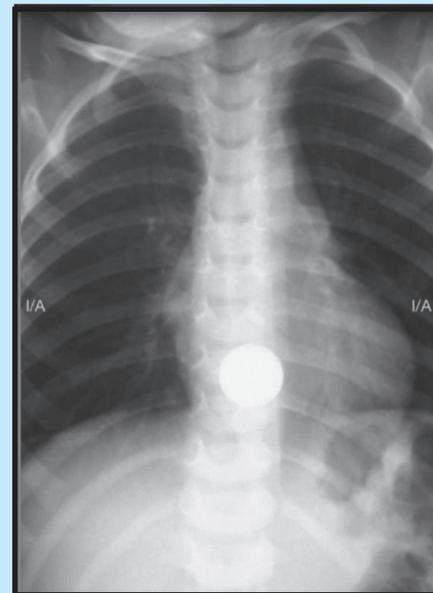
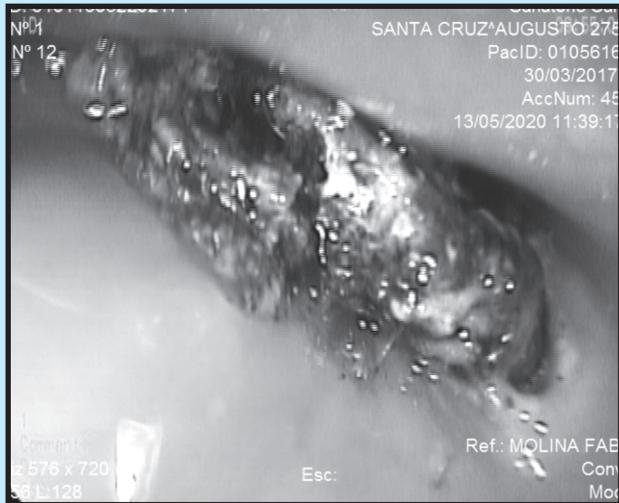
Se concluye que la ingesta de cuerpo extraño suele comenzar como cuadro de abdomen agudo, acompañado de dolor, náuseas, vómitos y odinofagia sobre todo para alimentos sólidos; como en el caso expuesto, donde si el tiempo de la ingesta es superior

se puede acompañar de fiebre y elevación de los reactantes de fase aguda, por este motivo, es sumamente importante la solicitud de estudios complementarios para arribar al diagnóstico.

**Referencias:**

- 1 - Tratado de Pediatría. Nelson. Kliegman y otros. 18 Edición. Tomo 1 Capítulo 327 cuerpos extraños en el esófago.
- 2 - [https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2016/Medicina%20Interna/PDFs%20Jueves/J13\\_Busquet\\_Urg%20endoscopicas\\_Cuerpos%20extra%C3%B1os%20en%20tubo%20digestivo.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2016/Medicina%20Interna/PDFs%20Jueves/J13_Busquet_Urg%20endoscopicas_Cuerpos%20extra%C3%B1os%20en%20tubo%20digestivo.pdf)
- 3 - <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16-cextranos.pdf>
- 4 - <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2017/v115n2a27.pdf>

**IMÁGENES REFERENTES AL CASO CLINICO**



## **FINAL DE LA VIDA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. IMPORTANCIA DE ABORDAJES INDIVIDUALIZADOS E INTERDISCIPLINARIOS EN PACIENTES CON LÍMITE DEL ESFUERZO TERAPEUTICO.**

*END OF LIFE IN THE INTENSIVE  
CARE; UNIT.IMPORTANCE OF INDIVIDUALIZED AND INTERDISCIPLINARY  
APPROACHES IN PATIENTS WITH LIMITED TERAPEUTIC EFFORT.*

Autora: Dra. Maria Cristina Vaca Cardoso -Medica UNL. Master en Cuidados críticos.  
UCAM Emergentología. SAE  
Coordinadora de la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Oncológico J.B Iturraspe.  
mvacacardoso1@gmail.com

### **1- INTRODUCCION**

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) a diferencia de otras especialidades, no tienen una definición establecida. Son unidades de cuidado en la que pacientes con patologías, agudas y graves son atendidos aplicando medidas de reanimación y mantenimiento de las funciones de los diferentes órganos, en post de restablecer la salud.

Una característica de los cuidados intensivos es su carácter multidisciplinar, existe un trabajo conjunto de médicos de diferentes especialidades que aportan su desempeño en la variedad de patologías a atender.

El gran esfuerzo terapéutico que componen las terapias desarrolladas se fundamentan y justifican en las posibilidades de sobrevivida.

Aun así, a pesar de los avances tecnológicos y terapéuticos, las tasas de mortalidad global en las unidades de cuidados intensivos son del 6 al 40%. El estudio SUPPOrt que analizó la población de cinco grandes centros médicos con enfermedades avanzadas, determinó que la mitad de las defunciones se presentaron en estas unidades.

Históricamente la muerte fue considerada desde diferentes ciencias como un error en la práctica de la medicina, por lo que los médicos se encaminaron a prevenirla y evitarla. Paradójicamente, en la actualidad existe un interés creciente sobre el manejo del final de la vida en pacientes graves internados en la UCI, teniendo los factores socioculturales y religiosos un papel fundamental en este tópico.

El deseo de supervivencia a pesar de sus consecuencias deletéreas para la calidad de vida se ha ido reemplazando por la meta de no alargar el periodo agónico de los enfermos sin posibilidades de sobrevivir.

Conceptos relacionados con la bioética como autonomía y dignidad; cuidados paliativos, comunicación, toman preponderancia en la atención de este grupo de pacientes.

Es responsabilidad del equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos que los enfermos mueran dignamente implicando esto la calidad intrínseca e

incondicional del valor humano, pero también cualidades externas como la comodidad física, la autonomía, la pertenencia la comunicación y el respeto.

A pesar de esta nueva mirada, existe evidencia que estos pacientes padecen un control inadecuado de síntomas, que las expectativas y necesidades de los familiares, así como la comunicación no se alcanzan, y que la mayoría de los intensivistas no están preparados para dar un cuidado óptimo.

¿El descuido de los cuidados al final de la vida, desmerita el tratamiento basado en alta tecnología al dejar de un lado estrategias encaminadas a las decisiones que deben ser tomadas ante un enfermo con límite terapéutico?

El presente trabajo intenta visibilizar esta problemática y demostrar, a través de aportes teóricos recolectados de revisiones bibliográficas y del análisis de algunos aspectos de la actual ley de muerte digna, la importancia de implementar abordajes complementarios para los pacientes que transitan el final de la vida en las Unidades de Cuidados Intensivos y sus familias, por medio de la aplicación de protocolos específicos e interdisciplinarios que integren aspectos pertenecientes a la bioética, adecuadas formas de comunicación y prácticas específicas desde la perspectiva de los cuidados paliativos.

### **Material y métodos.**

Para la realización de este trabajo se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en revistas y publicaciones científicas en PubMed, utilizándose como límites para la búsqueda: población de seres humanos adultos, mayores de 19 años, en idioma español e inglés, entre los años 2000 al 2018.

Tipos de estudios: retrospectivos, randomizados multicéntricos Palabras clave: end of life, intensive care, dignity, palliative care, bioethics, communication.

- Se utilizaron como fuentes bibliográficas revistas y publicaciones científicas, trabajos extraídos de referencias.

- También se llevó a cabo búsqueda de trabajos y libros publicados en la web.

### **Reflexiones bioéticas acerca del final de la vida**

En el otro extremo de la existencia, el hombre se encuentra ante el misterio de la muerte. Reflexionar acerca del final de la vida lo refiere a un proceso histórico y cultural en que la enfermedad y la intención de curarla ha ido adquiriendo distintos lugares, bajo la mirada innegable del firme progreso tecnológico de la medicina (1).

El legado más importante de la historia antigua es el Juramento Hipocrático, que data de unos 400 años a. c. y que mantiene principios aún vigentes, en su contenido se definen principios generales relacionados con la profesión médica en los que prima el derecho a la vida.

El desarrollo de la bioética surge en 1971 como ciencia que estudia los valores y principios morales de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, con sus cuatro principios a saber, no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, constituyéndose en una herramienta inestimable a ser usada convenientemente a la luz de los conocimientos actuales.(2)

Visibiliza claramente que la interacción ciencia tecnología se ha venido haciendo cada vez más fuerte e interdependiente, yendo esta última demasiado lejos, y trayendo consigo significados de corte ético en sus aplicaciones sociales donde no todo lo técnicamente posible puede ser siempre lo éticamente justificable.

Su aporte en cuanto a conceptualizar la vida y la muerte, la dignidad y la autodeterminación del paciente como sujeto moral autónomo en situaciones límites de la existencia, lo realiza a partir de considerar que cada término, cada noción tiene un significado que es interpretado, analizado, experimentado y sentido de modo diferente de acuerdo con la mirada y la subjetividad de cada ser humano, que viene engendrada por un universo de valores, creencias, culturas y deseos de cada individuo como ser de relación.

Por eso es que no resulta sencillo integrar posturas que existen en relación con tales conflictos, desde una visión calificada como propia de un modelo interpretativo, en el que la relación terapéutica consiste en elucidar los valores del paciente y lo que realmente quiere, ayudándolo a seleccionar la intervención médica que esté en consonancia con ello (3).

El desafío radica en procurar disipar las sombras que la mala interpretación y la desinformación pueden provocar, y una vez aclarados los términos, sus significados y efectos, intentar cambiar a un sendero de diálogo abierto, respetuoso de las posiciones, valores, creencias y

sentimientos, con una fe compartida en el reconocimiento de la dignidad humana de cada uno de los interlocutores.

Se asume que cada caso es único no solo porque afecta a un individuo en particular, y su contexto familiar y social, sino también por las características de la enfermedad, el grado de sufrimiento, el dolor, padecimiento y porque su individualidad, la estructura de su personalidad, valores, creencias, y sentimientos hacen que sea un ser único e irrepetible (4)

Esta visión integradora no se agota por ende en aspectos conceptuales o normativos sino que necesariamente requiere incorporar al diálogo interdisciplinario aportes empíricos provenientes de las ciencias sociales, en lo que se denomina un giro empírico de la bioética, que sin desconocer el valor o la importancia de los principios y dimensiones de las normativas, abre el dialogo con otras disciplinas, lo que implica concebir a la bioética como una interpelación al diálogo desde una visión relacional y abierta, por cuanto la realidad médica es fundamentalmente una realidad de relación, de modo tal que el bienestar, fortalecimiento, y promoción de la dignidad de cada paciente vienen a configurar el núcleo central de ésta.

### **La toma de decisiones-Un acto basado en el principio de autonomía.**

Las personas que enfrentan el final de la vida en las UCI deben tomar decisiones trascendentales en lo referente a su salud, decisiones que orientarán al equipo sobre los procedimientos factibles de llevar a cabo, o no, basadas en la propia voluntad del paciente.

El principio de autonomía adquiere ante esta situación un papel relevante. Proviene conceptualmente del Belmont Report en el que se lo definió como principio de respeto por las personas, y en donde se incluyeron dos convicciones éticas: todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y todas las personas cuya autonomía está disminuida tiene derecho a ser protegida. Pasa a comprender ideas de dignidad humana e integridad, y se refleja en lo que se denominó el consentimiento informado o consentimiento esclarecido (5).

El cambio más profundo en la relación médico paciente durante los últimos cuarenta años es el reconocimiento de la persona del paciente como agente moral autónomo, es decir que tiene derecho a ser informado correctamente y a rehusar el tratamiento que se le propone si no es compatible con su escala de valores(6).

Es un derecho humano el derecho a decidir, sobre las intervenciones que se realizan en el propio cuerpo, esto es sobre la salud y la enfermedad, la vida y la muerte. Todo hombre es propietario

responsable de su propia muerte (7).

Mostrar falta de respeto a un agente autónomo, negar a un individuo la libertad de obrar de acuerdo con tales criterios razonados o privarlo de la información que se requiere para formar un juicio meditado, es repudiar sus derechos.

Por lo tanto, es necesario informar al paciente adecuadamente ofreciéndole según la ciencia y las posibilidades de tiempo y lugar lo que se considera indicado y correcto, abriendo la puerta a alternativas posibles dejando a la persona involucrada decidir lo que le parezca más conveniente procurando que el reconocimiento del paciente como agente moral responsable no se vea traicionado por la preocupación defensiva del médico.

La dignidad exige que se respeten las decisiones personales; la intimidad y privacidad son un aditamento de la dignidad. Si un paciente decide rechazar o suspender un tratamiento, su decisión debe ser respetada, pues podría incurrirse en la llamada obstinación o encarnizamiento terapéutico definido como algo que implica intencionalidad, o por lo menos conciencia de que se trata de algo inmoral, que no se corresponde en la mayoría de los casos con la intención médica. En el vocabulario de la ética esta expresión se reemplaza por la palabra distanasia, que se refiere a la utilización en el proceso de morir de tratamientos que no tienen más sentido que la prolongación de la vida biológica del paciente.

En los últimos años se ha tomado el trámite del consentimiento informado como garantía del respeto a la autonomía. En caso de que el paciente no capacitado para tomar decisiones, como suele suceder en las UCI, la autonomía será ejercida en su nombre por los familiares o representante legal (8).

### **La decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico.**

La contracara de la obstinación terapéutica (distanasia) es la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico, y particularmente los cuidados paliativos (9).

Se limita o adecua el esfuerzo terapéutico cuando teniendo en cuenta el estado del paciente, su calidad de vida, la actual y la esperable, su evolución y pronóstico, se retiran o no se instauran las denominadas medidas de soporte vital.

En este contexto los cuidados paliativos pasan a una primera línea asistencial, y actualmente son considerados de buena práctica clínica y éticamente aceptables en aquellos pacientes en los que se cumplen una serie de condiciones que avalan la irreversibilidad de su situación patológica.

Con sustento en argumentos se ha señalado que aquello que la tanatología clásica denominó eutanasia pasiva, hoy día es abordado dentro de la problemática que habla de la limitación terapéutica a final de la vida, limitación de esfuerzo terapéutico y últimamente adecuación del esfuerzo terapéutico.

Limitar el esfuerzo terapéutico permite la muerte en el sentido que no la impide, en ningún momento la produce o la causa. Esta diferencia entre permitir la muerte y producirla es clave, pues es lo que separa la limitación del esfuerzo terapéutico de la eutanasia.

Actualmente el concepto de eutanasia se reserva para aquellas acciones destinadas de manera directa a causar la muerte de un paciente a petición de este, por piedad y con la ayuda de tercero.

### **La decisión de tomar directivas anticipadas**

Bajo la denominación de directivas anticipadas, se identifica a los documentos o expresiones claras e inequívocas de voluntad de una persona respecto de situaciones a futuro, ya previsibles o simplemente hipotéticas, relacionadas con su propia salud.

De modo particular, se refiere a los tipos de tratamientos e intervenciones médicas que cada persona considera compatibles o no con su derecho inalienable de vivir y morir con dignidad, decisiones que implican una prolongación del derecho personalísimo de señorío sobre su propio cuerpo.

Estas situaciones cobran mayor relevancia a la luz de los importantes desarrollos tecnológicos en el ámbito médico, que originan nuevos interrogantes éticos, pues no necesariamente lo técnico y científicamente posible en este campo es siempre lo éticamente deseable.

Cabe preguntarse si los avances tecnológicos son compatibles con un humanismo en medicina o si supone incurrir en encarnizamiento terapéutico, ensañamiento u obstinación terapéutica.

La clave radica en respetar las decisiones adoptadas en conciencia y con absoluta libertad por cada persona ante posible rechazo a intervenciones que solo producen una prolongación penosa de curso vital, decisión que no debe nunca traducirse en abandono de persona.

En estas circunstancias los cuidados paliativos adquieren su máxima significación frente a personas que, en razón de su enfermedad se encuentran en una situación particularmente vulnerable, teniendo su razón de ser aplicados en brindar las herramientas necesarias para que el transcurso de la internación se lleve a cabo en un ámbito de respeto y dignidad.

### **La Ley de Muerte Digna 26.762 en la República Argentina.**

Morir con dignidad implica un amplio espectro de conceptos que integra a los cuidados paliativos y al marco legal en el que se normalizaron ciertas condiciones para el alcance de una muerte digna.

La regulación de los aspectos fundamentales

de la persona humana implica necesariamente un debate acerca del rol de la dignidad de la persona humana. Existe un consenso generalizado a la hora de afirmar que este configura el valor más importante sobre el cuales debe sustentarse todo el sistema legal, a tal punto que ha sido consagrado como uno de los grandes rectores del nuevo código civil y comercial. Sin embargo, las diferencias están a la vista en cuanto al contenido asignado a valor dignidad, porque mientras algunos sostienen que la dignidad se vincula con la autonomía personal otros ponen el foco en la dimensión ontológica de la persona humana.

En los últimos años la legislación en derecho de salud ha respondido a una tendencia que apunta a la exaltación de la autonomía de la voluntad, incluso en desmedro de los derechos humanos fundamentales

La ley 26.742 de Muerte Digna fue sancionada el 9 de mayo de 2012 luego de un fugaz debate legislativo. Se trata de una norma que es modificatoria de la ley 26.529 de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.

Sus alcances generales son: rechazo a tratamientos médicos sin expresión de causa. Esta posibilidad ya era contemplada por la ley de derechos del paciente; rechazo a tratamientos desproporcionados o extraordinarios en enfermos terminales, aquí se modifica el inciso c del artículo 2 de la ley 26529 relativo a los derechos de los pacientes en relación con los profesionales e instituciones de salud, de ese modo y bajo la carátula de autonomía de la voluntad se establece que el paciente que presente enfermedad irreversible incurable o se encuentre en estado terminal o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a perspectiva de mejoría o produzcan sufrimiento desmesurado.

Otro aspecto es la renuncia a la alimentación y la hidratación, el artículo 2 de la ley 26.259 incluye la frase: también podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos se produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable, siendo este un punto conflictivo de la ley.

En cuanto al consentimiento informado, las disposiciones antes indicadas se incluyen entre los contenidos que componen el consentimiento informado. La incapacidad o imposibilidad de dar el consentimiento, aquí se modifica el artículo 6 de la ley 26529 para establecer que en caso de incapacidad de la persona o imposibilidad de brindar el consentimiento este dado por personas indicadas en el artículo 21 de la ley 24193 de trasplantes de

órganos materiales anatómicos.

Los cuidados paliativos, con buen criterio se han incorporado con deber de informar el derecho a recibir cuidados paliativos que posee todo paciente,

En cuanto a las directivas anticipadas, en relación a lo dispuesto por el artículo 11 de la ley 26.529, se agrega la indicación de que estas se formalicen por escrito ante escribano público o juzgado con dos testigos.

La prohibición de la eutanasia, es incorporada como prohibición expresa. La exención de la responsabilidad, se refiere en forma expresa a la exención de responsabilidad civil, penal o administrativa en favor de los profesionales que actúen conforme a la norma.

### **Principios jurídicos implicados.**

EL marco legal argentino expone cuatro principios fundamentales que a nuestro entender constituyen un piso mínimo que cualquier regulación atinente al fin de la vida: la prohibición de quitar la vida, licitud de la renuncia al encarnizamiento terapéutico, proveer hidratación y alimentación.

La prohibición de quitar la vida se traduce, en sentido positivo, en el principio de la inviolabilidad de la vida humana, cuyo fin no puede desencadenarse ni por acción ni por omisión. Esta exigencia es parcialmente cumplida por la legislación argentina, lo cual se pone de relieve si tenemos en cuenta que si bien las prácticas eutanásicas están vedadas, luego se reconoce la facultad de renunciar a la hidratación y la alimentación, admitiendo una innegable violación del derecho a la vida.

En interpretación de la "prohibición de prácticas eutanásicas" que reproduce el nuevo Código en su art.60, algunos autores, han señalado que tal precepto se circunscribe únicamente a la eutanasia activa y directa, es decir, a la acción positiva. Tanto el nuevo Código como las leyes bajo estudio reflejan esta situación al reconocer la facultad de renunciar a tratamientos médicos cuando estos resulten extraordinarios o desproporcionados en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan sufrimiento

Sin lugar a dudas, la prevención del encarnizamiento terapéutico es la finalidad que ha motivado la sanción de la Ley 26.742. En cuanto al deber de proveer siempre la alimentación y la hidratación es el principio que más controversia ha generado, tanto en el debate legislativo como en el académico. Lo cierto es que el derecho argentino reconoció la licitud de la renuncia a estos medios de soporte vital. Se afirma que "alimentar e hidratar al paciente terminal no es una manera desmedida de mantenerlo con vida. Por el contrario, quitar la alimentación e hidratación implica provocar la muerte del paciente por inanición" se discute este supuesto a una manifestación de encarnizamiento terapéutico.

Ni aun practicadas en forma artificial, la

alimentación e hidratación del paciente constituyen un acto médico extraordinario, sino un medio ordinario y proporcionado para la conservación de la vida, puesto que se trata de conductas normales y necesarias que practican todas las personas, estén o no enfermas o se encuentren o no en estado vegetativo, habiendo sido consideradas como necesidades básicas del paciente

Las legitimidades de los cuidados paliativos están referidos a todas aquellas acciones aplicadas de manera interdisciplinaria y que están dirigidas a lograr la mejor calidad de vida de un enfermo, tanto en su faz física, psíquica y espiritual. En el Diccionario de la Real Academia Española, se define "paliativo" de la siguiente manera: 'todo aquello que tiene como finalidad mitigar, suavizar o atenuar el dolor de un enfermo'. A modo de ejemplo, podemos citar algunas aplicaciones prácticas de la medicina paliativa: control de los síntomas; alivio del dolor por medio de analgésicos; apoyo psicológico; contención familiar; cuidado y compañía a cargo de capellanes y voluntarios.

Los cuidados paliativos son expresamente mencionados por la ley de muerte digna y también por el nuevo código civil y comercial. Con buen criterio, el legislador reconoció que se trata de un derecho cuyo ejercicio debe ser informado al paciente por parte de los profesionales de la salud.

### **El rol terapéutico de la comunicación al final de la vida**

Como se menciona anteriormente los principios bioéticos se consideran siempre como pilares para en el abordaje de pacientes que transitan el final de la vida, siendo el principio de no maleficencia en el que toma relevancia cuando se establecen la elaboración de estrategias frente al límite del esfuerzo terapéutico.

Garantizar el cumplimiento de estos principios implica una serie de consideraciones entre las que se integra a la comunicación como pilar fundamental en el transcurso de este proceso, pues si bien está considerada como una cualidad básica para el desarrollo del ser humano, su papel se incrementa en situaciones en que el final de la vida se visualiza como próximo.

El adquirir una sólida formación en habilidades comunicacionales por parte del personal de salud, en especial los médicos, tiene como objetivo la preparación para el momento de expresar las malas noticias (10).

Esta necesidad de perfeccionar la comunicación surge de la visualización de que con las mejoras de las técnicas diagnósticas y el avance de la industria farmacéutica, se produce una mejora de la calidad de vida, que hace que exista un aumento y envejecimiento de la población mundial; en abril de 2012 la OMS señala que entre los años 2000 y 2050

la proporción de la población mundial con más de 60 años se duplicará, por lo que inevitablemente conducirá un aumento de la prevalencia de enfermedades oncológicas, sida, y otras enfermedades degenerativas como la esclerosis múltiple, o la esclerosis lateral amiotrofia.

Los equipos de salud, deben ser exquisitos a la hora de comunicar malas noticias, pues una buena comunicación clara y llevada a cabo con empatía ayudará al enfermo y su familia a conocer cuál es la situación, abriendo ante ellos la puerta de la verdad y dándole la oportunidad de tomar decisiones frente a esa realidad (11). El final de la vida debe considerarse un acto humano, por lo que todo el mundo pasará, y activo, ya que cada persona puede en algún momento decidir cómo quiere pasar sus últimos días y donde y en qué forma quiere morir

Pero, en infinidad de ocasiones, el paciente que transcurre por esta situación no sabe qué se va a morir, y si lo sabe o lo sospecha actúa como si no lo supiera (12). Se forma a su alrededor un muro de silencio, con la inevitable complicidad en la que son partícipes médicos y familiares favoreciendo indefectiblemente su aislamiento cuando más ayuda necesita, pues acumula sentimientos de soledad, angustia, sensación de final de vida, falta de control de su existencia y engaño (12).

Está demostrado que una buena comunicación puede aliviar sentimientos de miedo al dolor físico, a lo desconocido, al fracaso, a la dependencia, a la soledad y a la separación, como así también atender a las necesidades psicológicas de pertenencia, afecto, comprensión, autonomía, privacidad e intimidad física.

La comunicación se convierte en muchas ocasiones en la única posibilidad de apoyo y tratamiento que puede recibir el enfermo, ya sea de manera verbal o gestual, contribuyendo al acompañamiento en este proceso de separación.

Está suficientemente demostrado entonces que una comunicación adecuada es un aspecto fundamental para el bienestar del paciente y sus familias,

En una revisión bibliográfica realizada por Parker, se efectúa una comparación acerca de lo que quieren saber los pacientes acerca de su enfermedad, entre países americanos y Europa con pacientes de países mediterráneos y países del sudeste asiático llegándose a la conclusión que los primeros exigen mayor información

Trabajos realizados en España citados en la guía de cuidados paliativos aseveran que personas jóvenes y de mayor nivel sociocultural exigen un mayor grado de información que pacientes adultos mayores con menor nivel de información.

También existen trabajos en los que surge también el interrogante acerca de hasta donde hay que dar la totalidad de la información y en qué medida hay que realizarla sin crearle problemas ni agravar

los que padece tanto somáticos como psicológicos, concluyéndose que la información debe ser suministrada de manera eficaz y eficiente, sin ser dada en un acto único sino de manera continua en el tiempo, sin destacar lo fatal de la evolución de la enfermedad, asegurando el acompañamiento y la seguridad de su bienestar.

Respecto al estilo de comunicación, guías de cuidados paliativos refieren que familiares y pacientes prefieren que la información sea sincera, sensible y con margen de esperanza, desean sentirse escuchados de una manera activa por profesionales que muestren empatía, utilicen lenguaje claro y suministren la información en pequeñas cantidades, y se considere que el principal destinatario de la información sea el paciente, siendo éste quien decida si desea compartirla con familiares o ser el único en conocer la situación de salud(13).

En ocasiones, como no hay un método exclusivo de transmisión de la información, se propone la utilización una serie de protocolos, que, sin ser ideales, guían la administración correcta de la información al paciente, pero sin ser considerados como única solución. Ejemplo de estos son el protocolo *SPIKES*, la estrategia clase, la estrategia de *BUCKAN* y la estrategia de *ALMANZA*.

Para finalizar, informar es parte de la ética médica. EL código deontológico de la OMS es un documento que recoge un conjunto más o menos amplio de criterios apoyados en la deontología, con normas y valores que formulan y asumen quienes llevan a cabo correctamente una actividad profesional.

Se ocupa de los aspectos éticos del ejercicio de la profesión que regulan, en este caso la profesión médica y sus condicionamientos éticos. En los diferentes artículos quedan reflejados algunos aspectos importantes a tener en cuenta en la actitud del médico en cuanto a la administración de la información, a saber, el paciente es libre de decidir libremente luego de recibir la información adecuada en todo lo referente a su tratamiento, la manera de informar debe ser comprensible, veraz, prudente, transmitida en forma directa, con respeto al el derecho a no ser informado, y asumiendo que la información dada al paciente siempre se constituye en un acto clínico.

### **Los cuidados paliativos como estrategia de abordaje integral en un marco de unidades de cuidados intensivos a puertas abiertas.**

Debido a la variedad de afrontamiento de la problemática al final de la vida (suicidio asistido, eutanasia, obstinación terapéutica), se hace imprescindible un nuevo modelo de trabajo que, sin desdeñar la autonomía del paciente ni la justicia distributiva y en aras de la mayor beneficencia, aglutine la prudente aplicación de tratamientos

médicos sintomáticos con los cuidados que aportan la mayor comodidad a cada enfermo. Todo esto resume el abordaje integral de los cuidados paliativos.

Junto a ello se requiere un modelo bioético que permita engarzar los principios fundamentales de mínimos con los valores del individuo.

Los cuidados paliativos son definidos como la atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional, cuando la expectativa de los cuidados no incluye la curación. Ha de cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, e incluso la asistencia al duelo(14).

Tienen la característica de ser multa e interdisciplinarios, pues las decisiones han de ser tomadas y reforzadas por diferentes profesionales que son partícipes de la atención del paciente, deben fundamentarse en juicios clínicos prudentes soportados por los hechos clínicos que comprenden la evolución, respuesta a tratamiento y pronóstico, pero que además se complementen con los valores de los pacientes, familiares, y de la organización sanitaria en un entorno deliberativo, siendo su principal objetivo combatir la obstinación terapéutica y evitar tratamientos fútiles o percibidos como inapropiados, además de prever los diferentes cursos evolutivos.

Estos cuidados son una forma particular de asistencia fundamentalmente encaminada a preservar la dignidad del paciente en situación terminal, y garantizar una asistencia no maleficiente encaminada a proporcionar aquellos cuidados que la familia y sociedad no podrían proporcionar por sí mismos. Desde la perspectiva de la justicia se debe considerar que el sujeto de atención no es el paciente sino la prestación ofertada a un colectivo que no puede ignorarse, que la mejor utilización de recursos disponibles es una obligación ética de los médicos, los cuidadores, el sistema y la administración y que, de ninguna manera, la provisión de cuidados paliativos corresponde a una ética de máximos (solo confortable cuando se han cubiertos lo mínimos a los que todos tiene derecho). En relación a la beneficencia hay que recordar el principio hipocrático por antonomasia, curar, y si no, aliviar, y si no consolar, pero a todos por igual y a cada uno según su necesidad.

Morir en UCI lleva implícitas ciertas particularidades que pocas otras realidades hospitalarias comparten, entre ellas la vulnerabilidad (15). Son pacientes complejos cuya enfermedad grave les provoca una debilidad física y psíquica extrema y que puede ir acompañada de una fuerte carga sintomática, al mismo tiempo que perciben la cercanía de la muerte.

Aunque debería reducirse el número de pacientes que pasan los últimos días de su vida en las unidades de cuidados intensivos, esto no ocurre, por lo que la medicina paliativa constituye el modelo de

atención en este aspecto.

Estudios realizados indican que la implementación de cuidados paliativos está asociada con una disminución en el uso de cuidados intensivos durante las hospitalizaciones terminales, por lo que en el futuro el trabajo debería centrarse en identificar las características asociadas con la efectividad de programas de cuidados paliativos para disminuir la intensidad de los tratamientos.(16).

La Sociedad Americana de Cuidados Intensivos lanzó en 2002 el proyecto "Promoviendo la excelencia al final de la vida", justificando su necesidad de validez científica. El trabajo concluyó con la definición de los componentes clave de cuidado, derivados de los principios de la medicina paliativa que deberían estar presentes para conseguir cuidados de final de vida de calidad adaptados a las unidades de cuidados intensivos..

Dentro de estos componentes clave se destacaron las buenas habilidades de comunicación, excelencia en la valoración y manejo de síntomas, enfoque del cuidado centrado en el paciente, sus valores y preferencias, cuidado centrado en el binomio paciente familiar, incluyendo el apoyo psicológico, horario abierto de visitas, visitas espirituales, y reuniones interdisciplinarias regulares enfocadas a compartir la toma de decisiones.

Tras definir estos componentes los desarrollaron en forma de indicadores, medidas operativas concretas cuya aplicación garantiza la calidad de los cuidados y los hace accesible a cualquier unidad de cuidados intensivos, mostrando resultados como la mejora de la calidad de cuidado de los pacientes al mismo tiempo que se hacen uso eficiente de los recursos sin aumento de la mortalidad, con reducción del tiempo entre el establecimiento del mal pronóstico y la instauración de tratamiento paliativo, disminución del empleo de tratamientos fútiles y tiempos de estancia, todo ello sin aumento de la mortalidad (17)

Está demostrado que los abordajes interdisciplinarios en los pacientes con límite de esfuerzo terapéutico mejoran la calidad de estancia en las ucis, el reto está en garantizar la accesibilidad de todos los pacientes que los precisen .

Para el logro de estos abordajes se impone un progresivo cambio en los funcionamientos de las Unidades de Cuidados Intensivos, surgen propuestas de nuevos modelos de atención del paciente en al final de su vida, en contextos de vanguardia denominado unidad de cuidados intensivos a puertas abiertas(18), existiendo suficiente evidencia como para argumentar y promover cambios en las actuales políticas .

Las unidades de cuidados intensivos a puertas abiertas está definida como aquella unidad entre cuyos objetivos se encuentran la reducción o eliminación de cualquier limitación impuesta en la dimensión temporal, física y de relaciones para las

que no haya justificación, como la extensión del horario de visita, la participación del familiar en el aseo, la asistencia en la alimentación, en la medicación, y en el pase médico.

Sin embargo, es frecuente que las visitas se organicen pensando más en la comodidad de los profesionales que en la necesidad del binomio paciente familia, aun cuando las políticas de visitas flexibles han mostrado ser eficaces y beneficiosas para ambos.

Se ha demostrado que la actividad cardiaca de los pacientes mejora cuando estos están acompañados por un ser querido y en el estudio ORCHESTA realizado en Brasil donde se analizó la asociación entre las políticas familiares relacionadas con la atención y uso de recursos y el rendimiento de UCI ajustado a la gravedad de la enfermedad, se llegó a la conclusión que las UCI con menor mortalidad tienen política de visita más liberales y diferentes estrategias para mejorar la comunicación con las familias. Como así también en las UCI con alta eficiencia de uso de los recursos tiene también política de puertas abiertas, demostrando que el rendimiento y eficiencia en la utilización de los recursos se asocian con el cuidado de la familia y una política de liberalidad, no evidenciando estar comprometidos los resultados de supervivencia.

Tampoco se ha demostrado que este tipo de modalidad produzca un aumento significativo en la frecuencia de distracciones por parte de los médicos y personal de enfermería.(19)

Como factores facilitadores para su implementación uno de los estudios propone la realización e implementación de protocolos acerca de visitas, pases especiales, aumento progresivo del número de horas, disponer de habitaciones o boxes privados para los pacientes e instalaciones adecuadas para las familias, así como contar con una figura que explique a las familias la situación del paciente y los cuidados que realizan

Como factores obstaculizadores para su implementación se visualizaron la inestabilidad del paciente, el aumento de la carga de trabajo de enfermería, rechazo por parte de los profesionales, actitud negativa, poca conciencia de las ventajas asociadas a este tipo de funcionamiento, número de camas elevadas, creencia de invadir la privacidad de otros pacientes, escasez de personal y estructura de la unidad de cuidados críticos.

La implementación de este modelo requiere el aprendizaje de las experiencias positivas de algunas unidades, participación de los profesionales, formación y cambios de actitud.

Abrir las puertas de la UCI desde una perspectiva de la multidisciplina dada por los cuidados paliativos, es una de las asignaturas que no debe retrasarse más. Las futuras inversiones no deben remitirse solo a modernos respiradores y equipos de monitoreo, sino también deben abocarse

a la organización, diseño ,bienestar ambiental y humanización, rediseñando la práctica clínica en post de una atención más comfortable y humana.

Es así que el intensivista, en trabajo conjunto con el paliativista deben garantizar la atención multidisciplinaria de calidad con la mirada holística necesaria que precisa el paciente que va a fallecer, siendo esta mirada alentada desde la reflexión ética, con un marco jurídico establecido y desde una realidad de experiencias basadas en consensos normalizados que analicen la práctica clínica frente a un marco de referencia de privilegio a la dignidad humana(20).

### Conclusiones

Los pacientes con límite del esfuerzo terapéutico que transcurren el final de la vida en unidades de cuidados intensivos son pacientes complejos, requieren de abordajes protocolizados, interdisciplinarios, personalizados, de calidad, que le permitan transcurrir por el proceso previo a morir en un marco de dignidad. Para ello, y teniendo en cuenta lo expuesto con anterioridad se formulan las siguientes conclusiones y propuestas.

La mirada de la bioética vino a proporcionar un marco de referencia para la actuación de las ciencias biológicas y las ciencias de la salud; sus principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, constituyen un pilar fundamental para el tratamiento médico de todas las personas enfermas. Los equipos de las Unidades de Cuidados Intensivos no deben desconocer su existencia, teniéndolos presentes para guiar sus prácticas en post de lograr el máximo bienestar del paciente y su familia.

Dentro los principios bioéticos, el de autonomía toma particular relevancia para las personas enfermas al momento de tomar decisiones. Es considerado imperativo y debe respetarse como una norma, pues proporciona el derecho al paciente a decidir sobre su salud una vez que ha sido informado por el médico sobre su enfermedad, implicando esto aceptar o negarse a la instauración de un tratamiento. El consentimiento informado es la máxima expresión de este principio, constituyéndose en un derecho para el paciente y en un deber del médico ponerlo a su disposición.

En Argentina, la Ley de Muerte Digna 26.742 sancionada en 2012 viene a complementar la ley 26.252 de Derecho de los Pacientes aportando importantes modificaciones en cuanto a las condiciones de la limitación del esfuerzo terapéutico, contribuyendo desde el derecho a normalizar el accionar médico de pacientes terminales. Proporciona y completa un marco jurídico frente a la muerte aportando elementos a la ley de derecho de los pacientes, por lo que todos los profesionales médicos especialmente los que se

desempeñan en Unidades de Cuidados Intensivos donde la mortalidad alcanza alta prevalencia, deberían conocer sus alcances y actuar de acuerdo a sus preceptos.

El límite del esfuerzo terapéutico es una decisión, tomada por el médico, la familia y el paciente, y consiste en el cese o la no instauración de tratamientos médicos, y desde la bioética se conoce con el término de *distan Asia*; su opuesto es el encarnizamiento terapéutico. El límite del esfuerzo terapéutico se diferencia claramente de la eutanasia, porque ésta se define como las medidas expresas tomadas con el fin de terminar con la vida del paciente, no siendo legalmente aceptada en la República Argentina.

Diferenciar conceptualmente estos términos es responsabilidad del intensivista, pues a partir de la claridad con que se los interprete y se los explique basará su accionar médico en post de obtener un máximo bienestar al final de la vida en aquellos pacientes que permanecen sus últimos días en la unidad de cuidados intensivos.

En el paciente con adecuación del esfuerzo terapéutico la comunicación se convierte en una herramienta terapéutica fundamental. Ya sea verbal o gestual, la escucha atenta y afectuosa tanto al paciente como la familia debe ser prioridad para todo tipo de intercambio de información. Una buena comunicación es considerada un indicador de calidad de atención.

Contar con tiempo suficiente para entablar conversación con un enfermo o su acompañante no solo forma parte de una buena práctica clínica, si no también nos remite a los orígenes de la profesión médica, de asistencia, de vocación de servicio, del firme objetivo de curar, aunque en determinadas veces sea a través de la palabra.

Llevar a cabo una atención integral en pacientes al final de la vida implica la integración de cuidados paliativos, éstos constituyen una modalidad de atención interdisciplinaria, destinadas a elaborar estrategias de tratamiento con el fin de cubrir la totalidad de las necesidades del enfermo y su familia. Su instauración no debe demorarse y se ha comprobado que llevarlos a cabo disminuye la implementación de medidas intervencionistas que implican futilidad y sufrimiento, lo que hace imperativo integrar al paliativista en las unidades de cuidados críticos con una planificación de trabajo conjunto con el equipo de cuidados intensivos.

Siendo que cada vez son más los enfermos que van a pasar sus últimos días en UCI, los intensivistas están obligados a asegurar su confort, por lo que deben conocer la forma de brindar cuidados de calidad, personalizados y afectuosos al paciente y a la familia. Para ello deben capacitarse en forma conjunta con todo el equipo de salud para la elaboración de protocolos de abordaje accesibles con objetivos a corto y mediano plazo en los que la

participación del binomio paciente familia constituya una prioridad.

Si bien el paliativismo es actualmente una especialidad, el intensivista debe formarse para intervenir desde esta mirada con el objeto de garantizar el acceso del enfermo a una muerte digna y brindar a los familiares contención y acompañamiento durante la totalidad del proceso.

La calidad de atención de los cuidados paliativos en UCI pueden y deben medirse, pues cuidados paliativos de alta calidad mejoran los resultados centrados en los pacientes y disminuyen el stress del equipo de salud.

Acompañando a los cuidados paliativos, han surgido nuevas corrientes que proponen abordajes más liberales e integrados entre el equipo de salud de las UCI y el binomio paciente familia, desde una mirada holística basada en la humanización de los cuidados intensivos, denominado unidades de cuidados intensivos a puertas abiertas. Se considera una modalidad de trabajo de vanguardia e implica la realización de cambios radicales en el actual del funcionamiento y estructura de las terapias intensivas, existiendo suficiente evidencia de resultados positivos en su implementación, por lo que su aplicación no debería demorarse por actitudes conservadoras, retrógradas, o dependientes de la comodidad del personal, si no comenzar progresiva e indefectiblemente a organizar el cambio.

**"Una nueva responsabilidad ética se va haciendo presente en la conciencia de nuestra sociedad: que la muerte constituya un acontecimiento lo más humano posible. Hay que aprender a dejar morir en paz, sin que este momento se dificulte aún más con métodos y actuaciones que no tienen ya ningún sentido terapéutico".**

**López Azpitarte Eduardo.**

## REFERENCIAS

- 1- Vanden Berg ,H. *Conversaciones sobre el final de la vida en la unidad de cuidados intensivos. Anesthesiology intensive med Norfallmed Schemerzther.* 2015. Enero. 50 (1)56-63
- 2- Rehmann Sutter C. Lehnert H. *Ethical aspect of palliative medicine. Internist(Berl),* 2016 October, 57(10) 946-9523-
- 3- Berlin A. *Goals of care and end of life in the ICU. Surg Clin North Am.* October 2017. Dec 97 (6)12775-1290.
- 4- Campbell C. *-Medical Aid in Dining. Bioethics as sideshow- Hastings Cent Rep.* November 2018. 48(6) inside back cover
- 5- Hoof Pedro, Jooff L. *Bioética en el final de la vida. El derecho a morir en paz. La autonomía personal y las directivas anticipadas. Reflexiones en torno a la ley de muerte digna. Revista bioethics.* 2013 Sao Camilo.109(16)654660
- 6- Akgun KM, Kapo JM Siegel MD. *Critical care at the end of life. Semin critical care.* 2015. December 2015.36(6) 921-933
- 7- Blazquez V. Rodríguez A, Sandiumenge E. *Factores relacionados con la limitación del tratamiento de soporte vital en las primeras 48 horas de ingreso en unidades de cuidados intensivos: estudio multicéntrico.* December 2017. *Medicina Intensiva* .2315- 43(6).352-361
- 8- Sandoval Gutiérrez j. *Reflexiones sobre la vida y muerte digna. Gaceta Medica México.* Mayo 2019-(155) 330-331
- 9- Geri L. *La muerte digna en el ordenamiento jurídico argentino: una mirada desde el bioderecho.* Editorial Microjuris.com(en línea).Enero 2016- pagina 1126 de 1983. Disponible en <https://aldiaargentina.microjuris.com>
- 10- Lopez Castro José. *Global Palliative care and limitation of therapeutic effort .*Junio 2016. *Galicia* .77(4)173-174
- 11- Muñoz Alarcón L. *La comunicación entre el enfermo y su familia al final de la vida. Conspiración de silencio- 1 edición.* España, 2017
- 12- Jimenez Torrez Andrea- *Comunicación al final de la vida-1 edición.* España 2017
- 13- Loncan, P, Gisbert A .*Palliative care and intensive medicine in health care at the end of life in the xxi century.* October 2007. *SUPPL(3)* 113-128 3-pamplona 2007
- 14- Estella A, Velasco T., *Multidisciplinary palliative care at the end of life of critically ill patient. Medicina Intensiva.* España. Diciembre 2009.101 (62-63). -
- 15- Lopez Rodríguez V. *Unidad de cuidados críticos de adultos: paciente, familia y personal. Identificando beneficios. Factores facilitadores y obstaculizadores para una política de visitas de puertas abiertas.* Junio 2018. *España.*4.-46
- 16- Hua M, LU,Y Ma. *Asociación entre la implementación de cuidados paliativos hospitalarios y el uso de cuidados intensivos durante hospitalizaciones terminales. Jama New Open.* Febrero 2020.3.3(1)34-38
- 17- Maglio I ,Weizba S. *El derecho de los finales de la vida y el concepto de muerte digna. Revista americana de medicina.* Junio 2016 16(1)71-77
- 18- Salas B.-*Diez puntos clave en la atención paliativa en UCi.* 1edición. *España.*2016.
- 19- Lorda S., López Esteban. *Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos.* España. Octubre 2014.  
En la web <http://hdl.handle.net/10668/2841>

## ROL DE LA CITOLOGÍA DE ORINA Y SU CORRELACIÓN CITOISTOLÓGICA DE LESIONES VESICALES: ESTUDIO PROSPECTIVO

### ROLE OF URINE CYTOLOGY AND ITS CYTOHISTOLOGICAL CORRELATION OF BLADDER

#### LESIONS: A PROSPECTIVE STUDY

*Nava Nicolás. Médico Anatomopatológico. Jefe de Residentes del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital José María Cullen.  
nava.nicolas@hotmail.com (\* Primer autor y dirigir email a esta dirección para comunicación).*

*Roggiano Dora. Citotecnóloga del Hospital José María Cullen.  
drogiano@hotmail.com.*

*Palabras claves: Citología; Anatomía Patológica; Urología; Vejiga; Tumor.*

#### RESUMEN

#### INTRODUCCIÓN

El Carcinoma de Urotelial de Vejiga es la neoplasia más común del tracto urinario, siendo el séptimo cáncer diagnosticado en la población masculina en todo el mundo. Aproximadamente el 75% de los pacientes presenta una enfermedad confinada a la mucosa (estadio Ta, CIS) o submucosa (estadio T1). El estándar de oro actual para la detección y vigilancia de estos tumores es una combinación entre cistoscopia y citología urinaria. La citología es una prueba no invasiva fácil de conseguir con una sensibilidad históricamente alta para el carcinoma vesical de alto grado (84%), pero baja para tumores de bajo grado (16%).

#### MATERIALES Y METODOS

Entre Diciembre de 2019 y Junio de 2021, se recolectaron muestras de orina de 37 pacientes con sospecha de carcinoma vesical, basados en el estudio de la hematuria, dentro de un ensayo clínico de una sola institución. Todas las muestras para estudio citológico se tomaron mediante lavado vesical el momento de realizar la cistoscopia diagnóstica en consultorio o en quirófano, previa a realización de Resección Transuretral (RTU) de lesiones sospechosas. Se utilizó el Sistema Estandarizado de París para la evaluación de la citología urinaria.

#### INTRODUCCIÓN

El Carcinoma de Urotelial de Vejiga es la neoplasia más común del tracto urinario, siendo el séptimo cáncer diagnosticado en la población masculina en todo el mundo, mientras que desciende al undécimo lugar cuando se consideran ambos sexos. La tasa de incidencia estandarizada por edad mundial (por 100.000/personas año) es de 0,9 para

hombres y 2,2 para mujeres.

Aproximadamente el 75% de los pacientes presenta una enfermedad confinada a la mucosa (estadio Ta, CIS) o submucosa (estadio T1). En pacientes más jóvenes (<40) ese porcentaje es incluso mayor. Aunque estas lesiones no ponen en peligro la vida de inmediato, tienen una alta predilección por la recurrencia (hasta un 70%) y la progresión a una enfermedad más agresiva (hasta un 30%) incluso después de la resección transuretral con o sin terapia intravesical adyuvante.

El estándar de oro actual para la detección y vigilancia de estos tumores es una combinación entre cistoscopia y citología urinaria.

Desde su inicio en 1878, la cistoscopia ha evolucionado para incluir una mejor flexibilidad y definición visual. Sin embargo, sigue siendo una herramienta subjetiva e invasiva que a menudo puede pasar por alto lesiones planas discretas. La citología es una prueba no invasiva fácil de conseguir con una sensibilidad históricamente alta para el carcinoma vesical de alto grado (84%), pero baja para tumores de bajo grado (16%).

Como tal, nuestro análisis prospectivo se orienta a demostrar la utilidad de citología urinaria en la detección de carcinomas uroteliales en aquellos pacientes que presentaron hematuria como síntoma principal.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Entre Diciembre de 2019 y Junio de 2021, se recolectaron muestras de orina de 37 pacientes con sospecha de carcinoma vesical, basados en el estudio de la hematuria, dentro de un ensayo clínico de una sola institución. Las variables recolectadas fueron datos demográficos de los pacientes (ocupación y lugar de residencia), presencia de hábito tabáquico, quimioterapia pélvica previa, cateterismo vesical crónico, infecciones de tracto urinario a repetición, presencia de litiasis vesical, resultado citológico y resultado de análisis histológico.

## ESTUDIO PROSPECTIVO

Todas las muestras para estudio citológico se tomaron mediante lavado vesical el momento de realizar la cistoscopia diagnóstica en consultorio o en quirófano, previa a realización de Resección Transuretral (RTU) de lesiones sospechosas. El volumen mínimo remitido fue de 60ml, en frasco estéril. Se realizaron 3 vidrios en fresco (tiempo < a 1 hora) por paciente con coloración de Papanicolau. El material remitido para análisis histológico fue obtenido en todos los casos mediante RTU bipolar, se procesaron en su totalidad, se incluyeron en parafina y colorearon con tinción de hematoxilina-eosina.

De los 37 pacientes iniciales solo 30 fueron aptos para su inclusión en nuestro análisis final. Todos los resultados citológicos fueron informados según el Sistema estandarizado de Paris publicado en 2016.

## RESULTADOS

La media de edad es de 53,4 años y 76% son hombres y 24% mujeres (Gráfico 1). El 90% de los pacientes presentan el hábito tabáquico como principal factor de riesgo y la hematuria macroscópica fue el motivo de consulta para el inicio de la evaluación diagnóstica en todos los casos.

Siete pacientes tuvieron resultados positivos para lesiones de bajo grado (Foto 1) el cual solo uno de ellos presentó posteriormente, el mismo diagnóstico en biopsia (14,2%). El resto fue un caso de adenocarcinoma uracal, un carcinoma urotelial de alto grado, y 4 inflamatorios.

Para pacientes con diagnóstico Citológico de lesiones de alto grado (Foto 2), el 90 % coincidió en la biopsia posterior con el diagnóstico. Una sola de ellas resultó ser una neoplasia de bajo grado.

## DISCUSIÓN

La citología de orina ha sido durante mucho tiempo una prueba no invasiva y fácil de obtener con alta sensibilidad y especificidad para detectar carcinoma urotelial de alto grado. Así sus bases biológicas como también sus mutaciones son diferentes, siendo el FGFR3 (factor de crecimiento de fibroblastos) el más frecuentemente mutado en las lesiones de bajo grado, lo que les conlleva un mejor pronóstico y el P53 en las lesiones de alto grado, teniendo consecuentemente un peor pronóstico.

Nuestros resultados también confirman aún más las nociones bien establecidas de que, la citología es un fuerte predictor de la sensibilidad en tumores de alto grado, pero una prueba subóptima para los tumores de bajo grado. En el estudio actual, la citología de orina no detectó cánceres adicionales identificados por citología de orina o imágenes.

## CONCLUSIÓN

Tenemos acuerdo general de la utilidad de la Citología para la detección de Carcinoma Urotelial de la vejiga y de las vías urinarias de alto grado, aunque pasara por alto una gran cantidad de neoplasias de bajo grado. Nuestros resultados sugieren que la citología debe formar parte de los estudios rutinarios solicitados a aquellos pacientes con hematuria. Sin embargo, la cistoscopia y los estudios por imágenes del tracto urinario superior e inferior seguirán siendo una prueba fundamental para el estudio de pacientes con sospecha de tumor de vías urinarias. Finalmente cabe destacar, hasta la fecha, el bajo número de trabajos publicados que rastrearon patología vesical mediante citología previa a la intervención quirúrgica.

*Nota: Este trabajo no presenta conflictos de intereses.*

## REFERENCIA

1. Grignon DJ Al-Ahmadie H Algaba F. Amin M.B. Comperat E. Dyrskjot L. Epstein J. I. Hansel D.E. Knuchel R. (2016). WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. Pag 77-135.
2. Babjuk, M., Burger, M., Compérat, E. M., Gontero, P., Mostafid, A. H., Palou, J. Soukup, V. (2019). European Association of Urology Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer (TaT1 and Carcinoma In Situ) - 2019 Update. European Urology.
3. Yafi, F. A., Brimo, F., Steinberg, J., Aprikian, A. G., Tanguay, S., & Kassouf, W. (2015). Prospective analysis of sensitivity and specificity of urinary cytology and other urinary biomarkers for bladder cancer. Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations, 33(2), 66.e25-66.e31.
4. Rosenthal, D. L., Wojcik, E. M., & Kurtycz, D. F. I. (Eds.). (2016). The Paris System for Reporting Urinary Cytology. doi:10.1007/978-3-319-22864-8.
5. Bertsch, E. C., Siddiqui, M. T., & Ellis, C. L. (2018). The Paris system for reporting urinary cytology improves correlation with surgical pathology biopsy diagnoses of the lower urinary tract. Diagnostic Cytopathology, 46(3), 221-227. doi:10.1002/dc.23878

## Neoplasia mucinosa del apéndice cecal. A propósito de un caso

### Mucinous appendiceal neoplasm. A case report

Pierini A.<sup>1</sup>, Pierini L.<sup>2</sup>, Ruiz G.<sup>3</sup>, Evans B.<sup>4</sup>, Arriola Y.<sup>5</sup>, Saint Martin A.<sup>6</sup>

1. Jefe de Servicio, MAAC Miembro Académico.
  2. Cirujano Médico de Planta, Cirugía HBP.
  3. Cirujano Médico de Planta, MAAC.
  4. Cirujano Médico de Planta, MAAC.
  5. Médica Residente de segundo año de Cirugía General.
  6. Médica Concurrente de tercer año de Cirugía General.
- Contacto: [ailin.stm@gmail.com](mailto:ailin.stm@gmail.com)

#### RESUMEN

Las enfermedades del apéndice cecal ocupan un lugar destacado en la práctica quirúrgica, siendo la apendicitis aguda la más frecuente de todas ellas (4). Entre los diagnósticos diferenciales ante un cuadro de apendicitis aguda, se deben considerar a los tumores del apéndice cecal, los cuales constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias con evolución y pronóstico variado; representan una pequeña parte de todas las neoplasias gastrointestinales y de las apendicectomías. Se presenta el caso de un hombre, de 63 años de edad, estado general relativamente conservado, que en los últimos meses perdió peso a raíz de la falta de apetito. También hace referencia a que se palpa un tumor en el abdomen inferior, que le duele muy poco con tránsito intestinal conservado, que ingresó a nuestro servicio de cirugía por presentar un cuadro abdominal crónico. Fue estudiado con laboratorio e imágenes, los cuales destacan la presencia de una formación de un tumor en el abdomen inferior que da la impresión de consolidar el diagnóstico presuntivo de un tumor lesión apendicular mucinosa quística.

La cirugía se realiza por VLP y el informe anatomopatológico certifica dicho diagnóstico (2). Se decidió presentar este caso, debido a la poca frecuencia de esta patología. Es muy difícil sospechar esta entidad, lo que conlleva al diagnóstico tardío y a un peor pronóstico.

**Palabras clave:** Tumores de apéndice, apendicitis, enfermedad apendicular, neoplasia mucinosa de apéndice

#### INTRODUCCIÓN

La enfermedad apendicular representa un alto porcentaje de la actividad quirúrgica general, siendo lo más frecuente los procesos inflamatorios, pero también casos excepcionales, como las neoplasias mucinosas de apéndice, y se hallan en el 0,1% al 0,3% de las apendicectomías y el 0,2% de las necropsias (1).

Motiva esta comunicación, el haber tratado un caso de una lesión mucinosa de apéndice en nuestro servicio, realizando una revisión de los aspectos clínicos, anatomopatológicos, de diagnóstico y terapéuticos de dicha enfermedad.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino, de 63 años de edad, hipertenso como único antecedente de relevancia, que consulta por dolor abdominal de alrededor de 2 meses de evolución, que en las últimas 72 hs, aumenta de intensidad, localizado en fosa ilíaca derecha, asociado a pérdida de peso e hiporexia.

Al examen físico, a nivel de fosa ilíaca derecha, tumoración palpable y dolorosa de aproximadamente 10 cm x 5 cm.

Se realiza en primera instancia ecografía (Fig. 1), que informa en FID y FD, región medial formación bilobulada, dependiente del apéndice cecal de 87 mm de diámetro mayor, 35 mm antero-posterior heterogénea predominantemente de bajo nivel de ecos, sin adenopatías regionales.

Se completa con tomografía abdominal (Fig. 2), en la que se observa, en íntimo contacto con el ciego, posterior al mismo imagen bilobulada de densidad líquida y paredes bien definidas, de 8.7 cm longitudinal por 8 cm transversal x 5 cm anteroposterior. Compatible por ubicación y características con un tumor mucinoso quístico apendicular.

Además se realiza colonoscopia, la cual no presenta hallazgos patológicos relevantes.

Se decide conducta quirúrgica, realizando colectomía segmentaria, donde se realiza resección, con anastomosis videolaparoscópica.

El paciente evoluciona favorablemente, y es dado de alta al 6to día del post operatorio.

La biopsia de la pieza informó lesión mucinosa quística de bajo grado, con un tamaño de la lesión de 9 cm de diámetro máximo, con anillos de sutura libres de lesión.

## DISCUSIÓN

Las neoplasias mucinosas de apéndice, fueron descritas por primera vez por Rokitansky 1842, y es una rara enfermedad del apéndice, cuya característica principal es un apéndice aumentado de tamaño, por dilatación de su luz, debido a la acumulación de secreción mucinosa (moco gleroso), secundaria a su obstrucción. La perforación provoca la diseminación del material mucoso en la cavidad peritoneal (pseudomixoma peritoneal); este material puede ser acelular o contener células con varios grados de displasia (1). Se estima que del 10 a 15 % de los mucocelos pueden evolucionar a esta entidad.

Las neoplasias de apéndice se dividen en bajo y alto grado. Neoplasia mucinosa de apéndice de bajo grado, presentan una proliferación plana o vellosa de epitelio mucinoso con atipia citológica leve o moderada. Incluye, adenoma, cistoadenoma, tumor mucinoso con potencial desconocido, adenomucinositis peritoneal diseminada, mucocelo maligno, tumor apendicular limítrofe. En cambio, la neoplasia mucinosa de apéndice de alto grado, tiene anormalidades citológicas severas. También pueden ser francamente invasivas. A medida que el tumor crece en el apéndice, el lumen puede dilatarse con mucina y producir un cistoadenoma. El término cistoadenoma describe un apéndice dilatado quísticamente, con un recubrimiento adenomatoso, el cual puede ser tipo colónico o mucinoso en su naturaleza. Puede ser asintomático (en su mayoría), simular una apendicitis aguda o presentarse como masa palpable con dolor abdominal, pérdida de peso y cambios del hábito intestinal, masa palpable, hemorragia digestiva baja, invaginación intestinal y manifestaciones urológicas (5). La complicación más importante es el compromiso difuso de la cavidad peritoneal por depósitos de mucina denominado pseudomixoma peritoneal. Suele presentarse como hallazgo incidental durante una intervención quirúrgica, una exploración radiológica

o un procedimiento endoscópico en el 23 al 50 % de los casos. Generalmente, el diagnóstico se realiza durante una laparotomía por posible apendicitis aguda.

El diagnóstico se puede realizar eventualmente con radiografías simples del abdomen y colon por enema. Con el advenimiento del ultrasonido, la colonoscopia, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear, el diagnóstico se realiza con mayor certeza.

En una cierta proporción de los casos se observa una asociación con los cistoadenomas y cistoadenocarcinomas de ovario de llamativa similitud microscópica, como así también con las neoplasias mucosecretantes sincrónicas o metacrónicas del colon, que ocurre aproximadamente en el 20 %, y de ovario en el 4 al 24 % de los casos (6).

Por la rareza de la enfermedad, la interpretación correcta del estudio es fundamental.

El tratamiento es quirúrgico debido al potencial que tiene de transformación maligna y para prevenir las complicaciones que puede producir: la más temida es la rotura y la diseminación.

La técnica dependerá de la naturaleza histológica. Es importante considerar el diagnóstico previo a la cirugía y realizar la resección cuidadosa, que puede ser por laparoscopia o por laparotomía, siendo esta última, la forma de elección para poder manipular la pieza, evitar su rotura y la siembra de células (4).

Ante un hallazgo de tumor apendicular existen diversas conductas a seguir: apendicectomía simple en el caso de una base libre y estudio diferido de la pieza o bien biopsia por congelación ya sea por la posibilidad de un adenocarcinoma que no necesariamente infiltre la base o porque la infiltración de esta zona sugiere la sospecha de un tumor cecal obstructivo.

En estos casos, como así también en las lesiones sólidas mayores de 2 cm de diámetro y en aquellas con infiltración de la serosa, ganglios linfáticos o mesoapéndice el tratamiento de elección es la hemicolecotomía derecha (7).

El pronóstico es excelente con el tratamiento adecuado y cuando las lesiones se limitan a la pieza extirpada.

## AGRADECIMIENTOS

*Dra Albertengo Adriana, anatomopatóloga  
Dr Paladini Hugo, diagnóstico por imágenes*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Boreti, Ayelén N. Carrizo David Giaviola Valeria Roncoroni Ramiro Orta Juan. <https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/article/view/327/1591#citations>. [En línea] 2021. <https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/article/view/327/1591#citations>.

2. Cistoadenoma mucinosos de apéndice. Dr Angel Pierini, Dr Gullimo, Dr Abdelahad. 1996, pág. 4.

3. Dr. Jorge Manuel Alfonso Chávez, Dra. Fanny Medina. <https://sopaci.org.py/wp/wp-content/uploads/2016/03/Alfonso-Jorge.pdf>. [En línea] 2009. <https://sopaci.org.py/wp/wp-content/uploads/2016/03/Alfonso-Jorge.pdf>.

4. María Usaura Darriba Fernández<sup>1</sup>, Zoilo Madrazo González<sup>1</sup>, Humberto Aranda Danso<sup>1</sup>,

<https://scielo.isciii.es/scielo.php?lng=es>. [En línea] Enero de 2012.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082012000100013&script=sci\\_arttext&lng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082012000100013&script=sci_arttext&lng=es)

5. Montgomery, Christine . A Lacobuzio-Donahue Elizabeth. Patología hepática y gastrointestinal. s.l. : Amolca.

6. Moreno, Laura Re. <https://zagan.unizar.es/record/70485/files/TAZ-TFG-2017-956.pdf>. [En línea] 2017. <https://zagan.unizar.es/record/70485/files/TAZ-TFG-2017-956.pdf>.

7. Lorenzo-Roca FM, Gutiérrez-Aquino JB, Espinosa-Rodríguez Y, et al. Cistoadenoma mucinoso del apéndice: un caso con presentación inusual. AMC. 2019;23(2):233-239.

8. Santa María 1, Alejandro Zuluaga. [www.webcir.org](http://www.webcir.org). [En línea] 2015. [https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2016/1\\_febrero/colombia/neoplasias\\_esp.pdf](https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2016/1_febrero/colombia/neoplasias_esp.pdf).



Figura 1. Ecografía abdominal



Figura 2. Tomografía de abdomen y pelvis

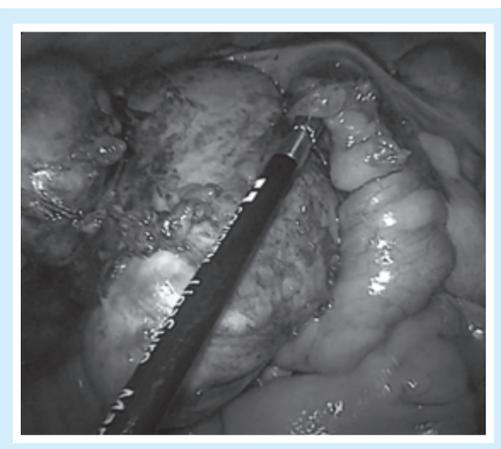


Figura 3. Videolaparoscopia, donde se observa la lesión de apéndice cecal



Figura 4. Pieza quirúrgica

## TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE MACROLITIASIS COLEDOCIANA PERCUTANEOUS TREATMENT BILE DUCT BIG STONE

**Dra. Priscila Magalí Pereyra**<sup>\*1</sup>

- [pereyrapriscilam@gmail.com](mailto:pereyrapriscilam@gmail.com)

**Dr. Jorge Alberto Obeid**<sup>2</sup>

- [jorgealbertoobeid@gmail.com](mailto:jorgealbertoobeid@gmail.com)

**Dr. Mauricio Minetti**<sup>3</sup>

- [mauriciominetti@outlook.com](mailto:mauriciominetti@outlook.com)

**Dr. Alejandro Rabellino**<sup>4</sup>

- [alejandrorabellino@gmail.com](mailto:alejandrorabellino@gmail.com)

**Dr. Oscar Brosutti**<sup>5</sup>

- [oscarbrosutti@hotmail.com](mailto:oscarbrosutti@hotmail.com)

*\*Servicio de Cirugía General, Hospital J. B. Iturraspe. Av. Blas Parera 8301. Santa Fe Capital (CP: 3000), Argentina*

*1. Residente*

*2. Jefe de Servicio*

*3. Instructor de Residentes*

*4. Jefe de Residentes*

*5. Subjefe de Servicio, Profesor adjunto de Cirugía, FCM - UNL*

### Resumen:

La dilatación papilar y más aún, la llamada "sobredilatación" con balón, es un método seguro y eficaz en el tratamiento de la litiasis coledociana.

Se realiza presentación de caso clínico. Paciente femenina de 58 años que presenta cuadro de síndrome coledociano por macrolitiasis, el mismo es resuelto mediante litotripsia percutánea y dilatación con balón. Se describe la técnica del procedimiento, hallazgos imagenológicos y seguimiento.

El intervencionismo percutáneo podría representar una excelente opción terapéutica, más aún, cuando la cirugía endoscópica presenta limitaciones anatómicas o técnicas. Ha demostrado ser un método seguro y eficaz en manos experimentas y además factible de realizar en diversos centros.

**Palabras clave:** macrolitiasis coledociana - tratamiento percutáneo - papiloplastia

Introducción:

Diversos estudios en intervencionismo percutáneo, han demostrado que la dilatación papilar y más aún, la llamada "sobredilatación" con balón, es un método seguro y eficaz en el tratamiento de la litiasis coledociana (4).

Los distintos trabajos experimentales, a lo largo de las últimas décadas, han expuesto que la frecuencia de complicaciones de dicho procedimiento fue baja. Incluso, se encontró franca relación entre la dilatación papilar insuficiente y el aumento en la frecuencia de pancreatitis post procedimiento. Esto tendría su etiopatogenia en el traumatismo de una papila poco dilatada, durante el

paso del cálculo.

La mayoría de los trabajos randomizados presentados hasta el momento, concuerdan en considerar la endoscopia como primera opción terapéutica en esta patología, siempre teniendo en cuenta las características particulares de cada caso clínico. A sabiendas de las limitaciones anatómicas y técnicas que la cirugía endoscópica puede presentar y teniendo en cuenta, además, que se trata de un procedimiento altamente dependiente del operador; la técnica percutánea surge como una excelente opción terapéutica, ya sea complementaria o alternativa. (2)

### Diseño:

Se presenta un estudio observacional, basado en un reporte de caso.

### Material y método:

Se expone el caso de una paciente femenina de 58 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos; que consulta a nuestro Servicio por cuadro de síndrome coledociano, con clínica de colestasis, alteración de los valores de función hepática y estudios por imágenes compatibles. Al ingresar se le realiza ecografía abdominal + colangiografía (Fig.1), las cuales manifiestan: vesícula con litiasis, vía biliar intrahepática dilatada, conducto colédoco de 22.8 mm y a nivel distal del mismo, un lito de 17 mm. Se indica, como primera conducta terapéutica, la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Durante el procedimiento se logra canular selectivamente la vía biliar con papilotomo

montado sobre hilo guía. Se progresan 2 cm hacia proximal, hasta llegar a la zona del cálculo impactado, no logrando franquear la obstrucción.

Durante las siguientes 24 hs, la paciente se presenta afebril y sin dolor abdominal, pero empeora la clínica de colestasis y presenta aumento en los valores de bilirrubina total, directa y fosfatasa alcalina. Se decide entonces optar por una segunda opción terapéutica y realizar intervencionismo percutáneo.

Técnica utilizada en nuestro Servicio para el drenaje percutáneo de la vía biliar y tratamiento de macrolitiasiscoledociana:

En primer lugar, se procede a realizar profilaxis antibiótica; en nuestro centro utilizamos gentamicina + metronidazol.

Esto se fundamenta en los microorganismos comúnmente aislados en las patologías hepatobiliares (enterobacterias y anaerobios) y en los criterios de sensibilidad antibiótica de nuestro medio. Posteriormente se realiza sedoanalgesia, asepsia, antisepsia y armado del campo quirúrgico.

El puntapié inicial para acceder a la vía biliar es la punción transparietohepática con aguja tipo "Chiba" (22 G), bajo control radioscópico/ ecográfico. Para el acceso, podemos usar guía ecográfica a ambos lados, aunque preferentemente esta se reserva para el acceso por lado izquierdo. Por derecha se suelen utilizar reparos anatómicos: se accede por línea axilar media, ingresando por el eje mayor del hígado, con la aguja apuntando hacia D12 y siempre caudal al seno costofrénico. Para realizar la colangiografiatransparietohepática, se retira lentamente la aguja mientras se inyecta contraste hasta opacificar el árbol biliar, bajo guía radioscópica. Es necesario localizar un conducto biliar con trayecto adecuado para introducir el catéter. Siempre es preferible no comprometer la zona hiliar, por el alto riesgo de complicaciones. De manera protocolar, al momento de la obtención de material bilioso, se debe tomar muestra para cultivo.

Se progresa alambre guía 0,018 con punta de platino, a través de la aguja Chiba. Existen diferentes medidas de longitud, en nuestro centro utilizamos de 0,70 mts.

Luego, se inserta introductor biliar de 3 cuerpos. Se recambia el hilo guía por uno hidrofílico, lo cual permite avanzar con mayor facilidad y firmeza. Se inserta luego, un nuevo alambre guía, esta vez de soporte, para poder dilatar y luego avanzar el catéter. En caso de ser necesario, pueden emplearse catéteres direccionadores que facilitan sortear la zona obstruida. El alambre guía de soporte debe progresarse hasta la 3ra - 4ta porción duodenal.

Se procede a insertar pinza litotriptora y se realiza entonces, la litotripsia (Fig.2) del macrocálculo. Repetimos la maniobra cuantas veces se considere necesario, bajo estricto control radioscópico.

Realizamos entonces la dilatación con balón (Fig.3), progresando el mismo hacia la zona del macrocálculo. Se debe dilatar a 6 atmósfera, durante 3 minutos; esto se repite durante 3 sesiones. Finalizando el procedimiento, se procede a dejar un catéter biliar externo-interno, de 10 fr.

A la actualidad nuestra paciente completó 3 sesiones de papiloplastia percutánea. Luego de cada sesión se controla el débito del drenaje y se cierra el mismo, según criterios de evaluación, en 24 a 48 hs.

Objetivamos el resultado del procedimiento basándonos en la clasificación propuesta por Schweizer en 1991 (Tabla).

La misma tiene en cuenta parámetros clínicos, humorales y radiológicos, lo que la hace completa y sencilla de utilizar.

### Resultados:

Se realizaron a la fecha, 3 sesiones de papiloplastia más litotripsia percutánea, en una paciente con cuadro de síndrome coledociano por presencia de macrocálculo en la vía biliar. Los procedimientos se realizaron en un lapso de 30 días.

La paciente presentó inmediatamente después de la primera sesión buena respuesta clínica, humoral e imagenológica. Existió un franco descenso en los valores de función hepática, en un lapso de 24 a 48 hs.

Luego de cada procedimiento, se dejó abierto el drenaje biliar y se controló su débito durante 24 hs, para luego ser cerrado. No se presentaron, al momento, complicaciones relacionadas con el procedimiento. La paciente fue recitada a nuevo control en un mes.

### Conclusiones:

Este caso clínico intenta plasmar nuestra experiencia respecto al tratamiento percutáneo de la macrolitiasis coledociana. Nuestra paciente aún continúa en seguimiento presentando buena respuesta clínica, humoral e imagenológica, sin interurrencias al día de hoy. Concluimos entonces que, el intervencionismo percutáneo podría representar una excelente opción terapéutica, más aún, cuando la cirugía endoscópica presenta limitaciones anatómicas o técnicas.

Ha demostrado ser un método seguro y eficaz en manos experimentadas y además factible de realizar en diversos centros.

**Referencias bibliográficas:**

1- Agnesio, Hector. (2006). *Estado actual del intervencionismo en la vía biliar. Aspectos técnicos. Revista Argentina de Cirugía, Vol. 90 N°1.*

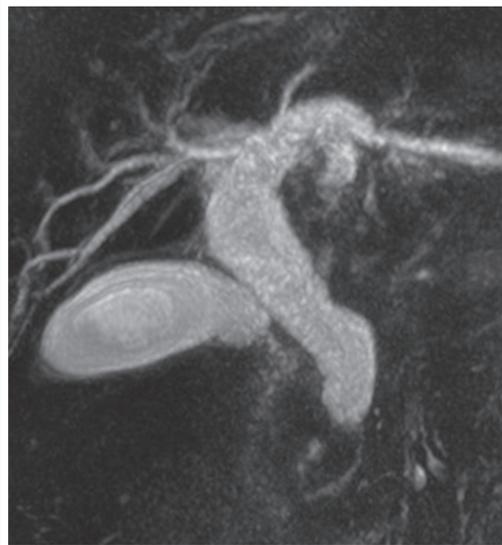
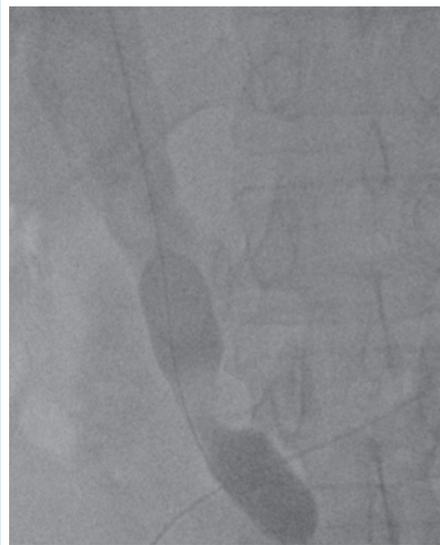
2- Francesco, Giurazza. (2019). *Safety and effectiveness of ultrasound-guided percutaneous transhepatic biliary drainage: a multicenter experience. Sociedad Italiana de Ultrasonografía en Medicina y Biología (SIUMB). Journal of Ultrasound.*

3- Diego Lucas Fernández. (2017). *Manejo percutáneo y endoscópico combinado de las estenosis benignas de la vía biliar. Revista Argentina de Cirugía; 109(4):172-175.*

4- Didier H. Bonnel. (2012). *Percutaneous transhepatic balloon dilatation of benign bilio- enteric strictures: Long-Term results in 110 patients. The American Journal of Surgery.*

5- Michael F. Byrne (2008). *Management of Benign Biliary Strictures. Gastroenterology & Hepatology Volume 4, Issue 10.*

6- Nicholas Fidelman. (2015). *Benign Biliary Strictures: Diagnostic Evaluation and Approaches to Percutaneous Treatment. Techniques in vascular and interventional radiology.*



Clasificación del procedimiento	Colangitis	Fosfatasa alcalina	Radiología
Excelente	No	Normal	Sin obstrucción
Bueno	No	Elevada	Sin obstrucción
Regular	Mejoría	Elevada	Obstrucción o cálculo
Malo	Igual o empeoramiento	Elevada	Obstrucción o cálculo

**Tabla : Clasificación de Schweiser,1991**

## Carta al Lector

*En referencia al Artículo "Manejo de la temperatura corporal luego de paro cardiorespiratorio".  
Publicado en la Revista del Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe  
1ra. Circunscripción Año VI - N° 11 - Junio 2022.*

Si bien este trabajo es de adultos y descriptivo, la **AHA (AMERICAN HEART ASSOCIATION) SACA CADA 5 AÑOS GUIAS RELACIONADOS A ESTOS TEMAS, TANTO EN ADULTO, NIÑOS Y NEONATOS, COMO ASI TAMBIEN EN EMBARAZADAS.**

*Es una de las Guías mas importantes que salen al respecto y no figura en la Bibliografía.  
Como es descriptivo debería estar. Adjunto las Guías de AHA del 2020 las últimas que salieron.  
Cualquier sugerencia serán bienvenidas.*

### Paro cardíaco en mujeres embarazadas

**2020 (nuevo): Debido a que las pacientes embarazadas son más propensas a sufrir hipoxia, se debe priorizar la oxigenación y el manejo de la vía aérea durante la reanimación del paro cardíaco.**

**2020 (nuevo):** Debido a la posible interferencia con la reanimación materna, no se debe llevar a cabo el monitoreo fetal durante el paro cardíaco en embarazadas.

**2020 (nuevo): Recomendamos un manejo específico de la temperatura para embarazadas que permanecen en estado comatoso después de la reanimación del paro cardíaco.**

**2020 (nuevo): Durante el manejo específico de la temperatura de la paciente embarazada, se recomienda supervisar continuamente al feto para detectar bradicardia como una posible complicación, y se debe realizar una consulta obstétrica y neonatal.**

**Por qué:** En la actualización de las Guías del 2015 y en la declaración científica de la AHA del 20157, se revisaron las recomendaciones para el manejo del paro cardíaco durante el embarazo. La vía aérea, la ventilación y la oxigenación son particularmente importantes en el contexto del embarazo debido a un aumento en el metabolismo materno, una disminución en la capacidad de reserva funcional debido al útero grávido y el riesgo de lesiones cerebrales fetales por hipoxemia.

**La evaluación del corazón fetal no es útil durante el paro cardíaco materno y puede resultar una distracción de los elementos de reanimación necesarios. En ausencia de datos contrarios, las embarazadas que sobreviven a un paro cardíaco deben recibir manejo específico de la temperatura tal como lo harían otros sobrevivientes, teniendo en cuenta el estado del feto que puede permanecer en el útero.**

En Adultos y Niños es importante:

El manejo específico de la temperatura (MET): si el paciente no está siguiendo órdenes, inicie el MET lo antes posible; se comienza a una temperatura de entre 32°C y 36°C durante las primeras 24hs del postparo, utilizando un dispositivo de refrigeración con un bucle de retroalimentación.

**MONITOREAR CONTINUAMENTE LA T° CENTRAL (RECTAL, ESOFAGICA Y DE LA VEJIGA)  
MANTENER NORMOXEMIA, NORMOCAPNIA Y EUGLUCEMIA.**

Los Neonatos se manejan de diferente manera.

**MANSUR ALEJANDRO  
MEDICO PEDIATRA INTENSIVISTA  
INSTRUCTOR PALS Y MIEMBRO DE LA AHA.**



## **ASPECTOS GENERALES EN LA PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO**

Resumen de las Instrucciones para los autores

Procesador WORD Doble espacio Fuente Arial 11  
Hojas A4 -3 cm de margen a cada lado

### **Primera página o portada**

**Título:** castellano e inglés 22 palabras sin abreviaturas o siglas.

Autores: nombre(s) y apellido(s) orden correlativo con su grado académico (Dr., Lic., etc.)

Referencia (nº, asterisco) para identificar la Institución correspondiente al primer autor.

Dirección y correo electrónico de cada uno de los autores.

Debe señalarse al autor que se contactará con el CE para las notificaciones.

### **Gramática y estilo**

Según reglas generales.

### **Abreviaturas o siglas**

Aclarar las abreviaturas y siglas la primera vez que se las usa (entre paréntesis)

### **Agradecimientos**

Al final del texto.

### **Bibliografía o referencias**

La revista adscribe a las normas APA o Vancouver 70% de las citas deben ser de los últimos 10 años y el 30% restante entre los trabajos clave de los años anteriores.

### **Tablas y figuras**

- En hojas aparte.
- Fotografías.
- Enviar aparte.

### **ARTÍCULOS ORIGINALES**

Estudios clínicos aleatorizados, de cohortes, caso-control, transversal, evaluaciones epidemiológicas, encuestas y revisiones sistemáticas.

- Título
- Autores
- Registro de ensayos clínicos ( si se necesita)
- Financiación
- Conflicto de intereses
- Patrocinador ( si lo hubiere)

### **Característica de los resúmenes**

- Extensión : 250-350 palabras.
- Palabras clave al pie de cada resumen hasta cinco Términos MeSH de Pub Med y/o Descriptores en Ciencias de la Salud (deCS).

### **Estructura**

- Introducción
- Población y métodos
- Resultados
- Conclusiones

### **Redacción del manuscrito**

- Extensión máxima 2500 -3000 palabras
- Excluye : resúmenes bibliografía, tablas o figuras.

### **Formato:**

#### **Introducción**

- Población y métodos
- Resultados
- Discusión -Conclusiones
- Bibliografía No mayor a 30 citas (Normas APA-Vancouver)
- Tablas y figuras Máximo 5-6
- Fotografías no mayor de 2 Estudios clínicos aleatorizados, de cohortes, caso-control, transversal, evaluaciones epidemiológicas, encuestas y revisiones sistemáticas
- Título
- Autores

### **COMUNICACIONES BREVES**

- Descripción de observaciones
- Presentación de situaciones clínicas
- Resultados preliminares
- Tecnología médica
- Procedimientos
- Otros aspectos de interés.

La redacción y presentación del manuscrito es similar a los "Aspectos generales de la presentación del manuscrito".

### **PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS**

Igual al anterior pero con una serie de pacientes con un cuadro clínico poco frecuente cuya descripción tenga importancia práctica.

### **Criterios**

- Efectos secundarios inusuales de medicamentos.
- Presentación inusual de una enfermedad.
- Nuevas asociaciones o variaciones en el proceso de una enfermedad.
- Presentación, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad nueva o emergente.
- Una asociación inesperada entre enfermedades o síntomas.
- Un evento inesperado observado en el curso clínico o el tratamiento.
- Hallazgos que arrojen nueva luz sobre la posible patogénesis de una enfermedad.

### **Estructura**

- Resumen en castellano 150-250 palabras. Palabras clave 4 - 5.

- Relato máximo 1.200 - 1.400 palabras (excluye resúmenes, bibliografía, tablas o figuras).
- No más de 4 ilustraciones (gráficos, tablas, fotografías).
- Breve introducción, experiencias publicadas. - Observación o cuadro clínico del paciente y finalmente discusión y comentario.

#### **Bibliografía**

- No más de 15 citas.

#### **ARTÍCULOS DE ACTUALIZACIÓN**

- "Puesta al día" acerca de un tema de importancia.
- Amplia revisión y actualización de una enfermedad.
- Generalmente lo solicitan los editores por su actual interés.
- Resumen 150 a 250 palabras Castellano – Inglés hasta 5 palabras clave.
- El texto: Introducción, desarrollo, apartado de discusión o comentarios si es pertinente 2700-3500 (excluye resumen, bibliografía, tablas o figuras)
- Bibliografía lo más completa posible (hasta 75 citas) Impresas solo 7.

#### **ARTÍCULOS ESPECIALES**

- Igual a los artículos de actualización (2500 – 3000 palabras).
- Artículos que den continuidad a la anterior revista "Colegio y Comunidad".
- Filosofía, Ética, Antropología, Epistemología, Temas medioambientales. Culturales, psicológicos, transdisciplinario, etc.

#### **OPINIÓN Y COMENTARIOS**

- Comentarios Editoriales: sobre un artículo tratado en el mismo número de la revista y son por invitación el CE.
- Comentarios de diversos temas de interés.
- Ambos máxima extensión 1300-1500 palabras (excluye referencias).
- Citas no serán más de 10.

#### **MEDICINA PRÁCTICA**

- Temas que aporten sobre aspectos prácticos de la actividad del médico. Casos pediátricos, clínicos, de la mujer, del anciano, etc.
- 2700-3500 palabras (excluye resumen, bibliografía, tablas o figuras).
- No mayor de 25 referencias.

#### **CONSENSOS Y GUÍAS**

**¿Cuál es su diagnóstico, que hace Ud. Después o cual es su conducta?**

##### **Primera parte**

- Descripción breve (200-250 palabras).
- Un cuadro clínico con 5 opciones diagnósticas.

- Una imagen.

##### **Segunda parte**

- Descripción del caso clínico (100 palabras).
- Enfermedad o trastorno que corresponde al diagnóstico correcto y sus DD.
- No más de 800 palabras.
- No más de 2 ilustraciones y máximo de 5 citas bibliográficas.

##### **POSTERS**

- 400 palabras.
- Fotografía del panel gráfico presentado en Curso, Congreso, etc.

##### **CARTAS AL EDITOR**

- 400 - 1000 palabras 5 Citas bibliográficas.

##### **ATENEO HOSPITALARIO**

###### **Responsable**

- El profesional que dirige el debate deberá presentar el caso en cuestión con HC, datos de laboratorio, estudios radiológicos, ecográficos, etc.
- Y un abanico de diagnósticos diferenciales para introducir el tema.

###### **Intervinientes**

- Profesionales clínicos relacionados con el/la paciente, especialistas, imagenólogos, anatomopatólogos, etc.

###### **Discusión**

- Serán consideradas las opiniones más relevantes mencionando el nombre y el cargo del profesional que pidió la palabra.

###### **Cierre**

- A cargo del responsable con mención al Diagnóstico definitivo, tratamiento, resultados y evolución actual.
- Un máximo de diez (10) intervinientes será lo aceptable.

###### **Bibliografía**

- Máximo de 10 referencias actuales (no más de 10 años).

