



REVISTA DEL COLEGIO DE MÉDICOS

DE LA 1ra CIRCUNSCRIPCIÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

9 DE JULIO 2464 - SANTA FE



Año VII - N ° 13 - Junio 2023

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 VII - N° 13 - Junio 2023

*Mesa Directiva del Colegio 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.

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

**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:

p/publicaciones

http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.ph

Edición Semestral

ISSN (Impreso) 2618-4664

ISSN (en línea) 2618-4672

CONTENIDOS

Editorial 3

Presentación Cuadros Clínicos. ¿Cuál es el rol de los antibióticos en el tratamiento de diverticulitis aguda no complicada? 4

Presentación Cuadros Clínicos. Cesarea Perimortem/Postmortem manejo del Médico de a raíz de dos casos..... 9

Psitacosis: Coinfección en medio de las olas de COVID-19. Reporte de caso..... 13

Medicina Práctica. Es necesaria la profilaxis con hierro en lactantes sanos..... 18

Sección Comunicaciones Breves. Etiquetado Frontal: una herramienta para la salud 22

Sección Posters. Hernia de Nuck 24

Hemorragia digestiva alta variceal: evidencia sobre el uso de drogas vasopresoras 25

Aspectos Generales en la preparación del manuscrito 27

Editorial

La inteligencia artificial (IA) es una rama de la informática que se dedica a desarrollar sistemas capaces de realizar tareas que normalmente requerirían inteligencia humana, como el reconocimiento de patrones, el aprendizaje y la toma de decisiones. La IA se basa en la idea de que una máquina puede ser programada para imitar la inteligencia humana y mejorar su rendimiento a medida que recibe más información.

Existen diferentes tipos de IA, como el aprendizaje automático, el procesamiento del lenguaje natural y la visión por computadora. Estos sistemas utilizan algoritmos y modelos matemáticos para analizar y aprender de los datos, y luego aplicar ese conocimiento para realizar tareas específicas.

La IA tiene muchas aplicaciones en diferentes campos, como la medicina, la educación, el transporte y el entretenimiento. Por ejemplo, los sistemas de IA pueden ayudar a los médicos a diagnosticar enfermedades, a los profesores a personalizar el aprendizaje para cada estudiante y a los vehículos autónomos a navegar por las calles.

Sin embargo, también hay preocupaciones sobre el impacto de la IA en la sociedad y el empleo. Algunos temen que los sistemas de IA puedan reemplazar a los trabajadores humanos en ciertas tareas, mientras que otros se preocupan por cuestiones éticas como la privacidad y el sesgo en los algoritmos.

ChatGPT y Bing son dos herramientas diferentes. ChatGPT es un modelo de lenguaje desarrollado por OpenAI que interactúa de manera conversacional con los usuarios. Por otro lado, Bing es un motor de búsqueda en línea desarrollado por Microsoft que permite a los usuarios buscar información en la web.

La principal diferencia entre ChatGPT y Bing es su función y propósito. ChatGPT está diseñado para comunicarse con los usuarios de manera conversacional y responder a sus preguntas utilizando el lenguaje natural. Por otro lado, Bing está diseñado para ayudar a los usuarios a encontrar información en la web mediante la realización de búsquedas en línea. Google avanza en incorporar Bard como copiloto del buscador.

En resumen, ChatGPT y Bing son dos herramientas diferentes con funciones y propósitos distintos.

ChatGPT y Bing tienen diferentes formas de actualizar su información. ChatGPT es un modelo de lenguaje entrenado en un conjunto de datos específico y su capacidad para responder preguntas se basa en el conocimiento que adquirió durante el entrenamiento. Aunque OpenAI puede actualizar el modelo y volver a entrenarlo en nuevos conjuntos de datos, ChatGPT no se actualiza en tiempo real.

Por otro lado, Bing es un motor de búsqueda en línea que se actualiza constantemente para proporcionar resultados de búsqueda precisos y relevantes. Bing utiliza algoritmos para rastrear e indexar páginas web y actualizar su base de datos en tiempo real. Esto permite a Bing proporcionar resultados de búsqueda actualizados y precisos a los usuarios.

En resumen, ChatGPT no se actualiza en tiempo real, mientras que Bing se actualiza constantemente para proporcionar resultados de búsqueda precisos y relevantes. La IA es una tecnología poderosa que tiene el potencial de transformar muchos aspectos de nuestra vida. Sin embargo, también es importante considerar sus posibles impactos y abordarlos de manera responsable.

Dr Miguel Nicastro.

Dr Guillermo Kerz.

Nota: Este editorial fue escrito con IA.

PRESENTACIÓN DE CUADROS CLINICOS

¿CUAL ES EL ROL DE LOS ANTIBIÓTICOS EN EL TRATAMIENTO DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA?

WICH IS THE ROLE OF ANTIBIOTICS IN THE TREATMENT OF UNCOMPLICATED ACUTE DIVERTICULITIS?

Autores: Médica Martina Franzoni (1), Médica Justina Gerardo (1), Médica María Clara Horn (1), Médica Sofia Magdalena Pombo (1)(2) - (1) Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nac. del Litoral. (2) Autor corresponsal. Contacto: pombosofiam@gmail.com

INTRODUCCION

La diverticulosis, definida como la presencia de un saco anormal que sobresale de la pared del colon, es una enfermedad frecuente en el mundo desarrollado. Su prevalencia se estima entre el 5% y el 10% en menores de 40 años, aumentando su incidencia al 70% a los 65 años de edad y llegando a su máxima incidencia (75%) en pacientes mayores de 70 años¹.

Aproximadamente un 10-25% de dichos pacientes con diverticulosis, a lo largo de su vida, presentarán un cuadro de diverticulitis aguda, representando una de las causas más frecuentes de abdomen agudo (3,8%) y, por consiguiente, una problemática en salud pública².

Es por ello que el tratamiento de la diverticulitis supone una carga económica sustancial para la asistencia sanitaria. Este coste considerable se debe principalmente a los días de estadía hospitalaria³. Según la Sociedad Americana de Gastroenterología, es la quinta patología más frecuente del sistema digestivo en términos de costos⁴.

Creemos relevante para nuestro trabajo mencionar la clasificación de Hinchey modificada por Wasvary y col., Kaiser y col., que determina objetivamente según hallazgos clínicos, quirúrgicos y tomográficos la severidad de la enfermedad y las medidas terapéuticas.

Utiliza una escala de cuatro (4) estadios, siendo cada uno: 1A Inflamación peri cólica limitada o flemón, 1B Absceso meso o peri cólico, 2 Absceso pélvico, intraabdominal distante o retroperitoneal, 3 Peritonitis purulenta generalizada, 4 Peritonitis fecaloide¹⁵.

Históricamente, se ha asumido que el tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada (Hinchey 1A) incluye antibióticos. Sin embargo, en la última década, se plantea la posibilidad de que su fisiopatología se relacione más con un proceso inflamatorio que infeccioso¹. Así también, el tratamiento antibiótico implica costos para el sistema de salud, se asocia a un riesgo considerable de efectos adversos, infecciones

oportunistas por *Clostridium difficile*, reacciones alérgicas y resistencia antibiótica creciente por su uso indiscriminado².

En consecuencia, debido a la prevalencia de esta enfermedad, sus altos costos y su fisiopatología aún no dilucidada por completo surge el interrogatorio respecto a si es necesario o no la utilización de antibióticos para su tratamiento.

OBJETIVOS

Analizar la necesidad de utilización de antibióticos en el tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada Hinchey 1A.

Determinar si la estrategia sin antibióticos para tratamiento de esta patología es más costo efectivo, teniendo en cuenta el tiempo de recuperación y de estadía hospitalaria.

Valorar la incidencia de recaídas y/o reingresos a los 30 días del alta hospitalaria en grupo tratado sin antibioticoterapia.

Valorar la incidencia de recurrencias, complicaciones, necesidad de cirugía y calidad de vida en pacientes tratados sin antibioticoterapia a los 10 años del alta hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizará una revisión bibliográfica de tipo sistematizada cualitativa. Se realizaron búsquedas en bases de datos electrónicas de PubMed, Scielo, Lilacs y Bireme con las siguientes palabras claves: diverticulitis aguda no complicada, tratamiento, antibióticos, eficacia. Los trabajos analizados fueron ensayos clínicos randomizados, observacionales, prospectivos y retrospectivos. También se incluyeron distintas revisiones bibliográficas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El primer y más grande ensayo controlado aleatorio multicéntrico hasta la fecha es el estudio Antibiotika Vid Okomplicerad Divertikulit (AVOD),

realizado en 2012 en Suecia e Islandia. El objetivo de este fue investigar la necesidad de antibióticos para el tratamiento de la diverticulitis aguda izquierda no complicada, definida como un episodio de dolor en el cuadrante inferior izquierdo clínicamente compatible con diverticulitis y confirmado por TC. Once departamentos quirúrgicos participaron en este estudio con diferentes criterios de inclusión, lo que pudo aumentar el riesgo de sesgo. Además, hubo fallas a la hora de registrar a aquellos pacientes que ingresaron por el departamento de emergencias⁵.

Los pacientes elegibles para el estudio (623), con una mediana de edad de 58 años, fueron asignados al azar en dos grupos: uno que recibió únicamente líquidos por vía intravenosa (309) y otro que, además, recibió antibióticos (314). El régimen de antibióticos incluyó cefuroxima inicial IV o cefotaxima y metronidazol. A esto le siguió ciprofloxacina oral o cefadroxil con metronidazol, durante un total de al menos 7 días de tratamiento antibiótico. Ambos grupos de estudio compartían características clínicas: fiebre, parámetros de inflamación, dolor abdominal, comorbilidades, edad, sexo, IMC. La única variable que difería, fue que en el grupo tratado sin antibióticos la mayoría de los pacientes ya había presentado episodios de diverticulitis aguda. Debido a que la perforación colónica es más frecuente en el primer episodio, este grupo de individuos se encontraría en cierta ventaja⁵.

Otra crítica fue que el estudio no era cegado, aunque esto podría ser una fortaleza debido a la falta de efecto placebo en los pacientes que no recibieron antibióticos⁵.

Se comprobó que no hubo diferencias significativas en las puntuaciones de la EVA de dolor abdominal, normalización de la temperatura corporal (2 días), estancia hospitalaria (3 días), complicaciones asociadas, cambios en el hábito intestinal y extensión de la diverticulosis. Por esto, los autores concluyeron que el tratamiento con antibióticos en la diverticulitis aguda no complicada no acelera la recuperación y no previene las complicaciones ni las recurrencias al año de seguimiento^{3,6}.

De todas formas, la tasa de complicaciones fue del 1% en pacientes con antibioterapia y 2% en el grupo sin antibióticos. Pero, para mostrar una diferencia significativa entre los grupos, sería necesario realizar un estudio que incluya al menos 5500 pacientes, donde la logística sería casi imposible⁵.

Podemos concluir que, a pesar de que se lo

considera un estudio bien diseñado, la validez de sus resultados se ha visto comprometida debido a la presencia de riesgo de sesgo de selección y una tasa de pérdida de seguimiento del 13%⁵.

Debido a que el seguimiento del estudio fue durante un año, se decidió llevar a cabo un nuevo estudio con el objetivo de evaluar los resultados a 10 años de aquellos pacientes incluidos en el AVOD, denominado "Long-term follow-up of the AVOD randomized trial of antibiotic avoidance in uncomplicated diverticulitis"⁷.

En vista de que no fue previsto inicialmente en el estudio AVOD, no se lograron obtener los permisos de la comisión de ética para los pacientes de Islandia, por lo que solo fueron incluidos los pacientes suecos. Se utilizó información sobre internaciones por recurrencia, complicaciones o cirugías por diverticulitis. En total se incluyeron 556 pacientes, 275 en el grupo de no antibióticos y 281 en el de antibióticos. Sesenta y siete de ellos (34 y 33 respectivamente) fueron perdidos durante el seguimiento. No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a la tasa de recurrencia (31% versus 31% respectivamente), complicaciones (4.4% versus 5%) y cirugía (6.2% versus 7.1%)⁷.

Inicialmente se creía que el tratamiento con antibióticos podría disminuir el número de resecciones electivas. Sin embargo, en este estudio se demostró que no hubo diferencia significativa entre ambos grupos (9 individuos del grupo de no antibióticos y 14 en el grupo de antibióticos), enfatizando que el tratamiento con antibióticos no tiene efecto protector a largo plazo⁷.

Un ensayo controlado aleatorizado (ECA) multicéntrico de Holanda realizado en 2016 por Daniels, et al, investigó el tratamiento observacional versus antibiótico para el primer episodio de diverticulitis aguda no complicada comprobada por TC. Este estudio involucró a 528 pacientes, y solo se incluyeron las etapas 1a-b de Hinchey y la diverticulitis "leve" de Ambrosetti confirmada dentro de las 24 horas por Tc⁸.

El régimen de antibióticos incluyó Amoxicilina-ácido clavulánico IV 12000 mg cada 6 horas al menos por 48 hs y luego de este tiempo, la administración podía cambiarse a por VO con Amoxicilina-ácido clavulánico 625 mg cada 8 horas hasta completar 10 días totales. Para el tratamiento observacional, los pacientes tenían que cumplir con los criterios de tolerancia a una dieta normal, temperatura inferior a 100,4 ° F y una puntuación de dolor por debajo de cuatro en una escala analógica visual⁸.

No se encontraron diferencias significativas

en el tiempo de recuperación (12 días para el grupo con antibióticos y 14 días para el grupo sin antibióticos), tasa de reingreso (12,0% y 17,6% respectivamente) y mortalidad (0,4% y 1,1%). La tasa de acontecimientos adversos relacionados con los antibióticos fue del 8,3%⁸. Por lo tanto, se concluyó que los antibióticos pueden Nueva Zelanda y Australia, internados por diverticulitis aguda no complicada (grado Hinchey 1A).

El criterio de valoración principal fue la duración de la estancia hospitalaria en horas desde el registro en el servicio de urgencias y los criterios secundarios fueron: tasa de abandono, aparición de eventos adversos, reingreso hospitalario en 1 semana y 30 días, cambios en los marcadores séricos de inflamación y las puntuaciones de dolor informadas por el paciente a las 12 y 24 horas⁹.

Se dividió al total de pacientes en dos grupos: 95 recibieron placebo y 85 recibieron tratamiento con antibióticos, en ambos casos por un total de 7 días⁹.

La elección del régimen de antibiótico usado fue a criterio del equipo quirúrgico tratante e incluyó: cefuroxima EV 750 mg cada 6 horas por un máximo de 48 horas y posteriormente metronidazol VO 400 mg cada 8 horas por un máximo de 5 días. El régimen oral incluyó Amoxicilina-ácido clavulánico 625 mg cada 8 horas por una duración mínima de 5 días⁹.

Todos menos 3 participantes completaron un seguimiento de 30 días: 1 participante en el grupo de antibióticos murió durante el período de seguimiento, y 2 participantes solicitaron el retiro del ensayo (1 en cada grupo)⁹.

Finalmente, este estudio concluyó que no hubo diferencias significativas en la mediana de tiempo de estancia hospitalaria entre el grupo tratado con antibióticos y el grupo placebo (40 horas y de 45,8 horas respectivamente), aparición de efectos adversos (12% para ambos grupos), reingreso al hospital dentro de una semana (6% para el grupo con antibioticoterapia frente al 1% para el grupo placebo), y readmisión en el hospital dentro de los 30 días (6% para el grupo tratado con antibióticos frente a 11% para el grupo placebo)⁹.

Estos resultados proporcionan una fuerte evidencia a favor de la omisión de antibióticos en pacientes seleccionados con diverticulitis aguda no complicada⁹.

Según el estudio DINAMO (Diverticulitis Non-Antibiotic Mild Outpatient), controlado, aleatorizado y multicéntrico, mostró resultados similares a los del ensayo AVOD6. Durante los meses de noviembre del 2016 a enero del 2020, se

diagnosticaron 849 pacientes con diverticulitis aguda no complicada de los cuales 489 reunían criterios de inclusión y fueron aleatorizados: 238 pacientes en el grupo control con tratamiento antibiótico estándar y 242 pacientes en el grupo experimental con tratamiento antiinflamatorio.

EL objetivo principal fue evaluar los días de estancia hospitalaria y como objetivo secundario analizar el número de re-consultas a urgencias¹⁰.

Dentro de los criterios de inclusión podemos mencionar: edad entre 18 y 80 años (inclusive), Neff modificada 0 en TC abdominal, sin episodio de diverticulitis aguda en los últimos 3 meses, sin tratamiento antibiótico por ningún motivo en las últimas 2 semanas, sin comorbilidades significativas, inmunocompetencia, consentimiento informado por escrito, capacidad cognitiva adecuada, apoyo familiar adecuado, buen control de los síntomas en el servicio de urgencias y como máximo uno de los siguientes: T ≥ 38 °C, T < 36 °C, Leucocitos $> 12.000/\mu L$ o $< 4000/\mu L$, frecuencia cardíaca > 90 lpm, frecuencia respiratoria > 20 rpm, PCR > 15 mg/dl¹⁰.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: mujeres en embarazo o lactancia, edad < 18 años o > 80 años, alergia a cualquiera de los fármacos del estudio, grado 1 de Neff modificado o superior, episodio de diverticulitis aguda en los últimos 3 meses, enfermedad inflamatoria intestinal, tratamiento antibiótico por cualquier motivo en las 2 últimas semanas, presencia de comorbilidades significativas, inmunodepresión, ausencia de consentimiento informado por escrito del paciente, capacidad cognitiva inadecuada, apoyo familiar inadecuado, mal control de los síntomas en urgencias (VAS ≥ 5) y/o síndrome de respuesta inflamatoria sistémica¹⁰.

No se encontraron diferencias en la necesidad de hospitalizar (5,8% del grupo control y 3,3% del grupo experimental), número de re-consultas (6,7% en el grupo control y 7% en el grupo experimental), mal control del dolor a los 2 días de inicio de los tratamientos correspondientes en cada grupo (5,7% en el grupo control y 2,3% en el grupo experimental). También, al valorar la evolución clínica a los 90 días, se vio que 430 pacientes presentaron buena evolución (98,1% del grupo control y 97,7% en el grupo experimental)¹⁰.

Se concluyó que el tratamiento ambulatorio y sin antibióticos en la diverticulitis aguda no complicada es seguro, efectivo y no inferior al tratamiento estándar actual.

Sin embargo, un régimen ambulatorio sólo debe considerarse en pacientes con baja

comorbilidades, inmunocompetencia y capacidad para tolerar la ingesta oral¹⁰.

La principal limitación del estudio fue el número significativo de individuos excluidos (43%) debido a la aplicación de estrictos criterios de selección. En contraposición, esto permitió obtener grupos de estudios homogéneos, disminuir el sesgo de selección y maximizar la seguridad del paciente¹⁰.

Cabe destacar que al no ser un estudio doble ciego, aumenta el riesgo de sesgo, ya que el equipo tratante podría haber actuado de manera subjetiva a la hora de interpretar la evolución clínica del paciente y decidir un cambio en la terapéutica¹⁰.

Por último, no se lograron evaluar las complicaciones a largo plazo ya que solo se realizó seguimiento por 90 días posteriores al episodio agudo¹⁰.

De acuerdo con la información extraída de los diferentes estudios internacionales, observamos similares resultados entre ellos, siendo éstos favorables hacia el tratamiento sin antibióticos en la diverticulitis aguda no complicada. A su vez todos se encontraron con limitaciones semejantes.

A pesar de la realización de una búsqueda sistemática, no hallamos ensayos clínicos realizados en Latinoamérica que nos permitan conocer los efectos de este nuevo enfoque terapéutico en nuestra región.

La Sociedad Argentina de Coloproctología y la Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva aún recomiendan el tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada con antibioticoterapia, mientras que la Sociedad Argentina de Gastroenterología adhiere a la recomendación de la Asociación Americana de Gastroenterología de utilizar de forma selectiva el tratamiento antibiótico en esta patología, reconociendo la baja calidad científica de los estudios hasta el momento realizados que avalan este comportamiento. Esto resalta, además, la falta de consenso Inter sociedades en nuestro país^{11, 12, 13, 14}.

CONCLUSIÓN

La diverticulitis aguda es una patología que ha presentado grandes cambios en su manejo durante los últimos años. Clásicamente se ha postulado una etiología infecciosa, razón por la cual el manejo con antibióticos ha sido el tratamiento estándar de esta.

Sin embargo, la comprensión de su fisiopatología ha ido evolucionando y actualmente

se postula que la diverticulitis aguda tendría un componente predominantemente inflamatorio.

Según lo analizado a lo largo de este trabajo, se reúne evidencia sólida y convincente que demuestra que su abordaje merece una reevaluación, y podría considerarse como práctica adecuada el tratamiento conservador sin antibióticos en pacientes con diverticulitis aguda no complicada (clasificación Hinchey 1A).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Rezapour, M., & Stollman, N. (2018). Antibiotics in Uncomplicated Acute Diverticulitis: To Give or Not to Give?. *Inflammatory intestinal diseases*, 3(2),
2. Stollman, N., Picchio, M., Biondo, S., Lahat, A., Dumitrascu, D. L., Regula, J., & Walker, M. M. (2019). Critical Issues on Diverticular Disease. *Journal of gastrointestinal and liver diseases: JGLD*, 28(suppl. 4), 35-38.
3. Mayl, J., Marchenko, M., & Frierson, E. (2017). Management of Acute Uncomplicated Diverticulitis May Exclude Antibiotic Therapy. *Cureus*, 9(5), e1250.
4. Unlü, C., de Korte, N., Daniels, L., Consten, E. C., Cuesta, M. A., Gerhards, M. F., van Geloven, A. A., van der Zaag, E. S., van der Hoeven, J. A., Klinks, R., Cense, H. A., Roumen, R. M., Eijssbouts, Q. A., Lange, J. F., Fockens, P., de Borgie, C. A., Bemelman, W. A., Reitsma, J. B., Stockmann, H. B., Vrouwenraets, B. C., ... Dutch Diverticular Disease 3D Collaborative Study Group (2010). A multicenter randomized clinical trial investigating the cost-effectiveness of treatment strategies with or without antibiotics for uncomplicated acute diverticulitis (DIABOLO trial). *BMC surgery*, 10, 23.
5. For the AVOD Study Group (2012). Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. *British Journal of Surgery*, 98, 532-539.
6. Chabok, A., Thorisson, A., Nikberg, M., Schultz, J. K., & Sallinen, V. (2021). Changing Paradigms in the Management of Acute Uncomplicated Diverticulitis. *Scandinavian journal of surgery : SJS : official organ for the Finnish Surgical Society and the Scandinavian Surgical Society*, 110(2), 180-186.

7. Isacson, D., Smedh, K., Nikberg, M., Chabok, A. (2019). Long-term follow-up of the AVOD randomized trial of antibiotic avoidance in uncomplicated diverticulitis. *British Journal of Surgery*, 106, 1542-1548.
8. Daniels, L., Ünlü, Ç., de Korte, N., van Dieren, S., Stockmann, H. B., Vrouenraets, B. C., Consten, E. C., van der Hoeven, J. A., Eijsbouts, Q. A., Faneyte, I. F., Bemelman, W. A., Dijkgraaf, M. G., Boermeester, M. A., & Dutch Diverticular Disease (3D) Collaborative Study Group (2017). Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis. *The British journal of surgery*, 104(1), 52-61.
9. Jaung, R., Nisbet, S., Gosselink, M. P., Di Re, A., Keane, C., Lin, A., Milne, T., Su'a, B., Rajaratnam, S., Ctercteko, G., Hsee, L., Rowbotham, D., Hill, A., & Bissett, I. (2021). Antibiotics Do Not Reduce Length of Hospital Stay for Uncomplicated Diverticulitis in a Pragmatic Double-Blind Randomized Trial. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 19(3), 503-510.e1.
10. Mora-López, L., Ruiz-Edo, N., Estrada-Ferrer, O., Piñana-Campón, M. L., Labró-Ciurans, M., Escuder-Perez, J., Sales-Mallafré, R., Rebasa-Cladera, P., Navarro-Soto, S., Serra-Aracil, X., & DINAMO-study Group (2021). Efficacy and Safety of Non-Antibiotic Outpatient Treatment in Mild Acute Diverticulitis (DINAMO-study): A Multicentre, Randomised, Open-Label, Non-Inferiority Trial. *Annals of surgery*, 10.1097/SLA.0000000000005031.
11. Barletta, D. (2020). Diverticulitis Aguda del Colon Izquierdo, Nivel de Consenso y de Aplicación de las Guías de Práctica Clínica Entre Miembros de la SACP. *Revista Argentina de Coloproctología*, 31(3), 89-96.
12. Balcarce, N. M. (2017) Manejo Actual de la Enfermedad Diverticular Aguda del Colon. *Rev. Argent. Coloproct.* 28 (2). 181 - 191.
13. Astiz, J. M., Beraudo, M., Tinghitella, G. 2020. Enfermedad Diverticular del Colon. *Enciclopedia cirugía Digestiva. Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva.* 3 (315). 1 - 34.
14. Stollman, N., Smalley, W., Hirano, I., AGA Institute Clinical Guidelines Committee. (2015). American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Management of Acute Diverticulitis. *Gastroenterology*. 149. 1944 - 1949.
15. Roccatagliata, N. D., Rodríguez, L. D., Guardo, L., Larrañaga, V. N., Espil, G., & Vallejos, J. (2020). Revisión de la clasificación de Hinchey (diverticulitis) y su correlación terapéutica. *Revista Argentina de Radiología / Argentinian Journal of Radiology*, 84(04), 123-129.

2023

COLEGIO DE MEDICOS DE SANTA FE

CICLO DE CINE Y MEDICINA

2DO MIERCOLES DE CADA MES 20HS

LIBRE Y GRATUITO PARA MEDICOS CON INSCRIPCION PREVIA

EN LA SEDE DEL COLEGIO 9 DE JULIO 2464

INSCRIPCION ACA

PRESENTACIÓN DE CUADROS CLINICOS

CESÁREA PERIMORTEM/POSTMORTEM MANEJO DEL MÉDICO DE EMERGENCIAS A RAIZ DE DOS CASOS PERIMORTEM/POSTMORTEM CESAREAN SECTION MANAGEMENT OF THE EMERGENCY DOCTOR AS A RESULT OF TWO CASES REPASO DE CONCEPTOS E INDICACIONES

Prof.Médico Horacio Locatelli* Prof.Médico Daniel Pero / horacioftlocatelli@gmail.com

Palabras Claves:

Cesárea perimortem/postmortem; Trauma, Paro Cardio-Respiratorio (PCR). Soporte Vital Avanzado en la Embarazada.

INTRODUCCIÓN:

La medicina de emergencias, hace que los profesionales de la salud estén compenetrados en ella, por más que su labor cotidiana nada tenga que ver con las emergencias. La medicina de emergencias avanza en lo referente a nuevos conocimientos y por ende con procedimientos de acuerdo a las circunstancias.

El manejo de la paciente embarazada fallecida o con riesgo de morir, siempre ha ocasionado problemas y temor en los servicios de emergencias, como la decisión de efectuar una cesárea postmortem/perimortem.

La poca frecuencia de presentación de esta situación genera uno de los problemas, otro inconveniente es el entorno que genera una mujer embarazada fallecida o en riesgo de morir, sumados ambos pueden hacer que el equipo de salud retarde su accionar. Se suele discutir mucho sobre terminologías, pero sería más importante establecer pautas para el manejo de estas situaciones, con el objeto de que el tema esté presente y el profesional de emergencias pueda tomar una solución acertada tanto en el terreno prehospitalario como el intrahospitalario.

En esta comunicación no se procuran analizar los cambios anatómo-fisiológicos de la mujer embarazada, sino simplemente enunciar aquéllos que puedan modificar nuestra conducta.

OBJETIVOS:

1.-Identificar los cambios anatómicos y fisiológicos que se deben tener en cuenta para pensar en la decisión de utilizar este método

2.-Recordar y unificar las terminologías y las características sobre manejo del PCR en la embarazada en situación crítica o ante un trauma grave?

3.Determinar la necesidad de histerectomía o cesárea de urgencia y conocer su técnica, como

también que hay de nuevo sobre el tema.

4.-Entrenar en el equipo de salud toda la reanimación en la mujer embarazada y además conceptualizar este procedimiento como una maniobra más en la reanimación de las dos vidas o como mínimo de una vida.

5.-Utilizar la simulación como recurso pedagógico para capacitar al Equipo de Salud en un escenario tan poco frecuente.

MATERIAL Y MÉTODO:

A partir del análisis de dos casos clínicos en los que me tocó actuar en situación de emergencia, analizaremos los objetivos propuestos en esta comunicación

CASOS CLÍNICOS:

CASO CLÍNICO N° 1:

Paciente de 28 años con fecha ese día de cesárea programada por hipertensión grave y que se encontraba en quirófano ya monitoreada, cuando hace una crisis convulsiva, es medicada por anesthesiólogo, mostrando el monitor asistolia. Estando en el lugar realizó una cesárea extrayendo el feto, con signos clínicos de apnea. Mientras se realizaba la cesárea se procedía con compresiones torácicas.

Al cabo de unos 5 minutos de extraerse el feto la madre recobra ritmo cardíaco. Ambos vivos. (marzo 2008)

CASO CLÍNICO N° 2:

Paciente de 26 años que sufre un traumatismo (atropellada por vehículo) en la vía pública, enfrente de un hospital de pediatría, donde concurría a cumplir con sus funciones. El personal prehospitalario que la asiste es técnico (no enfermero ni médico) pero entrenados y confiables para quien suscribe. Estaba con signos vitales

agónicos al subirla a la ambulancia, y a los 100 mts. realiza paro cardíaco, un solo reanimador realiza Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP) básico durante el trayecto. Al ingreso al Hospital refieren que la paciente estuvo sin reanimación efectiva por unos 5 minutos, ingresando fallecida, pálida, sin respiración, sin pulsos centrales y con midriasis paralítica bilateral.

La paciente estaba embarazada, llegando su altura uterina aproximadamente un poco por debajo del ombligo (a pesar de tener 24 semanas de gestación). Se continúan con maniobras básicas y decidiendo realizar operación cesárea, extrayéndose un feto pequeño, cianótico, clasificándose como prematuro, el cual se reanima hasta la llegada del equipo de neonatología.

La recién nacida hoy cuenta con 9 años y con algunos problemas motores menores, en tren inferior. Es importante remarcar que durante casi 40 días sufrió casi todas las complicaciones de un recién nacido pre-término, distress respiratorio, perforación intestinal, etc. (dic. 2004)

COMENTARIO:

De acuerdo a la mitología griega, Esculapio nació por cesárea realizada por su padre el dios Apolo después de matar a su esposa Koronis debido a su infidelidad con un mortal siendo ésta la primera historia conocida sobre la cesárea perimortem/postmortem.

Sin embargo, el primer dato escrito data del 237 a.C., con el nacimiento de Scipio Africanus, el general romano que venció a Hanibal.(1)

Específicamente con el reinado de Numa Pompilio, del 715 al 615 a.C, los romanos, establecieron una ley que se llamaba "Lex Regis de Inferendo Mortus" en la cual cuando fallece una mujer embarazada había que extraerle el feto para enterrarlo por separado. (2)

Esta costumbre se continuó durante la Edad Media por cuestiones religiosas.

Es en Berlín, por el año 1864, en el cual la Berlín Obstetrical Society, encontró que de 174 cesáreas postmortem realizadas sólo en 3 de ellas se obtuvieron fetos vivos.

Sin embargo, no fue sino hasta 1985 cuando Katz y col recogieron datos de cesáreas post mortem desde 1900 hasta 1985 encontrando que el 93% de los niños nacidos vivos se obtuvieron con la realización del procedimiento en los primeros 15 minutos luego de la muerte materna, y de éstos el 70% nació en los primeros 5 minutos (1) Esto es explicado por los trabajos en animales en donde se

demostraba que las células cerebrales sufren un proceso irreversible luego de los cinco minutos de hipoxia.

Aquí es donde se debe aclarar no sólo la terminología sino también las causas que motivan dicho procedimiento, sin perder de vista que el objetivo del mismo es LA VIDA, de la madre y el feto (gran objetivo) o de la madre o del feto.

Terminología: (3) (4)

Es muy importante remarcar que la cesárea, postmortem o perimortem o histerotomía o como se llame debe ser considerada como un procedimiento más en la reanimación materna, persiguiendo dos objetivos claros que es salvar la vida de la madre y del feto, en su etapa viable, como objetivos de máxima, salvar la madre o salvar al feto (si es viable)

- La cesárea perimortem es un procedimiento emergente, de fácil técnica quirúrgica y de corta duración, que puede ser realizado por personal médico no obstetra con un entrenamiento básico y cuyo fin es mejorar la perfusión materna, convirtiéndose en muchas ocasiones en una medida salvadora para el binomio materno-fetal o para alguno de los dos.

- La cesárea postmortem es cuando la madre está fallecida y su objetivo es salvar al feto únicamente, se trata de evitar la hipoxia fetal.

DISCUSIÓN

En la mujer embarazada, clásicamente se dividen las causas de PCR en dos grandes grupos coincidiendo con el Trabajo Presentado por "Hospital Interzonal Alejandro Korn" (2).

a.- las obstétricas como las asociadas a hemorragias, preeclampsia y eclampsia (el Caso N° 1), embolia de líquido amniótico, cardiomiopatía periparto.

b.- las indirectas o no obstétricas como shock (de cualquier etiología), traumatismos (el Caso N° 2) , complicaciones anestésicas, enfermedades vasculares, etc.

CAUSAS OBSTÉTRICAS O DIRECTAS	Preeclampsia, Embolia de líquido amniótico, HELLP, etc.
CAUSAS NO OBSTÉTRICAS O INDIRECTA	Embolismo pulmonar, shock, tóxicos, Trauma, etc.

Cuadro N° 1: Causas de PCR en la Embarazada

La terminología utilizada es bastante diversa, se habla de cesárea perimortem cuando existe riesgo de muerte inminente en la madre y este procedimiento salvaría su vida independientemente de la edad gestacional. En este momento se puede considerar como "maniobra de reanimación materna-fetal" o también se la denomina cesárea post-mortem cuando la madre está fallecida y el único objetivo es evitar la hipoxia y fallecimiento fetal.

Al enfrentarse ante un evento en la mujer embarazada, además de la importancia del "factor tiempo" transcurrido dicho evento es fundamental tener en cuenta que existen cambios anatómicos y cambios fisiológicos que pueden o no jugar a nuestro favor. Dentro de los cambios anatómicos juega un papel preponderante la altura uterina, ya que nos puede informar la edad gestacional, ante la imposibilidad de recoger los datos del embarazo, y relacionarla con la viabilidad fetal. Una regla muy práctica es recordar que el fundus uterino a nivel umbilical es a las 20 semanas de gestación y cada centímetro por encima corresponde a una semana. Petrone y col.(4) Un feto viable es cuando el fundus uterino se encuentra a mitad de camino entre el ombligo y el reborde costal (26 semanas) en estos casos es cuando se indica la cesárea en la mujer fallecida, ya que el feto tiene entre el 40% y el 70% de probabilidades de sobrevivida.

En el segundo caso presentado utilizamos esta evaluación pero la altura uterina apenas correspondía a 23-24 semanas y en el "factor tiempo" se confió en lo relatado y hecho por el rescatador con respecto a la distancia donde se produjo el PCR y la calidad de las maniobras realizadas por el mismo.

Esta comunicación no tiene como objetivo el análisis del trauma en la mujer embarazada ni del PCR en el embarazo, sino tiene como objetivo fundamental proceder ante la mujer embarazada y muerta o a punto de fallecer, de ahí que no nos extenderemos ni hablaremos sobre los cambios fisiológicos. En la actualidad para la detección de la "edad fetal" se pueden utilizar los ecógrafos tanto en la emergencia prehospitolaria como en la intrahospitalaria que además de la edad nos dan noción del estado fetal. En nuestros casos no utilizamos la ecografía porque en ese momento no estaba a disponibilidad.

TECNICA

Técnica de la cesárea perimortem

El aspecto más importante es la rapidez. Está recomendado que el niño nazca un minuto luego de comenzada la cirugía. No hay guías sobre la técnica de este tipo de cesáreas, sin embargo muchos recomiendan la incisión mediana infraumbilical para un acceso más rápido a la cavidad abdominal.

No obstante la presencia de cicatrices anteriores y sobre todo dependiendo del entrenamiento del equipo el abordaje es preferible dejarlo a elección del equipo actuante en el momento realizando el abordaje y la técnica con la que más se encuentre familiarizado y más rápidamente sea capaz de hacer.

No debe perderse tiempo en la realización exhaustiva del campo quirúrgico: a penas pintar,compresas e incisión. Bisturí, y escaso material son suficientes para el procedimiento, en el prehospituario el mejor lugar la ambulancia y en el intrahospitalario shock room, salas de emergencias, donde uno demore poco tiempo. Recordar siempre que todo feto está vivo hasta que se demuestre lo contrario y el factor tiempo es sumamente importante (1).

CONCLUSIONES

La Cesárea perimortem y/o postmortem son procedimientos muy poco frecuentes, es más son contados en la literatura consultada, por lo tanto no suele formar parte del arsenal terapéutico en el equipo de salud, por tal razón proponemos los autores este escenario sea reproducido en los distintos centros de simulación, tanto en el grado como en el post grado , utilizando distintas técnicas pedagógicas, pero resaltando la Conciencia Situacional en los Factores Humanos (6) y en el entrenamiento interdisciplinario, fundamentalmente Zona 3 del SimZones (7).

BIBLIOGRAFÍA:

1.- Katz V, Balderston K. Perimortem cesarean delivery: Were our assumptions correct? Am J Obstet Gynecol 2005;192(6).

2.-Matera, María Celeste: "Cesárea Perimorten: a propósito de un caso." Htal.Interzonal "Alejandro Korn".Rev.Htal Mat.Inf.Ramón Sardá 2011;30(3)

3.- Urrego, Luis.A y col.: "Cesárea perimortem y reanimación materno fetal en el Servicio de Urgencias: reporte de caso y revisión de la literatura".

Hospital Tobón Uribe. Medellín. Colombia.
Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Vol. XXVI N° 4. Oct-Dic. 2012 pp 247-250

4.- Petrone, Patrizio y col.:
"Traumatismo en la mujer embarazada"
Rev. Arg. Cirug. 2014; 106(1): 46-52

5.- Sanchez Torres, Fernando: "Cesárea Postmortem" Rev. Col de Ginecología y Obstetricia : Mayo-Junio 1963 . Vol XIV N° 3.

6.- Figueroa-Uribe, Augusto: "Conciencia situacional como parte importante del razonamiento crítico del personal de urgencias para disminuir los eventos adversos" Revista de Educ. e Investigación en Emergencias. Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencia: 2022; 4: 117-119 (2)

7.- Roussin, Christopher J, et al: "SimZones: una innovación organizativa para programas y centros de simulación." Medicina Académica. Agosto 2017: Vol 92 N° 8 (1114-1120)



Psitacosis: Coinfección en medio de las olas de COVID-19. Reporte de caso**Psittacosis: Co-infection among COVID-19 waves. Case report.**

Méd. Melina Beloso, Méd. Maximilian Castro .

- Servicio de Clínica Médica, Hospital Dr. JB Iturraspe (Santa Fe, Argentina). Autor corresponsal.

Contactos: Méd. Melina Beloso: - Dirección: Blas Parera 8301, Santa Fe

- Correo electrónico: melinabeloso@gmail.com

- Correo electrónico: mgabrielcastro@outlook.com

Psitacosis: Coinfección en medio de las olas de COVID-19. Reporte de caso

Keywords: COVID-19; Sars-Cov-2; Psitacosis.

INTRODUCCIÓN**RESUMEN****INTRODUCCIÓN:**

Durante la pandemia de COVID-19 se reportó una baja incidencia de coinfecciones bacterianas. Sin embargo, debido al alto número de casos registrados durante las olas de COVID-19, esta entidad tomó una especial relevancia, en particular en pacientes hospitalizados.

La coinfección con *Chlamydia psittaci*, sin embargo, fue un evento muy infrecuente. Presentamos el primer caso fatal de coinfección con este patógeno reportado en la literatura.

Caso clínico:

Paciente femenina de 40 años, sin antecedentes patológicos, que consultó por un cuadro de neumonía bilateral grave. Sin vacunación para COVID-19.

Como antecedente epidemiológico presentaba un loro enfermo en su domicilio, posterior a lo cual su esposo fue diagnosticado con psitacosis. IgG para *Chlamydia psittaci*: 1/80. Hisopado nasofaríngeo positivo para COVID-19. La paciente evolucionó dentro de las 48 hs de internación con falla multiorgánica y falleció.

Comentario:

En contextos de pandemia, si bien desde una perspectiva frecuentista siempre es más probable que sea el virus pandémico el causal de cuadros respiratorios, no se debe olvidar la importancia de identificar co-patógenos potencialmente letales, causantes de verdaderas superinfecciones.

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) sigue siendo la cuarta causa de mortalidad por todas las causas en todo el mundo, y representa aproximadamente 3 millones de muertes al año(1). Es pleomórfica, su incidencia varía entre y dentro de los países(2) y según el grupo de edad analizado. La tasa de letalidad depende predominantemente del entorno, desde menos del 1% en el entorno ambulatorio hasta el 50% en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Si bien en algunos países la letalidad parece estar disminuyendo, esa no es la realidad de los países subdesarrollados(3).

Dentro del espectro de las neumonías agudas de la comunidad (NAC), las llamadas neumonías atípicas se caracterizan por infiltrados imagenológicos intersticiales bilaterales, clínica atípica (tos no productiva, fiebre, cefalea, mialgias), y microorganismos poco frecuentes. Sus agentes etiológicos más importantes son *Legionella* spp, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* y *Chlamydia psittaci*. En un estudio realizado en Canadá, con 417 pacientes, sólo 15% de los casos presentaba rescate microbiológico a *Mycoplasma pneumoniae* y 12% a *Chlamydia pneumoniae*(1).

Al igual que sucede en cualquier situación de brote epidemiológico, y en especial de pandemia, desde el aumento exponencial de casos de la etiología viral como causante de neumonías atípicas en el contexto de la pandemia de COVID-19 con inicio el Noviembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, no sólo aumentó la probabilidad de que cualquier infección pulmonar sea causa por el SARS-Cov-2, sino que también favoreció que este coexista con otros patógenos pulmonares, colonizando, coinfectando o super-infectando. La no detección de estos otros patógenos puede haber favorecido que los pacientes no recibieran tratamientos potencialmente efectivos.

La psitacosis, particularmente, es una

enfermedad infecciosa causante de neumonías atípicas producida por una bacteria intracelular asociado a fiebre constatada, cefalea y mialgias. Por presentar un hisopado llamada *Chlamydia psittaci*, cuyo principal reservorio son aves infectadas. La transmisión se produce a partir de la aerosolización de la bacteria en la materia fecal y orina o polvo de plumas, con posterior inhalación o contacto con mucosas en humanos(4).

Se encuentra descripto que en pacientes hospitalizados en sala general con NAC (resumen de 36 estudios, n=7617) *Chlamydia psittaci* fue el agente causal del 1,6% de los casos, mientras que en pacientes hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos (7 estudios, n=630) menos del 1% correspondía a dicha enfermedad(5).

Hasta Octubre de 2022, sólo se encuentran reportados en la literatura 36 casos de coinfección por COVID-19 y *Chlamydia psittaci*, 32 de los cuales se describieron en China(6) y 4 en Santa Fe, Argentina(7). Reportamos el caso de una paciente joven con diagnóstico COVID-19 como intercurrentia de un cuadro de psitacosis establecido con anterioridad, pero sin un tratamiento dirigido adecuado.

CASO CLÍNICO

Presentamos a una mujer de 40 años, oriunda de la ciudad capital de la provincia de Santa Fe (Argentina), con necesidades básicas satisfechas, sin hábitos tóxicos. Si bien la paciente niega antecedentes patológicos, relata dos episodios de neumonía en los últimos 5 años, uno de los cuales requirió internación para administración de oxigenoterapia. Sin vacunación para COVID-19

La misma había sido internada las 48 horas previas en un sanatorio privado por un cuadro de 10 días de evolución caracterizado por tos seca no productiva de 10 días de evolución, o nasofaríngeo positivo para Sars-Cov-2, fue derivada a nuestro centro.

Como antecedente epidemiológico, la paciente relataba tener como mascota loros en su domicilio, uno de los cuales había enfermado recientemente y fallecido. En este contexto, el esposo - el cual había iniciado una semana previo a ella con síntomas respiratorios- había sido diagnosticado psitacosis con una seroconversión IgG para *Chlamydia psittaci*.

Al ingreso, la paciente se encontraba en regular estado general, lúcida y febril. Frecuencia cardíaca de 80 latidos/minuto. Frecuencia

respiratoria de 30/minuto, superficial y sin utilización de músculos accesorios, saturando 96% con máscara reservorio a 15 litros de oxígeno. A nivel pulmonar, se auscultan rales crepitantes bilaterales y difusos con pectoriloquia áfona, sin cambios en las vibraciones vocales ni hipoventilación. El resto del examen físico no presentaba particularidades.

Las principales características bioquímicas al ingreso se muestran en la Tabla 1. La tomografía al ingreso presentaba opacidades bilaterales radiodensas y extensas, con broncograma aéreo compatible con neumonía bilateral, sin derrame pleural (Imagen 1).

Se obtuvo la primera muestra de nuestra paciente con títulos séricos para *Chlamydia psittaci*. 1/80, sin poder ser repetida la misma. Se inició de manera empírica un tratamiento con macrólidos, posterior a la obtención de hemocultivos, los cuales fueron negativos.

Durante la internación evolucionó desfavorablemente, con requerimiento de Unidad de Cuidados Intensivos, donde falleció en falla multiorgánica.

DISCUSIÓN

En el contexto de infecciones por COVID-19, la incidencia de infecciones bacterianas pulmonares secundarias en pacientes hospitalizados no fue despreciable (16% IC 95% 4,8-42,8), particularmente en Unidades de Cuidados Intensivos(8). Sin embargo, cuando se analizan las coinfecciones - y no solamente las infecciones secundarias- la incidencia es significativamente menor, debido a la baja probabilidad de coinfección al ingreso(9).

Aún en contexto de baja incidencia de coinfecciones, el elevado número de casos durante olas de COVID-19 puede implicar un alto número total de coinfecciones.

Varios estudios han evaluado la coinfección por bacterias atípicas. Sin embargo, la más frecuente fue *Mycoplasma pneumoniae*, sin casos de *Chlamydia pneumoniae*.

En varios estudios se describe la coinfección con bacterias atípicas, y dentro de ellas la más frecuente corresponde a *Mycoplasma pneumoniae*(10).

En un estudio retrospectivo que evaluó 443 pacientes con diagnóstico de COVID-19, de las cuales 242 tenían una coinfección por *Mycoplasma pneumoniae* o *Chlamydia pneumoniae*, la presencia de éstas se asoció a un peor pronóstico y a mayor mortalidad(11).

Previo a la pandemia por COVID-19, se describió que en neumonías por *Chlamydia psittaci*, los síntomas más frecuentes son: fiebre (>90%), tos no productiva (50-60%), cefalea (50%) y mialgias en el (20%). Con menor frecuencia se describen: náuseas, diarrea, dolor precordial, disnea y hemoptisis(12,13).

En estudios previos se ha descrito la exposición a aves en casi la totalidad de los casos confirmados, con un período de incubación de 5 a 21 días(13). Sin embargo, un estudio reciente en China mostró una exposición a aves en menos del 20% de los casos(14), sin embargo es probable que se debiera a sesgos en la recolección de datos.

Debido a que el cultivo en búsqueda de *Chlamydia psittaci* no se realiza en laboratorios microbiológicos de manera habitual debido a su alto potencial para el contagio, y en ausencia de disponibilidad de métodos moleculares, el diagnóstico de psitacosis se realiza por métodos serológicos.

Entre ellos, la microinmunofluorescencia es más sensible y específica que la fijación de complemento, si bien ambas pueden detectar otras especies de *Chlamydia* y confundir el diagnóstico(15).

A pesar de que la definición de caso confirmado de psitacosis se realiza con la documentación del ascenso en al menos cuatro veces del título de anticuerpos específicos, en el caso de nuestra paciente la evolución impidió que se solicitara una segunda muestra.

Sin embargo, la presentación, las imágenes tomográficas halladas, el título alto de anticuerpos específicos, el nexo claro con un ave enferma y antecedente del familiar con diagnóstico de psitacosis, permitieron arribar al diagnóstico.

En este caso en particular, en ausencia de diagnóstico de inmunodepresión, es probable que el COVID-19 haya jugado un papel como facilitador de la infección invasiva por *Chlamydia psittaci*, a través del daño del epitelio respiratorio.

A diferencia de los otros casos reportados en la literatura, en los que no se encuentra reportados decesos, nuestra paciente evolucionó rápidamente con falla multiorgánica y falleció a pesar del tratamiento específico precoz.

CONCLUSIÓN

La psitacosis es una enfermedad reportada infrecuentemente en la literatura, y aún más durante la pandemia de COVID-19. Sin embargo, es una enfermedad con la potencialidad de evolucionar de

manera desfavorable. Se estima en base a series recientes que puede estar marcadamente subdiagnosticada, ya que podría asociarse de manera evidente al nexo epidemiológico con aves enfermas sólo en una minoría de los casos.

En contextos de pandemia, si bien desde una perspectiva frecuentista siempre es más probable que sea el virus pandémico el causal de cuadros respiratorios, no se debe olvidar la importancia de identificar co-patógenos potencialmente letales, causantes de verdaderas súper infecciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marrie TJ, Poulin-Costello M, Beecroft MD, Herman-Gnjidic Z. Etiology of community-acquired pneumonia treated in an ambulatory setting. *Respir Med.* 2005 Jan 1;99(1):60-5.
2. Aston SJ. Pneumonia in the developing world: Characteristic features and approach to management. *Respirology.* 2017;22(7):1276-87.
3. McAllister DA, Liu L, Shi T, Chu Y, Reed C, Burrows J, et al. Global, regional, and national estimates of pneumonia morbidity and mortality in children younger than 5 years between 2000 and 2015: a systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2018 Nov 26;7(1):e47-57.
4. Beeckman DSA, Vanrompay DCG. Zoonotic *Chlamydia psittaci* infections from a clinical perspective. *Clin Microbiol Infect.* 2009;15(1):11-7.
5. Luna CM, Famiglietti A, Absi R, Videla AJ, Nogueira FJ, Fuenzalida AD, et al. Community-Acquired Pneumonia: Etiology, Epidemiology, and Outcome at a Teaching Hospital in Argentina. *CHEST.* 2000 Nov 1;118(5):1344-54.
6. Yin Q, Li Y, Pan H, Hui T, Yu Z, Wu H, et al. Atypical pneumonia caused by *Chlamydia psittaci* during the COVID-19 pandemic. *Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis.* 2022 Sep;122:622-7.
7. Villagra SM. BROTE DE PSITACOSIS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA PROVINCIA DE SANTA FE. SERIE DE CASOS. *Rev Argent Med.* 2022 Aug 20;10(2):139-42.
8. Chong WH, Saha BK, Ramani A, Chopra A. State-of-the-art review of secondary pulmonary infections in patients with COVID-19 pneumonia. *Infection.* 2021 Aug 1;49(4):591-605.

9. Moreno-García E, Puerta-Alcalde P, Letona L, Meira F, Dueñas G, Chumbita M, et al. Bacterial co-infection at hospital admission in patients with COVID-19. *Int J Infect Dis.* 2022 May 1;118:197-202.
10. Tang ML, Li YQ, Chen X, Lin H, Jiang ZC, Gu DL, et al. Co-Infection with Common Respiratory Pathogens and SARS-CoV-2 in Patients with COVID-19 Pneumonia and Laboratory Biochemistry Findings: A Retrospective Cross-Sectional Study of 78 Patients from a Single Center in China. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 2021 Jan 3;27:e929783-1-e929783-8.
11. De Francesco MA, Poiesi C, Gargiulo F, Bonfanti C, Pollara P, Fiorentini S, et al. Co-infection of chlamydia pneumoniae and mycoplasma pneumoniae with SARS-CoV-2 is associated with more severe features. *J Infect.* 2021 Apr;82(4):e4-7.
12. Branley JM, Weston KM, England J, Dwyer DE, Sorrell TC. Clinical features of endemic community-acquired psittacosis. *New Microbes New Infect.* 2014 Jan 1;2(1):7-12.
13. Yung AP, Grayson ML. Psittacosis--a review of 135 cases. *Med J Aust.* 1988 Mar 7;148(5):228-33.
14. Yang M, Yang DH, Yang H, Ding SZ, Liu CH, Yin HM, et al. Clinical Characteristics of Chlamydia psittaci Pneumonia Infection in Central South China. *Infect Dis Ther.* 2022 Aug 1;11(4):1631-47.
15. Wong KH, Skelton SK, Daugharty H. Utility of complement fixation and microimmunofluorescence assays for detecting serologic responses in patients with clinically diagnosed psittacosis. *J Clin Microbiol.* 1994 Oct;32(10):2417-21.

CAFÉ FILOSÓFICO

COLEGIO de MÉDICOS de SANTA FE



El segundo Martes de cada mes nos encontramos para dialogar sobre distintos problemas de nuestra vida cotidiana con las herramientas de la filosofía.

Coordina el Prof. FEDERICO VIOLA

20.00 hs. Entrada libre y gratuita



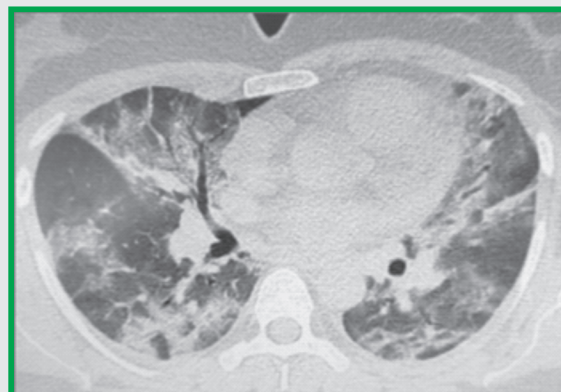
COLEGIO DE MEDICOS
1ra Circunscripción - Santa Fe
9 de Julio 2464

ANEXO

Variable bioquímica	Valores
Hemoglobina (g/dL)	11,6
VCM (fL)	85,7
HCM (pg)	28,6
RDW	14,5
Leucocitos (cél/mm ³)	15000
Neutrófilos (%)	87%
Plaquetas (unidades/uL)	100000
VSG	73 mm/h
PCR (mg/L)	91,3
Urea sérica (mg/dL)	0,3
Creatinina sérica (mg/dL)	0,65
Sodio (mEq/L)	133
Potasio (mEq/L)	3,71
Cloruros (mEq/L)	108
GOT (UI/L)	28
GPT (UI/L)	21
FAL (UI/L)	58
Bilirrubina total (mg/dL)	1,2
Bilirrubina directa (UI/L)	0,8
LDH (UI/L)	698

Tabla 1

Principales variables bioquímicas al ingreso. VCM: volumen corpuscular medio. HCM: hemoglobina corpuscular media. VSG: eritrosedimentación. PCR: proteína C reactiva. GOT: aspartato-aminotransferasa. GPT: alanina-aminotransferasa. FAL: fosfatasa alcalina. LDH: lactato deshidrogenasa.

**Imagen 1.**

Tomografía computada de tórax. En ambos cortes se observan extensas áreas hiperdensas que forman infiltrados alveolares con broncograma aéreo.

Así también se observan áreas de infiltrado tipo vidrio esmerilado.

MEDICINA PRACTICA

Es necesaria la profilaxis con hierro en lactantes sanos.

Iron prophylaxis is necessary in healthy infants.

Lucila Ortellao (*) lucilaortellao@hotmail.com*Medica Pediatra. M.P.: 4547 -

Consultorio privado: Centro Médico Brown. Av. Alte Brown 6771. Santa Fe. - Tel: 342-5026265

Resumen:

La administración suplementaria de sulfato ferroso a los niños Recién Nacidos a Término (RNT) sin factores de riesgo a partir de los 4-6 hasta los 12 meses constituye una práctica rutinaria en muchos países incluyendo el nuestro, con el objetivo de evitar trastornos del crecimiento, coordinación motora reducida, y dificultad para el aprendizaje.

Las actualizaciones realizadas por Mc Donagh en 2015, y en la revista Evidencias en Pediatría para población sin riesgo, no se han encontrado los supuestos beneficios en el desarrollo en caso de suplementación de rutina con hierro entre los 6 y los 24 meses. En cuanto al cribado sistemático de la anemia ferropénica entre los 6-24 meses, no encontraron estudios de calidad.

La limitada evidencia disponible sobre los beneficios y riesgos de la profilaxis con hierro en niños sin riesgo menores de dos años les lleva a concluir que no existen beneficios sobre el crecimiento o el neurodesarrollo de estos niños, y los efectos sobre los parámetros hematológicos son variables.

Las revisiones realizadas en 2001 y 2013, Cochrane concluyeron que había falta de pruebas claras de que el tratamiento de la anemia ferropénica tuviera un efecto beneficioso para el neurodesarrollo y el crecimiento. En 2006 y 2015 de la USPSTF (servicios preventivos de E.E.U.U.), se evaluaron los beneficios sobre el crecimiento y el neurodesarrollo de los suplementos de hierro, concluyendo que no hay pruebas que influyan en el desarrollo psicomotor ni en el crecimiento, únicamente se encontraron hallazgos inconsistentes para las medidas hematológicas.

Se realizó un trabajo comparativo en un consultorio de pediatría ambulatoria de la ciudad de Santa Fe, donde se evaluaron 71 niños sin factores de riesgo; 41 de los cuales se le había indicado sulfato ferroso (previo a las revisiones del 2015) y otro grupo (30 niños) no recibió dicha indicación (posterior a septiembre de 2015).

No se encontraron diferencias en el crecimiento, valores hematológicos ni del

desarrollo en ambos grupos estudiados.

Palabras claves:

Sulfato ferroso, anemia, lactantes.

Introducción:

La administración suplementaria de sulfato ferroso a los en los niños Recién Nacidos de Término (RNT) sin factores de riesgo a partir de los 4-6 hasta los 12 meses constituye una práctica rutinaria en muchos países incluyendo el nuestro, con el objetivo de evitar trastornos del crecimiento, coordinación motora reducida, y dificultad para el aprendizaje. (1,2,4,5,7)

Definiciones:

Se denomina anemia al trastorno en el cual el número de eritrocitos (y, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre) es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo.

Las necesidades fisiológicas específicas varían en función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar a la que vive la persona, el tabaquismo y las diferentes etapas del embarazo. La carencia de hierro es la causa más común de anemia. Los valores normales de Hb para niños de entre 0,5 y 2 años, es de 11 a 12 g/dl. (6). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, en nuestro país presentan anemia el 35% de los niños de 6-24 meses de edad (a1).

Esta prevalencia varía en las distintas regiones, con valores considerablemente mayores en las de peores condiciones socioeconómicas; por ejemplo, en el noreste, la prevalencia de anemia en menores de 2 años llega a casi 46%. (3,4)

En las revisiones sistemáticas realizadas en 2001, 2013 y 2015, no se han encontrado evidencias de los supuestos beneficios en el desarrollo en caso de suplementación de rutina con hierro entre los 6 y los 24 meses.

Tampoco se han observado perjuicios con

dicha suplementación. Con respecto al cribado sistemático de la anemia ferropénica entre los 6-24 meses, no encontraron estudios de calidad. Los pobres resultados disponibles sobre los beneficios y riesgos de la profilaxis con hierro en niños sin riesgo menores de dos años en países desarrollados les lleva a concluir que no existen beneficios sobre el crecimiento o el neurodesarrollo de estos niños, y los efectos sobre los parámetros hematológicos son variables.

Los resultados de la revisión con respecto al cribado sistemático en población sin riesgo, la USPSTF no encontró pruebas de beneficios para la salud y tampoco hallaron perjuicios, así que no recomiendan el cribado sistemático en lactantes sin riesgo.

En 2001 y 2013, Cochrane concluyó que había falta de pruebas claras de que el tratamiento de la anemia ferropénica tuviera un efecto beneficioso para el neurodesarrollo y el crecimiento.

En las revisiones de 2006 y 2015 de la USPSTF, se evalúan los beneficios sobre el crecimiento y el neurodesarrollo de los suplementos de hierro, concluyendo que no hay pruebas que influyan en el desarrollo psicomotor ni en el crecimiento, únicamente se encontraron hallazgos inconsistentes para las medidas hematológicas.

En población de riesgo, prematuros y bajo peso, la situación varía: en cuanto al cribado sistemático aunque no hay demostrados beneficios para la salud, sí hay estudios controlados en los que se demuestra que si se detecta AF, los parámetros hematológicos se corrigen con aportes de hierro. La suplementación de hierro en población de riesgo mejora los parámetros hematológicos pero los beneficios sobre el crecimiento son limitados y la evidencia es insuficiente para hacer una declaración definitiva sobre los efectos de la suplementación sobre el desarrollo neurológico (a corto y largo plazo), el crecimiento (a largo plazo) y los efectos adversos, por lo que serán precisos más estudios para demostrar los beneficios en parámetros de salud⁵.

Criterios de inclusión:

niños entre 12 y 24 meses que concurren a control de niño sano, RNT (entre 37 y 41,6 semanas), peso superior a 2850 grs, sin antecedentes maternos de anemia, ictericia.

Criterios de exclusión:

prematurez(<37 semanas), postérmino (>42 semanas), enfermedades concomitantes,

internaciones previas, bajo peso al nacer, hemorragias del embarazo, anemia materna.

Objetivo:

Comparar dos grupos de lactantes sanos, uno al que se les indicó profilaxis con hierro y a otro no.

Materiales y Método:

Se realizó un trabajo comparativo, prospectivo donde se evaluaron 71 niños entre 12 y 24 meses que concurren a control mensual de niño sano en un consultorio pediátrico donde 41 de ellos habían recibido la indicación de suplementar con Sulfato Ferroso a 1 mg/K/día, vía oral desde los 6 meses al año y 30 niños que no recibieron dicha indicación.

Ambos grupos recibieron la firme indicación de incorporar carnes rojas desde los 6 meses de edad con una frecuencia de 4-5 veces por semana (excepto un paciente hijo de madre vegetariana). La selección de los pacientes fue de aquellos que recibían la indicación rutinaria de hierro previo a las revisiones publicadas en septiembre de 2015, y los que no recibieron dicha indicación luego de revisiones sistemáticas.

Se les realizó hemograma entre los 12 y 24 meses de edad, junto con la evaluación del crecimiento según Estándares de Crecimiento de la OMS en Peso/edad, Talla/edad y P.C.

Se valoró el neuro desarrollo según el Manual del Desarrollo Infantil según Aiepi.

Todos los niños fueron seguidos en forma ambulatoria por la misma pediatra.

Se realizó la indicación de administrar Sulfato Ferroso gotas, frasco de 20 ml, fórmula cada 100 ml : sulfato ferroso heptahidrato 12,5 grs. La indicación era administrarlo a 1 mg/k/día. VO cada 24 hs lejos de las comidas (1 hora de separación preferentemente y acompañado de jugo de naranjas exprimido). Se consultaba en los controles sobre la ingesta y tolerancia del mismo y se realizaba la receta para su compra. Los análisis de laboratorios fueron realizados en diferentes centros según la preferencia y/o comodidad del paciente. El método utilizado para dosar la hemoglobina fue el analítico. El desarrollo fue valorado en el momento de la consulta de acuerdo a la edad y según el Manual del Desarrollo Infantil de AIEPI, actualmente se está evaluando el desarrollo al ingreso escolar pero no se pudo completar por la edad del grupo al que no se le indicó sulfato ferroso.

Resultados:

Se estudiaron 71 pacientes menores de 2 años, nacidos a término y sin factores de riesgo agregados para presentar anemia. De ellos, 41 pacientes recibieron la indicación de suplementar con Sulfato ferroso desde los 6 meses hasta los 12 meses y 30 no tuvieron dicha indicación. Entre los 12 y 24 meses se los evaluó con hemograma a ambos grupos.

Del grupo que había recibido la profilaxis (N 41), se encontró que 20 eran niños y 21 niñas.

Con respecto a los hallazgos hematológicos se encontró que 11 pacientes (26 %), presentaban Anemia (HB < 11). Los valores mínimos hallados de Hb fueron 7,7 g/dl, 7,8 g/dl y 8,7g/dl. El menor valor hallado de HB fue de un paciente cuyos padres eran provenientes de Jujuy y tenía una dieta rica en harinas con escasa ingesta de carnes.

El peso varió entre percentilo 10-75, Media en percentilo 50. La talla entre percentilos 10-75 con una Media en percentilo 50, y el perímetro cefálico 10-75 con una Media en percentilo 50. Solo un paciente se encontraba en percentilo 3-10.

Sólo un niño presenta retraso en el cumplimiento de las pautas madurativas que tenía Hb de 8,7 g/dl, el resto no tenía alteraciones al momento de valorar el neuro desarrollo.

Del grupo al que no se le indicó profilaxis con hierro, se valoraron 30 pacientes, de los cuales 13 eran niños y 16 niñas. Se observó al realizar el control hematológico que 9 pacientes (30%), presentaban Anemia.

Los valores mínimos de Hb hallados, fueron de 9 g/dl; 9,3 gr/dl y 9,6 g/dl. Cabe resaltar que una niña controlada en este grupo es hija de una madre Vegetariana estricta, la ocupación de esta mamá es Chef y tiene un comedor naturista, realizando a la niña una dieta rica en frutos secos y semillas para aportar cantidades diarias de Hierro (no cárnicas ni lácteos necesarios para la edad).

Esta niña está en seguimiento por Hematología cada 3 meses, con controles de Hb, vit B12, fólico entre otros normales; crecimiento entre percentilos 50-75 y neurodesarrollo con pautas mayores a las esperadas para su edad.

En cuanto al peso para este grupo, varió entre percentilo 10-97 (ningún paciente se encontró en percentilo 3). Con una media en percentilo 50.

La Talla osciló entre percentilo 10-85, con una media en percentilo 50. El perímetro cefálico está entre percentilo 10-75, con una media en percentilo 50.

Ningún niño evaluado en este grupo

presentó alteraciones en el cumplimiento de pautas madurativas para su edad.

En cuanto a la administración del hierro, algunas madres(20%) admitían que les causaba cólicos intestinales, otras constipación, o que les resultaba difícil su administración por el mal sabor.

HIERRO	SI	NO
N(71)	41	30
HB <11	11 (26%)	9 (30%)
PESO (p)	10-75	10-97
TALLA (p)	10-75	10-85
P.C.(p)	10-75	10-85
Cumple pautas Madurativas	40/41	30/30

Discusión:

El trabajo realizado tiene debilidades como el número de pacientes analizados, la falta de seguimiento en la valoración del neurodesarrollo al ingreso escolar y la diversidad en la toma de los laboratorios en cuanto a los lugares en donde se realizó y la falta de otros valores hematimétricos como en MCV, MCH, MCHC, así como también la imposibilidad de certificar la toma del Hierro indicado en la consulta.

Por otra parte, el objetivo del mismo es que sirva de herramienta para el pediatra clínico que realiza diariamente el seguimiento del niño sano quien con un hemograma realizado en un laboratorio clínico (sin derivación al hematólogo) puede orientarse sobre el diagnóstico de Anemia, evaluar tratamiento y en caso de falta de respuesta, valorar posteriormente la derivación al especialista.

Históricamente la indicación de suplementación profiláctica en niños nacidos a término, sin factores de riesgo desde los 6 a los 12 meses, de forma diaria se fundamenta en los supuestos trastornos del crecimiento, alteraciones del neurodesarrollo y trastornos hematológicos encontrados. Dicha indicación se basa en un respaldo científico débil. Tiene sostén en revisiones y trabajos realizados en fines de los '90, principios del 2000. Las últimas revisiones sistemáticas realizadas por Cochrane y Medline, revisan estas indicaciones por la falta de evidencia en lo antes citado. Las mismas concluyen que no resulta necesario suplementar con hierro a lactantes sanos. (10)

Sólo se pudo observar anemia en los niños que no reciben dicha suplementación.

En la muestra estudiada en este trabajo, se

observó que ambos grupos estudiados, crecen parecidos, dentro de percentilos normales para su edad. Se pudo ver que no hay diferencias en cuanto al cumplimiento de pautas madurativas para la edad al momento de la realización de dicha observación.

Conclusión

Se encontró anemia en un porcentaje ligeramente mayor en los niños no suplementados, para lo cual se debería reforzar la incorporación de carnes rojas desde el comienzo de la alimentación suplementaria, alimentos ricos en hierro y mantener la Lactancia Materna la mayor cantidad de tiempo posible; aunque se vio que la niña que mantiene una dieta vegetariana balanceada, con estricto controles; no presenta alteraciones hematológicas.

La comparación realizada en este trabajo fue entre lactantes a quienes se les hizo la indicación de dar Hierro, todos los días versus los que no recibieron dicha indicación. No es posible afirmar que esa indicación necesariamente se hubiera cumplido. Quizás no se hallaron diferencias significativas en los hemogramas porque tampoco tomaron Hierro o lo hicieron de forma intermitente, el grupo de niños al que se había realizado la indicación. Situación bastante frecuente que se presenta en las indicaciones que hacemos los médicos de consultorio.

Sería necesario ampliar este trabajo para reevaluar la necesidad de indicar sulfato ferroso complementario a manera de profilaxis, de forma diaria a niños entre 4-6 meses, nacidos a término y sin factores de riesgo.

Bibliografía

- (1) ENNyS. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de resultados. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Buenos Aires; 2006.-
- (2) Anemia Ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento. Comité Nacional de Hematología. Arch Argent Pediatr 2009; 107(4):353-361.-
- (3) Alejandro M. O'Donnell .Fernando E. Viteri. Esteban Carmuega. CESNI. Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador.
- (4) Anemia y adherencia a la suplementación oral con hierro en una muestra de niños usuarios de la red de salud pública de Rosario, Santa Fe. Arch. argent. pediatr. vol.111 no.4 Buenos Aires jul./ago. 2013.
- (5) Las Anemias. Norma Lerner. Cap. 441-450 Pág 1714-1725. |Nelson. Tratado de Pediatría. 19| Ed.Vol 2.
- (6) Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (W H O / N M H / N H D / M N M / 1 1 . 1) (http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf, consul
- (7) Nokes C, Bosch C, Bundy D. The effects of iron deficiency and anemia on mental and motor performance, education achievement, and in children. International Nutritional Anemia Consultative Group. 1998. http://www.ilsa.org/ResearchFoundation/Publication/s/1998_anemia_mental_motor.pdf
- (8) Bobonis G, Miguel E, Puri Sharma C. Iron deficiency anemia and school participation. PovertyActionLab Paper No. 7. March 2004. PovertyActionLab.
- (9) Rodríguez-Salinas E, Aparicio M. La profilaxis con hierro en lactantes con alto riesgo de ferropenia mejora de forma discreta el desarrollo motor a los nueve meses. Evid Pediatr. 2016;12:45.
- (10) Evidencias en pediatría. Septiembre 2015. Volumen 11. Número 3. Profilaxis de la anemia ferropénica en el lactante sano, ¿hay evidencia suficiente? McDonagh MS, Blazina I, Dana T, Cantor A, Bougatsos C. . Pediatr. 2015;135:723-33.

Sección Comunicaciones Breves

Etiquetado frontal: una herramienta para la salud

Autora: "María Virginia BORGA" Nutricionista Clínica Magister en Nutrición Humana Diplomada Superior en Ecología Integral. Contacto: lic.borgagmail.com

Desde el año 2021 en Argentina se reglamentó la ley de alimentación saludable 27.642. La ley apunta a identificar los productos que contengan exceso de calorías, grasas, azúcares, sodio y edulcorantes. Siguiendo las metas y objetivos de la OMS para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 fue que se consolidó la implementación de esta ley que abarca integralmente varios aspectos para reducir el nivel de sodio en las comidas, aumentar el consumo de frutas y verduras, reducir el aporte de ácidos grasos saturados y reemplazarlos por insaturados, reducir el contenido de grasas trans (de este punto profundizaremos más adelante) reducir el contenido de azúcares y alcohol y por último reducir el exceso calórico reduciendo la porción y la densidad calórica de los alimentos.

El sistema de etiquetado frontal consta de unos octógonos en color negro con letras blancas que se colocan en el frente del envase, de manera visible, que contraste con el producto, legible, sin posibilidad de que se solape con otra parte de la etiqueta y que advierten o nos informa sobre nutrientes críticos en el contenido del producto. Estos nutrientes críticos fueron delimitados según el perfil de nutrientes de la OPS, que siguiendo las recomendaciones de la OMS cuando un producto sobrepasa la cantidad de ingesta recomendada. Esta se mide en proporción del aporte energético (no como un número absoluto por día). La OPS recalca que estos valores se realizaron teniendo en cuenta grupos etarios, y niveles de consumo, basados en evidencia científica para la salud pública, los riesgos y las cargas asociadas al consumo de los mismos.

Según la última encuesta nacional de nutrición y salud (ENNyS 2) solo un 1/3 de la población lee las etiquetas al momento de la compra y solo la mitad comprende lo que lee, implicando esto que menos del 15% de las personas comprende la información nutricional, en concordancia con la evidencia internacional.

Si bien hubo un cronograma de aplicación e implementación de la ley, recientemente empezaron a aparecer algunos productos con sus octógonos brindando información de frente, concisa, precisa, legible, intuitiva, basada en

evidencia, sin letra chica, sin compras para luego leer en casa que es lo que contiene el producto y sin inductores a la compra como los dibujos, premios, declaraciones en salud, recomendaciones de sociedades científicas, sorteos o regalos.

La ley tiene tres ejes de intervención: el etiquetado frontal, la protección de los entornos escolares y la regulación de la publicidad. En cuanto a esta última la regulación de la publicidad los productos que lleven al menos 1 sello (octógono) no van a poder publicitarse ni van a poder participar de sorteos o patrocinio. El otro eje es la protección de los entornos escolares se pretende incorporar la enseñanza de educación alimentaria nutricional en las escuelas de todo el país. Además, los alimentos y bebidas que tengan sello no se van a poder vender en establecimientos escolares ni se van a poder entregar en programas alimentarios.

Dicho esto, ¿por qué el etiquetado frontal es una herramienta para la salud? En primer lugar, esta herramienta brinda visiblemente información a la población - consuma o no ese producto - es decir sin estar sujeto a la compra. En segundo lugar, es muy sencillo como bien lo indica la ley, explicar al paciente que un producto con muchos sellos de advertencia nos permite dilucidar que se trata de un producto ultra procesado y que tiene muchos nutrientes críticos. A su vez, en caso de ciertas patologías colaboran directamente con la información expresada como "exceso de: azúcar, sodio, calorías, grasas". Por lo tanto, es muy útil en el caso de pacientes con diabetes la sugerencia "evite productos que contengan el sello - exceso de azúcar - ". Esto sin dudas agiliza la selección en la compra de los alimentos. Cabe aclarar que los que siempre recomendamos casi no contienen sellos como los alimentos frescos como las frutas y verduras o mínimamente procesados. También es importante entender que productos como aceite, azúcar, sal, etc. no llevarán por ley sellos ya que se sobreentiende que son alimentos que consideramos "fuente de" azúcar, ácidos grasos, sodio respectivamente. Por supuesto estos sellos de advertencia brindan información a la población, pero no sugiere que no es importante la derivación al nutricionista en el momento oportuno para que

ayudemos a nuestros pacientes a seleccionar, comprar, cocinar y consumir los alimentos, pero que serán sin duda una herramienta indiscutible.

Respecto a las grasas trans, pareciera que es un nuevo frente de lucha entre los nutricionistas y la industria. Los ácidos grasos trans (AGT), o mayormente conocidos como grasas trans, pueden tener un origen natural o artificial/industrial. Generalmente la estructura química de los ácidos grasos es en CIS, en este otro caso en TRANS esta estructura química difiere debido a un proceso de hidrogenación producido comúnmente en la industria alimenticia. Son aceites vegetales naturalmente líquidos que se convierten en grasas semisólidas. Una de las grasas trans mas conocidas es la margarina. Debido a que las grasas trans son un producto sumamente útil y económico para la industria alimentaria, su uso y consumo es mucho más frecuente de lo que se podría imaginar. Esto es por su gran estabilidad frente al calor en las frituras, su gran maleabilidad para el uso en productos de panadería y repostería, por su gran poder de palatabilidad por lo que no solo mejoran y resaltan el sabor, sino que como dice Michael Moss en su libro Salt Sugar Fat: how the food giants hooked us aumentan el deseo combinando estos nutrientes y no se puede parar de comer. También son utilizadas por el aumento de vida útil de los productos en los que se aplica y sumado a todos estos beneficios se destacan por ser de muy bajo costo.

La OMS advierte que el exceso de consumo de este tipo de grasas es perjudicial para la salud y estableció los límites de recomendación de ingesta de grasas trans y fue así que en 2008 en Rio de Janeiro, luego de evidenciar la relación existente entre el consumo de grasas trans con afecciones con enfermedades crónicas no transmisibles y luego de demostrar que la eliminación de las grasas trans de los alimentos es factible para la industria alimenticia, la OMS convocó a la formación de un grupo de trabajo denominado "Las Américas Libres de Grasas Trans".

Considero que en este punto que, a diferencia de otros países, Argentina ira por la eliminación de la presencia de grasas trans en los alimentos (tal como lo creíamos en 2016) o bien establecer nuevamente limites como se realizó en 2010.

Es importante resaltar que casi el 80% de las muertes en el mundo son por causa de las enfermedades crónicas no transmisibles, en Latinoamérica llega al 44%.

Parece que vamos camino a una alimentación segura, entendiendo que es nuestro derecho saber y exigir cambios en la formulación de los productos por parte de la Industria. Es un compromiso que debería ser asumido por todos los actores de la cadena, pero confiamos que de a poco vamos abriendo los ojos.

Referencias:

- 1- PAHO. 2021. Online available: Etiquetado frontal de advertencias en Argentina - OPS/OMS / Organización Panamericana de la Salud (paho.org)
- 2- Taillie et al. Changes in food purchases after the Chilean policies of labeling, marketing, and sales in schools: a before and after study. The Lancet. 2021.
- 3- Ministerio de salud de Chile. Informe sobre las evaluaciones de la ley 20.606 sobre la composición nutricional de los alimentos y su publicidad. 2021. ISBN: 978-956-348-204-1
- 4- FAO, OPS, UNICEF. 2022. Etiquetado Nutricional en la Parte Frontal del Envase en America Latina y el Caribe <https://doi.org/10.4060/cc1545es>.

Presencial y gratuito
9 de Julio 2464

Instructores certificados
Dirigido por el Dr. Julio Rico
Inscripción y consulta
www.colmedicosantafe1.org.ar



Curso de RCP
Orientado a la Comunidad

COLEGIO DE MÉDICOS
1era. Circunscripción - Santa Fe

Sección Posters

HERNIA DE NUCK

Autores: Borgetto M., Fernández A., Hadad F.,
Nepote P., Saguir R.
E-mail de contacto: anabfernandez07@hotmail.com
- Servicio de Ecografía Hospital J.B. Iturraspe



INTRODUCCION

El canal de Nuck está formado por una pequeña evaginación del peritoneo parietal a través del anillo inguinal.

El cierre incompleto del proceso vaginalis, que habitualmente tiene lugar durante el primer año de vida, predispone a la aparición de hernias inguinales que contienen al ovario en el 15-20% de los casos.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 10 meses, recién nacida de término, sin antecedentes de jerarquía, que ingresa a la guardia pediátrica por masa palpable en región inguinal izquierda, la cual impresiona dolorosa y se moviliza con maniobra de Valsalva (llanto).

COMENTARIOS

Las hernias del canal de Nuck son hallazgos infrecuentes que se presentan como una masa inguinal que puede extenderse hacia los labios mayores.

La ecografía es la técnica diagnóstica de elección en el estudio de masa inguinal en las mujeres dado que es mayoritariamente accesible y de alto rédito diagnóstico.

Un ovario herniado debe diferenciarse de otros posibles contenidos por su ecoestructura de tejido blando que contiene folículos y la presencia de un pedículo vascular.

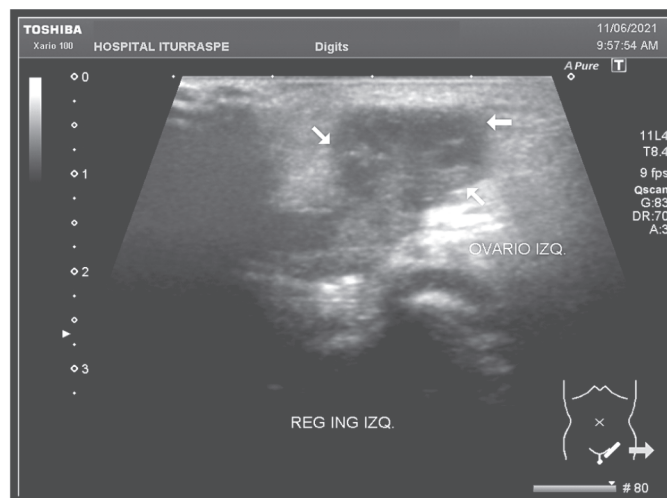


Fig. 1: Se evidencia imagen sólida, ovoidea, con la presencia de múltiples imágenes quísticas en su interior, compatible con órgano ovárico.

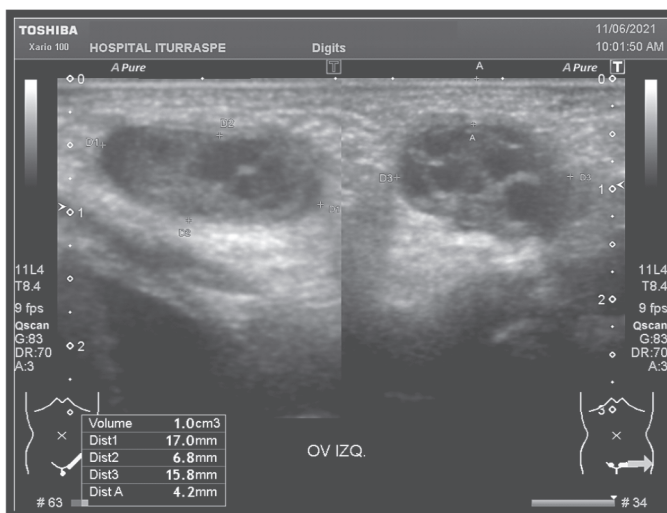


Fig. 2: Se procede a medir la imagen de la Fig.1 obteniéndose volumen ovárico de 1 cm³ y folículos en su interior de 4.2 mm

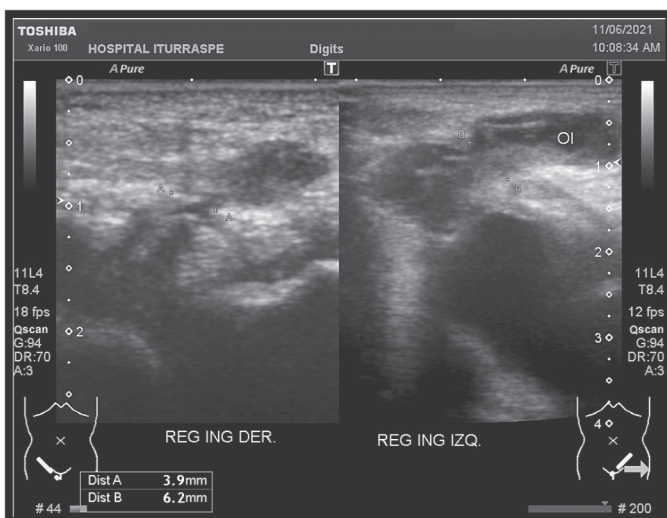


Fig. 3: Se visualizan ambos trayectos inguinales, ocupados por contenido abdominal, hallándose en lateral izquierdo la presencia de ovario, imagen compatible con hernia del canal de Nuck.

Medicina Práctica

Hemorragia digestiva alta variceal: evidencia sobre el uso de drogas vasopresoras Variceal upper gastrointestinal bleeding: evidence on the use of vasoactive drugs

María José, Sadonio^{1,2}; María Belén Tolosa¹; Hugo Miño¹; Paola Viola¹; Florencia Debona¹; Delfina Godano¹.

1- Servicio de Clínica Médica del Hospital J. B. Iturraspe, Santa Fe, Argentina

2- majosesadonio@gmail.com

RESUMEN

La hemorragia digestiva por ruptura de várices esofágicas es una de las causas más frecuentes de descompensación de la cirrosis, con una mortalidad del 15 a 25% a las seis semanas, en cada episodio de sangrado. El uso de drogas vasoactivas forma parte del manejo inicial de este cuadro, junto con la administración de cristaloides, hemoderivados y antibioticoterapia profiláctica. Los vasopresores han demostrado ser eficaces para disminuir la recurrencia del sangrado, el requerimiento de hemoderivados y la hemorragia activa durante la endoscopia.

Palabras clave: hemorragia digestiva alta, várices esofágicas, fármacos vasoactivos, análogos somatostatina, octreotida.

Keywords: upper gastrointestinal bleeding, esophageal varices, vasoactive drugs, somatostatin analogues, octreotide.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) secundaria a ruptura de várices esofágicas constituye el 70% de los episodios de sangrado digestivo en pacientes con hipertensión portal. Es la segunda causa en frecuencia de descompensación de la cirrosis, luego de la ascitis. El 72% de los pacientes Child B o C poseen várices esofágicas. La mortalidad en cada episodio de sangrado es del 15 a 25% a las seis semanas. El desarrollo y ruptura de las varices está en estrecha relación con la hipertensión portal, por lo cual reducir la misma es un objetivo en el tratamiento (1, 2).

Ante un episodio de HDA variceal se debe estabilizar hemodinámicamente al paciente mediante el uso de cristaloides y/o hemoderivados e iniciar tratamiento con drogas vasopresoras junto con la profilaxis antibiótica.

Los vasoconstrictores actúan generando estrechamiento venoso esplácnico y reduciendo el flujo venoso portal, los más utilizados son la terlipresina, somatostatina y octreotida.

En el presente trabajo se realiza una

revisión de la bibliografía disponible acerca de la evidencia científica que respalda el uso de estas drogas.

DESARROLLO

Se realizó una búsqueda en la literatura de ensayos controlados aleatorizados y metaanálisis que demostraron los beneficios de los fármacos vasopresores en el contexto de HDA variceal, a continuación se presentan los más relevantes.

Según un estudio prospectivo, doble ciego, aleatorizado y multicéntrico, que incluyó 205 pacientes con HDA y diagnóstico de cirrosis o signos sugestivos de hipertensión portal, no hubo diferencias significativas en cuanto a la sobrevida a los 42 días entre el grupo que recibió somatostatina y el que recibió placebo.

Se valoró la aparición de fracaso terapéutico dentro de las 120 horas, definido como la presencia de alguno de los siguientes: requerimiento excesivo de hemoderivados, hematemesis, inestabilidad hemodinámica o necesidad de terapia de rescate, y se observó una diferencia significativa ($p=0.004$) a favor del uso de somatostatina, con un odds ratio de 1.91 (IC 95% 1.01- 3.56). El total de hemoderivados transfundidos durante el período de infusión (ajustado para la hemoglobina basal) fue menor en el grupo de somatostatina que en el grupo de placebo ($p<0.05$). El sangrado activo durante la VEDA fue más frecuente en el grupo placebo resultando la endoscopia más dificultosa ($p<0.05$).

Un metaanálisis que incluyó ocho ensayos clínicos aleatorizados y controlados, con un total de 939 pacientes, comparó la realización de endoscopia sola versus endoscopia asociada a vasopresores (octreotida, somatostatina o vapreotida) en individuos con sangrado agudo variceal.

La hemostasia inicial se logró en el 88% de los pacientes que fueron tratados con endoscopia más vasopresores y en el 76% de aquellos en los que se realizó sólo la endoscopia, con un RR de 1.10 (IC 95% 1.04-1.17) y un NNT 8 (5-16). Con respecto a la hemostasia a los cinco días fue del

77% versus 58%, en los grupos de tratamiento combinado y endoscopia sola respectivamente, con un RR de 1.28 (IC 95% 1.18-1.39) y un NNT 5 (4- 8). Con respecto a la mortalidad a los cinco días, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (5).

En otro estudio prospectivo, multicéntrico, aleatorizado y de no inferioridad, que comparó el uso de terlipresina, somatostatina y octreótido entre sí, que incluyó a 780 pacientes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de sangrado activo al realizar la endoscopia, el control del sangrado índice, el riesgo de recurrencia y la mortalidad entre estas drogas. Tampoco se observaron diferencias en cuanto al requerimiento de hemoderivados y la mortalidad a los 42 días (6).

En un ensayo controlado, aleatorizado, doble ciego, con análisis por intención a tratar y de no inferioridad donde se comparó el tratamiento corto (24 horas) versus tratamiento habitual (72 horas) de terlipresina como adyuvante de ligadura con bandas en pacientes cirróticos que presentaban hemorragia esofágica variceal, no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los mismos para el control de sangrado (definido como: hematemesis fresca dos horas después del inicio del tratamiento, aspiración de más de 100 mL de sangre fresca por sonda nasogástrica, caída de 3gr de hemoglobina y muerte en 5 días).

Tampoco se encontraron diferencias en la tasa de resangrado y mortalidad a los 30 días (7).

CONCLUSIÓN

Concluimos que el uso de vasopresores asociado a la VEDA podría beneficiar al paciente con hemorragia digestiva variceal y al sistema de salud, ya que disminuye la posibilidad de resangrado y como probable consecuencia el número de internaciones. A su vez reduce el requerimiento de hemoderivados y el sangrado activo durante la VEDA facilitando la ligadura con bandas.

No hay diferencias entre las distintas drogas, por lo que podría utilizarse la que se encuentre disponible e incluso realizar un curso corto de 24 horas, lo cual generaría una relación costo-beneficio favorable. A pesar de no hallarse reducción de la mortalidad con la asociación de drogas vasopresoras al tratamiento endoscópico, consideramos que los beneficios en otros puntos son de relevancia para utilizarlas de acuerdo a lo que indican las guías de manejo de la hemorragia

digestiva variceal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reverter, E., Tandon, P., Augustin, S., Turon, F., Casu, S., Bastiampillai, R., ... & Abrales, J. G. (2014). A MELD-based model to determine risk of mortality among patients with acute variceal bleeding. *Gastroenterology*, 146(2), 412-419.
2. Tapper, E. B., Friderici, J., Borman, Z. A., Alexander, J., Bonder, A., Nuruzzaman, N., ... & Ghaoui, R. (2018). A multicenter evaluation of adherence to 4 major elements of the Baveno guidelines and outcomes for patients with acute variceal hemorrhage. *Journal of clinical gastroenterology*, 52(2), 172-177.
3. European Association for The Study of the Liver. (2018). EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *Journal of hepatology*, 69(2), 406-460.
4. Avgerinos, A., Nevens, F., Raptis, S., Fevery, J., & ABOVE Study Group. (1997). Early administration of somatostatin and efficacy of sclerotherapy in acute oesophageal variceal bleeds: the European Acute Bleeding Oesophageal Variceal Episodes (ABOVE) randomised trial. *The Lancet*, 350(9090), 1495-1499.
5. Bañares, R., Albillos, A., Rincón, D., Alonso, S., González, M., Ruiz-del-Arbol, L., ... & Molinero, L. M. (2002). Endoscopic treatment versus endoscopic plus pharmacologic treatment for acute variceal bleeding: a meta-analysis. *Hepatology*, 35(3), 609-615.
6. Seo, Y. S., Park, S. Y., Kim, M. Y., Kim, J. H., Park, J. Y., Yim, H. J., ... & Um, S. H. (2014). Lack of difference among terlipressin, somatostatin, and octreotide in the control of acute gastroesophageal variceal hemorrhage. *Hepatology*, 60(3), 954-963.
7. Azam, Z., Hamid, S., Jafri, W., Salih, M., Abbas, Z., Abid, S., & Shah, H. (2012). Short course adjuvant terlipressin in acute variceal bleeding: a randomized double blind dummy c

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

ATENEOS HOSPITALARIOS

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)

