



REVISTA DEL COLEGIO DE MÉDICOS

DE LA 1^{ra} CIRCUNSCRIPCIÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

9 DE JULIO 2464 - SANTA FE



Año II - N^o 4 - Febrero 2019
ISSN - 2618 - 4672 (On-Line)

Tu banco en Modo ON



Ingresa en
bancosantafe.com.ar/EnModoON
y descubrí todo lo que podés hacer.



Banco Santa Fe

REVISTA DEL COLEGIO DE MÉDICOS

DE LA 1ª. CIRCUNSCRIPCIÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA FE - REPÚBLICA ARGENTINA

Año II - N° 4 - Febrero 2019

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

Presidente:

Dr. CARLOS DANIEL ALICO

Vicepresidente:

Dr. DANIEL RAFEL

Secretario:

Dr. JULIO CESAR BEDINI

Tesorero:

Dr. MIGUEL ANGEL APODACA

Vocal:

Dr. JOSE MARÍA ALBRECHT

Editores:

Dr. ARTURO SERRANO

Dr. GUILLERMO KERZ

Dr. ALEJANDRO MANSUR

Dr. FERNANDO TRAVERSO

Dr. ALDO SOLI

Dra. SILVIA MUÑOZ DE BARCELÓ

Director:

Dr. MIGUEL ÁNGEL NICASTRO

manicastrogol@gmail.com

Secretaria de Publicaciones:

Sra. Mariana Montenegro.

Tel: 0342-4520176/77 Interno: 219

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. 9

Instrucciones para Autores:

<http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones>

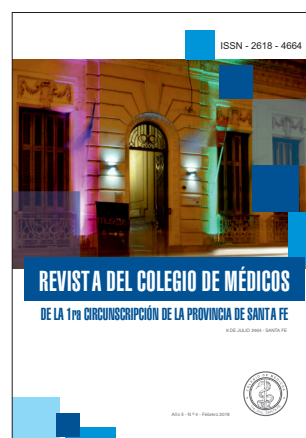
Edición Semestral

ISSN - 2618 - 4664 (Impreso)

ISSN - 2618 - 4672 (On Line)

CONTENIDOS

Editorial.....	4
La Salud y las BPA.....	5
Síndrome de Wunderlich - Presentación de caso	9
Masas Placentarias.....	13
Pensar distinto puede significar un suicidio Profesional.....	16
Guardias Violentas - Relatos de Experiencias.....	21
Envejecimiento Activo.....	25
Asociación entre el Síndrome de Stevens Johnson y el uso de Carbamazepina.....	29
El Embarazo: Una oportunidad perdida para el Screening de Cáncer de Cervix.....	34
Universidad Pública Argentina.....	39
Displasia Esquelética Fibrosa.....	40
Síndrome de Hueso Hambriento secundario a Paratiroidectomía.....	43
Neumonía Aguda de la Comunidad en pacientes que requieren internación en sala general.....	44
Insuficiencia Suprarrenal por Histoplasmosis.....	45
Poliangeitis Macroscópica - Presentación de caso clínico.....	46
Aspectos generales en la preparación del manuscrito.....	49



Título: Fachada Colegio de Médicos 1ª Circunscripción
Autor: Fotógrafo Hugo Pascucci
Corresponde a la participación del Museo de Médicos al
evento Noche de los Museos 2018

Editorial

El Colegio de Médicos de Santa Fe 1ª Circunscripción nuevamente pone a consideración de sus colegiados esta edición de su Revista que, como siempre, trata de poder compartir el conocimiento y la experiencia de todos y ofrecer un lugar para publicarlas .

Preguntar a nuestros pacientes como se alimentan es elemental pero es poco lo que se hace al respecto. La enorme cantidad de bebidas azucaradas y snacks salados que consumimos, comemos alimentos industrializados que contienen conservantes ocultos tras siglas químicas, contaminados con diversos agrotóxicos que utilizamos para continuar con la economía agro-exportadora . En este ejemplar de la Revista podemos leer un detallado trabajo sobre el tema.

Nuestra línea editorial trata de ser lo más amplia posible para que todos los profesionales de la salud de la región tengan un ámbito donde expresarse de allí que este número presenta casos poco frecuentes para ayudar a detectarlos .

El artículo polémico que expone una mirada distinta a lo establecido en cuanto a la ciencia sobre la que asentamos nuestro quehacer nos ayudará a pensar y repensar que no todo está dicho en Medicina apareciendo voces adversas para debatir y tal vez, cuestionar los fundamentos.

En relación a la medicina práctica nuestros médicos jóvenes escriben sobre las guardias, envejecimiento y efecto no deseado de medicamentos de uso habitual.

Finalizamos con una interesante demostración como desde nuestro trabajo diario se puede llevar un balance epidemiológico muy práctico. Además la publicación de los trabajos premiados en el curso Superior de Clínica Médica y una opinión destacada sobre nuestra universidad completan y enriquecen nuestra edición.

En definitiva tratamos de ser ecuanímes en la selección de artículos tratando de colmar las expectativas de la mayoría .Bienvenidas las sugerencias y por supuesto nuevos trabajos para continuar haciendo ciencia desde nuestro trabajo diario.

Comité editorial

LA SALUD Y LAS BUENAS PRACTICAS AGRICOLAS

Health and good agricultural practices

Dr. Arturo Serrano

Director Médico SAMCo Sto. Domingo (Ex Hospital Rural N° 24)
Dirección: B. López 263 - Santo Domingo
Tel: (3497) 498207
Email: arturo69serrano@gmail.com

Tratare de escribir, argumentos médicos y sanitarios, obtenidos de manera personal a través de asistencia de muchos pacientes afectados por este flagelo, sumado a la lectura crítica y participación de Congresos y Foros (1), que no concuerdan con los fundamentos del modelo de paquete agrotecnológico (semilla transgénica, agroquímicos, tecnología dependiente)

Premisa: **Las "Buenas Prácticas Agrícolas" (BPA) no existen como tal y son una falacia** porque al usar venenos - que son productos químicos destinados para matar-, el sentido común nos plantea una obviedad, que, al menos, afectaran la salud de todos los seres vivos.

Los fundamentos esbozados en el documento del grupo de trabajo interministerial, (ex Ministerios de Salud, Ciencia y Técnica, Agricultura y Medio Ambiente de la Nación), hecho público recientemente, que, si bien usan, palabras equilibradas y académicamente correctas no lo son desde una mirada humana, sanitaria, técnica y científica. Y la intención es refutar con fundamentos médicos, ese disfraz.

Los estudios epidemiológicos publicados son insuficientes y, con frecuencia, solo son de tipo transversal dado que son más baratos y no cuentan con el apoyo financiero para estudios de cohorte. Estos excluyen los elementos de la reproducción social en los macros y microcontextos aportando resultados poco aplicables a la determinación social que nos enseñaron Breilh, Samaja, y Castellanos.

El modelo científico hegemónicamente utilizado por las ciencias agrícolas y de la salud sigue su curso reduccionista, y las políticas engendradas por ellas ignoran la incertidumbre y la complejidad de los procesos involucrados en la interacción de esos objetos híbridos de naturaleza y cultura.

Al reducir el modelo de investigación a una linealidad de tipo causa-efecto, cuyos resultados solo benefician al capital monopólico, se producen injusticias ambientales que vulneran los derechos a la vida saludable y al ambiente salubre de las poblaciones. (12)

Porque afectan distintos sustratos o seres vivos

1. LA TIERRA, porque los AgroTóxicos (AT), que se emplean no son degradables, persisten indefinidamente en el tiempo (los Organoclorados (OC) están aún en la leche y verduras que consumimos y están en la sangre de las personas y se supone están prohibidos por Ley desde hace 28 años en nuestro país, aún están presentes en la leche de vaca y derivados que consumimos y obviamente esta en nuestros depósitos grasos (2). (3), (4)

2. DE LA BIOTA donde millones de microorganismos que preparan la escasa capa fértil de la tierra para que sea fecunda en los próximos cultivos, desaparecen por culpa de los AT utilizados, ni hablar del endurecimiento e impermeabilización que contribuye a las inundaciones y cambio climático (5), (6), (7)

3. DE LAS AGUAS donde la contaminación debido a la deriva, afecta a seres vivos (peces, plancton etc.) de tal manera que es inviable su existencia en ese medio contaminado y ni hablar de que nosotros al ingerir agua contaminada también nos enfermamos (8), (9), (10)

4. DEL AIRE donde la polución ambiental y contaminación con AT dan ambientes absolutamente tóxicos y que es uno de los medios que más traslada las partículas contaminantes, ocasionando enfermedades alérgicas, endocrinas, neoplásicas etc. (11), (12)

5. DE LA SALUD DE LOS SERES VIVOS de nuestro planeta donde basta recorrer cualquier campo y no encontrar la biodiversidad que estaba veinte años atrás (hoy no vemos liebres, cuisés, vizcachas, zorros, sapos, ranas etc. y las bandadas de pájaros que oscurecían los cielos no se encuentran más) y que entre ellos lograban un equilibrio sustentable. (13)

6. DEL EQUILIBRIO DE LA BIODIVERSIDAD Y CONTROL BIOLÓGICO, ciertos animales mantenían limitados a otros, por ejemplo, libélulas, batracios etc. limitaban el número de mosquitos y que si bien hace 25 años teníamos anopheles estos ni estaban infestados ni eran un problema sanitario como hoy que tenemos dengue, zika, chikungunya, fiebre amarilla etc. (14)

7. DE LA SALUD DE LAS PROTEÍNAS QUE INGERIMOS, todos los animales que crían y faenan para consumo tienen un sinnúmero de anabólicos, antibióticos, fungicidas etc. para paliar el medio en el que se criaran, pero esas sustancias las ingerimos

con la carne de esos animales y ... luego nos llama la atención de la resistencia a los antibióticos (pero si los ingerimos a diario en dosis mínimas, como no habríamos de incrementar la resistencia bacteriana) pero que en las pagina oficiales (INTA) solo dicen granos y no aparecen esas sustancias y que Bromatología tampoco las controla (15) (16)

8. DE LA SALUD DE LAS PERSONAS afectándolas y generando un sinnúmero de enfermedades que detallaremos más adelante.

O sea, **LOS AT SON UBICUOS** (17) Y que son **ABSOLUTA Y ROTUNDAMENTE INMANEJABLE** **ESAS PARTÍCULAS DE VENENOS**, la razón más obvia es que las partículas de AT no saben a donde tienen que ir.

Una parte del problema es la **NATURALIZACIÓN** del proceso como si fuese algo inocuo, pero sabemos desde Paracelso que en **Toxicología una sustancia lo es en razón de la dosis**; así la sustancia más pura en dosis inadecuada, es toxica y mortal. Veamos algunos ejemplos: el agua en demasiada cantidad nos da intoxicación hídrica; la sal en una dosis mayor a la necesaria nos genera hipernatremia y alteración hidroelectrolítica, el oxígeno en altas concentraciones provoca fibroplasia retrolental en los recién nacidos, o hiperoxia y causa la muerte, pero también esas sustancias consumidas de manera adecuada son **IMPRESINDIBLES PARA LA VIDA**.

¿Siguiendo ese razonamiento si sustancias nobles como el agua la sal y el aire pueden ser tóxicos y mortales, como no habrían de serlo las sustancias fabricadas para matar los seres vivos? Recordemos que la mayoría de los AgroTóxicos se idearon en conflictos bélicos y guerras para **EXTERMINAR SERES HUMANOS** en campos de concentración y, para diezmar poblaciones a una distancia a más de **CINCO KILÓMETROS**; luego se adecuaron o rediseñaron - en menores concentraciones - para matar insectos que limitan la producción agropecuaria.

¿Entonces, quien podría asegurar que esos venenos diseñados para **MATAR SERES HUMANOS** y seres vivos?, por alguna mágica razón no lo hagan.

Hay numerosos trabajos científicos que demuestran que la dispersión de las partículas en la deriva. Así la **deriva primaria**, es la que se produce al momento de la pulverización; la **deriva secundaria**, la que se genera en las horas siguientes a la aplicación; y la **deriva Terciaria** al desplazamiento

de plaguicidas y que si llegan a la Antártida o al Ártico -y creo que en esos lugares ni hay BPA ni se cultiva de manera intensa -al menos por ahora- (18). Esto tiene que ver con el tamaño de las partículas, me permito recordar a mis colegas que la tecnología que usamos para vehiculizar fármacos por aerosolización llegan a bronquiolos terminales y son muy efectivos en pacientes asmáticos, por lo tanto.... si esas partículas alcanzan lugares recónditos como no habrían de hacerlos los **AT**.

Quien nos asegurara que con estas BPA, redactadas en un escritorio de la gran ciudad, hayan tenido en cuenta todos los factores intervinientes en el proceso de aplicación donde, para citar unos pocos las Comunas de poblados chicos en el mejor de los casos archivan las recetas agronómicas, sin poder verificar que caldo de venenos y que **ATs** fueron vertidos y en que concentración (en muchas de ellas, el administrativo que archiva la receta, ni siquiera conoce la distancia del pueblo y mucho menos la toxicidad del AT, que si bien las bandas de colores son elementos gráficos adecuados, no lo son si no se conoce las reglamentaciones y leyes vigentes.

Había mencionado algo sobre los términos glosarios utilizados, pues otro problema es la instrucción sobre el tema y la **NATURALIZACIÓN** del hecho donde la exposición de los trabajadores rurales es de una intensidad tal, que trasladan los AT a su núcleo familiar directa o indirectamente trasladando también los efectos nocivos de los mismos. Y en las prácticas de trabajo además de la falta de elementos de protección, no pocas veces, soplan con la boca los picos obstruidos de los pulverizadores o mosquitos, creyéndose inmunes porque la naturalización de que son inocuos hacen que se envenenen a diario por desconocimiento de la toxicidad.

También en esa perversa e inescrupulosa práctica comercial de las empresas que producen y venden los AT, en complicidad con profesionales universitarios que lucran con la ignorancia de los que usan los mismos, utilizan un marketing de las palabras donde, por ejemplo, el termino disruptor - que es una mala palabra en medicina-, es usada maliciosamente. Dicho término actúa en los exquisitos mecanismos bioquímicos de la vida humana, afectando la funcionalidad endocrina; y median mecanismos de alteración de la replicación del ADN-ARN, dando malformaciones fetales y alteraciones genéticas y glandulares (hipotiroidismo, esterilidad, espermatopenia, disminución del desarrollo en la infancia y mayor vulnerabilidad infantil a contaminantes) cánceres de todo tipo, enfermedades neurológicas, alergias, etc.

Sin embargo, el marketing comercial llama **disruptores tecnológicos**, a procesos que suman al paquete tecnológico agropecuario herramientas que, vistas desde esa comunicación pareciera ser una palabra bondadosa mientras esconde otra perversa intencionalidad Marketing para confundir y darle un halo bondadoso a términos maliciosos.

Otro "**abuenamiento de palabras**" es **BUENAS PRACTICAS AGRÍCOLAS**, si tomamos literalmente, eso ¿significa que hasta ahora hacían malas prácticas?, eso sería reconocer públicamente una mala praxis. O es quizás tratar de decir ¿que serán buenas practicas, las actuales, utilizando venenos... con un poco más de cuidado? ...me llama mucho la atención, la utilización de estos términos con finalidad de renta y no de salubridad sanitaria.

Así las BPA ocupan un espacio, que debería ser **cuidadosamente custodiado, por la ciudadanía y democracia en pleno**, en cambio lo habitual por solo citar un ejemplo, es que los productores que no saben cómo deshacerse de los bidones de agroquímicos, los entierran o esconden en pozos de agua de los campos, contaminando de este modo napas freáticas de agua que luego consumimos - otro ejemplo de la ubicuidad de los **AT**. Por solo mencionar otro dato, (CASAFE publica en su web actual datos del 2011) hay informes que en 2017 se vendieron y vertieron 400.000.000 de litros de agroquímicas en Argentina, (19) si esos vienen en bidones plásticos de 25 litros son solo 16.000.000 de envases dando vuelta por nuestro querido país. De paso puestos un bidón al lado del otro llegaría a cubrir Argentina en su máximo ancho y largo. (de norte a sur 3.700Km y de este a oeste 1425, cubrirían unos 5.120 Km) Aunque recién ahora se están tratando de reutilizar en algunos lugares las empresas dicen que encarecen el costo del transporte de retorno a la fábrica. (algo así como las pilas que no sabemos a dónde descartar)

Soy médico rural de una población de 1800 habitantes, donde la **mortalidad por cáncer se incrementó desde 1991 al 2010 en un 350 por ciento** (20) y en la práctica profesional es totalmente frustrante e imposible dar consuelo a las víctimas -mientras lo padecen- y a las familias en estos procesos, estando tan habituados a estas aberraciones, que en estos momentos estamos esperando a ver a quien nos tocará esa terrible enfermedad o alguna otra complicación debido a los **AT**.

Y lamento desde mi humilde lugar que, **las Universidades no otorguen la importancia merecida a la toxicidad de los AT**, porque no dudo en decir

que la gran mayoría de mis colegas médicos desconocen el problema, y ni siquiera atinan a vincular muchas de las patologías de los pacientes que tienen frente de sí, con los **AT**; y no es casual -dado que para que el sistema del agro negocio, sea exitoso, depende de la ignorancia y complicidad de actores que, por ignorancia o deliberadamente, contribuyen a ocultar datos, estudios, a no hacer público información sensible y que cátedras como endocrinología, oncología, alergia etc no vinculen la etiopatogenia de enfermedades con los **AT** (fundamentalmente organoclorados **OC**, organofosforados **OF**, carbamatos **C**).

Además, hay un sinnúmero de informes técnicos del Ministerio de Salud de la Nación que mencionan -algunos solapadamente- sobre los **AT**. En los mismos no solo se vincula oficialmente la toxicidad, sino que algunos indirectamente actúan sobre el medio ambiente, así el informe técnico 1949/2016 menciona la preocupación del organismo y de la Organización Mundial de la Salud **OMS** (21) debido a las enfermedades causadas por cianobacterias, que aparecen por las altas concentraciones de fertilizantes, debido a la deriva caen los causes de lagunas y ríos con concentraciones altas de nitrógeno y fósforo usados como fertilizantes y que causan un sinnúmero de patologías, algunas **muy graves o mortales** y que la OMS le otorga la categoría de enfermedades emergentes.

Y qué decir del glifosato, (22- 23) no solo la OMS, sino algunas Universidades que se animan a decirlo, dan fe de la toxicidad y efectos teratógenos y de las mentiras marketinianas que enunciaran sus productores como inocuo: que se degradaba, que no contaminaba, que se podía beber y tantas otras atrocidades solo por la voracidad sin escrúpulos de productores y la inercia colaboracionista de gobiernos municipales, provinciales y el nacional nos han llevado a una situación calamitosa y preocupante (24).

Hay mucha información fidedigna, oficial y de entidades probas, que evidencian la toxicidad y recaudos de los **AT**. También contamos con Leyes como la General del Ambiente N° 25.675 (25), que cuida a la madre tierra y a todos los seres vivos de los explotadores intempestivos. Me llama poderosamente la atención que no se haga mención en este proyecto de las BPA del **PRINCIPIO PRECAUTORIO**. Digo, será un olvido casual, o intencional y deliberado por los escribas de este proyecto; porque es determinante y crucial tomarlo en cuenta y aplicarlo TAXATIVAMENTE, además de las generales de esa noble Ley- además ni menciona los demás principios.

Desde el punto de vista sanitario, **la lista de enfermedades vinculadas a los AT**, es innumerable, enfermedades tan variadas como cánceres, linfomas, leucemias, malformaciones fetales, Mutagénesis, abortos espontáneos, Esterilidad e Impotencia masculina, hipospadias, hipogonadismo, Reducción de la edad media y talla de crecimiento en pueblos fumigados por desnutrición y descenso de defensas naturales, depresión y Suicidios, Afecciones al sistema nervioso central y otras patologías neurológicas, Invalidez. Espina Bífida. Esclerosis Múltiple, Parkinson, Alzheimer, Lupus. Autoinmunitarias, Cloracné y otras afecciones cutáneas, Asma, alergias y otras afecciones respiratorias y pulmonares, Esterilidad e Impotencia masculina, Disrupción Hormonal y otros trastornos hormonales. Hipotiroidismo, Disminución del desarrollo en la infancia, Síndrome Febril prolongado sin foco, Mayor vulnerabilidad infantil a contaminantes, Anemia. Isquemia cerebral, muertes, etc son atribuibles a estos venenos. (26)

Hace muchos años que se intenta obtener leyes que regulen, modifiquen y actualicen las vigentes que data de más de 30 años y es sacada cuando recién aparecía el glifosato y se propone una distancia prudente de fumigación de los poblados y escuelas rurales, sacar gradualmente los silos de los ejidos urbanos y alternativas de **producciones agroecológicas** (SIN VENENOS) en esa franja perimetral (27). Los legisladores, (salvos honrosas excepciones) consideran más útil la producción y la gaita que la vida, por lo tanto, es la cuarta vez que pierde estado parlamentario. Así es como legislan para cuidar nuestra salud.

Creo Colegas lectores, que estamos en un momento importante para poder expresar nuestros argumentos en favor de la vida. **Mi intención es motivar** la lectura sobre este tema, porque tiene una alta influencia no solo en el medio rural, sino que los ciudadanos ciudadanos, también están expuestos a ingerir frutas y verduras con **AT** por encima de valores permitidos que el año próximo pasado (28) por una demanda de una ONG ambientalista el SENASA comunico los resultados de monitorización de mercados de Buenos Aires y La Plata donde la gran mayoría tiene más de 20 AT por encima de los valores permitidos (29). Y en nuestra región no es muy diferente, en el año 2017 el director del ASSAL en Santa Fe (30), menciono que más del 32% de verduras y frutas en igual situación, Y no creo que eso haya cambiado para bien (31)

Tenemos que ejercer el derecho de exigir a las autoridades gubernamentales que **NOS CUIDE LA SALUD a todos los ciudadanos**. Esta es una obviedad de perogrullo, pero que las políticas del gobierno apuntan a obtener recursos impositivos para hacer políticas públicas, (en realidad, otorga regalías a explotaciones mineras, agropecuarias, petroleras etc. todas tremendamente contaminantes y enfermantes) pero sería más lógico evitar impuestos porque lo recaudado no alcanza para afrontar las enfermedades que causa este modelo. Entonces, si las BPA no vienen con un paquete de medidas -no discursivas- sino explícitas y legales de aplicación, pasan a ser un paquete de medidas "distractivas y de marketing", para seguir con el extractivismo encarnizado, obscuro y despiadado que no solo enferma y contamina el presente sino también condena a nuestras generaciones futuras, a la correcta evolución de nuestra madre tierra y "**si no la defendemos y cuidamos como seres conscientes y racionales nos volverá en contra**" con empeoramiento del cambio climático, enfermedades emergentes y reemergentes vinculadas a la toxicidad de los AT, fertilizantes y herbicidas.

Referencias

1. <https://medicinarural.wordpress.com/proximo-foro-de-expertos-en-salud-rural-mar-del-plata-11-al-141017/declaracion-de-mar-del-plata/>
2. <http://www.redalyc.org/pdf/919/91925310.pdf>
3. https://www.researchgate.net/publication/316524598_Residuales_de_pesticidas_organoclorados_en_leche_de_vaca_Departamento_de_Cordoba
4. <http://www.redalyc.org/pdf/919/91925310.pdf>
5. <http://reduas.com.ar/los-efectos-del-glifosato-roundup-en-suelos-cultivos-y-consumidores-nuevas-enfermedades-en-maiz-soja-gn-y-animales-alimentados-con-ellas/>
6. https://inta.gob.ar/sites/default/files/script-tmp-aspectos_ambientales_del_uso_de_glifosato__version_pa.pdf
7. https://www.ecoportal.net/temas-especiales/contaminacion/los_efectos_del_glifosato_roundup_r_en_los_suelos_los_cultivos_y_los_consumidores/

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:
www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones

Síndrome de Wunderlich

Presentación de casos

Dr. Giudice Diego, Médico Concurrente 5 año Servicio Cirugía General y Mixta Hospital J. M. Cullen.

Dra. Gignone Antonella, Jefa de Residentes. Servicio Cirugía General y Mixta Hospital J. M. Cullen.

Dr. Moulin Luis, Instructor de Residentes. Servicio Cirugía General y Mixta Hospital J. M. Cullen.

Dr. Francia Héctor, Médico Cirujano. MAAC. Jefe Servicio Cirugía General y Mixta Hospital J. M. Cullen.

Resumen

El Síndrome de Wunderlich es un cuadro clínico que se presenta con dolor lumbar intenso, masa palpable en flanco e inestabilidad hemodinámica, caracterizado por la presencia de hemorragia perirrenal espontánea, no traumática. Siendo sus posibles causas etiológicas enfermedades vasculares, tumores benignos, malignos y la ruptura espontánea de quistes renales por enfermedad quística adquirida en pacientes con hemodiálisis como en los casos presentados.

Tanto la ecografía y la tomografía demuestra imágenes características de los hematomas subcapsulares y perirrenales, lo que nos permite llegar a un diagnóstico certero de esta causa infrecuente de abdomen agudo.

Abstract:

Wunderlich syndrome is a clinical presenting with severe back pain, palpable mass in flank and hemodynamic instability, characterized by the presence of spontaneous perirenal hemorrhage, nontraumatic. Possible etiologies being vascular disease, benign, malignant and other causes and spontaneous rupture of renal cysts by acquired cystic disease in hemodialysis patients as in the cases presented. Both ultrasound and CT images demonstrate characteristics of subcapsular and perirenal hematomas, allowing us to reach an accurate diagnosis of this rare cause of acute abdomen.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia renal espontánea, o síndrome de Wunderlich, es una afección de presentación rara que, dada la situación urgente y a veces, vital que plantea.

El primer reporte de ruptura espontánea del parénquima renal fue descrito en 1700 por Bonet. Wunderlich en 1856 describió un síndrome caracterizado por hemorragia perirrenal espontánea de localización intra, perirrenal o subcapsular.

La clínica es insidiosa, dolor lumbar intenso de inicio súbito, masa palpable y shock.

El diagnóstico se realiza, por técnicas imagenológicas.

El angiomiolipoma es el tumor más frecuente. Su localización es renal, con una incidencia en la población general de 0,1% a 0,3%.

OBJETIVO:

Determinar las características diferenciales y las formas de presentación del Síndrome.

Hacer una búsqueda bibliográfica sobre la patología.

DISEÑO:

Estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos

MATERIALES Y METODOS:

Se analizaron las historias clínicas.

RESULTADOS:

Caso 1

Paciente femenina de 80 años, sin hábitos tóxicos, hipertensa, hipotiroidea ingresa al servicio de neurotoxicología por cuadro de 4-6 semanas de evolución caracterizado por parestesias en manos y pies, que progresa con inestabilidad en la marcha, debilidad proximal en miembros, con electro-miografía compatible con PNP sensitivo - motriz subaguda desmielinizante (Guillen Barre).

A las 96hs de su internación comienza con cuadro de hipotensión arterial, caída de su hematocrito, alteración en la función renal y requerimientos de inotrópicos, por lo que ingresa a unidad de cuidados intensivos.

Examen Físico: FC 110 l/m. FR: 18 r/m TA: 140/70. SatO2: 95%. Conjuntivas semihumedas.

Se realiza tomografía axial computada sin contraste por insuficiencia renal aguda.

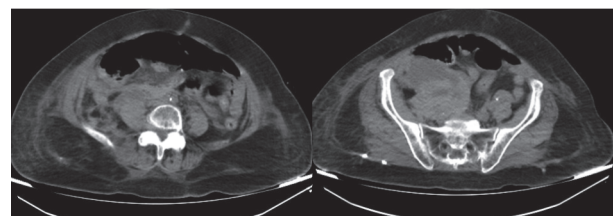


Fig 1: hematoma retroperitoneal

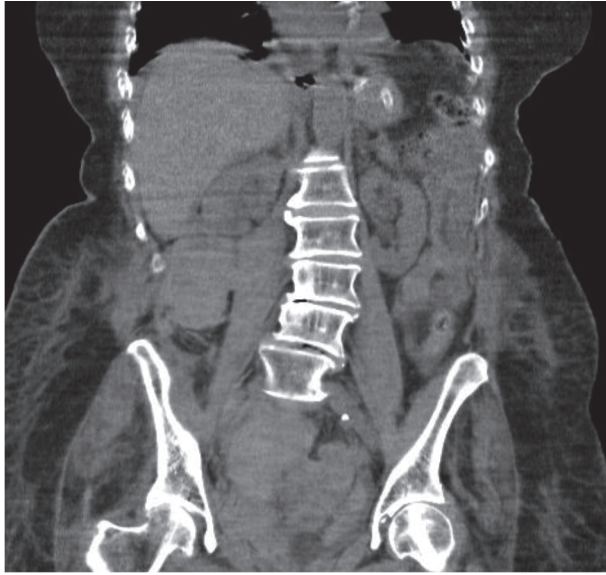


Fig 2: tumoración retroperitoneal infrarenal.

Se decide la conducta quirúrgica de urgencia por inestabilidad hemodinámica y descenso brusco del hematocrito realizando laparotomía exploradora, evacuación de hematoma retroperitoneal, control de hemostasia, lavado y drenaje de cavidad.



Fig 4: hematoma retroperitoneal

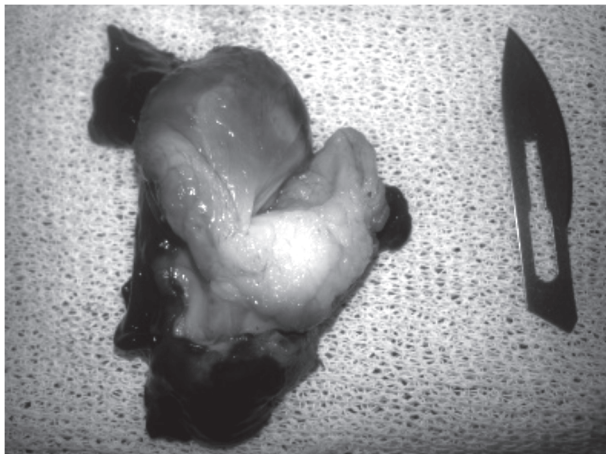


Fig 5: grasa retroperitoneal comprometida con áreas de necrosis.

La paciente se recuperó por 48hs en unidad de cuidados intensivos y recibió el alta al cabo de 3 semanas.

Anatomía patológica: tejido fibroadiposo maduro vascularizado que presenta extensos focos de hemorragia reciente. Coagulo fibrino hemático adherido a tejido adiposo maduro.

Caso 2:

Paciente de 55 años obeso con antecedentes de diabetes, hipertensión ingresa a la guardia por dolor abdominal difuso localizado en epigastrio, flanco e hipocondrio derecho, irradiado a espalda de 24 hs de evolución, acompañada de náuseas y vómitos.

Examen físico: Fc: 130 TA: 140/80 FR: 16 T°: 36,5, conjuntivas blancas, palidez y sudoración, abdomen distendido, depresible, doloroso a la palpación profunda con reacción peritoneal en hipocondrio derecho y fosa iliaca derecha asociado a leve tumoración a nivel de hemiabdomen izquierdo.

Se realiza Tomografía Axial computada con contraste Endovenoso

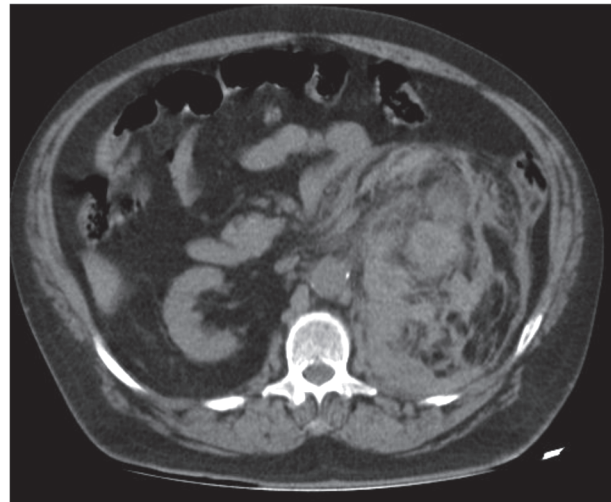
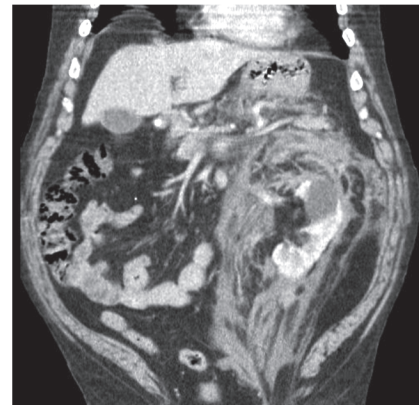


Fig 6: hematoma retroperitoneal con compromiso de la grasa adyacente



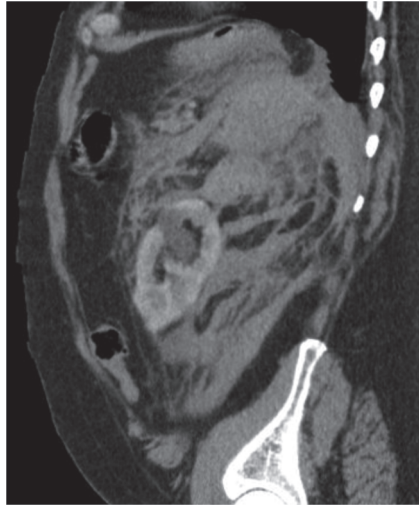


Fig 7: hematoma retroperitoneal, compromiso renal izquierdo donde impresionan áreas de necrosis y compromiso de la grasa

Se decide conducta quirúrgica de urgencia por inestabilidad hemodinámica, signos de shock hipovolémicos, realizando laparotomía exploradora, nefrectomía izquierda, drenaje de retroperitoneo y lavado de cavidad.

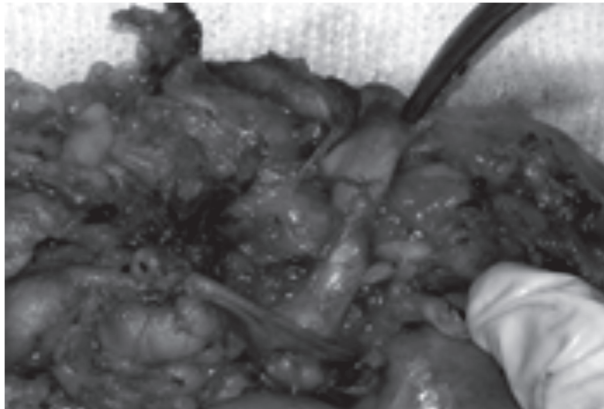


Fig 9: pieza de nefrectomía izquierda

El paciente fallece en el post operatorio inmediato.

Anatomía patológica: nefritis crónica túbulo intersticial. Múltiples focos de micro hemorragia subcapsulares. Múltiples focos de microhemorragia intraparenquimatosa reciente y antigua.

DISCUSIÓN

El hematoma retroperitoneal y el angiomiolipoma es una entidad clínica infrecuente y puede adquirir las formas de presentación más variadas, que van desde una lumbalgia inespecífica hasta un dramático cuadro de shock hipovolémico, pasando por el abdomen agudo quirúrgico.

La etiología de este síndrome es variada y en más de la mitad de las ocasiones corresponde a una enfermedad tumoral.

La sospecha diagnóstica debe aparecer en todo cuadro de intenso dolor lumbar con alteración hemodinámica.

La clínica está influenciada por el volumen y la velocidad de la hemorragia, y puede aparecer con dolor, náuseas y vómitos, febrícula o equimosis escrotal. Sólo en 20% de los casos se presenta en toda su expresión, denominada tríada de *Lenk*, que consiste en dolor intenso en el flanco de aparición súbita, masa palpable, y signos y síntomas de choque hipovolémico.

El diagnóstico es difícil; se basa en la clínica y las exploraciones complementarias, como ecografía, tomografía computadorizada (TC) y arteriografía.

Según la situación clínica del paciente, en principio, el tratamiento es conservador para obtener un diagnóstico etiológico pre operatorio que permita la elaboración de una estrategia terapéutica orientada. En ocasiones se hace necesaria una intervención quirúrgica urgente, con nefrectomía, que se asocia a una alta morbimortalidad.

CONCLUSIÓN

El síndrome de Wunderlich es un cuadro infrecuente, muchas veces no sospechado sin la realización de estudios de diagnóstico por imágenes.

Lo más aconsejable es valorar de forma interdisciplinaria la conducta ante cada paciente, teniendo en cuenta las limitaciones que nos puede traer el medio donde trabajamos.

El manejo es mantener una conducta conservadora de inicio y sólo se reserva el tratamiento quirúrgico en caso de descompensación hemodinámica.

BIBLIOGRAFÍA

1-Wunderlich RA. Handbuch der pathologie und therapie. Ebnert und Seubert. Stuttgart, 1856.

2-Kendall AR, Senay BA, Coll ME. Spontaneous subcapsular renal hemartoma: diagnosis and management. J Urol 1988;139:246-50.

3-Kawashima A, Sandler CM, Ernst RD, Tamm EP, Goldman SM, Fishman EK. CT evaluation of renovascular disease. Radiographics 2000;20:1321-40.

4-Belville JS, Morgentaler A, Loughlin KJ. Spontaneous perinephic and subcapsular hemorrhage: evaluation with TAC, US, and angiography. Radiology 1989;172:733.

5-Soulen MC, Faykus MH, Jr, Slansky-Goldberg RD, Wein AJ, Cope C. Elective embolization for prevention of hemorrhage from renal angiomyolipomas. J Vasc Interv Radiol 1994;5:587-91.

6-Fernández Rodríguez A, Picurelli Oltra L, Sendra Torres A, Fernández Raro J, Alcalá-Santaella C, Baixauli Martínez JM. Evaluación clínica y tratamiento de la hemorragia perirrenal espontánea. Arch Esp Urol 1996;49:119-22.

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:

www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones



MASAS PLACENTARIAS

Placental masses

Autores:

Dra. Gabriela Marsengo (gaby.marsengo@hotmail.com)

Dra. Flavia Rodaro

Dra. Parra María Emilia

Dr. Kurganoff Mario

Residencia de Ginecología y Obstetricia de Clínica Parra Bv
Pres. Julio A. Roca y 25 de Mayo - S2300 - Rafaela (Sta Fe)

Resumen:

Paciente de 28 años G1C1, cursa embarazo de 32 semanas ingresa al servicio por amenaza de parto prematuro. Presenta en la ecografía de control durante la internación una masa placentaria a predominio solido de 61 x 50mm que podría corresponder a hemangioma placentario. A propósito de este caso decidimos revisar la bibliografía de masa placentarias que tienen una baja incidencia pero al presentarse durante el embarazo pueden causar graves complicaciones para el feto y la madre.

Introducción:

El desarrollo de masas ocupantes de espacio intraplacentario, tiene baja incidencia.

Sin embargo generan complicaciones en el embarazo, pudiendo manifestarse de diferente manera según su origen. Por lo que el diagnóstico oportuno, es fundamental para brindar la mejor atención tanto materna como fetal. Las masas placentarias pueden clasificarse según su origen en **Trofoblástica**: entre ellas: Mola Hidatiforme (Completa-Parcial-Invasora), Coriocarcinoma, Tumor trofoblástico del sitio placentario y **No trofoblástica**: clasificadas en Neoplasias Primarias y Secundarias. Entre las primeras: Corioangioma Placentario, Teratoma de la placenta, Leiomioma, Adenoma Hepatocelular, Tumor del Saco Vitelino. Y en un segundo grupo las Metástasis Placentarias, Maternas y Fetales.

Cuadro Clínico:

Paciente de 28 años G2 C1 cursa embarazo de 32 semanas y consulta por amenaza de parto prematuro. Siendo un embarazo con un control prenatal inadecuado. Examen físico: MAF +, FCF 140 lat. /min, Dinámica uterina dos contracciones de 20 segundos en 10 minutos. Tacto: cuello posterior blando OCI cerrado. TA 130 /70 y T° 36,5. Se realiza uteroinhibición con Isoxuprina EV, maduración pulmonar. Se realiza laboratorio, urocultivo y ecografía obstétrica.

La cual informa masa mixta de predominio solido con vascularización centrípeta de 61 x 50mm. Localizada en el espesor de la placenta. Se indica alta médica con buena evolución.

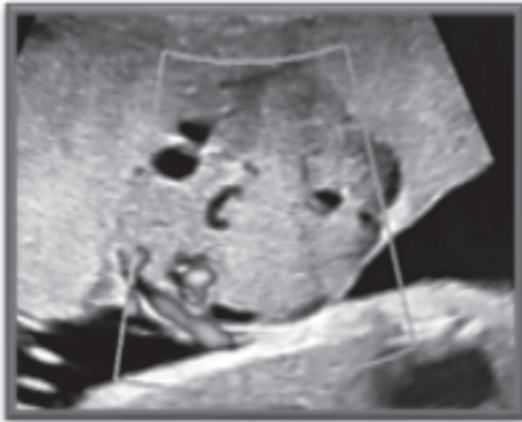
A las 34 semanas ingresa en trabajo de parto con cefalea. Examen físico: FCF 144lat/min, Dinámica 2 contracciones de 30 segundos en 10 minutos. Tacto: cuello borrado 90%, permeable, TA: 160/100.

Se administra sulfato de magnesio y labetalol. Se realiza ecografía que informa: Biometría para 34 semanas peso 2200 grs. Oligoamnios leve y masa placentaria que podría corresponder a hemangioma. Se realiza cesárea por falta de respuesta al tratamiento médico. Luego de regularizar la TA y con un postoperatorio saludable se decide alta. El recién nacido paso a neonatología el momento de la cesárea por prematuridad con buena evolución.

La placenta se envió a anatomía patológica que informa en cara fetal lesión de aspecto tumoral de 6x5x3,5 cm. Lesión tumoral, proliferación benigna de capilares sanguíneos, sin atipia, aéreas de necrosis y calcificación. Diagnóstico anatomopatológico: placenta con hipo perfusión crónica y cori angioma de 6cm.

Imágenes:





Comentario:

El Coriangioma es la neoplasia benigna más frecuente de la placenta (1%), los de más de 5cm se asocian con complicaciones, tales como: hipertensión, cardiomegalia, hidrops fetal, trombocitopenia, amenaza de parto prematuro, preeclampsia y placenta acreta. Estas complicaciones se asocian a una mortalidad fetal del 30%.

Bibliografía:

1- E.Gratacós, R. Gómez, K. Nicolaidis. Medicina fetal. Panamericana. 2007.

2- Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Elsevier Masson. Quinta edición. 2009. Cap 19. pag 721-757.

3- Corioangioma placentario gigante. Reporte de caso.- Marta Rondón-Tapia 1,a, Eduardo Reyna-Villasmil 1,b, Duly Torres-Cepeda 1,b.

4- REPORTE DE CASO: Corioangioma placentario gigante (Giant placentar corioangioma) Servicio de Obstetricia y Ginecología - Maternidad "Dr. Nerio Belloso" Hospital Central "Dr. Urquinaona". 2 Consultor Editorial y de Investigación. Fed. Latin. Asoc. Med. Perinat. Maracaibo, Estado Zulia. Venezuela/ Ecuador (Fecha de recepción: 16 de enero del 2016 - Fecha de aceptación: 11 de mayo del 2016)

5- Caso clínico: Diagnóstico ecográfico del corioangioma placentario- Placentar chorangioma: prenatal ultrasound diagnostic - Domingo, I.; Coronado, P.; Costales Badillo, C. A.; Rincón, J.; Montalvo, J.; Cristobal, I.; Furió, V. ; Fasero, M. y Escudero, M.- Departamento de Ginecología y Obstetricia. * Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Clínico San Carlos.- Universidad Complutense de Madrid.

6- Cunningham F, Mac Donald P, Gant N. Enfermedades y anomalías de la placenta. En Obstetricia 4ª ed (Williams). Masson;1996. p.746-7

7- Ronald R, Townsend MD. Ultrasound evaluation of the placenta and umbilical cord. Ultrasonography in obstetric and gynecology (Callen) 3ª ed. WB Saunders Company 994. p. 456-8.

8- O Malley BP, Toi A, Desa DJ, Williams GL. Ultrasound appearances of placental choriangioma. Radiology 1981; 138:159.

9- Sprit BP, Gordon L, Cohen WN, Yambao T. Antenatal diagnosis of Choriangioma Radiology 1998;38:159.

10- Walter PR, Philippe E. Examen du placenta. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Obstetrique 1995;9:5-070-C-20.

11- Enríquez R, Escalona J, Oyarzun E. Coriangioma placentario complicado: causa infrecuente de parto prematuro. Rev Chil Obstet Gynecol 1994;59:390-2.

12- Willard DA, Moeschler JB. Placental chorioangioma: A rare cause of elevated amniotic fluid alpha-fetoprotein. Ultrasound - Med 1986;5:221.

13- Johnson VP. Rare causes of elevated maternal serum alpha-fetoprotein. A report of three cases. J Reprod Med 1992;37:93-6.

14- Schnitger A, Liedgren S, Radberg C, Johansson SG, Kjessler B. Raised maternal serum and amniotic fluid alpha-fetoprotein levels associated with a placental haemangioma. Case report. Br J Obstet Gynaecol 1980;87:824-6.

15- Rodan BA, Bean WJ. Chorioangioma of the placenta causing intrauterine fetal demise. J Ultrasound Med 1983; 2:95.

16- Sharon L, Dorman D, Michael S, Cardwell. Ballantyne syndrome caused by a large placental chorioangioma. Am J Obstet Gynecol 1975;5:1632-3.

17- De la Fuente L, Cristóbal I, Montalvo J, Jimeno JM, Furio V, Martínez-Ten P, Escudero M. Coriangioma Placentario. Diagnóstico Prenatal: a propósito de un caso. Prog Obstet - Ginecol 1998;41:359-63.

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:
www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones

EVEA

Entorno Virtual Educativo de Aprendizaje

Educación Médica Continua 2019

**Lectura de artículos y visionado de videos
Resolución de un cuestionario relacionado
Otorga puntaje para recertificación
Actividad gratuita**



COLEGIO DE MEDICOS
1ra Circunscripción - Santa Fe
www.colmedicosantafe1.org.ar



PENSAR DISTINTO PUEDE SIGNIFICAR UN SUICIDIO PROFESIONAL

Think different can mean a professional suicide

Autor: **Prof. Dr. Luis del Río Diez***

* Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Dirección General de Promoción y Protección de la Salud, ámbito del I.A.P.O.S., para la Formulación de Programas, Protocolos y tareas de Normalización.

Dirección: Francisco Miguens 200. Teléfono: 0800 444 4276

Contacto: Correo electrónico: drdl@intramed.net

Resumen:

La medicina actual, la alopática, la convencional u occidental, no cabe duda alguna que pese a las innumerables pruebas, evidencias científicas, hechos, datos, información y conocimientos publicados, no tiene intención alguna de perder su reinado, hegemonía, carácter egoísta, arrogante, narcisista, y ególatra. Y si bien son términos muy duros y fuertes, también lo son los intereses que de todo tipo, siguen sustentando paradigmas y dogmas que ya no pueden seguir manteniéndose en el lugar que ocupan.

La Epigenética, la Física Cuántica, la Neurocardiología, la Nueva Medicina Germánica, el Poder de la Intención, de los Pensamientos, de la Visualización Creativa, el trabajo con la Energía, la Información y la Consciencia en todas sus formas, los aportes de las Medicinas Tradicionales, y podría seguir añadiendo más nombres a esta lista, creo que alcanzan para demostrar que "algo" tiene que cambiar, que "algo" no está bien así como está. Que una nueva manera de ver el proceso salud-enfermedad, la medicina y todo lo que pueda complementarla, es totalmente necesario.

Pero es de tal magnitud, tan fuerte y hegemónico el poder y el peso que la visión actual de la medicina tiene, que aquellos que se animan a pensar distinto, corren un serio riesgo y es el de **suicidarse profesionalmente**.

Palabras clave:

Alopatía, Medicinas Complementarias, Paradigmas médicos, Dogmas en medicina

Desarrollo:

Seguramente todos habremos leído la frase que aparece en el Google Scholar que en idioma inglés dice: "Stand on the shoulders of giants" y que en su versión en castellano, en el Google Académico, fue traducida como "A hombros de gigantes". Por si alguno no la recuerda les muestro una captura de pantalla en la Imagen N° 1

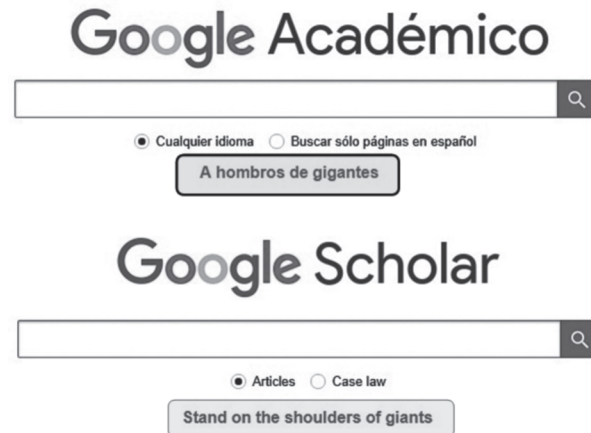


Imagen N° 1

La frase está tomada de una carta que Isaac Newton enviara a Robert Hooke, en la que hacía mención a sus tres mentores: Nicolás Copérnico, Galileo Galilei y Johannes Kepler. La frase completa dice: "Si he visto más lejos es porque estoy sentado sobre los hombros de gigantes".

Ahora bien, alguna vez nos preguntamos de que gigantes fueron los hombros sobre los que nos hemos apoyado y nos apoyamos para ver más allá, más lejos?

La Dra. Ana María Oliva se pregunta si es posible una medicina basada en la energía y trata de sentar las bases "científicas" de una medicina cuántica y energética. Pero inevitablemente pensar en una medicina de ese tipo nos obliga a introducirnos en conceptos como los de Materia, Energía, Información, Vibración, Campo, Coherencia, Consciencia, entre otros. Y no fueron pocos los científicos, investigadores y académicos, los que se animaron a hacerlo, y al hacerlo, a "salirse" de los dogmas y paradigmas imperantes. Todos ellos eran reconocidos científicos y solo mencionaré alguno de ellos y su/s descubrimiento/s más importante, a los fines que se comprenda la lógica de este artículo.

HAROLD SAXTON BURR: Catedrático de Facultad de Medicina de la Universidad de Yale, descubrió que todos los seres vivos, están moldeados y controlados por campos electrodinámicos, que se pueden medir y mapear con voltímetros estándar. Llamó a estos, como los "campos de la vida", o "Campos L" (de Life) y son los planos básicos de toda la vida en este planeta. Teoría electrodinámica de la vida.

HERBERT FRÖHLICH: Destacado físico que trabajó sobre la emisión de ondas, que cada célula, cada organismo, realiza en distinta frecuencia y vibración. Estableció el concepto de Coherencia Biológica, cuando las emisiones lo hacen en forma coherente, permitiendo una comunicación intra e intercelular, a través de radiaciones electro magnéticas. "Cada célula tiene su frecuencia de resonancia propia".

KONSTANTIN MEYL: Trabajó en ingeniería eléctrica y física de campo. Sus estudios sobre los vórtices en la teoría electromagnética, y específicamente corrigiendo el trabajo de Tesla fueron reconocidos internacionalmente.

NIKOLA TESLA: Tal vez una de las mentes más brillantes de la humanidad. Lamentablemente le tocó convivir y disputar con T. A. Edison y la compañía Westinghouse. Sus aportes sobre LA ENERGÍA, aún hoy están siendo descubiertos y valorados.

FRITZ-ALBERT POPP: Sentó las bases científicas de que somos y emitimos energía y que esta energía es el reflejo de nuestro estado físico y mental. Descubridor de la COMUNICACIÓN CELULAR. Manifestó que las ondas magnéticas sostienen la vida, expresan el diálogo de las células entre sí (transferencia de información), siendo fundamentales para el sostenimiento de la salud. Actualmente es el referente en la investigación de los BIOFOTONES.

JACQUES BENVENISTE: Médico, bioquímico e inmunólogo francés, codescubridor del factor activador de plaquetas. En 1988 Benveniste publicó un artículo en la prestigiosa revista científica Nature, en el que exponía una serie de experimentos sobre desgranulación de basófilos disparada por anticuerpos Ig E muy diluidos, similar al principio de la homeopatía. En las altas diluciones de Benveniste, al ser tan altas, no quedaba ninguna molécula de los anticuerpos originales, por lo cual concluyó que la configuración de las moléculas en el agua era activa biológicamente.

Se habló entonces de la "memoria del agua" para esa hipótesis. Afirmó que "El agua podía almacenar información". En los años 90 Benveniste también afirmó que esa "memoria" podía ser digitalizada, transmitida y reintroducida en otra muestra de agua, de forma que contendría las mismas cualidades que la primera muestra.

Sostuvo que "Es posible transferir señales moleculares específicas, simplemente usando un amplificador y ondas electromagnéticas".

Afirmó que cada molécula del universo tiene una frecuencia única y el lenguaje es una onda resonante.

GARY SELDEN: Coautor con Robert Becker del libro El cuerpo eléctrico. "The Body Electric". En sus estudios se exploran nuevas vías en nuestra comprensión de la evolución, la acupuntura, los fenómenos psíquicos y la curación.

ROBERT O. BECKER: Cirujano ortopedista norteamericano, pionero en el campo de la regeneración y el bioelectromagnetismo, exponiendo la relación con las corrientes eléctricas en los seres vivos y desafiando la comprensión mecánica establecida del cuerpo. Habló del "Sistema de Control Peri-neural y de la corriente de lesión" y como este sistema controla los mecanismos de reparación, siendo sensible a los campos magnéticos.

Encontró pistas sobre el proceso de curación en la teoría largamente descartada de que la electricidad es vital para la vida. Informó sobre su éxito usando electrodos de plata, en la regeneración ósea mediante la electricidad y afirmó: "Que los electrodos de plata, cuando se hacen eléctricamente positivos, matan a todos los tipos de bacterias en una zona aproximada a los 13 mm de diámetro, al parecer debido a la carga positiva de iones de plata impulsada por el voltaje aplicado". Este descubrimiento borraría la posibilidad de resistencias bacterianas a los Antibióticos.

LIONEL GOODMAN Y VOJISLAVA POPHRISTIC: Mostraron en un artículo publicado en un número de la revista Nature en el 2001, que la hiperconjugación, un efecto mecánico cuántico que implica la transferencia de electrones de un orbital ocupado a un orbital desocupado, hace que el etano adopte su conformación preferida.

CANDACE PERT: Farmacóloga de prestigio internacional. Descubridora del receptor opiáceo en 1973, punto de partida a una sucesión de hallazgos de otros receptores y sus neurotransmisores, con el consiguiente impacto en el conocimiento de las bases químicas del funcionamiento del cerebro, los neurotransmisores y las endorfinas. Pert llegó a asegurar que: "La mayoría de los psicólogos tratan la mente como separada del cuerpo, un fenómeno con apenas conexión con el cuerpo físico. Inversamente, los médicos tratan al cuerpo como desvinculado de la mente y las emociones. Pero el cuerpo y la mente no están separados y no podemos tratar ni entender a uno sin el otro. Investigaciones científicas están demostrando que

LA ENERGÍA, LA INFORMACIÓN, LA MATERIA, LA VIBRACIÓN, LA COHERENCIA, LA FRECUENCIA, EL CAMPO Y LA CONSCIENCIA. Y tal vez se pregunten ¿Como les fue? Pues mal. Muy mal. Fueron denostados y criticados duramente, algunos cuestionados en la legitimidad de sus estudios y los que aun viven, no son reconocidos científicamente y son tildados de hacer Pseudociencia. Parafraseando a la Dra. Oliva: "**Ser revolucionarios en la ciencia actual es coquetear con el suicidio profesional**".

Y es aquí en donde retomo la frase original "A hombros de gigantes", pues es gracias a esos gigantes que se atrevieron en muchos casos a "suicidarse" e "inmolarse" profesionalmente, que la ciencia avanzó y hoy estamos pudiendo cuestionar muchas cosas.

Como bien lo expresa el Dr. Claudio Mendez Brieres en su conferencia sobre "Medicinas Complementarias" dictada en el marco del XLVIII Congreso Chileno de Pediatría, Viña del Mar año 2008, al hacer referencia a los aportes de Ken Wilber y su clasificación de las visiones del mundo según la forma en que se obtiene el conocimiento.

Para Wilber hay dos maneras de obtenerlo. O lo es en forma implícita o lo es explícita. Mendez remarca que mientras la Medicina Alopática, Convencional, Occidental o Moderna, se enmarca dentro de una visión principalmente explícita, destacando su carácter objetivo y materialista, por el otro lado, las visiones de las medicinas denominadas genéricamente como complementarias, se hallan dentro del mundo y de la visión de lo implícito, es decir, de lo que no es visible a los sentidos.

Llegado a este punto, y en vista de que todos los investigadores citados han trabajado sobre áreas de mucho interés, no siempre correctamente comprendidas, interpreto que se hace necesario detenerme a tratar de explicar, cosa no siempre fácil, a que nos referimos cuando hablamos de **ENERGÍA, MATERIA, INFORMACIÓN, VIBRACIÓN, FRECUENCIA, COHERENCIA, CAMPO Y SOBRETUDO DE "CONSCIENCIA"**, pero aclarando que intentar definirlos por separado es simplemente una manera de poder comprenderlos, siendo cada uno de estos "niveles", completamente necesarios y que deben estar integrados, pues sería un error desintegrarlos o bien querer interpretarlos por separado.

MATERIA:

Si tratamos de conceptualizar a la materia desde la concepción del cuerpo humano, pues no será más

que un conjunto de órganos, aparatos y sistemas. La MATERIA pues, quedará reducida a una mirada puramente biologicista, mecanicista y materialista, que va desde lo más pequeño <la célula>, los tejidos y los órganos formando aparatos y sistemas, que funcionan separadamente. El arreglo del mal funcionamiento de esta "maquinaria" es el objetivo de la medicina convencional, occidental o alopática y se vale para ello de drogas, medicinas, químicos, sintéticos o bien de métodos quirúrgicos (Resecciones, ablaciones, implantes).

ENERGÍA:

Abstrayéndonos de una definición eminentemente física, en su concepción más amplia, incluye las distintas formas de denominarla en distintas culturas, terapias y pueblos. Aparecen así el Prana, el KI, el Chi, los Nadis, los Chacras primarios, los Chacras secundarios, los Puntos de acupuntura, el Cuerpo o Campo Etérico, la Energía Vital y otras más. Y entonces, así como la Alopátia usaba drogas o métodos quirúrgicos para operativizar y tratar la materia, la ENERGÍA concebida de esta manera es tratada de formas diferentes según cada pueblo, medicina "Tradicional" o terapia a la que nos refiramos. En este sentido veremos el uso de los Meridianos y puntos de Acupuntura de La Medicina Tradicional China, el KI del Reiki o Energía Universal, en las distintas variantes de esta técnica.

La utilización del Prana para la Sanación Pránica, respiración Pránica o diferentes terapias bioenergéticas, que trabajan principalmente sobre el cuerpo o campo Etérico de cada ser humano. Dentro de estas últimas se ubica la Medicina Manual Etérica.

INFORMACIÓN:

Si hiciéramos una analogía con una computadora, podríamos asemejar a la información, como el "Software" que le permite funcionar. El sistema operativo que hace que todo lo otro, lo "duro", el "hardware" se mueva, funcione, operativice. Es este software el que permite que los programas cambien, muden, se actualicen, se modulen, se adapten. En palabras del Dr. Carvajal, son programas que pueden modificar el disco rígido de la biología. Es lo que le permite a la Epigenética, cambiar la expresión de los genes, sin alterar su estructura básica.

CAMPO:

Se podría decir que es un "Factor organizador del espacio, en el seno del cual se llevan adelante ciertas reacciones que somos capaces de percibir".

Lo que se quiere destacar es que el campo es esencialmente **EL VINCULO, UN MENSAJERO**

ENTRE CADA UNO Y TODOS LOS SERES VIBRACIONALES Y EL UNIVERSO. Si bien podríamos ampliar la visión de este concepto a través de la teoría de Campo Mórfico o Morfogénico y la hipótesis de Resonancia Armónica de Rupert Sheldrake o el concepto de Matrix, Lattice y Campo Neuronal de Jacobo Grinberg Zylberbaun con su teoría Sintérgica.

VIBRACIÓN:

Todo, todo, absolutamente todo "VIBRA", aunque no lo notemos, no lo veamos, no seamos capaces de percibirlo, pero todo está en continua vibración, a una determinada LONGITUD DE ONDA y a una determinada FRECUENCIA.

Somos seres humanos vibratorios y cada uno de nosotros tiene una FRECUENCIA VIBRATORIA ÚNICA. Tanto nuestros cuerpos inferiores como los más sutiles están en sintonía con las ondas de energía que irradia nuestro corazón y estas ondas interactúan con los diferentes órganos y sistemas del cuerpo denso, cada uno de los cuales posee codificadas su actividad vibratoria. Luego, difunden la información sincronizando así las actividades y procesos que se realizan en nuestro organismo.

Se ha comprobado desde el HeartMath® Institute, que las emociones positivas crean un ritmo vibratorio coherente y suave del corazón y que el patrón de latido rítmico del corazón cambia continuamente de acuerdo con las emociones que experimentamos. Así las emociones negativas como el miedo, la envidia o la ira crean un patrón incoherente y desordenado en el ritmo vibratorio del corazón. En el otro extremo, las emociones positivas como el amor, la gratitud, el aprecio o la felicidad crean un ritmo vibratorio coherente y suave del corazón.

Por lo cual, dado que el campo electromagnético del corazón se comunica con todas las estructuras de nuestro cuerpo, cada emoción que experimentamos influirá directamente en la vibración de todo nuestro cuerpo.

Pero volviendo al corazón, podemos ver que los pensamientos y sentimientos negativos y positivos tienen un impacto directo en el ritmo vibratorio de nuestros órganos y por ende en nuestra salud.

Precisamente el Director de Investigación del HeartMath, Rollin McCraty, Ph. D, asegura que:

"Las emociones positivas sostenidas parecen dar lugar a un modo distinto de funcionamiento del corazón", al cual han denominado COHERENCIA CARDÍACA. Agrega McCraty que "Durante este estado, los ritmos cardíacos exhiben un patrón similar a ondas sinusoidales y EL CAMPO ELEC-

TROMAGNÉTICO DEL CORAZÓN se vuelve correspondientemente más organizado".

COHERENCIA:

Se refiere a la similitud en la organización de las partes de un todo. Mientras mayor coherencia posea una organización, más similares serán sus partes. Si retomamos los estudios del HeartMath® Institute y definición de COHERENCIA CARDÍACA, volvemos a ver como la frecuencia vibratoria cardíaca y su interrelación con el cerebro jugaran un papel fundamental, en el proceso de sanación.

CONSCIENCIA:

Si bien hay muchas formas y visiones de cómo concebir a la consciencia, en lo personal creo que unas buenas definiciones podrían ser: "Conocimiento reflexivo de las cosas", "Capacidad del ser humano de reconocer la realidad circundante y relacionarse con ella", "Conocimiento que el ser humano tiene de si mismo, de sus actos y de reflexionar sobre ellos. Sin embargo me parece que nada define mejor a la consciencia según esta nueva visión, que las palabras del Dr. Jorge I. Carvajal Posada cuando nos dice:

"LA CONSCIENCIA ES LA EXPRESIÓN DEL ALMA Y NUESTRO OBJETIVO ES RESCATAR EL ALMA PARA LA MEDICINA".

EL PODER DE LA INTENCIÓN Y LA VISUALIZACIÓN CREATIVA.

No es mi intención profundizar temas como EL PODER DE LA INTENCIÓN, el cual ha sido desarrollado por muchos autores como Lynne Mc Taggart, Wayne Dyer, Gregg Braden o Bruce Lipton entre otros. O la VISUALIZACIÓN CREATIVA aplicada a la terapia de algunas enfermedades como el cáncer como lo desarrollara el Dr. O. Carl Simonton, reconocido oncólogo, pero deseo destacar el poder que PENSAMIENTOS, EMOCIONES, INTENCIÓN y AMBIENTE, tienen y de las cuales debería hablarse más, para intentar ir mudando y cambiando de paradigmas y de dogmas que ya no se pueden sostener.

Siguiendo a Bruce Lipton, ya no podemos seguir afirmando EL DETERMINISMO DE LOS GENES. Ya no se puede negar a la EPIGENÉTICA, pese a haber aparecido en la escena científica más de una decena de años antes de que Watson y Crick mostraran al mundo la doble hélice del ADN, y todo lo que esta nos vino a enseñar respecto a conceptos y creencias que eran equivocadas y que habíamos asumido (o nos habían hecho asumir) como verdaderos "dogmas" sobre lo que eran los genes y la "pesada" carga llamada herencia. También no deberíamos dudar de lo que la NEUROCARDIOLO-

GÍA nos ha demostrado. No solo del poder del corazón, ya no como órgano o bomba impelente y expelente, sino como un verdadero cerebro, cerebro con una energía superior a la del Sistema Nervioso Central.

Las enseñanzas de investigadoras como Annie Marquier o toda la producción del Instituto The HeartMath (Literalmente el <corazón matemático>), nos han enseñado el poder que tiene ese campo que nuestro corazón es capaz de generar y toda la energía electro-magnética que puede entregar, para interactuar ya no solo dentro del propio cuerpo denso, sino con otros seres y hasta con el campo electromagnético de la tierra, concepto hasta no hace mucho, totalmente impensado y hasta fuertemente criticable.

Por todo esto, es que estoy convencido que ya no podemos negar que "NUESTRAS CÉLULAS ESCUCHAN LO QUE PENSAMOS Y SENTIMOS" o que podemos "TRANSFORMAR NUESTRA BIOLOGÍA"

Comentarios finales:

No me cabe duda que estudiar, investigar, incursionar, adentrarse, interesarse y querer hablar de todo esto en el ambiente médico convencional, occidental o alopático, en la "Academia", en el seno de las entidades científicas que nos representan a cada uno en su especialidad, no es bien visto. Lo tengo totalmente claro. Son los más, quienes piensan que pensar diferente es realmente "patológico" y que correrse, **aunque sin abandonar lo alopático**, es como mínimo un poco "raro" y aquellos que lo han hecho han sufrido las consecuencias.

De todos modos personalmente no tengo ninguna duda, que este es el camino, esta es la fórmula, la "Complementación" de lo convencional, con todo lo tradicional y complementario, como bien lo señala la OMS, el N.I.H., la American Cancer Society, la Brest Cancer Org., la Cancer Org., el N.C.C.A.M., por solo nombrar organizaciones de las cuales nadie podría dudar de que no tienen ningún conflicto de interés o intencionalidad y menos aún que son Pseudocientíficas. Los invito a que al menos, nos demos la oportunidad de pensarlo.

Referencias Bibliográficas

1. Medicina Tradicional y Complementaria: Definiciones. Página oficial de la OMS. Disponible en: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/

2. ¿Por qué seguimos negando la "medicina de síntesis" en el paradigma actual de la salud? Prof. Dr. Luis del Rio Diez Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital de Emergencias de Rosario, Dr. Clemente Álvarez Santa Fe. Argentina. Disponible en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/724/808083

3. LA "MEDICINA DE SÍNTESIS" EN EL PARADIGMA HOLÍSTICO, MULTIDIMENSIONAL Y CUÁNTICO DE LA MEDICINA ACTUAL. Una serie de reflexiones y una invitación a pensar. Prof. Dr. Luis del Rio Diez Disponible en: www.colmedicosantafe1.org.ar/images/PDFs/Publicaciones/Revista_colegio_de_medicos_N2_2017.pdf

4. Epigenética: el mecanismo por el cual el medio ambiente influye sobre los genes. ¿Cómo el buen humor, el estrés o la alimentación saludable modifican la expresión génica y afectan el comportamiento y la salud? Por Marcela Brocco, Investigadora del Conicet. Disponible en: <https://www.conicet.gov.ar/epigenetica-el-mecanismo-por-el-cual-el-medio-ambiente-influye-sobre-los-genes/>

5. Bases científicas de la medicina energética y cuántica. Conferencia de la Dra. Ana María Oliva. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=L1GFhEFU8qw>

6. National Center for Complementary and Integrative Health. Pagina oficial, Disponible en: <https://nccih.nih.gov/> y en <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-center-complementary-integrative-health-nccih>

7. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Documento de la WHO (OMS) para el decenio 2014-2023. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:
www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones

GUARDIAS VIOLENTAS

Relato de Experiencias - Trabajo Inédito

Autores:

Dr. Simoncini, Alan Miguel, Hospital Central Reconquista
Dra. Ramseyer, Valeria Vanina. Hospital Central Reconquista
Dra. Saiz, Valentina. Hospital Central Reconquista

Palabras clave: Violencia, Guardia, Hospital,
Relación médico-paciente

Contacto: Valentina Saiz. valensaiz@gmail.com.
Teléfono: (03482) 15221862

RESUMEN

Somos un grupo de residentes de Medicina General, que trabajamos en el Hospital Central de Reconquista, nos hemos reunido con el objetivo de realizar un relato de experiencia sobre varios episodios de violencia sucedidos en la guardia central de dicho nosocomio en el transcurso del último año y como estos afecta la relación médico paciente al momento de la consulta. Es necesario repensar y revalorar cada aspecto de este tema, para encarar la violencia desde un plan educativo integral, medico, institucional y social.

ABSTRACT

We are a group of residents of General Medicine, who work in the Central Hospital of Reconquista, we have met with the objective of carrying out an experience report on several episodes of violence occurred in the central guard of this hospital during the last year and how does it affect the doctor-patient relationship at the time of consultation? It is necessary to rethink and reassess every aspect of this topic, to face violence from a comprehensive educational, medical, institutional and social plan.

INTRODUCCIÓN:

Las guardias de los hospitales son lugares destinados a la atención de Emergencia o Urgencias, dependiendo de la complejidad del mismo es el nivel de atención que se le brindara al paciente.

Por el creciente número de agresiones verbales y físicas que se vienen dando en las guardias de los hospitales en todo el país, y de las cuales no estamos exentos, decidimos armar este relato con la finalidad de describir desde nuestro punto de vista cómo influyen las agresiones de los pacientes hacia nosotros y cómo repercute esta situación de violencia en nuestras acciones de salud hacia los pacientes, en forma consciente o inconsciente.

Como objetivo general nos propusimos describir las distintas situaciones de violencia que acontecen en la guardia del hospital central de reconquista, específicamente definir qué factores generan violencia desde el personal de salud hacia los pacientes y viceversa, analizar la relación existente

entre la infraestructura y organización de la guardia central con los hechos violentos y estudiar si la oferta de servicios de salud es suficiente para satisfacer la demanda de atención de la población.

RELATO 1

Suena la alarma, 6 am, un nuevo día arranca. Por suerte la nena se durmió rápido y no hizo tanto frío a la madrugada cuando prepare la mamadera. Me pego un baño, desayuno rápido y preparo las cosas para el consultorio mientras pienso que esta noche estoy de guardia, una guardia más o una guardia menos depende de cómo se mire.

Salgo en el auto, poca gente en la calle, pero no falta la moto que se cruza en rojo con 3 arriba y ni se entera que casi la choco, sigue su camino y yo el mío puteando hasta llegar al centro de salud.

Llego al centro, entro y saludo, me reciben con un mate, miro sobre el escritorio y está mi lista de turnos, la ojeo y ya veo los mismos nombres que vi los días anteriores y pienso que no tienen algo mejor que hacer en la casa que venir todos los días hasta acá, seguro la misma gripe que tienen todos y que les molesto toda la noche el nene tosiendo.

Me voy al consultorio, llamo al primero, no saluda, se sienta y dispara.

- El nene tosió toda la noche y no durmió.
- Bueno mama, tranquila, ¿hizo fiebre?, ¿desde cuándo esta así?, ¿le diste algo?
- No tengo nada para darle, lo lleve anoche a la guardia, pero solo le dieron Ibuprofeno y que le haga vapores.
- Pero entonces te dieron Ibuprofeno en la guardia y los vapores también te dijeron que le haga.
- Si, pero me dijeron que tenía que comprar y no tengo plata.
- Bueno vamos a revisarlo mamá, sacale la campera y sentalo ahí.

Como diría el chapulín colorado "lo sospeche desde un principio", es un cuadro gripal, se ajusta la dosis del ibuprofeno, se le entrega uno desde el centro de salud y tal como llevo se fue sin decir adiós.

Ya empezamos mal la mañana, me tienen cansado, pero se me pasa a los 5 minutos y sigo atendiendo. Se terminó la lista, pero como siempre cae alguno cuando me estoy por ir, se acuerdan que es importante al medio día, con cara de poco amigo lo veo.

- Pasa mamá, ¿qué le pasa?
- Doctor, la traigo porque se quemó la mano y me dijeron que la venga a controlar acá.
- ¡Pero mamá a esta hora te acordás, toda la mañana estuve acá!
- Si, pero es que tengo mi otro nene internado y ella está con la abuela y mi marido trabajando, pedí salir 15 minutos para venir a traerla. (tenía cara de haber dormido mal anoche)
- Bueno, vamos a ver esa mano...

Ahora sí termine, pero creo que podría haber atendido mejor a esa última mamá, la verdad que está linda la quemadura. Hoy va a ser un día largo.

Comienza la guardia

Me junto con la R2 y la R1, nos dividimos en 2 para poder usar los 2 consultorios y nos encaminamos a la guardia, cuando vamos llegando vemos la cola de gente que sale del pasillo donde están los consultorios y pega la vuelta, con gente sentada donde debería estar la admisión devenida en una sala de espera VIP con televisor y sillas. Nos miran cuando entramos reclamando atención y nosotros le devolvemos la mirada pensando en cuantas de esas personas de verdad necesitan ser atendidas en una Guardia.

Vamos camino a la cocina por el pasillo que comunica los consultorios y se escucha que golpean la puerta de uno de ellos. Llegamos a la cocina no hay nadie, todos están ocupados con una ambulancia que llegó en el shock room. Dejamos nuestros bolsos, agarramos las planillas de guardia y nuevamente golpean la puerta, esta vez más fuerte.

Una de las residentes abre la puerta y enseguida se mete uno.

- Me duele la muela, quiero que me pongan algo.
- Yo desde la cocina me voy al consultorio y le retruco - Nombre y Apellido, y primero vamos a ver esa muela, esto no es un Kiosco.
- Bueno, pero a mí me duele y si no me quiere atender me voy
- Ya la cosa se pone fea, acá se está por ver quién la tiene más larga.
- Bueno pasa por allá que te hacemos algo para el dolor y mañana si o si al odontólogo
- Por suerte la residente de 2do llegó a salvar el momento.

Se ven unos cuantos pacientes más, algunos Hipertensos, otros con bronco espasmo y el resto resfríos.

RELATO 2

19:30 hs, media hora más y nos vamos a casa. Entramos a la guardia, venimos de pediatría, cansados, contentos o algo así de internar un bebe de 1 año, obstruido, que intentamos rescatar desde hace más de dos horas sin resultado, y que nos costó mucho que nos acepten.

Caminamos por el pasillo hacia la cocina, de reojo veo que en uno de los consultorios hay un hombre con una nena, no sé si estaba siendo atendido, en ese momento mi R3 nos dice "que grandes somos chicas", y mientras seguimos caminando, se escucha que ese hombre retruca "te crees grande, pero no sos grande", seguimos hacia la cocina, se supone que en unos minutos más nos vamos.

Le cuento a Alan lo que escuche y vamos a ver si está siendo atendido.

- ¿Qué pasa muchacho?
- "eeeeehhh vo que te hace el grande, no diga q so grande porque no so grande"
- Tranquilo papa, era una manera de decir, no es contra vos, bueno contame
- A la nena le dolió la panza todo el día.

¿Imagino que mi compañero le hablo así, tranquilo, para evitar lío, pero adentro habrá sentido una bronca, o por lo menos era lo que me pasaba a mí, ver un tipo alcoholizado, y con alguna otra sustancia más que nos prepotaba porque su hija tenía dolor de panza, me estas jodiendo?, ¿pensé, "mira el estado en que traes a tu hija, caradura, y nos prepotas a nosotros que laburamos todo el día?" Que bronca...

Bueno vamos a la camilla, con la mirada del papá en mi nuca, la reviso a la nena, bastante tensa por supuesto que era un vago dolor de panza, se le dio analgesia, una dieta y a casa, su papa nos pidió "disculpa".

Bueno, termina el día, nos vamos a casa, en el camino pienso, me tuve que quedar callada para que este tipo no me dé una piña, me amargo.

MÉTODOS.

Tipo de trabajo: RELATO DE EXPERIENCIA

Somos residentes de Medicina General y Familiar en la ciudad de Reconquista, provincia de Santa Fe y, además de desempeñar nuestra labor en los Centros de Atención Primaria de la ciudad y alrededores, realizamos guardias cuatro días a la semana en el Servicio de Urgencias del Hospital "Olga Stucki de Rizzi" en dicha urbe.

Reconquista, es la ciudad cabecera del Dpto General Obligado con aproximadamente 176.000 habitantes, se encuentra ubicada a 325 km al norte de la ciudad de Santa Fe. Sede de la Región 1 del Nodo Salud. con 230.000 habitantes aproximadamente que comprende los Dpto. Vera, Gral Obligado, San Javier e Isla Guaycurú.

Región 1:

- Comprende entre SAMCo, Hospitales, Centros de salud y Posta sanitarias un total de 96, de los cuales hay 15 Centros de Salud en Reconquista y 3 Centro de salud y un SAMCo en Avellaneda, que queda a 5 km del centro de Reconquista.

- Además, entre Reconquista y Avellaneda hay 4 sanatorios que también derivan pacientes, sea por falta de camas o médicos.

El Hospital Central Reconquista, complejidad VI, es el centro de mayor complejidad en la zona, cuenta con servicios de UCIP, NEONATOLOGÍA Y UTI y con guardias activas de CLÍNICA MEDICA, PEDIATRÍA Y GINECOOBSTETRICIA, catalogada como maternidad segura, categoría IIB. Y guardias pasivas de Cirugía y Traumatología. Recibe derivaciones de todo la Región 1 del Nodo de salud, la mayoría de estas pasan en primera instancia por la guardia central.

En lo que respecta a la guardia de urgencias está conformada por alrededor de 15 médicos, 13 enfermeros de planta y nosotros, ocho residentes de primer a tercer año de Medicina General. La estructura de la guardia consta de una sala de observación con tres camas, tres consultorios de atención médica, de los cuales uno compartimos con enfermería y otro utilizamos también como sala de observación cuando se colapsan las camas, un quirofanito y un shockroom

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA EXPERIENCIA DESARROLLADA

En el análisis que surge de estos relatos de violencia en la guardia, parece poder observarse que se originan muchas veces por una necesidad insatisfecha, una demanda incumplida:

- de atención de salud (en cuanto a lo meramente técnico);
- demanda de atención en cuanto contacto humano o vínculo comunicativo;
- de manejo práctico de tiempo y espacio (el lugar donde se realiza la tensión, la demora en la misma, los traslados, la intimidad de la consulta);

La insatisfacción parecería surgir entonces de una no coaptación de la dupla médico-paciente, una discrepancia en los planos de expresión de las mismas: El paciente que solicita / el médico que provee. Ahora cabe preguntarse... Cuando ocurre el hecho violento, ¿no se han transgredido ya derechos de una o de otra parte de la dupla médico-paciente?

DETERMINANTES Y CONDICIONANTES

La conducta del individuo, sus creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo, su actitud frente al riesgo y la visión de su salud futura, su capacidad de comunicación, de manejo del estrés y de adaptación y control sobre las circunstancias de su vida determinan sus preferencias y estilo de vivir.

Las conductas y estilos de vida están condicionados por los contextos sociales que los moldean y restringen. **Entre los factores externos determinantes de conductas violentas, está el aprendizaje por imitación. El haber sido testigo de comportamientos agresivos predispone a recurrir a la fuerza para aliviar frustraciones personales. El comportamiento violento también viene determinado por factores internos, o de personalidad. Entre estos es el predominio de emociones negativas.**

De esta forma, las conductas violentas, aunque tienen sus determinantes proximales en los estilos de vida y las preferencias individuales, tienen también sus macro determinantes en el nivel de acceso a servicios básicos, educación, empleo, vivienda e información, en la equidad de la distribución del ingreso económico y en la manera como la sociedad tolera, respeta y celebra la diversidad de género, etnia, culto y opinión.

El profesional de la salud queda expuesto como la cara visible de una organización deficiente.

Factores Causales y situaciones desencadenantes:

- Sobrecarga laboral de los médicos: obligados a ver n° excesivo de pacientes para mantener un buen ingreso.
- Despersonalización del acto médico. Deterioro de la relación médico paciente. Falta de libertad en la elección del profesional.
- El trabajador de la salud es visto como un proveedor más de servicios.
- Demoras en la atención "urgente".
- Retraso en los plazos para estudios complementarios, cirugías y procedimientos programados.
- Falta de infraestructura e insumos.
- Problemas de cobertura.
- Negativa por parte de la sociedad a considerar la

muerte como parte ineludible del ciclo de la vida.

- Falta de aceptación por parte de pacientes y/o familiares de los riesgos inherentes a cualquier procedimiento invasivo.
- Pacientes psiquiátricos o adictos a drogas ev.
- Situaciones en las que el agresor ve frustradas sus expectativas de alcanzar un beneficio (recetas, certificados, etc..).

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

En las instituciones médicas es necesario repensar y revalorar cada aspecto de este tema, a menos que quiera seguir arriesgándose la salud social, más que la individual.

Otro tanto ocurre con el paciente, el hombre común que dispone de un limitado conocimiento de las cosas y una valoración sesgada por su historia personal. Se requiere de una tarea educativa integral para él, en la que se tenga conocimiento de causa y nociones plenas de sus derechos, así como también de las obligaciones que cada uno de ellos conlleva. Es tarea de años, de práctica médica, pero esencialmente de (re)educación: médica, institucional y social.

A nuestro entender son principios generales de un plan para encarar la violencia:

- Integración, dado que su origen es multi causal, es necesaria la participación de los distintos sectores comprometidos;
- Igualdad, en la perspectiva de una disminución de la vulnerabilidad de determinadas personas o sectores, se entiende importante la igualdad de derechos y oportunidades;
- Compromiso, para que el plan tenga éxito, máxime por la importancia del tema, se debe lograr la incorporación al mismo de todos los sectores de la sociedad;
- Participación, lograr la intervención de la población en el análisis de las situaciones, proposición y ejecución de acciones;
- Educación, fortalecer valores, actitudes, formas no violentas de resolver situaciones conflictivas; informar sobre los factores de riesgo, indicadores de comportamientos agresivos y manifestaciones de violencia;
- Resiliencia, reorientar nuestra atención hacia la actitud de algunas personas de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.
2. Gómez BP, Ramírez VA. XXI ¿Otro siglo violento? España: Editorial Díaz Santos; 2005.
3. Araújo GR, Díaz LIG. Un enfoque teórico-metodológico para el estudio de la violencia. Rev. Cubana Salud Pública. 2000
4. La salud, en un bunker. Revista ISalud. Volumen 9, Número 44. octubre 2014.
5. OIT/CIE/OMS/IS. Directrices para afrontar la violencia laboral en el sector salud. Ginebra 2002.
6. Sindicato médico de Uruguay, Manual frente a las agresiones a los profesionales de salud. 11 de febrero de 2009.
7. Violencia contra los profesionales de salud. Dr. Fabián Vítolo, Biblioteca Virtual NOBLE, 2010.
8. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos. Rev. Española de Salud Pública, vol.86 no.3 Madrid mayo-junio. 2012.
9. Martínez Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios: aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. Med Clin (Barc). 2007

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:
www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones

ENVEJECIMIENTO ACTIVO:

"A nivel Psíquico se puede no envejecer"

Dr. Martí Nahuel Federico (nahuelmarti@outlook.com)
Medico General. Especialista en Medicina Social y Comunitaria.
Especialista en Gerontología.

Al hablar de envejecimiento activo nos referimos a el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que se les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

El término "activo" se refiere a la participación continua de los adultos mayores en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solamente a la capacidad para estar físicamente en lo laboral.

Surge como fundamental el papel de la Atención Primaria en Salud como política en la promoción del envejecimiento activo, realizando tareas de prevención. El objetivo de las actividades preventivas en este grupo de edad no es tanto el aumento de la expectativa de vida como si lo es el aumento de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, es decir, prevenir el deterioro funcional y cuando este se ha producido, recuperar el nivel de función previo, en el mayor porcentaje posible, con el objetivo de que el anciano pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible.

Entonces, estudiar a la vejez desde lo multidimensional, nos permite diferenciar un envejecimiento normal de uno patológico no solo desde el aspecto físico o social, si no también desde el punto de vista del psiquismo, y por lo tanto existen también factores de riesgo psíquicos que llevan a un mal envejecer provenientes de duelos ante modificaciones corporales, sexualidad, abuelidad, cuadros psicopatológicos, psicosomáticos, e incluso predisposición psíquica a las dementizaciones.

Esto nos ayuda a comprender que las discapacidades en el adulto mayor, entendiéndolo a estas como anomalías o condiciones que limitan total o parcialmente con las actividades vitales del individuo pueden devenir no solo de aspectos fisiológicos sino también tener una base psicológica y viceversa.

Pero no podemos seguir definiendo a la vejez como una sucesión de eventualidades que conducirán inevitablemente a la pérdida. Esto dependerá de la estructura particular del sujeto: aquellos sostenidos toda su vida en un goce narcisista son los que se descompensan habitualmente en el envejecimiento porque ya no pueden seguir engañándose y se enfrentan al resquebrajamiento del autoestima, en estas personas el yo se encuentra sobredimensionado.

Tener en cuenta estos parámetros, nos permitirá que no nos pase desapercibidos, en el ejercicio profesional, síntomas atribuibles a la depresión, angustia, deterioros, ansiedades, melancolías, si sabemos que no son inherentes e inevitables en la vejez, o dar por descartado patologías o indicaciones terapéuticas cuando estamos ante la presencia de elaboraciones que no son normales a los duelos propios del envejecer.

El buen envejecer será paralelo a la capacidad subjetiva de aceptar y acompañar las inevitables declinaciones sin obstinarse en intentar evitarlas. El entorno tendrá que contribuir a que cada adulto mayor se mantenga apegado a sus actividades y objetos hasta que deba, como consecuencia del cambio, buscar actividades sustitutivas. "Para que la vejez no sea una parodia ridícula de nuestra existencia anterior no hay más que una solución, seguir persiguiendo fines que den sentido a nuestra vida".

Se trata entonces de sobrellevar las desvinculaciones (por pérdidas, por falta de capacidad física, por jubilación, por enfermedad, por motivos sociales, económicos, etc) en un contexto que lleve a hacerlo sanamente, es decir desapegarse e integrar su Yo de modo saludable. El que no logre esto será un geronte frustrado, demandante, pasivo, etc. Entendiendo que existirá una retirada gradual y natural de los roles o contactos sociales, como un proceso lógico y universal de adopción a las nuevas circunstancias vitales y a las restringidas capacidades sensorio-motrices.

Esperable y gradual, pero nunca completa, sino orientada y dirigida a ocupar nuevas posiciones.



Asociación ASEF
Asociación Santafesina de Enfermos de Fibromialgia.
Con Personería Jurídica N° 707 del 26/7/2017

Sede: Rivadavia 7506 (3000 - Santa Fe)
 TE (fijo): 342-4690415 - Whatsapp: +549 342 154231108
 Facebook: <https://www.facebook.com/FibroASEF/>
 Instagram: @asefibromialgia
 Email: asefibromialgia@gmail.com

COMISIÓN DIRECTIVA ASEF

Presidente: Edit Alicia Cozzutti
 Secretaria: Marcela Fernanda Chena
 Tesorero: Alejandra Lorena Mauna
 Vocales Titulares:
 1- Mirta Teresita Valle
 2- Gladis Beatriz Lost
 Vocales Suplentes:
 1- María Eugenia Ortolani
 2- Silvia Gabriela Cejas
 Sindico Titular: Silvana Raquel Villarreal
 Sindico Suplente: Gustavo Pereyra



Cuidamos
 lo que más quieres...

 **cemed**
GUARDIAS PERMANENTES
 CLINICA MEDICA - TRAUMATOLOGIA
 CARDIOLOGIA - PEDIATRIA



 RIVADAVIA 3130 (SANTA FE)
 (0342) 4555900
 INFO@SANATORIOGARAY.COM
 WWW.SANATORIOGARAY.COM
 /SANATORIOGARAY
 @SANATORIOGARAY



**TENEMOS UN PRODUCTO
 PARA CADA NECESIDAD**

Vida, Retiro, Combinado Familiar, Auto, Caución,
 Praxis Médica, RC Profesional, Transporte, Riesgos
 del Trabajo, y muchos productos más para que tus
 clientes estén protegidos siempre, cualquiera sea
 su actividad, estén donde estén.

¿Querés formar parte de nuestra red comercial?
 Ingresá en: www.swissmedical.com.ar



N° de inscripción en SSN
 SMG LIFE 0580/0710
 SMG Seguros 0002

Atención al asegurado
 0800-666-8400

Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn

 **SSN** SUPERINTENDENCIA DE
 SEGUROS DE LA NACIÓN



FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

*Una Familia segura
es una familia feliz*



N° de Inscripción SSN: 726

SSN
SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACION
www.ssn.gob.ar

Av. Aristóbulo del Valle 5208 Tel/Fax 0342-453-1218 - Santa Fe

Por lo tanto este proceso, visto de esta manera, sera normal y esperable, debido tambien, quizas, a la concepcion de que el futuro es limitado y que la muerte es inevitable, lo que hace que el anciano se centre mas en si mismo.

Lo crucial para el buen envejecer consiste en poder sobrellevar la discordancia entre lo que se es y lo que se parece. Poder aceptar que uno se puede sentir joven pero que el cuerpo envejece. Si no fuera por esta discordancia uno se olvidaría de la finitud (reconocer nuestra condición temporal). Pero notese que esta discordancia se suscita plenamente desde el punto de vista psíquico, ya que sentirse envejecer es absolutamente relativo, a diferentes tiempos etarios según la actividad que nos planteemos en el orden social/ambiental, y esto, entre lo que se siente, lo que se aparenta y lo que se es.

Se debe construir un envejecimiento activo desde edades jóvenes, promoviendo el trabajo anticipado acerca del propio envejecer, para que este llegue a ser resiliente y que se pueda seguir siendo a través de los cambios, renovando el sentido de la vida a través de conductas transformadoras de si mismo y del entorno, evitando que el envejecer se signifique y se atravesie como adversidad.

Entonces en un envejecimiento Activo/normal existe una adaptación al rendimiento físico, entendiendo al cuerpo en una perspectiva subjetiva, como el individuo se siente frente a un impedimento y por extensión, como ese impedimento interfiere en su rutina habitual, y como ese sujeto esta implicado en su deterioro y en su modo de sobrellevarlo. Se debe replantear el concepto de actividad, así como el sedentarismo es un factor de riesgo en la vejez, tambien lo es la actividad irreflexiva.

No quiero decir que un adulto mayor normal sea un geronte sano, si no que es el que esta en condiciones de hacerse cargo de su salud-enfermedad, el que esta preparado ante la muerte, sin desesperación, e incluso eligiendo el modo en que quiere que suceda. Esto significa sencillamente comprender que la vida vivida fue una vida humana, porque la perdida de algunos motores externos, la disminución de funciones, las zancadillas sociales, no solo no anulan si no que en algunos casos pueden poner en marcha la imaginación radical (capacidad intrínseca al ser humano de experimentar placer simplemente a través de la representación), en otras palabras, a nivel psíquico se puede no envejecer.

No es sencillo, mucha veces, en mi desempeño profesional, colocarme en un lugar empático con el geronte cuando le brindo asistencia, comprendo teóricamente muchos de los cambios que se suscitan en el mismo, pero es complicado hacer vividos los sentimientos que les acontecen por los cambios propios del proceso de envejecer. Por ejemplo en la postura frente a la muerte, sea esta normal o patológica, son indudablemente procesos psíquicos que devienen con el paso del tiempo, el concepto preciso de finitud, de que nuestra existencia es temporal, si bien son términos aprehendidos no me generan una actual preocupación, al igual que todas las inevitables probabilidades de cambios futuros, pero analizando lo hasta aquí aprehendido me doy cuenta que si bien no es fácil tampoco es imposible, al igual que como ocurre en la medicina misma, muchas veces tratamos eventos, signos, síntomas, síndromes en los cuales jamas vamos a poder generar una empatía por experiencia de vida, solo el relato de la literatura nos permite cuantificar la magnitud de tales sucesos y poder entenderlos para actuar en consecuencia.

A modo de conclusión, toda persona debería poder reflexionar al respecto, tener a disposición los conocimientos necesarios para arribar a un envejecer sano y activo, saber que lo que hoy no genera un daño aparente determina para el tiempo que aun no llega, y mas aun aquellas situaciones que ya lo están generando, no solo físicas, no solo como estilos de vida, ante los excesos, uso de sustancias, sedentarismo, y tantos factores de riesgo que conocemos, sino también con las relaciones interpersonales, los vínculos familiares, la formación de redes de contención social, las amistades, todo esto es plenamente determinante, si incluso hoy podemos darnos cuenta de que dependemos de un otro que nos haga saber que estamos vivos, cuanto mas ante la susceptibilidad, ante la fragilidad que demarcan los años, ante la posibilidad de depender (en el buen sentido de la palabra) de necesitar ayuda, de tener que acudir a una mano que de apoyo, que brinde el sostén necesario, tal vez, para dar un paso, quizás para poder llegar a uno de esos lugares que por vínculos emotivos generan procesos psíquicos que podríamos llamar felicidad.

REFERENCIAS

- Buen Envejecer: Elementos desde la gerontología social comunitaria (Material de estudio).
- La calidad de vida en Gerontología como constructo Psicológico. Reig Ferrer, A.
- La atención gerontológica centrada en la persona

ASOCIACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON Y EL USO DE CARBAMAZEPINA

Autores

Dr. Badía, Guillermo Jefe del Servicio de Oftalmología del

Hospital Dr. J. M. Cullen

Dr. Balbarrey, Martín

Dr. Battauz, Martín

Dra. Bertorello, María Eugenia

Dra. Gumiy, Marian

Dra. Reyt, Carolina

Dr. Roman, Fernando

Fecha: Octubre 2018

Lugar de realización: Hospital J.M Cullen - Prov. Sta Fe (3000)

Correo: martinbalba@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo:

Revisar y presentar una serie de casos (4) de Stevens-Johnson (SSJ) secundario al uso de carbamazepina,

Serie de casos:

Se realizó una revisión de cuatro casos, entre septiembre del 2016 y septiembre del 2018.

De los casos registrados, fueron tres varones y una mujer, de 15, 17, 27 y 32 años, con ingreso hospitalario por afectación general, acentuada en piel y ojos, siendo la expresión clínica del SSJ.

Fue notoria la asociación con el uso de carbamazepina, fármaco que suspendió de inmediato. En todos los casos la terapéutica fue la inmunoterapia sistémica y el tratamiento oftalmológico local que consistió en la instilación de lubricantes, antibióticos tópicos y antiinflamatorios.

Conclusiones:

Existe una clara asociación entre el SSJ y el uso de anticonvulsivantes, en especial con la carbamazepina,

Palabras clave:

Stevens-Johnson, carbamazepina, inmunología, conjuntivitis cicatrizal, necrosis epidérmica.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Stevens-Johnson (ectodermosis erosiva pluri-facialis, erythema multiforme exudatum, erythema bullosum malignus), es una enfermedad grave, a menudo fatal.¹ Ha sido considerada como un tipo de eritema multiforme.² Con una característica presentación inflamatoria aguda. Es originada por reacciones de hipersensibilidad, que afecta la piel y las membranas mucosas.³ Puede ser inducida por muchos factores precipitantes, desde fármacos hasta microorganismos infecciosos.⁴

Sus manifestaciones clínicas pueden estar constituidas a nivel cutáneo por lesiones similares a las del herpes simple alrededor de la boca, los genitales y otras áreas del tegumento cutáneo.⁵ También puede presentar afectación ocular, que comienza con edema, eritema y formación de costras en los párpados. La conjuntiva palpebral se vuelve hiperémica y pueden aparecer vesículas o ampollas distintas.⁶

En muchos casos, aparece una conjuntivitis concomitante que se caracteriza por secreción acuosa con hebras mucoides. Se puede desarrollar una infección secundaria, más comúnmente con especies de *Staphylococcus*.⁷

En casos severos, una conjuntivitis membranosa o pseudo membranosa puede resultar de la coalescencia de fibrina y restos celulares necróticos. La formación de simbléfaron puede ocurrir con conjuntivitis pseudo membranosa severa. La afectación corneal primaria y la iritis son manifestaciones oculares poco frecuentes del síndrome de Stevens-Johnson.⁸

En el presente trabajo, el objetivo será revisar la presentación clínica y el manejo terapéutico del SSJ en tres casos, donde existió como denominador común el antecedente del consumo de carbamazepina.

Serie de Casos:

A continuación, se describirán los casos documentados y evaluados entre septiembre del 2016 y septiembre del 2018 en el Hospital J.M Cullen de la ciudad de Santa Fe, Argentina.

Caso clínico 1:

Paciente de 32 años, tabaquista, etilista, epiléptico, medicado recientemente con carbamazepina. Luego de haber realizado tres semanas de tratamiento, con dosis de 600 mg/día comienza con cuadro de rash generalizado y fiebre. Ingreso al nosocomio por sospecha de infección sistémica.

En el examen físico se constataron vesículas y costras hemorrágicas de los labios, cara y resto del cuerpo (cómo se observa en la figura 2). Lesiones pupúricas y necróticas que afectaron a las extremidades (brazo derecho y pierna izquierda, la cara y el tronco).

A las 24 hs de ingreso, presentó depresión del sensorio, por lo que ingresa a la unidad de cuidados intensivos. Se realizó el diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson.

En el examen oftalmológico, se puso de manifiesto la presencia de conjuntivitis papilar, con pseudomembranas en tarso superior e inferior y blefaritis. El cuadro oftalmológico se trató con combinados de antibióticos y corticoides (ciprofloxacina + dexametasona), unguento tópico de dexpanthenol y lubricantes oculares; se realizaron exámenes diarios, extirpándose las pseudomembranas. El paciente presentó buena evolución del cuadro oftalmológico.

Caso clínico 2:

Paciente de 15 años, con diagnóstico reciente de epilepsia, comenzó tratamiento con carbamazepina (400 mg/día). Luego tres días de tratamiento, ingresó al nosocomio con el siguiente cuadro:

Lesiones purpúricas y necróticas que afectaron extremidades (brazo derecho e izquierdo) y tronco. También se observaron lesiones ulceradas en área bucal y nasal. Presentó fiebre que no descendía con dipirona.

A nivel oftalmológico se observó queratitis punctata bilateral (como se observa en la figura 1) con secreciones en fondo de saco conjuntivales (ambos ojos).

Se realizó el diagnóstico de SSJ y se comenzó tratamiento con inmunoterapia sistémica y el tratamiento local de las áreas afectadas. (ungüentos de corticoides y antibióticos).

El cuadro oftalmológico se trató con combinados de antibióticos y corticoides (ciprofloxacina + dexametasona), unguento tópico de dexpanthenol y lubricantes oculares; se realizaron exámenes diarios. El paciente presentó buena evolución del cuadro oftalmológico.

Caso clínico 3:

Paciente de 27 años, que ingresó con diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson. Era epiléptico y le habían rotado su medicación, de lamotrigina a carbamazepina (800 mg/día) (tratado con lamotrigina durante tres años). Una semana después comenzaron a aparecer lesiones en la mucosa oral que se extienden a la piel en los días siguientes.

Al momento de su ingreso ya presentaba lesiones eritematopapulosas diseminadas por toda la piel, observándose además lesiones costrosas sangrantes. A nivel ocular presentó conjuntivitis papilar (figura 3) y queratitis punctata bilateral.

El cuadro oftalmológico se trató con combinados de antibióticos y contricciones (ciprofloxacina + dexametasona), unguento tópico de dexpanthenol y lubricantes oculares; se realizaron exámenes diarios. El paciente presentó buena evolución del cuadro oftalmológico.

Caso clínico 4:

Paciente de 15 años, que ingresó al nosocomio con diagnóstico de Stevens-Johnson. Presentaba antecedentes de bulimia y anorexia, y le habían comenzado tratamiento con carbamazepina (200 mg/día) para su cuadro psiquiátrico. Días posteriores al inicio del tratamiento, presentó lesiones en mucosa oral y miembros superiores, de tipo papilas y eritema en tronco.

En el examen oftalmológico se constató conjuntivitis papilar y membranas en tarso (figura 4).

Se retiró rápidamente el fármaco y el cuadro oftalmológico se trató con combinados de antibióticos y corticoides (ciprofloxacina + dexametasona), unguento tópico de dexpanthenol y lubricantes oculares; se realizaron exámenes diarios. El paciente presentó buena evolución del cuadro oftalmológico.

DISCUSIÓN

Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y la Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET) son entidades poco frecuente pero graves. Representan una reacción inmunológica, con extensa necrosis y afectaciones mucocutáneas en el 90% de casos.

El SSJ y la NET sólo se diferencian a lo largo de un espectro de gravedad en base al porcentaje de superficie corporal involucrada (<10 % en el SSJ, 10% a 30% en la superposición SSJ/NET, 30% en la NET). Hay de 1 a 7 y de 0,4 a 1,5 casos por millón de personas por año para el SSJ y la NET, respectivamente, con una incidencia aproximadamente igual entre niños y niñas.⁹

La fisiopatología precisa aún no está esclarecida, pero se cree que el daño de la piel resulta de reacciones citotóxicas mediadas por células y en general fármaco-específicas contra los queratinocitos.¹⁰

Dentro de sus causas se encuentran infecciones tales como *Mycoplasma pneumoniae*, virus (Coxsackie, Influenza, Epstein-Barr, VIH, herpes simples), bacterias (estreptococo hemolítico, grupo A), micobacterias y difteria, *Rickettsia*; varios fármacos (sulfas, ampicilina, penicilina amoxicilina,

cefalosporina, eritromicina, griseofulvina, cloranfenicol, antituber - culosos, ciprofloxacina, difenilhidantoina, fenobarbital, carbamacepina (CBZ), ácido valproico, alopurinol, naproxeno, ibuprofeno, oxicanes, acetaminofen (antiinflamatorios no esteroideos), algunas vacunas (antivaricela, antisarampion y rubeola, antihepatitis B¹¹).

La carbamazepina es un anticonvulsivante de primera línea ampliamente utilizado en el tratamiento de la epilepsia. También se ha utilizado como medicación psiquiátrica, para el tratamiento del desorden bipolar y otros trastornos neurológicos.¹² Tiene un índice terapéutico estrecho y exhibe una considerable variabilidad individual.¹³

Las reacciones adversas al fármaco, incluidas las reacciones de hipersensibilidad potencialmente mortales, como el síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica.¹⁴

El hallazgo farmacológico más importante está relacionado con la asociación de hipersensibilidad inducida por CBZ con antígenos leucocitarios humanos (alelos HLA de clase I y II)¹⁵

Las CBZ puede inducir reacciones de diversos grado de gravedad, desde leves erupciones maculopapulares de intensidad creciente hasta síndrome de hipersensibilidad (SHS), reacción medicamentosa con eosinofilia y síntomas sistémicos (SSJ)¹⁶

El tratamiento del SSJ requiere inmunoterapia sistémica, IGIV entre 250 g/kg/día a 1.5 g/kg/día¹⁷⁻¹⁸ y el tratamiento local de las áreas afectadas (El cuidado de la piel es muy importante y aun es controversial la debridación; sin embargo algunos autores, recomiendan debridar cuando existen áreas extensas de la piel afectadas; se elimina el tejido necrótico y se aplican gasas vaselinadas, injertos de origen porcino, crioloinjertos cutáneos o productos análogos al colágeno).¹⁹

El tratamiento de sostén incluye tratamiento en unidad de cuidados intensivos, accesos venosos, correcciones de electrolitos, mantener un correcto estado de hidratación,²⁰ mantener glucemia y función muscular; alimentación por vía oral si las condiciones lo permiten, o uso de sondas nasogástricas, alimentación parenteral, aspiraciones de vías aéreas, intubación endotraqueal²¹, antimicrobianos de amplio espectro (en nuestra serie se uso ceftriaxona + vancomicina vía endovenosa).²²

En el caso de los ojos, la superficie ocular puede verse seriamente afectada, pudiendo llegar a la

ceguera y pérdida del globo ocular por colagenolisis inmunológica, donde la conjuntiva bulbar y tarsal se afectan²³, se alteran las células madre del epitelio corneal desarrollando insuficiencia limfática que avanza a la totalidad generando una conjuntivalización de la cornea.²⁴ Por otro lado, la aparición de sinequias y simblefaron, junto a la afectación secundaria de la posición de las pestañas²⁵, podrán generar desde queratitis superficiales, infección corneal secundaria a perforación por el trauma de las pestañas. Por lo cual la superficie ocular está altamente amenazada, tanto por un mecanismo inmunológico intrínseco, como por una alteración mecánica, estructural secundaria.²⁶

Todos los pacientes fueron tratados, con medicación sistémica (cuidados de piel, aciclovir, inmunoglobulina IgG, ceftriaxona y clindamicina) y oftalmológicamente, corticoides²⁷, antibióticos moxifloxacina y ciprofloxacina²⁸, lubricación con gel y colirios).²⁹

Actualmente hay nuevos tratamiento para el SSJ. En la etapa aguda de la enfermedad encontramos el uso de membrana amniótica, que resulta eficaz en los primeros días de afectación de la superficie ocular³⁰. En la etapa subaguda y crónica, la superficie ocular está comprometida, y esto puede provocar ceguera³¹. Para estos casos existen tratamiento como los lentes de contactos esclerales³², que mejoran la terapéutica con respecto a los lentes de contactos tradicionales.³³⁻³⁴

Trasplantes de glándulas salivales para casos de ojo seco extremo³⁵⁻³⁶. Injerto de membranas mucosas, que resulta muy eficiente en los casos donde existe daño importante de la superficie ocular y otras complicaciones como el simblefaron³⁷. Trasplante alogénico de células limbares, que es útil en casos donde hay deficiencia de células limbares.³⁸⁻³⁹

Para los casos terminales, donde el daño cornea es irreversible y muchas veces se llega a la ceguera, existen distintos tipos de tratamiento como lo son las keratoprótesis⁴⁰, las keratoprótesis de Boston⁴¹, osteo-odonto keratoprótesis.⁴²

Por lo tanto, tras haber revisado la presente serie de casos y la bibliografía, se demuestra la asociación con el SSJ y el uso de anticonvulsivantes, en especial con la carbamazepina⁴³.

Es importante hacer el diagnóstico precoz y retirar el fármaco precozmente para lograr un mejor pronóstico de la patología en cuestión⁴⁴

Agradecimientos

Al Dr. Rodrigo M. Torres por su guía e infinita paciencia.

Leyendas de figuras

Figura 1:

Se observa queratitis punctata superficial producto del Stevens - Johnson

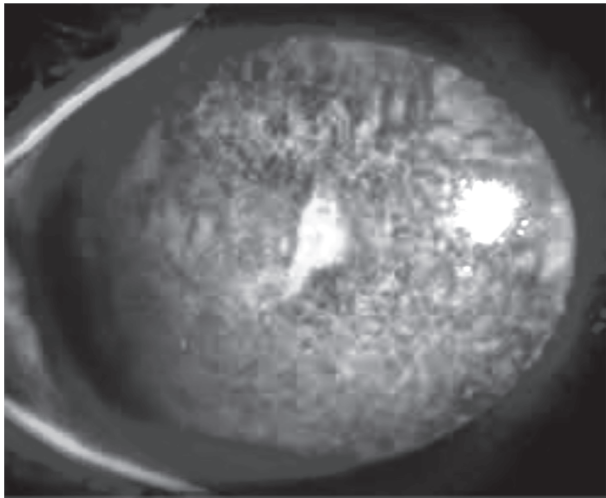


Figura 2:

Se observan lesiones costrosas y ulceradas que afectan la cara en toda sus extensión.



Figura 3

Se observa conjuntiva papilar y pseudomembrana en conjuntiva bulbar.



Figura 4

Se observa pseudomembrana tarsal producto de la severa inflamación ocular.



REFERENCIAS:

- 1- French LE. Toxic epidermal necrolysis and Stevens Johnson syndrome: our current understanding. *Allergol Int.*2006;55(1):9-16
- 2- Bastuji-Garin. S, Rzany B, Stern RS, et al. Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome, and erythema multiforme. *Arch Dermatol* 1993; 129: 92-6.
- 3- Revuz J, Roujeau JC, Guillaume JC, et al. Treatment of toxic epidermal necrolysis. Creteil's experience. *Arch Dermatol.*1987;123(9):1156-8
- 4- Jain R, Sharma N, Basu S, Iyer G, Ueta M, Sotozono C, Kannibiran C, Rath VM, Gupta N, Kinoshita S, Gomes JA, Chodosh J, Sangwan VS, Stevens Johnsons Syndrome: The Role of an Ophthalmologist, *Survey of Ophthalmology* (2016), doi: 10.1016/j.survophthal.2016.01.004.
- 5- Roujeau JC, Stern RS. Severe adverse cutaneous reactions to drugs. *N Engl J Med* 1994;331:1272-1285.
- 6- Kashiwagi M, Aihara M, Takahashi Y, et al. Human leukocyte antigen genotypes in carbamazepine-induced severe cutaneous adverse drug response in Japanese patients. *J Dermatol.* 2008;35(10):683-685.
- 7- Patel TK, Barvaliya MJ, Sharma D, Tripathi C. A systematic review of the drug-induced Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in Indian population. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.*2013;79(3):389-98
- 8- Patz A. Ocular involvement in erythema multiforme. *Arch Ophthalmol.*1950;43(2):244-56
- 9- Bianchine JR, Macaraeg PV, Jr., Lasagna L, et al. Drugs as etiologic factors in the Stevens-Johnson syndrome. *Am J Med.*1968;44(3):390-405
- 10- Chung WH, Hung SI, Yang JY, et al. Granulysin is a key mediator for disseminated keratinocyte death in Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *Nat Med.*2008;14(12):1343-50
- 11- Mockenhaupt M, Viboud C, Dunant A, et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: assessment of medication risks with emphasis on recently marketed drugs. The EuroSCAR-study. *J Invest Dermatol.*2008;128(1):35-44
- 12- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159(Suppl):S1-50.
- 13- Yukawa E. Investigation of phenobarbital-carbamazepine- valproic acid interactions using population pharmacokinetic analysis for optimisation of antiepileptic drug therapy: an overview. *Drug Metabol Drug Interact* 2000;16:86-98.
- 14- Brodie MJ, Dichter MA. Established antiepileptic drugs. *Seizure* 1997;6:159-74.
- 15- Furst S, Uetrecht J. Carbamazepine metabolism to a reactive intermediate by the myeloperoxidase system of activated neutrophils. *Biochem Pharmacol* 1993;45:1267-75.
- 16- Krasowski MD. Therapeutic drug monitoring of the newer anti-epilepsy medications. *Pharmaceuticals (Basel)* 2010 Jun;3:1909-35.
- 17- Ahluwalia J, Wan J, Lee DH, et al. Mycoplasma-associated Stevens-Johnson syndrome in children: retrospective review of patients managed with or without intravenous immunoglobulin, systemic corticosteroids, or a combination of therapies. *Pediatr Dermatol.*2014;31(6):664-9
- 18- Aihara. M, Kano Y, Fujita H et al. Efficacy of additional i.v. immunoglobulin to steroid therapy in Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *J Dermatol* 2015 May 18. doi: 10.1111/1346-8138.12925. [Epub ahead of print]
- 19- Spies M, Sanford AP, Aili Low JF, Wolf SE, Herndon DN. Treatment of extensive toxic epidermal necrolysis in children. *Pediatrics.* 2001;108(5):1162-8.
- 20- Majumdar S, Mockenpaut M, Rojeau J, Twinsed A. Interventions for toxic epidermal necrolysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;4:CD0011435

EL EMBARAZO: Una Oportunidad Perdida para el Screening de Cáncer de Cérvix

Pregnancy: a lost opportunity for cervical cancer screening

Autores:

Dra. Nadia Pidhirnyj (nadiapidhir@hotmail.com)
Dra. María José Sadonio
Dr. Samuel Seiref
Dr. Bernardo Ulla
Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. J.B. Iturraspe
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral.
Ciudad Universitaria. (3000) Santa Fe, Argentina.
Tel (54) 0342 - 4575116/ 7.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de cérvix es una enfermedad prevenible. Mediante la prueba de Papanicolaou (PAP) es posible identificar lesiones precancerosas y tratarlas a tiempo. El embarazo constituye un momento en que la mayoría de las mujeres realiza una consulta médica, por lo cual representa una oportunidad para efectuar una prueba de tamizaje.

Objetivo: Cuantificar la magnitud de la puesta en práctica del PAP en el control prenatal.

Población y Métodos: Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Se incluyeron pacientes embarazadas que concurren al Servicio de Obstetricia del Hospital J. B. Iturraspe de Santa Fe en el período 2013 a 2016, se seleccionaron las 100 primeras mujeres atendidas de cada año. La información se obtuvo del Sistema Informático Perinatal.

Resultados: La edad de las embarazadas fue de 32.96 ± 9.56 años.

El 75.1% (n= 292) no realizó la prueba de tamizaje. De aquellas que la efectuaron, en el 97.93% (n= 95) se obtuvieron resultados compatibles con hallazgos normales y en el 2.06% (n= 2) se encontraron anomalías. En las pacientes con edades entre 14 a 29 años la prueba fue ejecutada en el 17.53% (n= 27), en las de 30 a 39 años en el 23.07% (n= 12), y en las mayores de 40 años en el 31.35% (n= 58), $p= 0.015$. De las embarazadas que realizaron 0 a 2 consultas prenatales el 7.69% (n= 5) presentaron el PAP, de las que efectuaron 3 a 5 visitas el 24.57% (n= 29), y de las que asistieron a 6 o más el 55.26% (n= 63), $p= 0.0001$.

Conclusiones: En la mayoría de las pacientes analizadas no se efectuó la prueba de tamizaje. Las mujeres que realizaron PAP presentaron mayor número de controles prenatales y mayor edad.

Palabras claves: cáncer de cuello uterino; gestación; tamizaje.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es la segunda causa de muerte por neoplasias en mujeres entre los 35 y 64 años a nivel mundial. En la Argentina se diagnostican alrededor de 5.000 casos nuevos por año y mueren 1.800 mujeres por esta enfermedad (1,2). En la provincia de Santa Fe, durante el período 2005 a 2010, 485 mujeres fallecieron por causas asociadas al cáncer de cuello de útero, siendo la tasa de mortalidad específica de 8 por 100.000 mujeres (3).

Esta patología es prevenible, en gran medida, gracias a la incorporación de la triple estrategia comprendida por la vacunación contra el Virus de Papiloma Humano (HPV), el test de detección del HPV y la prueba de citología exfoliativa conocida como Papanicolaou (PAP) (4). Mediante el PAP, un método de cribado científicamente comprobado, es posible identificar lesiones precancerosas y, con el debido tratamiento, prevenir su progresión a formas más agresivas.

El embarazo representa un momento en el que la mayoría de las mujeres concurre a la consulta médica, constituyendo una ocasión propicia para informar y concientizar acerca de la prevención del cáncer de cérvix. Teniendo en cuenta la Guía Nacional de Control Preconcepcional, Prenatal y Puerperal, en toda mujer se debe constatar el antecedente de realización de métodos de cribado de cáncer de cuello uterino, y en caso de no estar presentes o actualizados, es imperativo efectuarlos. Para estandarizar esta conducta, se incluye dentro del carnet perinatal un casillero específico (5).

Existen factores de riesgo para el desarrollo de éste cáncer, entre ellos, la infección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) y la exposición al tabaco. Es prioritario que todas mujeres sean tamizadas, pero especialmente aquellas con factores de riesgo.

El objetivo general del presente estudio fue cuantificar la puesta en práctica del método de

Papanicolaou en pacientes que se atendieron en el Servicio de Obstetricia del Hospital J.B. Iturraspe de Santa Fe.

Como objetivos específicos planteamos enunciar los resultados del método de tamizaje que se observaron con mayor frecuencia; ponderar la ejecución del PAP en distintos grupos etarios; consignar la relación entre lugar de procedencia y realización del PAP; describir la asociación entre número de consultas prenatales y puesta en práctica del PAP; precisar la realización del PAP según la forma de finalización del embarazo; y considerar si las pacientes que presentan mayor riesgo para padecer cáncer de cérvix cumplen con las pruebas de tamizaje.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio de tipo observacional, transversal, con una modalidad retrospectiva. Se incluyeron pacientes embarazadas, con edades comprendidas entre 14 y 49 años, que finalizaron su gestación en el Servicio de Obstetricia del Hospital J. B. Iturraspe de Santa Fe. Se examinaron las historias clínicas del Sistema Informático Perinatal (SIP) desde el 1 de Enero de 2013 al 31 de Diciembre de 2016. Sobre un total de 13739 pacientes se seleccionaron las primeras 100 atendidas cada año.

Se recabaron las siguientes variables: lugar de procedencia, edad, exposición al tabaco activa o pasiva, serología de VIH, número de consultas prenatales, realización y resultado del PAP. Los datos se procesaron mediante el Software SPSS versión 19.0. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

El promedio de edad del período analizado ($n = 400$) fue de 32.96 ± 9.56 años, la edad mínima fue de 14 y la máxima de 49 años (**Gráfico 1**).

Las mujeres incluidas en el análisis residían en un 69.8% ($n = 278$) en la Ciudad de Santa Fe, mientras que el 30.2% ($n = 120$) provenían del interior. El promedio de controles prenatales fue de 5.46 ± 2.94 , con un mínimo de 0 consultas y un máximo de 13, la mediana fue de 5 (**Gráfico 2**).

En cuanto a la realización del PAP, se observó que un 75.1% ($n = 292$) de las mujeres no contaban con dicha prueba de tamizaje, y sólo el 24.9% ($n = 97$) sí la había efectuado. De este último grupo, el 97.93% ($n = 95$) obtuvieron resultados compatibles con hallazgos normales y en el 2.06% ($n = 2$) se encontraron anomalías (**Gráfico 3**).

La forma de finalización del embarazo fue en un 53.4% ($n = 213$) mediante parto vaginal y en un 46.5% ($n = 186$) por cesárea.

El 63% ($n = 247$) de las pacientes no estuvieron expuestas al humo del tabaco durante su embarazo. Del 37% ($n = 145$) que sí lo estaban, 30.3% ($n = 44$) eran tabaquistas activas y las 69.7% restantes ($n = 101$) pasivas.

La serología para HIV resultó negativa en el 99.2% ($n = 373$) de la muestra, siendo positiva solo en 3 pacientes (0.8%).

Cotejando la ejecución del PAP en los distintos grupos etarios se observó que en las pacientes con edades comprendidas entre los 14 y 29 años la prueba fue efectuada en el 17.53% ($n = 27$), en aquellas de 30 a 39 años en el 23.07% ($n = 12$), y en las mayores de 40 años en el 31.35% ($n = 58$), $p = 0.015$ (**Gráfico 4**).

De las mujeres radicadas en Santa Fe Capital el 27.51% ($n = 74$) contaba con el PAP. En aquellas procedentes del interior el 19.49% ($n = 23$) presentaba la prueba de cribado. Las mujeres de Santa Fe mostraron una mayor tendencia a realizar el PAP aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa, $p = 0.094$.

Las embarazadas que realizaron entre 0 a 2 consultas prenatales hicieron el PAP en el 7.69% ($n = 5$), las que efectuaron 3 a 5 visitas en el 24.57% ($n = 29$), y las que realizaron en 6 o más en el 55.26% ($n = 63$), $p = 0.0001$ (**Gráfico 5**).

El 28.57% ($n = 52$) de las pacientes que finalizaron su embarazo por medio de cesárea contaba con el PAP, y el 21.84% ($n = 45$) de las que culminaron su gestación mediante parto vaginal, $p = 0.13$.

El 25.62% ($n = 62$) de las pacientes que no estaban expuestas al humo de tabaco contaba con la ejecución del PAP, de las fumadoras activas o pasivas, el 23.74% ($n = 33$), $p = 0.68$.

Las pacientes con HIV representaron el 0,24% ($n = 33$) del total ($n = 13739$). A 25 (75.76%) no se les había efectuado el PAP y a 7 (21.21%) sí. En la totalidad de PAP realizados los resultados fueron normales. En los últimos dos años analizados se observó que disminuyó la realización del PAP en este grupo de riesgo (**Gráfico 6**). A las 10 mujeres HIV positivas que asistieron entre 0 y 4 controles prenatales no se les efectuó el PAP; en las que concurrieron a 5 o más controles se les hizo en el 31.82% ($n = 7$), $p = 0,04$.

DISCUSIÓN

De las pacientes incluidas en nuestro estudio, sólo un 24.9% habían sido tamizadas mediante el PAP, cifra menor que la referida por la bibliografía, que informa que el 60% de las embarazadas asintomáticas son sometidas a esta prueba de screening (6).

Si bien algunas fuentes bibliográficas no consideran que la gestación sea el mejor momento para la interpretación de los resultados del PAP, esta aceptado que la consulta prenatal inicial brinda una oportunidad ideal para el cribado del cáncer de cérvix, ya que el método es seguro y confiable en el embarazo (6, 7).

Los individuos con HIV presentan mayor incidencia, prevalencia y persistencia del HPV. Durante la gestación se producen cambios inmunológicos y hormonales que favorecen la infección por HPV y la progresión de las lesiones, por lo cual es fundamental realizar al menos un PAP (8). Según la Guía para el manejo de los pacientes adultos con infección por VIH del Ministerio de Salud, las mujeres con HIV deben realizarse un PAP cada 6 a 12 meses 9. Nuestros hallazgos indicaron que estas recomendaciones no se ponen en práctica ya que sólo el 21.21% habían sido tamizadas.

El tabaco es considerado otro factor de riesgo para el cáncer de cérvix, aumentando al doble las posibilidades de padecerlo siendo fumador. Se han encontrado metabolitos de la nicotina y de otros constituyentes de los cigarrillos en el moco cervical de fumadoras activas y pasivas 10.

En el presente estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la ejecución del PAP en las pacientes con exposición al tabaco.

CONCLUSIONES

Más de la mitad de las pacientes analizadas no había realizado el PAP.

Las mujeres con edad superior a 40 años y las que efectuaron más controles prenatales realizaron el PAP con mayor frecuencia.

Las embarazadas que residían en la Ciudad de Santa Fe presentaron mayor proporción de realización del PAP.

La frecuencia de PAP fue similar en partos vaginales y cesáreas, al igual que en tabaquistas y no tabaquistas.

Las pacientes HIV positivas presentaron baja cobertura de la prueba de screening. En los últimos dos años disminuyó la realización, a pesar de que aumentó el número de pacientes HIV asistidas. Las embarazadas que concurren a más controles prenatales mostraron mayor puesta en práctica del PAP.

REFLEXIÓN FINAL

Estos resultados refuerzan la necesidad de concientizar al equipo de salud sobre la importancia de efectuar el screening de cáncer de cérvix a toda mujer que toma contacto con el Sistema de Salud, aun cuando esté cursando un embarazo, de forma tal que no se pierdan oportunidades.

Gráfico 1. Distribución de las pacientes según grupo etario.

El 39.3% (n= 157) de las embarazadas tenían una edad comprendida entre los 14 y 29 años, el 13.3% (n= 53) de las mujeres entre los 30 y 39 años, y el 47.5% (n= 190) entre los 40 y 49 años.

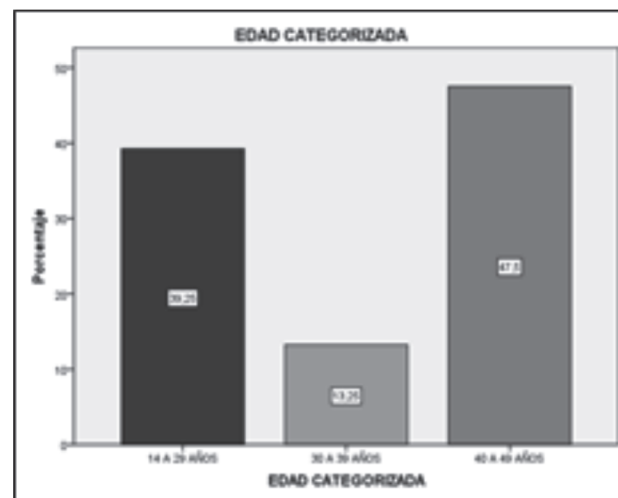
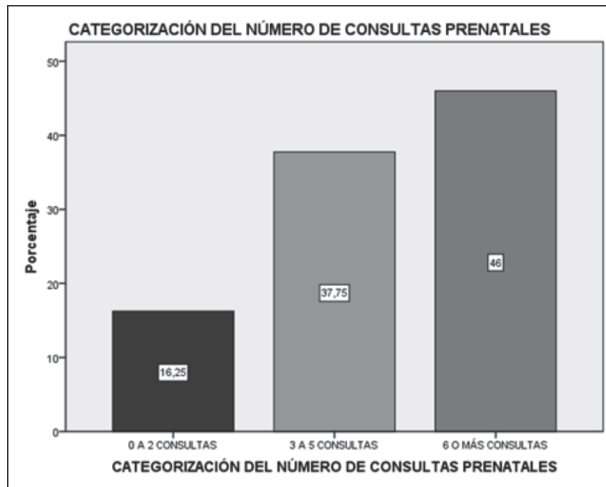
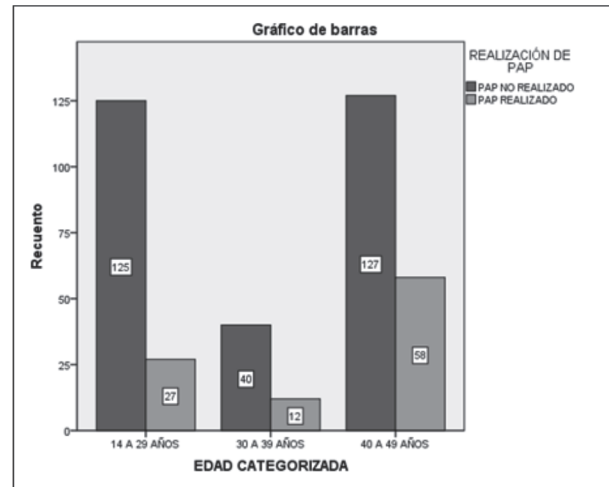


Gráfico 2. Distribución de las pacientes según número de consultas prenatales.



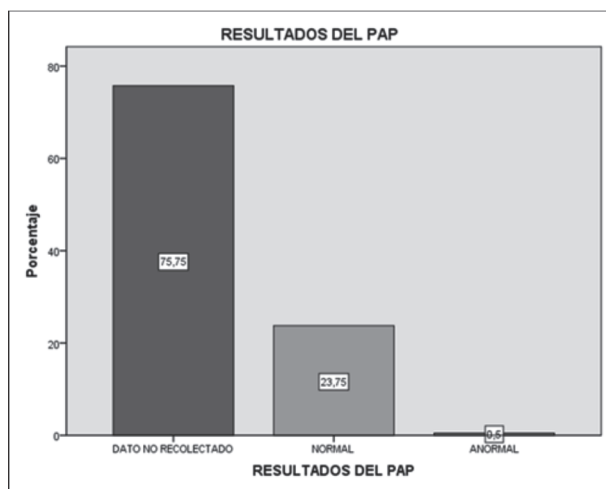
El 16.3% (n= 65) de las mujeres realizaron entre 0 a 2 consultas, el 37.8% (n= 151) 3 a 5 consultas y el 46% restante (n= 184) 6 o más consultas.

Gráfico 4. Realización del PAP según grupo etario.



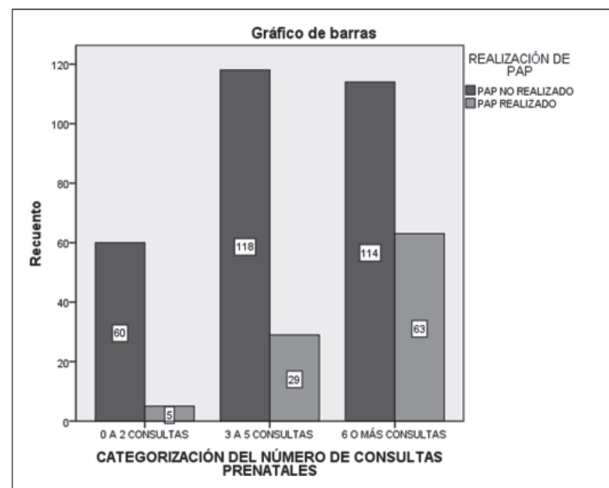
En las pacientes con edades comprendidas entre los 14 y 29 años la prueba fue efectuada en el 17.53%, de 30 a 39 años en el 23.07%, y en las mayores de 40 años en el 31.35%, $p= 0.015$

Gráfico 3. Frecuencia de la realización del PAP y resultados.



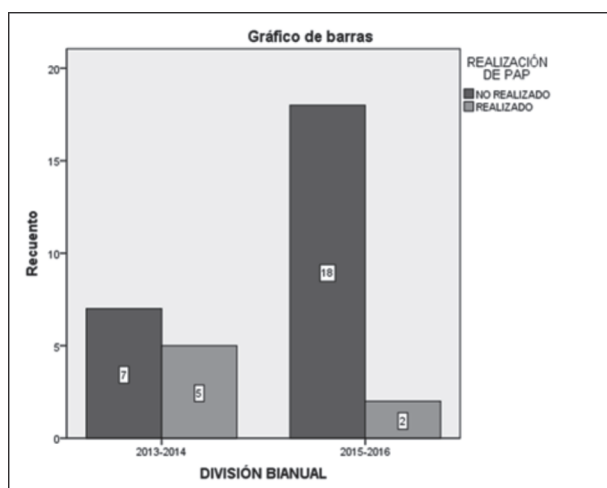
El 75.75% de las mujeres no contaban con la efectuación del PAP. De las que sí lo habían realizado, el 23.75% obtuvo resultados compatibles con hallazgos normales y el 0.5% anormales

Gráfico 5. Realización de PAP según número de consultas prenatales



Presentaron el PAP el 7.69% de las embarazadas que realizaron entre 0 a 2 consultas prenatales, el 24.57% de las que efectuaron 3 a 5 visitas, y el 55.26% de las que realizaron en 6 o más, $p= 0.0001$.

Gráfico 6. Realización del PAP en pacientes HIV según período bianual.



Comparando los períodos bianuales: 2013- 2014 y 2015- 2016, en el primer intervalo de tiempo se le efectuó la prueba de tamizaje al 41.67% (n= 5) de las mujeres HIV positivas, mientras que en el segundo al 10% (n= 2), $p= 0.036$.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay, J.; Soerjomataram, I.; Ervik, M.; Dikshit, R.; Eser, S.; Mathers, C.; et al. (2012). Cancer Incidence and Mortality Worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int. J. Cancer*, 136(5), 359-386.

2. Ministerio de Salud de la Nación. (2015). Prevención de cáncer cervicouterino: recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar>. Último ingreso: 25/09/2018.

3. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Programa Provincial de Oncología, Sub. Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino. (2011). Situación del cáncer de cuello uterino en la provincia de Santa Fe. Recuperado de <http://www.santafe.gov.ar>. Último ingreso: 25/09/2018.

4. Ministerio de Salud de la Nación. (2016). Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. Enfermedades Oncológicas. Recuperado de <http://www.remediar.msal.gov.ar>. Último ingreso: 25/09/2018.

5. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. (2013). Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar>. Último ingreso: 25/09/2018.

6. Cortez Castellón, M. (2010). Incidencia y manejo el Cáncer de Cérnix y embarazo. *Hospital Materno Infantil German Urquidi 2004-2008. Gaceta Médica Boliviana*, 33(1), 23-27.

7. Fescina, R.; De Mucio, B.; Martínez, G.; Díaz Rossello, J.; Durán, P.; Serruya, S.; et al. (2011). Sistema Informático Perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. CLAP/ SMR. Recuperado de <http://www.paho.org>. Último ingreso: 01/10/2018.

8. Sociedad Argentina de Infectología. Comisión de SIDA y ETS. (2016). Recomendaciones sobre el manejo de Infecciones Oportunistas en pacientes con infección por HIV. Recuperado de <http://www.sadi.org.ar>. Último ingreso: 25/09/2018.

9. Ministerio de Salud de la Nación. (2013). Guía para el manejo de los pacientes adultos con infección por VIH. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar>. Último ingreso: 25/09/2018.

10. Hernández, I.; Romero, P. J.; González, J. M.; Romero, A. & Ruiz, M. J. (2000). Tabaquismo en la mujer: Revisión y estrategias futuras. *Prev. Tab.*, 2(1), 45-54.

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:
www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones

UNIVERSIDAD PÚBLICA ARGENTINA

"Un pueblo educado e instruido, imposible de ser sometido" MAB.

Este año se cumplen cien años de la Reforma Universitaria Argentina, gesta que tuvo como protagonistas principales estudiantes, intelectuales, personalidades surgidas de las filas de la denostada universidad.

Los egresados de Universidades Públicas tenemos una obligación ineludible: apoyar los proyectos que mejoren su funcionamiento, defender su gratuidad, su ingreso irrestricto, su calidad indiscutible, su capacidad de investigación científica, su sentido de pertenencia y su entrañable compromiso con la sociedad contemporánea.

Probablemente nuestro accionar irrite a quienes propician la ignorancia defenestrando conceptos universales (Pensamiento Crítico), a quienes apuestan a la magia educativa que consiste en creer que se puede aprender de todo en minutos y con tutoriales, a quienes sólo ven algunas cifras elaboradas por los mismos organismos que luego se ofrecen como consultoras de mejora educativa, a quienes en definitiva se sienten incómodos en nuestro país por tener una "Universidad Gratuita No Elitista".

"El único Elitismo es el de las Neuronas". (René G. Favaloro).

Los datos de la última edición del ranking global de universidades realizado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España (CSIC), volvieron a confirmar la tendencia ascendente de las Universidades Públicas Argentinas, ubicándose la Universidad de Buenos Aires (UBA), la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) entre las más destacadas del mundo, sobre un total de 27.700 instituciones evaluadas.

En los años 90 se desmanteló gran parte del Ministerio de Educación, intentando avanzar contra la gratuidad universitaria, diagramando cupos, áreas y departamentos con la finalidad de subestimar los saberes de la educación superior.

La vida universitaria probablemente necesite transformaciones: mayor democratización de las instancias de gobierno, más presupuesto para investigación y docencia, infraestructura adecuada, estrategias para sumar masividad con calidad, contención a los miles de estudiantes que atraviesan las aulas en momentos de crisis y desocupación y a su profesorado validado internacionalmente.

La educación superior orgullo de la Argentina, nudo central de su soberanía, cuna de figuras brillantes, es la herramienta imprescindible para dar el salto hacia un "GRAN PAÍS".

Miguel Ángel Bravo. Febrero 2018.

NOCHES CULTURALES

COLEGIO de MÉDICOS de SANTA FE

**INICIA
MARZO 2019**

Una noche por mes nos encontramos para compartir música, literatura, artes plásticas y conferencias.

20.30 hs. Entrada libre y gratuita



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

DISPLASIA ESQUELÉTICA FIBROSA.

Fibrous skeletal dysplasia

Dr. Juan Manuel Couzo: Mail: jmcouzo@yahoo.com.ar Médico Pediatra. "Hospital de Niños "Dr. O. Alassia" Mendoza 4151 - Santa Fe.
 Dra. Gabriela Anabel Gea Sánchez. Médico Pediatra Hospital de Niños "Dr. O. Alassia.
 Dr. Nicolás Morello. Médico Pediatra. Médicos de planta CIM 1 Hospital de Niños "Dr. O. Alassia
 Dra. Virginia Bonet. Médicos de planta CIM 1 Hospital de Niños "Dr. O. Alassia.
 Dra. Virginia Valle. Médica residente. Hospital de Niños "Dr. O. Alassia.

RESUMEN:

Paciente varón, de 5 años, con tumoración maxilar inferior derecha de año y medio de evolución. Ligeramente dolorosa, de 4x4 cm., dura redondeada, sin aumento de color ni calor.

Laboratorio y Rx de tórax normal.

Ecografía: en maxilar inferior masa heterogénea que compromete cortical, irregularidades, áreas hipoecoicas de 0,9x2,5x2,6 cm., bordes mal definidos. Adenomegalias en cadena yugular superior, región submaxilar, la mayor de 1,19cm.

TAC macizo facial: aumento de estructura ósea con contenido en vidrio esmerilado hacia rama horizontal y ascendente. Sin destrucción de jerarquía a nivel cortical. Cambios en densidad de médula ósea. Con contraste, refuerzo a nivel de partes blandas. No colección.

Se realiza punción biopsia, que diagnostica de displasia fibrosa esquelética.

INTRODUCCIÓN:

Esta patología, se caracteriza por el reemplazo del espacio medular y el hueso esponjoso por tejido inmaduro. La describió Lichtenstein en 1938.

Si afecta un solo hueso es la forma monostótica, y poliostótica, si compromete varios. Estos últimos se asocian, generalmente a síndromes como: S. de Mc Cune Albright, S. de Mazabraud, S. de Bourneville.

En varios de ellos junto a trastornos endócrinos, como hipertiroidismo, hipoparatiroidismo, hipofosfatemia, acromegalia, entre otros.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO:

Niño de 5 años, derivado del Hospital de Reconquista.

Año y medio antes del ingreso comenzó con tumoración maxilar inferior derecha. Consultó y recibió antibióticos varias veces, como infección odontógena. Se realizó extracción de pieza dental sin mejoría. Fue trasladado a nuestro hospital.

Antecedentes patológicos personales y familiares negativos. Buen aspecto general, eutrófico. Tumoración maxilar de 4x4 cm., dura, redondeada, no dolorosa, sin aumento de color ni calor. Resto de evaluación física sin particularidades. (Figura 1)



Figura 1

Laboratorio; hemograma: GB 9,2K/uL (N 75%, L12%, M3%, E10%, B0%), VGS 31mm/h, PCR 1,45mg/lit., LDH 400UI/L; siendo el resto sin particularidades, Rx de tórax en límites normales.

Ecografía: en maxilar inferior, masa heterogénea que compromete cortical, irregularidades a nivel de la misma, áreas hipoecoicas, diámetro de 0,9x2,5x2,6 cm. con bordes mal definidos.

Se solicitó tomografía de macizo facial que informó: aumento de estructura ósea con contenido en vidrio esmerilado hacia rama horizontal ascendente. Sin producir destrucción de jerarquía en cortical. Cambios en la densidad de la médula ósea. Con contraste, refuerzo de partes blandas. Sin colección. (Figura 2)

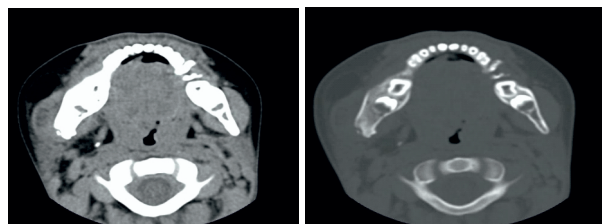


Figura 2

Biopsia, microscopía: en cortes histológicos muestra tejido de células fusiformes, fibroblastos y conectivas de aspecto estoriforme que contiene

trabéculas óseas incurvadas y escasos elementos linfocitarios. Hallazgos vinculables a displasia fibrosa esquelética. (Figura 3)



Figura 3

DISCUSIÓN:

La displasia fibrosa esquelética; es una patología benigna, no hereditaria, poco frecuente.

Fue descrita por Lichtenstein en 1938. 1,2 Se debe al reemplazo de la médula ósea normal por tejido fibroso; la arquitectura del hueso es alterada y remodelada por la lesión fibrodisplásica. 1,2,3,4 Representa aproximadamente el 2% de los tumores óseos en Pediatría. 4

Tendría un origen genético, relacionada a la sub-unidad alfa de la proteína G estimulante del cromosoma 20. 4

Se presenta en pediatría promediando la primera infancia y pre-adolescencia, aunque la lesión puede existir con anterioridad. 1

Están descritas dos formas clínicas: comprometiendo un solo hueso, monostótica 70%, (como el presente caso); múltiples, poliostóticas 27%. Estas últimas se pueden asociar con algunos síndromes: de Mc Cune Albrihgt (manchas café con leche, pubertad precoz), de Mazbraud (mixomas intramusculares), de Bourneville (epilepsia, retardo mental). 1,4

Afecta más frecuentemente los huesos craneofaciales, fémur proximal y costillas. En las monostóticas el más comprometido es el maxilar. 1,2,3

Por lo general evoluciona lentamente, de lo contrario pensar en otra patología, como quiste óseo aneurismático o transformación maligna (osteosarcoma 1%). 1,3,4,

Desde el punto de vista clínico puede ser asintomática, como hallazgo incidental Tener dolor local, con o sin edema, y esto último implica deformidad focal. Fracturas espontáneas en huesos largos. Afectación de los pares craneanos, cambios en la visión, congestión nasal. Hipoacusia, cuando afecta el temporal por oclusión del

conducto auditivo externo. Convulsiones en síndrome de Bourneville. Pubertad precoz en síndrome de Mc Cune Albright. 1,3 Las lesiones óseas suelen detenerse en la pubertad, siendo poco común su progresión a la adultez. 3

En laboratorio puede hallarse: fosfatasa alcalina aumentada en el 33% de los casos, con calcemia normal. 2

El diagnóstico se basa en antecedentes: fracturas previas, manchas en la piel, menarca, presencia de endocrinopatías, como hipertiroidismo y otras. 3 Los signos radiológicos son característicos, pero no específicos.

Se observa: lesión expansiva intramedular, similar al vidrio esmerilado, imágenes radiolúcidas de apariencia quística, afinamiento de la cortical. 1,3 Algunos protocolos recomiendan incluir radiografías de miembros, pelvis, cráneo, sin incluir columna por lo infrecuente de su afectación. 1,3

La tomografía se indica para definir anatomía y extensión de la lesión. 3 La biopsia confirma diagnóstico. 1,2,3

Los pacientes que no presentan evolución agresiva se controlan sin intervención. 3 Llegada la madurez esquelética, en la pubertad, se realiza tratamiento quirúrgico, supeditado a la clínica: dolor, compromiso funcional, estética. La escisión debe ser total para evitar recidivas.

En este caso no se indica radioterapia, esto podría desencadenar malignización. 2,3.

Entre los diagnósticos diferenciales considerar: quiste óseo aneurismático, la lesión osteolítica es expansiva, constituida por espacios de tamaño variable rellenos de sangre, se localiza por lo general en metáfisis de huesos largos.

Radiológicamente lesión lítica que da un aspecto en "vidrio soplado". En su interior suelen verse pseudocavidades, se trata con resección quirúrgica. 5

Quiste óseo unicameral: lesión cavitaria rellena de líquido amarillento o hemorrágico, con ocasionales células gigantes diseminadas. Aparece en la primera década de la vida, en los extremos proximales de húmero y fémur. Radiografías muestran lesión lítica central, bien delimitada. El tratamiento de elección, metilprednisolona intracavitaria. 5

También comprometiendo cráneo y mandíbula, granuloma eosinófilo. Proliferación de elementos reticuloendoteliales, eosinófilos, neutrófilos, linfocitos, células plasmáticas y células gigantes multinucleadas. Es la forma de histiocitosis X focal. Radiográficamente, lesión lítica central, con reacción perióstica. Tratamiento curetaje aislado o acompañado de metilprednisolona. 5

En patología neoplásica tener en cuenta sarcoma de Ewing. Histologicamente se trata de un sarcoma de célula redonda, basófila, sin citoplasma definido y contenido de material necrótico.

Radiografías lesión moteada intramedular, sin límites claros con reacción perióstica (bulbo de cebolla). Los niños afectados tienen compromiso general. Tratamiento: cirugía, radioterapia y quimioterapia. 5

Dado los diferentes diagnósticos, incluyendo neoplasias, en la displasia fibrosa esquelética se impone realizar biopsia. 1,2,3

En nuestro paciente tomamos placas según protocolo, siendo las mismas sin anormalidades. Mantenemos conducta expectante hasta nuevo control.

CONCLUSIÓN:

Displasia fibrosa esquelética, es una patología benigna. Habitualmente se presenta en primera infancia y adolescencia. Puede ser asintomática, en algunos pacientes se acompaña de disfunción endócrina.

Evoluciona lentamente. Los signos radiológicos no son específicos, la tomografía indica anatomía y extensión de la lesión, con biopsia se confirma el diagnóstico. En la madurez esquelética, se realiza tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Balancini B; Ramos Pacheco L; Montaña Mariscal M; Lubienieki F. (e tal). Displasia fibrosa esquelética en niños. Medicina Infantil 2006;13:109-114.
- 2- Traibi A; El Oueriachi F; El Hammoumi M; Al Bouzidi A (et al), Monostotic Fibrous displasia of the ribs. Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery 2012;14:41-43.
- 3- Lee JS; FitzGibbon EJ; Chen YR; Kim HJ.(et al), Clinical guidelines for the management of craniofacial fibrous displasia. Orphanet Journal of Rare Diseases 2012;7(suppl.1):52.
- 4- Pardo-Maza A; Lassaletta L; Ruiz-Bravo E; Perez-Mora R (et al). displasia of the temporal bone secondary to ear surgery: a case report. Journal of Medical Case Reports 2015;9:129.
- 5-Soto Montoya, C. Tumores del sistema musculoesquelético. En: Roselli Cock, P; Duplat Lapides, J. L. Ortopedia Infantil. 2° ed.p. 171-174.

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:
www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones

m.r. impresiones

Dirección: Dr. Zavalla 2285
Santa Fe I Capital

Tel.: (0342) 4557520

E-mail para Presupuestos: mrpresupuestos@gmail.com

Diseño: dismr@arnetbiz.com.ar - Administración: mradesca@arnetbiz.com.ar

SÍNDROME DE HUESO HAMBRIENTO SECUNDARIO A PARATIROIDECTOMIA.

Autores:

Dra. Núñez, Jéssica. Residente de primer año.
Dra. Gómez, Virginia. Residente de primer año.
Servicio de Clínica Médica, Hospital J.M. Cullen. Santa Fe.

Trabajo premiado como mejor "Reporte de Caso", en la Sesión Especial de Presentación de Trabajos Científicos, del Curso de Grandes Síndromes Clínicos. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral. Colegio de Médicos, Primera Circunscripción de la Provincia de Santa Fe. Sociedad de Medicina Interna de Santa Fe.

El síndrome del hueso hambriento (SHH) es una complicación que puede ocurrir posterior a una cirugía paratiroidea cuando la corrección del hiperparatiroidismo primario se asocia con una rápida re mineralización ósea, causando hipocalcemia grave y prolongada.

El SHH se produce alrededor de un 12-30% de los pacientes tras una cirugía paratiroidea por un adenoma que ocasiona un hiperparatiroidismo primario. Puede aparecer entre el primer y el sexto día tras una paratiroidectomía y se caracteriza por una hipocalcemia grave y prolongada ya que después de la paratiroidectomía, el estímulo de la PTH se retira bruscamente, la actividad osteoclástica excesiva se detiene, pero la actividad osteoblástica continúa, dando como resultado un marcado aumento en la captación ósea de calcio para facilitar la formación de hueso, lo que predispone al paciente a una hipocalcemia sintomática.

Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 43 años, ex tabaquista, hipertenso de 10 años de evolución, medicado con losarán y carvedilol. Ingresa a nuestro nosocomio derivado desde su ciudad de origen por cuadro de dos meses de evolución caracterizado por dolor e impotencia funcional de ambos miembros inferiores, a predominio en las caderas asociado a hipercalcemia.

Al examen físico se constata marcha antálgica, sin otros hallazgos de relevancia.

Exámenes complementarios:

Laboratorio: calcemia 13.52 fosfatemia 1.42 magnesemia 1.29 PTH 1.557 pg. /ml vitamina D 16.90 calciuria 24hs 213mg/24hs. Función renal normal.

Densitometría ósea: osteoporosis en cadera y columna lumbar.

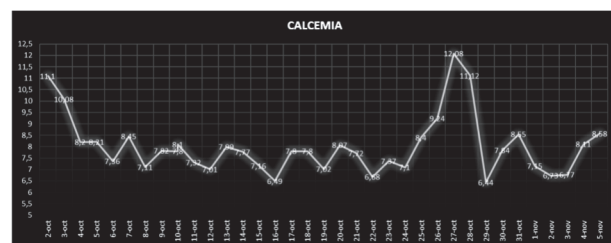
RMN pelvis: imágenes focales en hueso ilíaco izquierdo con áreas quísticas en su interior. Biopsia ósea compatible con tumor pardo.

Centellograma de paratiroides compatible con adenoma paratiroideo.

Se realiza tiroidectomía total, paratiroidectomía inferior derecha, más vaciamiento ganglionar recurrencial derecha. Anatomía patológica de lóbulo derecho de glándula tiroides y glándula paratiroides derecha informa: formación tumoral, blanquecina mal delimitada, multinodular q mide 5 cm de longitudinal, ubicado a nivel de paratiroides comprometiendo parénquima tiroideo. Diagnóstico final: carcinoma paratiroideo.

Evoluciona a las 48 horas de la cirugía con hipocalcemia sostenida, asintomática. Se realizaron reposiciones endovenosas con gluconato de calcio, magnesio y fósforo. Además se indicó carbonato de calcio y calcitriol por vía oral. La hipocalcemia sostenida (**ver gráfico 1**), los trastornos metabólicos asociados, junto al antecedente reciente de la cirugía permite realizar el diagnóstico de síndrome de hueso hambriento y realizar el tratamiento adecuado.

Al alta hospitalaria se indicó carbonato de calcio y calcitriol vía oral.



Discusión.

El síndrome de hueso hambriento se presenta como una complicación posterior a la resección de la glándula paratiroides. Se caracteriza por hipocalcemia grave y prolongada; hipofosfatemia e hipomagnesemia secundaria a una intensa re mineralización ósea.

La frecuencia es de 12-30% de los pacientes sometidos a cirugía de paratiroidectomía,

Se deben tener en cuenta estas complicaciones, procurar un adecuado manejo preoperatorio y optimizar los controles posoperatorios.

Destacamos la rareza del diagnóstico de carcinoma paratiroides, entidad muy inusual.

Agradecimientos: Servicio de cirugía general y mixta y sección Cabeza y cuello Hospital JM Cullen.

NEUMONIA AGUDA DE LA COMUNIDAD EN PACIENTES QUE REQUIEREN INTERNACIÓN EN SALA GENERAL.

Autores:

Dr. Soria, Damián. Concurrente de cuarto año.
Dr. Pila, Sebastián. Concurrente de cuarto año.
Servicio de Clínica Médica. Hospital J.M. Cullen. Santa Fe.

Trabajo premiado como mejor "Serie de Casos", en la Sesión Especial de Presentación de Trabajos Científicos, del Curso de Grandes Síndromes Clínicos. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral. Colegio de Médicos, Primera Circunscripción de la Provincia de Santa Fe. Sociedad de Medicina Interna de Santa Fe.

Objetivos:

Determinar características epidemiológicas, clínicas, de laboratorio, imagenológicas y terapéuticas de pacientes con diagnóstico de neumonía aguda de la comunidad (NAC) que requirieron internación en sala general.

Material y Métodos: Estudio longitudinal, prospectivo, observacional durante un periodo de 18 meses en el hospital José María Cullen.

Se incluyeron pacientes adultos, mayores de 15 años, con diagnóstico de neumonía aguda de la comunidad, según criterios de Fang: 1) Presencia de infiltrado nuevo en la radiografía de tórax de admisión. 2) Presencia de uno de los siguientes criterios mayores: a) tos, expectoración mucopurulenta o hemoptoica, b) temperatura $> 37.8^{\circ}\text{C}$, o 3) 2 de los siguientes criterios menores: a) dolor pleurítico, b) disnea, c) estado mental alterado, d) consolidación a la auscultación, e) recuento de glóbulos blancos mayor de $12.000/\text{mm}^3$, que requirieron internación en sala general.

Exclusión: 1) Internación en unidad de cuidados intensivos desde el ingreso al nosocomio; 2) Infiltrado radiológico atribuible a otra causa (por ej: insuficiencia cardíaca, tumor, tromboembolismo pulmonar); 3) Pacientes hospitalizados 14 días previos al episodio de neumonía.

Resultados: Se estudiaron 43 pacientes, con edad media de 43 años, 55,8% hombres y 44,2% mujeres. El promedio de internación fue de 9,2 días. Etilismo (30%) y tabaquismo (28%) fueron los antecedentes más relevantes, seguido de diabetes (14%) y enfermedad renal crónica (9%).

La presencia de tos más fiebre se presentó en el 60,4% de los casos, y la combinación de estos dos síntomas más taquipnea en el 44%. 51,1% tuvieron CURB-65 de 1. 48,8% tuvieron PSI clase 1. 34,4% presentaron complicaciones, de ellos 21% fue descompensación de su enfermedad de base, la más frecuente hiper-glucemia en diabéticos (66%).

El promedio de leucocitos fue de 14202 mm^3 , (promedio de neutrófilos 83%). El promedio de eritrosedimentación fue de 56 mm/h . El 42,4% presentaron $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ menor de 300, y 18,2% menor a 200. Radiográficamente el 87,5% presentó infiltrado alveolar, de ellos el 57% fue lobar. El 81,4% fue unilateral.

Solo un paciente presentó radiografía normal. Los patógenos más frecuentemente aislados en esputo fueron: *S. pneumoniae*, (66,6%) *H. influenzae*, (33,3%). El 12,5% de los pacientes complicaron con bacteriemia por neumococo. 85% tuvieron hemocultivos negativos. Un paciente (2,5%) presentó bacteriemia por *Staphylococcus aureus*.

El antibiótico empírico más prescrito fue ampicilina sulbactam (80%). La combinación con claritromicina se indicó en 43% y se asoció a oseltamivir en 34% de los pacientes. No se observó mortalidad asociada a NAC durante la internación.

Conclusión:

Los pacientes fueron predominantemente jóvenes, tabaquistas, etilistas, diabéticos y con enfermedad renal crónica. Fiebre disnea y taquipnea fueron los síntomas predominantes al ingreso. La mayoría tuvo leucocitosis con neutrofilia y casi la mitad $\text{pAo}_2/\text{Fio}_2$ baja. Predomino el infiltrado alveolar, lobar unilateral. El *Streptococcus pneumoniae* fue el agente más frecuente y de ampicilina sulbactam tratamiento empírico más utilizado. Un tercio tuvieron complicaciones, la más común diabetes descompensada.

No se registraron casos de muertes.

Agradecimientos: Dr. Gustavo Cassano (Medico de planta Clínica Médica Hospital J.M. Cullen)

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL POR HISTOPLASMOSIS:

A propósito de un caso

Autores:

Dra. Amanda Zárate. Residente de 3er año. Htal J.M. Cullen
Dra. Nahir Preisz. Residente de 3er año.
Servicio de Clínica Médica. Hospital J.M. Cullen.

CASO CLÍNICO GANADOR DEL PREMIO ANUAL DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE SANTA FE "DR. ISIDRO GASTALDI AÑO 2017" A LA MEJOR PRESENTACIÓN EN ATENEO.

Paciente de 60 años de edad, ex tabaquista de 10 paquetes/año, con diagnóstico de enfermedad de Chagas, portadora de marcapasos.

Cursó internación en nuestro servicio por cuadro de astenia, pérdida de peso y debilidad generalizada que dificultaba la deambulación, constatándose al examen físico tendencia a la hipotensión e hiperpigmentación cutánea.

Presentaba en analítica sanguínea alteración de la función renal, hiponatremia e hipercalcemia.

Se solicitó ACTH, la cual fue de 317, cortisol plasmático basal de 7,5 up/ml y PTH de 8,5. Por interpretarse el cuadro como insuficiencia suprarrenal, se inicia tratamiento con hidrocortisona.

Se realiza TAC de tórax, abdomen y pelvis, donde presenta masas suprarrenales bilaterales con realce heterogéneo, con sospecha (por características de las mismas) de proceso infeccioso.

Se solicitó PPD, hemocultivos por lisis de centrifugación y antigenemia para *Histoplasma Capsulatum* y *Paracoccidioides*, los cuales fueron negativos.

Se otorga alta con diagnóstico de insuficiencia suprarrenal y masas suprarrenales en estudio, en tratamiento con hidrocortisona y controles por consultorio externo.

Evoluciona con la aparición de úlceras en paladar duro. Se realizó escarificación observándose al examen directo, estructuras compatibles con *Histoplasma Capsulatum*. Las serologías para *Histoplasma* y *Paracoccidioides* resultaron nuevamente negativas.

Se realizó toma de biopsias de úlceras, donde se constató un proceso inflamatorio agudo supurado con necrosis y presencia de células gigantes multinucleadas en las cuales se observaron con la

tinción de PAS estructuras esferuloides vinculables a organismos micóticos, que fueron enviadas para estudio microbiológico.

En el examen directo, se observó *Histoplasma Capsulatum*, por lo cual se decidió iniciar tratamiento con Itraconazol.

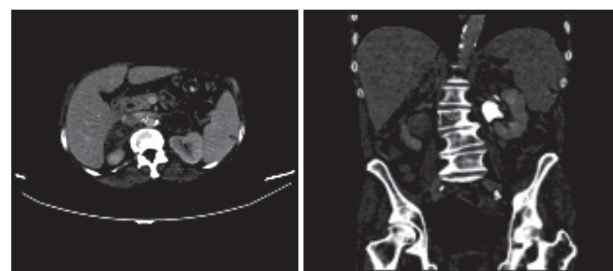
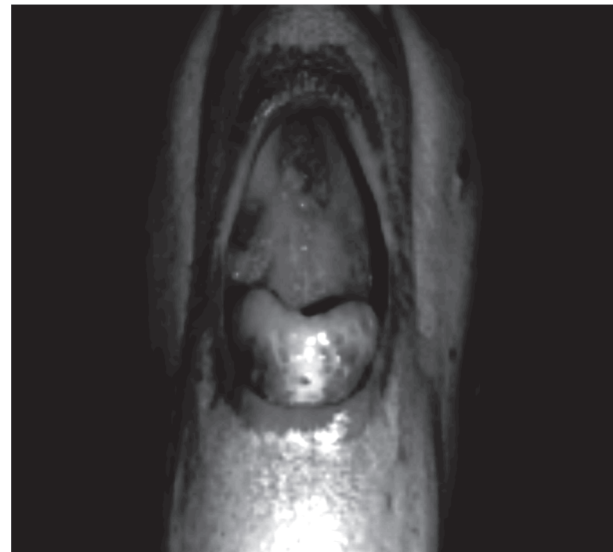
Luego de doce días de internación, se otorgó el alta hospitalaria, con indicación de continuar con tratamiento antifúngico, corticoides y controles por consultorio externo.

Conclusión:

La insuficiencia suprarrenal es una entidad que representa un desafío, tanto por su proceso diagnóstico, como por las múltiples etiologías que involucra. La infección por *Histoplasmosis* es una causa infrecuente de la misma, fundamentalmente cuando se presenta en huéspedes inmunocompetentes, como sucede en este caso.

La epidemiología local junto a un alto índice de sospecha, son elementos fundamentales para arribar al diagnóstico.

Agradecimientos: Sección endocrinología Hospital J.M. Cullen y Dra. Priscila Serravalle.



POLIANGEITIS MICROSCÓPICA:

Presentación de caso clínico

Autores:

Dra. Cecchetto, María Florencia
Dr. Nardin, Juan José
Dra. Zunini, Brenda.
Residencia de Clínica Médica Hospital
Central de Reconquista. Santa Fe.

CASO CLÍNICO DISTINGUIDO COMO SEGUNDA MEJOR PRESENTACIÓN EN ATENEO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE SANTA FE, AÑO 2017.

Abstract

The prolonged febrile syndrome is always a challenge for the doctor considering the lack of consensus. Although rheumatological diseases represent the second group that most often presents in this way, they imply a difficulty due to the great variety. We present the clinical case of a 59-year-old male patient, admitted for neuropathy in both lower limbs associated with renal failure, which is why multiple diagnostic studies are carried out, reaching the etiology of ANCA (neutrophil cytoplasmic antibody) vasculitis p. From the clinical point of view, all these entities present in the kidney with a pauciimmune necrotizing glomerulonephritis with extracapillary proliferation, and the occurrence of pulmonary involvement in the form of pulmonary hemorrhage is also frequent. From the diagnostic point of view, it is considered essential to obtain tissue that allows histological diagnosis, as well as the determination of ANCA by immunofluorescence and ELISA. Vasculitis can represent a diagnostic challenge due to its varied forms of presentation, not only due to its signs and symptoms, but also due to its severity and the different times of evolution in which it can occur. **Key words:** microscopic polyangiitis, glomerulonephritis, rheumatology

Resumen

El síndrome febril prolongado siempre es un desafío para el médico considerando la falta de consenso. A pesar que las patologías reumato-inmunológicas representa el segundo grupo que con mayor frecuencia se presenta de esta forma, implican una dificultad debido a la gran variedad.

Se presenta el caso clínico de paciente masculino de 59 años, que ingresa por neuropatía en ambos miembros inferiores asociado a falla renal por lo que se realizan múltiples estudios diagnósticos llegando a la etiología de vasculitis ANCA (anticuerpo anticitoplasma de los neutrofilos).

Desde el punto de vista clínico, todas estas entidades cursan en el riñón con una glomerulonefritis necrosante pauciimmune con proliferación extracapilar, siendo también frecuente la aparición de afectación pulmonar en forma de hemorragia pulmonar.

Desde el punto de vista diagnóstico, se considera fundamental la obtención de tejido que permita el diagnóstico histológico, así como la determinación de ANCA por inmunofluorescencia y ELISA.

Las vasculitis pueden representar un reto diagnóstico debido a sus variadas formas de presentación, no solo debido a su signosintomatología, sino también por su gravedad y los distintos tiempos de evolución en los que se pueden dar.

Palabras clave: poliangeítis microscópica, glomerulonefritis, reumatología.

Introducción

El síndrome febril prolongado siempre es un desafío para el médico considerando la falta de consenso en las definiciones de esta entidad, la variabilidad etiológica según el sitio geográfico y los escasos repuestos en la literatura.

En todas las publicaciones hay un grupo de paciente que concluye su enfermedad sin diagnóstico etiológico a pesar de haber efectuado los estudios correspondiente para dicho síndrome.

A pesar que las patologías reumato-inmunológicas representa el segundo grupo que con mayor frecuencia se presenta de esta forma, implican una dificultad debido a la gran variedad de las mismas, sumado a las vicisitudes técnicas para arribar a su diagnóstico.

Caso Clínico

Se presenta el caso clínico de paciente masculino de 59 años, oriundo de Villa Ocampo, músico. Como antecedentes era tabaquista de jerarquía, diabético e hipertenso diagnosticado hace 3 meses, en tratamiento con metformina y Carvedilol.

Consultaba por cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por edema en miembros inferiores y dolor de tipo neuropático. Había visitado médicos flebólogo, traumatólogo y neurólogo, sin mejoría. Refiere hace 1 mes equivalentes febriles y sudoración nocturna.

Es derivado desde localidad de origen con laboratorio que evidenciaba anemia con Hb 8.3 Gb 17800 VSG 106, GGT 257, FAL 1168 Creatinina 2.48, orina con abundantes piocitos y cilindros. Allí fue transfundido con 1 U de GR.

Ingresa a nuestra sala hipertenso, con el resto de los signos vitales conservados. Al examen físico se encontraba pálido, con soplo polifocal 2/6 a la auscultación cardíaca, con rales bibasales a nivel pulmonar. Edema sacro y de miembros inferiores godet + + +, con hiperalgesia cutánea en forma de calcetín.

Se decide solicitar estudios que mostraban anemia con Hb 9.4 GB 17000 (N84/L12), VSG 106, Urea 1.17 Creatinina 2.46, hiperkalemia de 5.88. La orina mostraba Hb + + + y proteínas +, con índices para NTA. PCR cualitativa positiva. Hemocultivos y urocultivo. Serología HIV, VDRL, Hepatitis B y C negativos. Radiografía de tórax que si bien constaba regular técnica, impresionaba dentro de parámetros normales.

Se ordena ecocardiograma sin particularidades y ecodoppler de miembros inferiores con insuficiencia venosa superficial. Se solicita RMN de cerebro que muestra hiperintensidad T2 en protuberancia de etiología vascular crónica.

Posteriormente evoluciona febril. Se recibe urocultivo positivo para lo cual se realiza tratamiento completo con cefalotina, con persistencia de la fiebre. Por progresión del síndrome edematoso se inician diuréticos. Asumiendo el dolor en miembros inferiores como polineuropatía diabética se agrega amitriptilina, pregabalina y complejo B sin respuesta.

Para estudio de síndrome febril sin foco, se solicita ETT y ETE que no evidenciaba vegetaciones, con derrame pericárdico leve. Se indica Ceftriaxona /Clindamicina para fiebre sin foco y albúmina EV por persistencia de edemas sin mejoría alguna.

En nuevo laboratorio se evidencia leucocitosis, parámetros de reserva hepática disminuida y empeoramiento de la función renal (Urea 1.60 creatinina 6.47). Nuevos cultivos negativos. Presentaba en ecografía abdominal hipertrofia piramidal de riñón izquierdo, resto sin particularidades. Continuando con estudios se constata Proteinograma por electroforesis normal, TAC tórax-abdomen-pelvis que mostraba derrame pleural bilateral, con imágenes nodulillares a nivel pulmonar. Con sospecha de paraneoplásico y referir disfagia a sólidos, se solicita VEDA que muestra candidiasis esofágica para lo cual recibe tratamiento con fluconazol. Continúa con falla renal, requiriendo hemodiálisis.

Por persistencia del cuadro se solicita interconsulta con reumatología, quien solicita laboratorio reumatológico y electromiografía de miembros inferiores que muestra axonopatía generalizada

motora-sensitiva bilateral. A la espera de los resultados, indica tratamiento con corticoides, evidenciándose mejoría clínica.

Luego se recibe laboratorio reumatológico, con ANCA P positivo por lo que se asume el cuadro como secundario a vasculitis por lo que se agrega con pulsos de ciclofosfamida normalizándose los parámetros de laboratorio y clínicos. Por negativa del paciente se pospone realización de biopsia renal.

Discusión

El término vasculitis comprende un grupo de condiciones o síndromes, que se caracteriza por inflamación y necrosis de las paredes de los vasos sanguíneos. La clasificación propuesta en la Conferencia de Consenso Internacional de Chapel Hill, permitió unificar criterios para hablar un lenguaje común, que las clasifica en pequeño, mediano y grandes vasos. Dentro de las primeras se destaca un grupo que son las vasculitis asociadas a ANCA: poliangeitis microscópica (PAM), polingaitis granulomatosa (granulomatosis de Wegener), poliangeitis granulomatosa eosinofílica (vasculitis de Churg Strauss) y la forma limitada a riñón.

Desde el punto de vista clínico, todas estas entidades cursan en el riñón con una glomerulonefritis necrosante paucimune con proliferación extracapilar, siendo también frecuente la aparición de afectación pulmonar en forma de hemorragia pulmonar. Como se trata de vasculitis sistémicas, se puede observar afectación en prácticamente todos los órganos, hecho que ocurre en distintos porcentajes en función del subtipo de vasculitis.

Desde el punto de vista diagnóstico, se considera fundamental la obtención de tejido que permita el diagnóstico histológico, así como la determinación de ANCA por inmunofluorescencia y ELISA.

La sensibilidad y especificidad diagnóstica de estos anticuerpos para estas enfermedades es alta, relacionándose fundamentalmente los p-ANCA con especificidad MPO con la poliangeitis microscópica y los c-ANCA con especificidad PR3 con la granulomatosis de Wegener, encontrando al Churg Strauss con un 50% aproximadamente del primero.

La aparición de una neuropatía periférica es una importante característica de las vasculitis sistémicas, tanto primarias como secundarias, y a menudo se observa durante las primeras fases de la enfermedad, teniendo, por tanto, un trascendental valor diagnóstico.

En cambio, la afectación renal puede manifestarse con microhematuria, proteinuria que suele ser no nefrótica (1-3 g/d) e insuficiencia renal de instauración subaguda (días/semanas), lo cual obliga a sospechar estas entidades de forma rápida para la puesta en práctica de acciones acordes, no solo abocadas al diagnóstico sino también a su tratamiento.

En cuanto al tratamiento, la ciclofosfamida sigue teniendo un papel crucial en la inducción de remisión en formas severas, reduciendo considerablemente la mortalidad. Sin embargo, su empleo conlleva una importante toxicidad a largo plazo y el acúmulo de morbilidad derivada de un control subóptimo del proceso.

Se han desarrollado estrategias para limitar la exposición al fármaco y minimizar su toxicidad, como son el uso de pulsos endovenosos como alternativa a la vía oral y la estrategia secuencial. Tanto para inducir remisión en casos no severos como para el mantenimiento de remisión se preconiza el empleo de inmunosupresores alternativos, como son el metotrexate, la azatioprina o la leflunomide.

En determinadas situaciones con compromiso vital puede recurrirse a opciones como la plasmaféresis o las inmunoglobulinas endovenosas. Las terapias biológicas suponen una alternativa prometedora, si bien su empleo actual debe restringirse a los casos refractarios.

Conclusión

A pesar de que nuestro paciente se negó a la realización de biopsia renal, procedimiento crucial para la confirmación final, los anticuerpos positivos complementaron el diagnóstico, siendo posible el tratamiento adecuado, el cual es prácticamente indistinto para cualquier tipo de inflamación vascular de origen autoinmune.

Las vasculitis pueden representar un reto diagnóstico debido a sus variadas formas de presentación, no solo debido a su signosintomatología, sino también por su gravedad y los distintos tiempos de evolución en los que se pueden dar. Todo ello obliga al médico internista a profundizar en la búsqueda y reevaluar continuamente un paciente que se presenta como el caso discutido. Obliga a su vez, a plantearse diferentes diagnósticos diferenciales para no omitir entidades frecuentes como las infecciones.

Se recomienda tener en cuenta estas entidades dado que la puesta en práctica de las acciones correspondientes puede cambiar el curso de la enfermedad.

Bibliografía

- 1-<http://www.reumatologiaclinica.org/es/tratamiento-las-vasculitis-sistemicas-asociadas/articulo/S1699258X09001259/>
- 2-<http://www.archbronconeumol.org/es/afectacion-pulmonar-las-vasculitis/articulo/S0300289612001214/>
- 3-<http://www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/2008/04/Cap-14-Vasculitis-sistemicas-asociadas-a-ANCA.pdf>
- 4-http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000200004

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:
www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones



**INICIA
MARZO 2019**

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

20.30 hs. Entrada libre y gratuita



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

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

- Títulos
- 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.

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

1. Descripción breve (200-250 palabras)
2. Un cuadro clínico con 5 opciones diagnósticas
3. Una imagen

Segunda parte


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

Cartas al editor


400-1000 palabras - 5 Citas bibliográficas

WEBINARIOS
Disertaciones Online
Educación Médica Continua 2019

Conferencias a través de Internet
60 minutos de duración
Periodicidad quincenal
Evento sin costo para todos los profesionales



COLEGIO DE MEDICOS
1ra Circunscripción - Santa Fe
www.colmedicosantafe1.org.ar





9 años
BRINDANDO
Servicios y Beneficios
a los profesionales de
Santa Fe



Doctor, usted puede asociarse a **La Médica Santa Fe**
SIN NINGUN COSTO por los primeros 12 meses
y aprovechar esta **Propuesta Especial**



Con su PRIMERA COMPRA. Hasta \$15.000

20 cuotas
SIN INTERESES
ó **20** % DESCUENTO
pago contado

La Médica
Hogar,
Informática
y Telefonía

Préstamos
Personales

Agiles y Accesibles.
¡Para que usted decida
en qué lo quiere gastar o invertir!
Hasta en 36 cuotas
fijas y en pesos



Además:

CAJA DE AHORRO MUTUAL - INVERSIONES
TURISMO - TARJETA VISA INTERNACIONAL

25 DE MAYO 1867. 1º PISO
Lunes a viernes de 7.30 a 15.30
www.lamedicasantafe.org.ar

Consulte con
nuestros asesores

Tenemos mucho más para ofrecerle

(0342) 483 5489/5494

lamedicasantafe@mutualamr.org.ar

El acceso a los préstamos queda sujeto a aprobación del Consejo Directivo de La Mutual de AMR.
Todos los préstamos son con descuento de Caja de Ahorro Mutual. Propuesta válida hasta el 31/03/19

NUEVO RESONADOR 3T

Único en
la región



Realizamos la inversión en imágenes para la salud más grande de la historia de la región, para que encuentres en tu ciudad, la atención de primer nivel que necesitás.

TOMAMOS TUS MEJORES IMÁGENES

Radiología, Mamografía, Densitometría, Ecografía, Cámara Gamma, Tomografía y Resonancia

SEDE CENTRO JUNÍN 2474

SEDE SUR GRAL. LÓPEZ 2876

TEL (0342) 4 827 827 | **WHATSAPP** 342 5522912

MAIL contacto@diagporimágenes.com.ar

www.diagporimágenes.com.ar



**DIAGNÓSTICO
POR IMÁGENES**
JUNÍN