



# REVISTA DEL COLEGIO DE MÉDICOS

DE LA 1<sup>ra</sup> CIRCUNSCRIPCIÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

9 DE JULIO 2464 - SANTA FE



Año III - N<sup>o</sup> 6 - Noviembre 2019

ISSN (Impreso) 2618-4664

ISSN (en línea) 2618-4672

# REVISTA DEL COLEGIO DE MÉDICOS

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

Año III - N° 6 - Noviembre 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*

Secretaría de Publicaciones:

**Sra. Mariana Montenegro.**

Tel: 0342-4520176/77 Interno: 7

*revistas@cmsf.org.ar*

[www.colmedicosantafe1.org.ar](http://www.colmedicosantafe1.org.ar)

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

9 de Julio 2464 C.P. S3000FBN  
República Argentina

(0342) 4520176 - Fax (032) 4520177 Int. 7

**Instrucciones para Autores:**

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

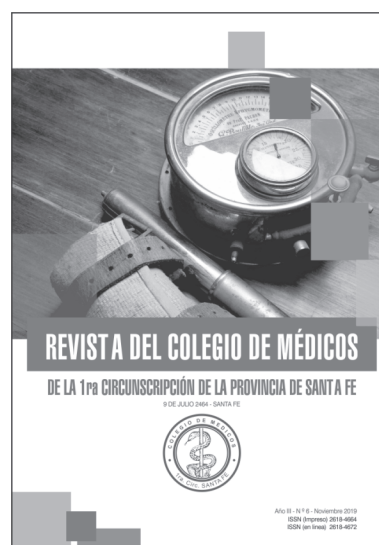
**Edición Semestral**

**ISSN - 2618 - 4664 (Impreso)**

**ISSN - 2618 - 4672 (On Line)**

## CONTENIDOS

Editorial.....	4
Diabetes y complicaciones crónicas. Evidencia respecto a Objetivos Glucémicos ¿Que nos dejaron los Ensayos Clínicos Randomizados?.....	5
La vida del Personal Médico en un Pueblo Chico...	11
Cuando la Medicina puede Enfermar.....	13
Revisión de la Guía de Celiaquía de la Sociedad Argentina de Gastroenterología de 2017.....	16
<b>SECCIÓN POSTERS:</b>	
- Necrosis Tóxica Mamaria.....	19
- Colestasis Intrahepática Gestacional Severa del Primer Trimestre.....	20
- Control y Seguimiento de Patología Cervical Preneoplásica.....	21
- Sangrado Uterino Anormal en una paciente con Síndrome de Klippel - Trénaunay.....	22
Linfangioma Quístico Mesentérico: Reporte de Caso .....	23
Re-evolución de la autogestión de un efector público. Incidencia en la micro salud pública de una comunidad.....	26
Trauma raquí medular asociado a síndrome medular incompleto.....	33
Resumen de las Instrucciones para los autores....	36



TITULO: ESFIGMOMANOMETRO Y OSCILOMETRO.

AUTOR: Fotógrafo Hugo Pascucci

Corresponde a pieza exhibida en el Museo del Médico. Esfigmomanómetro y Oscilómetro; aparato para medir presión y amplitud de pulso determinado. Las tensiones máximas medias y mínimas del paciente.

Modelo Pachon Boulitte Paráís. Donación Dr. Alberto Niel.

## Editorial

---

La prevalencia de la Diabetes 2 está en franco crecimiento y la preocupación de los médicos también ya que el número de diabetólogos en el mundo es insuficiente para la creciente demanda por parte de generalistas y especialistas de distintas disciplinas clínicas que se ven a diario relacionados con obesidad, síndrome metabólico y diabetes. En este número de la Revista del Colegio de médicos presentamos una muy seria revisión sobre las evidencias actuales sobre el control del seguimiento y conclusiones concretas sobre objetivos de tratamiento llevadas a cabo por médicos del Hospital Iturraspe de Santa Fe.

Es una verdadera satisfacción publicar dos trabajos de sendos médicos rurales que relatan y concluyen muy bien sobre su trabajo en Salud en todos los términos de su definición haciéndonos olvidar de la escasez de médicos generalistas en los pueblos de nuestra campaña santafesina. Entre éstos nos enorgullece que figure el artículo casi biográfico del Dr Arturo Serrano miembro de este comité editorial. El otro artículo del Dr. Faselli de Margarita (Santa Fe) es una muy emotiva monografía que debemos leer con el sentimiento médico más arraigado en nosotros cual es el humanitarismo.

Es encomiable el interés de los médicos de la región en hacernos saber sobre sus casos difíciles y poco habituales. De ellos publicamos Linfangioma quístico mesentérico, trabajo presentado por el Servicio de Cirugía del Hospital Cullen de Santa Fe. Para nuestra sección presentación de casos.

Trauma raquimedular asociado a síndrome medular incompleto ocupa a residentes avanzados del Servicio de Neurocirugía del mismo Hospital Cullen que nos ofrecen una acertada muestra de su experiencia.

En esta época de crisis social y económica el Dr. del Río Diez nos trae un cuestionamiento sobre el mal uso de los medios complementarios de diagnóstico que merece ser contemplado.

Con cuatro posters de Ginecología presentados en distintos ámbitos abrimos esta nueva sección que esperamos contará con lectores ávidos de comprobar experiencia y conocimiento de nuestros colegas más jóvenes

Actualizar guías como la que se publica sobre celiaquía es una propuesta que hemos decidido sostener firmemente comprometidos con la puesta al día de la práctica médica.

Sostenemos nuestra vocación para el intercambio y tenemos los medios para llevarlo a cabo: Página web, webinars, cursos presenciales, etc. Estamos ansiosos por la colaboración de todos los profesionales de la región donde expresen su experiencia y se pueda manejar nuestra propia evidencia.

*Comité editorial*

## DIABETES Y COMPLICACIONES CRÓNICAS. EVIDENCIA RESPECTO A OBJETIVOS GLUCÉMICOS. ¿QUÉ NOS DEJARON LOS ENSAYOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS?

Diabetes' chronic complications. Evidence to glycemic targets. Where do we stand after the Randomized Clinical Trials?

- **Castro, Maximiliano Gabriel** - Servicio de Clínica Médica, Hospital J.B Iturraspe, mgabrielcastro@outlook.com (contacto)
- **Osenda, Bernardo** - bernardoosenda@gmail.com
- **Pastorelli, Carolina** - caropastorelli\_24@hotmail.com
- **Yódice, Agustina** - agustina.yodice@gmail.com
- **Delfina Godano** - delfinagodano@hotmail.com

### RESUMEN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad de alta prevalencia. La subdivisión clásica en tipo 1 y 2 se sustenta en diferentes características patogénicas y terapéuticas, mientras que se presume un mecanismo común para el desarrollo de complicaciones micro y macro vasculares crónicas.

Existen numerosos ensayos clínicos randomizados (ECR) que evalúan incidencia y evolución de complicaciones crónicas de DM en relación a diferentes estrategias terapéuticas, algunos de ellos con resultados poco claros. Y la interpretación de los mismos es desafío para el médico clínico.

Dado esto último, nos proponemos realizar una breve revisión de la evidencia más importante, donde trataremos de analizar los ECR disponibles, y que nos permita responder la pregunta central que motiva esta búsqueda, respecto a cuál es la estrategia terapéutica adecuada para evitar, o demorar, la aparición de complicaciones crónicas de DM.

**PALABRAS CLAVE** diabetes mellitus, hemoglobina glicosilada, objetivos glucémicos, complicaciones diabéticas.

### INTRODUCCIÓN

El término diabetes (DM) agrupa un conjunto de enfermedades que comparten el inadecuado control de los valores glucémicos (1). La misma se asocia a complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía) y macrovasculares (enfermedad coronaria, cerebrovascular y en otros territorios arteriales)(1).

Como agentes etiológicos del proceso de daño neurovascular se postulan la hiperglucemia sostenida y los productos de glicación avanzada (1), por lo que es razonable pensar que un adecuado control de la hiperglucemia puede disminuir la tasa de complicaciones crónicas.

Por su parte, en numerosas series se ha evaluado la correlación entre valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c), y eventos cardiovasculares y complicaciones micro vasculares (1).

Teniendo en cuenta que la HbA1c es un marcador de los valores de glucemia de los 3 meses previos a su medición (2), y partiendo de la mencionada hipótesis de que el estricto control metabólico podría disminuir la incidencia de complicaciones (1), es que se han diseñado diferentes ensayos controlados y randomizados (ECR) para determinar el nivel óptimo de tratamiento de esta patología, utilizando la disminución de la HbA1c como marcador de la intensidad del mismo.

### DESARROLLO

#### DIABETES TIPO 1

**El Diabetes Control and Complications Trial (DCCT)** (3) (1993) fue un ECR único ciego con el objetivo de determinar si el tratamiento intensivo reducía la incidencia de retinopatía diabética. De manera secundaria buscó determinar si el mismo disminuía la progresión de la retinopatía temprana y su efecto sobre el resto de las complicaciones crónicas.

Incluyó 1441 pacientes con un seguimiento medio de 6,5 años, divididos en un grupo de prevención primaria (sin retinopatía) y otro con retinopatía leve, y randomizados a tratamiento intensivo (con objetivo de HbA1c <6,05, utilizando correcciones insulínicas frecuentes o bomba de infusión) o convencional (evitando síntomas de insulinoopenia, cetonuria o HbA1c >13,5).

En el grupo de tratamiento intensivo se observó una caída de la media de HbA1c en 6 meses, que se mantuvo en 7% durante el tratamiento; y una disminución del riesgo de desarrollo y progresión de retinopatía, con un Numero Necesario a Tratar (NNT) de 28 y 24, respectivamente, así como un NNT de 76 para evolución a retinopatía no proliferativa severa o proliferativa.

Así también, se encontró una disminución en el desarrollo de microalbuminuria (NNT 83) en prevención primaria al igual que en prevención secundaria (NNT 47), y en la incidencia de macroalbuminuria (NNT 125). El desarrollo de neuropatía se redujo en ambos grupos (NNT 15 y 11, respectivamente). No se pudieron emitir conclusiones sobre insuficiencia renal o complicaciones cardiovasculares por el bajo número de eventos.

En la **figura 2** se puede observar cómo, en este estudio, entre los valores de HbA1c de 8,5 a 9%, se encuentra la intersección entre la curva de riesgo de hipoglucemia y de desarrollo de retinopatía. Se refleja en la misma que por debajo de estos valores, la disminución del riesgo de progresión de retinopatía se alcanza a expensas de un riesgo incrementado de hipoglucemia.

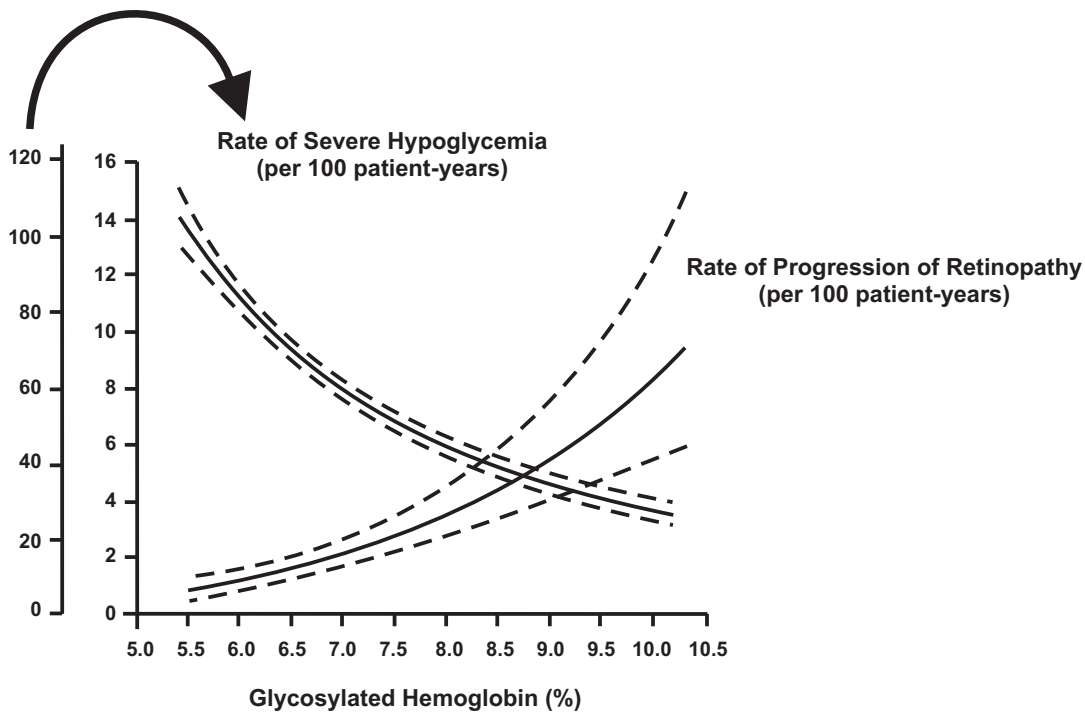


Figura 2- Intersección de valores de hemoglobina glicosilada para desarrollo de hipoglucemia severa y para progresión de retinopatía. Adaptación de gráficos extraídos del DCCT (1993).

Tipo de droga	Terapéutica intensiva (n=5128)	Terapéutica estándar (n=5123)	Diferencia (no otorga valor p)
Metformina	94,7%	86,9%	7,8%
Secretagogo glumepirida o repaglinida)	86,6%	73,8%	12,8%
Tiazolidinedionas (rosiglitazona)	91,7%	58,3%	33,3%
Inhibidor de Alpha-glucosidasa	23,2%	5,1%	18,1%
Incretina (exenatide)	17,8%	4,9%	12,9%
Cualquier Insulina	77,3%	55,4%	21,9%
Cualquier bolo de Insulina	55,3%	35%	20,3%

Tabla 1- Fármacos utilizados en estudio ACCORD.

**Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Study at 30 years (EDIC) (4) (2014)**

Luego de la finalización del DCCT, se abrieron las ramas del estudio y se instruyó al grupo de tratamiento convencional en el tratamiento intensivo, llevando a ambos grupos a una media de HbA1c de 8%. A su vez, el resto de los parámetros estudiados se mantuvieron equiparados entre los grupos.

A los 30 años, se encontró una disminución significativa en el desarrollo de retinopatía no proliferativa severa o proliferativa a favor del grupo de tratamiento intensivo inicial (NNT 6), así como una disminución del desarrollo de falla renal (NNT 47) y de neuropatía (NNT 11).

Cabe destacar de este trabajo que, a diferencia de lo que ocurre en los estudios de seguimiento a largo plazo luego de finalizados los ensayos clínicos iniciales -donde habitualmente se pierde gran proporción de pacientes; en el EDIC se logró mantener el 88% del número inicial de pacientes (95% de los sobrevivientes).

**DIABETES TIPO 2:**

**El United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) (5) (1998)** fue un estudio aleatorizado, multicéntrico y prospectivo, realizado en Reino Unido, que incluyó 5102 pacientes entre 25 y 65 años, con diagnóstico reciente de DBT tipo 2, cuyo objetivo fue determinar si un mejor control glucémico evita complicaciones crónicas.

Se excluyeron pacientes con cetonuria, falla renal, antecedente de infarto miocárdico (IAM), angina o insuficiencia cardíaca (IC), enfermedad cardiovascular establecida, retinopatía o hipertensión arterial maligna.

Se realizó un seguimiento a 10 años y se aleatorizó a tratamiento intensivo (insulina, sulfonilureas o metformina) o a tratamiento convencional con dieta (evitando glucemias en ayunas >279 mg/dL o síntomas de hiperglucemia). En los pacientes que no alcanzaron los objetivos mínimos con el tratamiento convencional, se realizó un crossover a tratamiento intensivo, introduciendo un punto inicial de variabilidad. Así también, el prediseño del estudio para responder a múltiples interrogantes de estudios derivados, implicó realizar diseños factoriales de múltiples subgrupos que dificultan la lectura de resultados.

La mediana de HbA1c entre ambos grupos fue menor con el tratamiento intensivo (7% vs 7,9%;  $p=0,0001$ ), en ambos casos las medianas fueron inferiores a los valores usualmente encontrados en

la población diabética. Un 80% del grupo de tratamiento convencional requirió uno o más antidiabéticos en la evolución del estudio. Los valores de HbA1c no se mantuvieron en el tiempo en ninguno de los grupos.

El UKPDS concluyó un NNT de 20 a 10 años (IC 95% 10-500) para prevenir el desarrollo de cualquier endpoint. Debido al gran intervalo de confianza y a que el mismo se obtiene mayoritariamente a partir de endpoints subrogados, éste no debería haber sido reportado.

El intervalo libre de complicaciones fue de 14 años para el grupo intensivo vs 12,7 años en el convencional ( $p=0,029$ ).

En el grupo intensivo se encontró una disminución del riesgo relativo de complicaciones microvasculares del 25% ( $p=0,009$ ), a expensas de disminuir el requerimiento de fotocoagulación retiniana. Sin embargo, el poder del estudio no fue suficiente para concluir acerca de mortalidad.

El grupo de tratamiento intensivo presentó un mayor riesgo de hipoglucemia, con una incidencia del 2,3% anual.

**El Actions to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) (6) (2008)** fue un estudio multicéntrico, diseñado para determinar el efecto del tratamiento intensivo en pacientes con DBT tipo 2. Incluyó pacientes entre 40 y 70 años con patología cardiovascular previa o entre 55 y 79 años con alto riesgo cardiovascular.

Se conformó un grupo con una HbA1c de 8,1%, al cual se randomizó para determinar si una terapéutica dirigida a una HbA1c <6% disminuía la tasa de eventos cardiovasculares comparada al tratamiento convencional dirigido a una HbA1c entre 7 y 7,9% en pacientes con bajo riesgo de hipoglucemias. Los autores definieron como endpoint primario la combinación de IAM no fatal, accidente cerebrovascular (ACV) no fatal o muerte por causas cardiovasculares.

Se reclutó un total de 10251 individuos con una edad media de 62 +/- 7 años, seguidos por una media de 3,5 años. La media de HbA1c fue de 6,4% con el tratamiento intensivo, versus 7,5% con el convencional.

No se encontraron diferencias en el endpoint primario entre los grupos. Sin embargo, el número de eventos fue menor al necesario para conservar el poder del estudio, debido a una menor tasa anual de eventos.

En cuanto a muertes por cualquier causa, hubo un aumento del riesgo absoluto del 1% ( $p=0,04$ ) - representando 1 muerte adicional cada 95 pacientes tratados por 3,5 años- y con respecto a la tasa de muerte de causa cardiovascular, la misma fue mayor en el grupo de tratamiento intensivo (aumento del riesgo absoluto del 0,8%,  $p=0,02$ ), con menor riesgo de IAM no fatal (RRA 1%,  $p=0,004$ ). Se observó un aumento del riesgo de hipoglucemias en el grupo de tratamiento intensivo. Debido al aumento de muertes observado, se decidió detener el estudio de forma prematura.

Los autores del ACCORD ofrecen como explicación a estos resultados cualquier diferencia entre los grupos (HbA1c, velocidad de descenso de la HbA1c, terapéutica, entre otros), sin mayor esclarecimiento. Sin embargo, la revisión exhaustiva del trabajo permite discernir que :

- Si bien todos los fármacos fueron utilizados con mayor frecuencia en el tratamiento intensivo, la mayor diferencia se observó con el uso de rosiglitazona -91,2% versus 57,5%, tabla 1- la cual se ha asociado a un aumento de mortalidad por IC descompensada<sup>7</sup>. Siguiendo esta misma línea, se observó un aumento no significativo (3% versus 2,4%) del riesgo de IC y un aumento significativo del riesgo de retención hídrica (70,1% versus 66,8%,  $p<0,001$ ).

- Un mayor porcentaje de pacientes en el grupo intensivo presentó un aumento de peso  $>10$  kg (27,8% versus 14,1%,  $p<0,001$ ), lo cual podría constituir un mayor riesgo cardiovascular, si bien no contamos con otros datos antropométricos.

- La finalización prematura del estudio, el hecho de que el valor de  $p$  hallado para mortalidad sea cercano a 0,05 y que la diferencia hallada entre los grupos sea pequeña ( $<1\%$ ) restan confianza a los resultados hallados y sugieren que futuras investigaciones podrían encontrar resultados dispares.

**El Veterans Affairs Diabetes Trial (VADT)** (8) (2009) se realizó en una subpoblación de 1791 veteranos del ejército norteamericano e incluyó pacientes diabéticos con una media de edad de 60,4 años, una respuesta subóptima a la terapéutica diabética y una media de 11,5 años desde el diagnóstico. El 40% de los mismos presentaba al menos un evento cardiovascular previo y una HbA1c mayor a 7,5%.

Se excluyeron aquellos con eventos recientes, IC, escasa esperanza de vida, falla renal y/o obesidad mórbida. La media de HbA1c al inicio del estudio fue de 9,4%, al tiempo que el 52% de los pacientes recibía insulina.

Se randomizaron los pacientes para determinar el efecto del tratamiento intensivo en los eventos cardiovasculares, entendiendo el mismo como una reducción de 1,5 puntos de HbA1C.

En ambos grupos los pacientes con un IMC mayor o igual a 27 iniciaron con metformina más rosiglitazona, mientras que el resto utilizó glimepirida más rosiglitazona. El grupo intensivo comenzó con dosis máximas. Ante fallas terapéuticas se agregó insulino terapia.

El peso y el IMC fueron significativamente mayores ( $p=0,01$ ) en el grupo de terapéutica intensiva después del tratamiento.

A los 6 meses, el grupo estándar tenía una HbA1c de 8,4% mientras el intensivo logró un valor medio de 6,9%.

Ambos grupos tuvieron menos eventos de lo previsto (33,5% en el grupo de terapéutica convencional versus 29,5% con la terapéutica intensiva), disminuyendo el poder del estudio.

No se observó ningún beneficio en el tiempo hasta la primera aparición de un evento cardiovascular en el grupo intensivo, ni se encontraron diferencias en el tiempo hasta la muerte por causas cardiovasculares.

Existió un aumento no significativo en la tasa de muertes por causas cardiovasculares en el grupo intensivo (40 versus 33). Hubo 95 muertes por cualquier causa en el grupo convencional y 102 en el grupo intensivo ( $p=0,62$ ).

El evento adverso más común fue la hipoglucemia, con significativamente más episodios en el grupo intensivo ( $p<0,001$ ).

No hubo diferencias en cuanto a retinopatía ni neuropatía. Sin embargo, se encontró un mayor deterioro del clearance de creatinina en el grupo convencional ( $p=0,01$ ), así como una mayor progresión a macroalbuminuria ( $p=0,04$ ).

El estudio **Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes (ADVANCE)** (9) (2008) randomizó a 11140 pacientes con DBT tipo 2 con al menos 55 años e historia de enfermedad macro o microvascular o factores de riesgo para la misma a tratamiento intensivo (glicazida 30 a 120 mg/día con un objetivo de HbA1c menor a 6,5%) o convencional. Ambos grupos iniciaron con una media de HbA1c de 7,5%, para luego presentar una diferencia significativa entre ellos (6,5% versus 7,3%).

El único resultado favorable fue una disminución en la incidencia de microalbuminuria. Sin embargo, se reporta de manera tendenciosa que hubo una disminución de eventos microvasculares y del endpoint primario de "cualquier evento" debido a que ambos de manera combinada incluyen el anterior.

### **METAANÁLISIS**

El bajo número de pacientes en los ensayos en DBT tipo 1 por fuera del DCCT, genera que incluirlos en un mismo análisis<sup>10,11</sup>, a pesar de las herramientas de homogenización, sólo aporte variabilidad. Por ende, en este grupo de pacientes, el mayor acercamiento al efecto del tratamiento intensivo proviene de los resultados del DCCT y del EDIC.

En DBT tipo 2, por otro lado, contamos con metaanálisis que nos permiten homogeneizar los resultados de los ECR.

Un metaanálisis del British Journal of Medicine (Boussageon, 2011)<sup>(12)</sup>, de 13 ensayos randomizados y controlados en DBT tipo 2, mostró que no hay beneficio en el tratamiento intensivo en lo que refiere a mortalidad por todas las causas ni en mortalidad por causa cardiovascular. Sin embargo, no se pudo descartar un aumento del 19% en mortalidad por todas las causas y del 43% por causa cardiovascular a expensas del estudio ACCORD, que incluyó un subgrupo de pacientes con mayor fragilidad.

Se observó también una disminución de IAM no fatal y de microalbuminuria con el tratamiento intensivo; sin embargo, cuando el análisis se restringió a estudios de alta calidad, la diferencia desapareció y apareció un aumento del 47% del riesgo de IC congestiva. El tratamiento intensivo se asoció al doble de riesgo de hipoglucemia severa.

La diferencia en cuanto a eventos microvasculares parte del endpoint subrogado de requerimiento de fotocoagulación, como se evidenció en el UKPDS. Similares resultados fueron hallados por la revisión Cochrane realizada por Zoungas et al. (2017)<sup>(13)</sup>

### **DISCUSIÓN**

A diferencia de lo sucedido con el DCCT para DBT tipo 1, los grandes ensayos en DBT tipo 2 presentaron alta variabilidad metodológica y diversos criterios de inclusión, lo que conllevó a la dificultad de interpretación de los resultados.

A pesar de que los metaanálisis aglomeran un gran número de pacientes para acercarnos al comportamiento de la población de pacientes atendidos en

la vida diaria, al mismo tiempo tienden a inflar los resultados de estudios de diferente magnitud y equiparar los resultados obtenidos con distintos subgrupos poblacionales, aun utilizando diferentes herramientas estadísticas para evitarlo.

El DCCT logró obtener resultados positivos con respecto a patología microvascular medido con endpoints duros y con buenos NNT, a diferencia de los estudios en DBT tipo 2 (si bien los mismos alegan encontrar dicha diferencia a expensas de riesgo de fotocoagulación y desarrollo de microalbuminuria).

Sin embargo, no se lograron resultados favorables en patología macrovascular probablemente por la inclusión de pacientes jóvenes sin comorbilidades y seguimiento a corto plazo.

El EDIC brinda esclarecimiento al respecto, sugiriendo que a largo plazo la diferencia entre el tratamiento intensivo y el convencional proporciona disminución de la mortalidad. Se plantean sin embargo como incógnitas si estos resultados brindan suficiente evidencia científica por la probabilidad de error que implica abrir las ramas del estudio, y por otra parte si ofrecer tratamiento intensivo por un tiempo prolongado otorga beneficio adicional o si todo el beneficio parte del "efecto memoria".

A favor del efecto memoria sobre la patología microvascular, se plantea la falta de diferencia entre los grupos en DBT tipo 2 debido al largo tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes incluidos en los estudios. Sin embargo, es más probable que la ausencia de efecto con el tratamiento intensivo se deba a la menor diferencia en la media de HbA1c cuando se comparan los ensayos en DBT tipo 2 con el DCCT.

En cuanto a eventos macrovasculares, la falta de diferencia pareciera radicar en el tiempo de seguimiento de los estudios. Los estudios que intentaron aumentar la probabilidad de encontrar diferencias incluyendo pacientes con mayor riesgo cardiovascular sólo lograron introducir variabilidad a los metaanálisis y muy posiblemente indujeron los resultados del ACCORD.

A pesar de todo esto, si se homogeniza la patogenia de las complicaciones en DBT tipo 1 y 2 a partir de la teoría de la hiperglucemia sostenida, se podría elaborar una lista de conclusiones en base a la evidencia disponible de todos los ensayos mencionados.

En primer lugar, los objetivos glucémicos estrictos (HbA1c cercana a 6%) son difíciles de lograr incluso en pacientes con un seguimiento estrecho como el



proporcionado por las ramas intensivas de los ECR, los cuales incluyen un período de prueba inicial que selecciona a los pacientes adherentes. En DBT tipo 1 parece no ser posible lograr una media que se acerque a dicho valor y en DBT tipo 2 los valores medios rápidamente empeoran debido a la disminución en la reserva de células beta.

Parece claro que los pacientes jóvenes con poco tiempo de evolución de la DBT y sin comorbilidades se beneficiarían de un tratamiento intensivo en los primeros años de duración de la enfermedad, sin esclarecerse al día de la fecha si prolongar dicho tratamiento otorga beneficios adicionales.

Se constituye en una hipótesis de los autores de esta revisión que un valor de HbA1c de 8% representa el valor de corte a partir del cual una reducción adicional se acompaña de un aumento exponencial del riesgo de efectos adversos y al cual acercarse permite disminuir eventos micro y, probablemente, macrovasculares.

Sin embargo, sólo contamos con el DCCT para estudiar si es la caída por debajo de ese umbral la que proporciona los resultados obtenidos, sin tener un anclaje en DBT tipo 2. Así también se puede citar un grupo de pacientes con DBT tipo 1 de larga evolución<sup>14</sup> que coinciden en tener un valor de HbA1C cercano al 8%; sin embargo, no se puede determinar en dicho grupo factores protectores por no poseer un grupo control, como tampoco es prudente emitir conclusiones por constituirse en una minoría poco frecuente en la práctica clínica diaria.

### CONCLUSIÓN

De todo lo anterior, la conclusión de los autores de la revisión es que en pacientes diabéticos un tratamiento inicial debe garantizar niveles mantenidos de HbA1c menores a 8%. Luego, de manera consensuada con los pacientes, se puede buscar descender los mismos, en especial en pacientes jóvenes y sin comorbilidades y si el tratamiento elegido tiene bajo riesgo de hipoglucemias, particularmente en diabéticos tipo 2 con la combinación de dieta, ejercicio y metformina.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Inzucchi, S; Majumdar, S. Glycemic targets, what is the evidence?. Med Clin N Am. 2015;99:47-67.
2. Buse, JB. Glycemic targets in diabetes care: emerging clarity after ACCORD. Trans Am Clin Climatol Assoc. 2015;126:62-76.

3. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med. 1993;329(14):977-986

4. Nathan, D. The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Study at 30 years: Overview. Diabetes Care. 2014; 37:9-16.

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:  
[www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones](http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones)

## CAFÉ FILOSÓFICO

COLEGIO de MÉDICOS de SANTA FE



**REINICIA  
MARZO 2020**

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**

## LA VIDA DEL PERSONAL MÉDICO EN UN PUEBLO CHICO

**Dr. Jorge Facelli**  
Margarita - Santa Fe

Una vez escuche de boca de un hijo de un colega, estábamos en, no sé si era una conferencia, un curso no recuerdo porque nos habíamos juntado y el hijo de este médico se arrió al padre, era chiquito 10 años más o menos y le dijo "Por qué todos te felicitan y mamá te reta".

Y bueno un poco yo creo que la vida del médico en un pueblo chico siempre fue de ese estilo, uno está acostumbrado a compartir mucho tiempo en familia, a almorzar juntos a compartir la mesa a tomar mates a cualquier hora, compartís más tiempo, para ir al trabajo no te lleva más de cinco minutos, te vas caminando.

En una ciudad grande por ahí es distinto porque los médicos y las familias son diferentes, se sale a la mañana y vuelven a la noche, nadie sabe demasiado del otro, es raro quedarse fuera de horario, o se van a una guardia por 24 hs.

El problema en un lugar donde hay uno o dos médicos, es que si estás de guardia, que casi siempre estás de guardia, hasta los días que no te toca, por las derivaciones o por el número de urgencias, o porque se te pide una mano ya que es feo estar solo sin una segunda opinión, es la incertidumbre de que te puede tocar irte de tu casa y no puedes programar ninguna actividad.

Además por ahí te vas, y hace unos años atrás cuando no había celular, ni WhatsApp, ni mensajes, tenías que avisar por teléfono, pero a veces tenías tiempo y a veces no, muchas oportunidades derivabas un paciente grave, o un parto que se estaba haciendo y no podías llamar a tu casa para avisar que te ibas, "pará que le aviso a mi señora que me voy" no, te subías a la ambulancia y te ibas.

Y a dónde llegabas, lo más cercano son 200 km ida y vuelta, cuando no te tocaba Santa Fe que son 500, entonces vos te ibas y antes de salir le decías a la enfermera, avisale a mi casa que me voy a Santa Fe.

Entonces yo me pongo en el lugar de los integrantes de tu familia, indudablemente no le debe haber gustado mucho, ni hablar si había un proyecto de salida o actividad, a veces era domingo, yo tuve 2 mujeres y aprendieron a la fuerza a hacer un asado.

Y así, tu familia, va juntando rabia o pena, las que tienen un carácter juntan rabia y las otras juntan penas, de una forma u otra se sienten desplazadas, se sienten que tienen una función secundaria, piensan que a uno no le importa la familia.

Y la otra razón por la que creo que la vida en un pueblo es más dura, es porque siempre estás en el rol de médico, donde vos vayas vos sos el doctor, a la misa, al casamiento inclusive hasta en los velorios.

Porque si pasa algo quien actúa, no hay otra opción, no hay otra posibilidad, no hay sistema de emergencia, una persona convulsiona en un casamiento y fue tu fiesta. Entonces es muy dura porque no puedes salir, y al no poder salir lo que uno hace, se encierra y no quiere ver gente, cuando tiene tiempo, o está de descanso.

Y las posibilidades de irte por ahí a pasear son muy escasas, no tenes donde irte un domingo, tenes que viajar doscientos Km, para ir a un lugar lindo y tenes que escaparte porque a veces te están esperando cuando salís de tu casa, y uno con una semana complicada, mal dormido, con tres guardias, con mucho stress.

Cuando sucede eso, cuando suceden todas estas cosas tu familia se afecta, porque las parejas se ponen tristes o se enojan, se ponen tristes y se deprimen o se enojan y se separan, se van. Una solución sería mudarse, pero eso depende de muchos factores, y en la actualidad nadie se va sino que nadie viene a trabajar para acá.

Entonces que te queda de positivo de todo esto, y eso son los recuerdos, las cosas que hiciste, es la cara de esa nena, casi ahogada, que ahora tiene 25 años y está estudiando enfermería, y alguna vez va a ser enfermera, y vos le ves la cara y te acordas, que hiciste cien Km arrodillado, bolseándola, que se terminó el oxígeno en Malabrigo y tuviste que entrar a una gomería por una llave para cambiar el tubo de oxígeno porque la ambulancia no tenía, en una Tráfico 1.4 sin aire, en verano, doce del mediodía, entonces a vos te queda eso, o ese expulsivo prolongado que nació con fórceps y era un flan y tuviste que soplarlo, que hiciste el parto porque nadie te lo quería recibir

en ningún lado y vos decías "mira que es un alto riesgo", pero hazelo vos si va a salir todo bien, y hoy es un joven con una familia que trabaja y estudia.

Cuando ves esas caras y muchas más, es ahí cuando se va tu pena y sentís orgullo por lo hecho.

Esto tampoco tiene que ver con el género, le pasa a todos pero sobre todo a las mujeres, porque los hijos son más pegados a su madre, porque no solo tienen las guardias, sino que suman otras actividades propias de las madres.

Entonces no es fácil la vida de un médico en un pueblo chico, y si estas alejado de las ciudades es peor. Es complicado porque uno va envejeciendo y comienza a molestar, te cuesta más cada día perfeccionarte, estar al día con la tecnología, actualizado. Entonces uno tiene ganas de irse por la puerta grande, o por lo menos por la puerta, no me gustaría a siete años de jubilarme irme por la ventana, no me gustaría irme de mi pueblo sin el respeto de la gente.

Estoy pensando y grabando estas palabras, mientras voy a atender a la comunidad del 94 Llapec Lavac (hijos de la tierra) a una comunidad Mocoví, a atender en un centro de salud, con mi auto, mucha tierra, camino bastante feo, calor.

Pero que no parezca que voy malo, que tengo rabia, no, porque hay algo que cuando llegue, va a reconfortar mi corazón, me va a poner contento y me va a decir "a esto viniste" y saben que es, son las caritas de mis pacientes, son las caras de mi gente, la de Lucía y Susana, mis colaboradoras, esas sonrisas esas caras siempre de alegría.

Eso es lo que me reconforta y es por lo que sigo en esta hermosa profesión.

## CUANDO LA MEDICINA PUEDE ENFERMAR

When medicine can get sick

Prof. Dr. Luis del Río Diez.  
E-mail: dtrdl@intramend.net

### RESUMEN

El avance de la tecnología puesta al servicio del diagnóstico "complementario" de la medicina, no cabe dudas que ha traído soluciones a situaciones otrora de muy difícil resolución. Pero también es no menos cierto que cuando los métodos complementarios de diagnóstico y principalmente los "imagenológicos" son utilizados en forma inadecuada, sin criterios o siguiendo una línea de razonamiento no apoyada sobre bases científicas, no solo que dejan de ser un "complemento" de la clínica, sino que pueden llevar a diagnósticos desafortunados, a errores médicos y a tomar conductas en ocasiones sumamente graves para el paciente, no solo en lo físico, sino en su psiquis.

No se pretende hacer medicina de actos médicos, pero quienes estamos en cargos de conducción, gestión y docencia, tenemos la obligación y el deber de advertir que el arsenal con que la medicina moderna cuenta debe ser utilizado en forma muy cautelosa, juiciosa y sobre todo fundamentado sobre bases científicas y evidencias sólidas y primando el sentido común.

Para ello se presenta el caso de una paciente a la cual, ante la consulta por un cuadro de diarrea, se le termina haciendo un diagnóstico no correcto y siendo preparada para una intervención invasiva que terminó siendo totalmente injustificada.

**PALABRAS CLAVE:** Error médico, Incidentalomas, Colangio Resonancia, Litiasis Coledociana.

### CASO CLÍNICO:

Se trata de una paciente de sexo femenino de 59 años, que consulta a su médico clínico por un cuadro caracterizado por varias deposiciones diarias (3 a 4) de tres semanas de evolución y sin relación con la ingesta de algún medicamento o alimentos en particular. El médico clínico solicita una serie de estudios de laboratorio (Hemograma, glicemia, uremia, hepatograma completo, orina con sedimento), coprocultivo y parasitológico seriado de materia fecal. Todos los estudios fueron normales los primeros y negativos los segundos.

Pese a que la paciente comenzó por su cuenta una dieta con alimentos para pacientes celíacos, el profesional decide pedir anticuerpos para descartar una celiaquía del adulto. Todos estos estudios también dieron normales. Por lo cual el profesional indica una dieta e interpreta el cuadro de origen emocional.

Preocupada la paciente por que no le encontraban nada, decide viajar desde la localidad a donde reside a una ciudad más grande, a ver a un Gastroenterólogo que le habían recomendado. Este, luego de escucharla, la revisa y en la palpación abdominal, según la paciente, le refiere "Que toca divertículos y que seguramente estos son la causa de su diarrea". Por lo cual decide solicitarle una T.A.C. DE ABDOMEN Y PELVIS REFORZADA (La misma se realizó el día 01/08/2018)

Se transcriben los hallazgos más significativos del estudio:

1. Presencia de micro quistes hepáticos simples.
2. Vías Biliar Intra y Extra hepática no dilatadas.
3. Vesícula Biliar de características normales, Alitiásica.
4. En cuerpo de páncreas un quiste que no refuerza tras la administración del contraste, de 15.7 mm.
5. Signos de enfermedad diverticular del colon sigmoidees y descendente sin complicaciones.
6. No hay Adenomegalias retroperitoneales.
7. Miomalimagen uterino. Imágenes I y II.

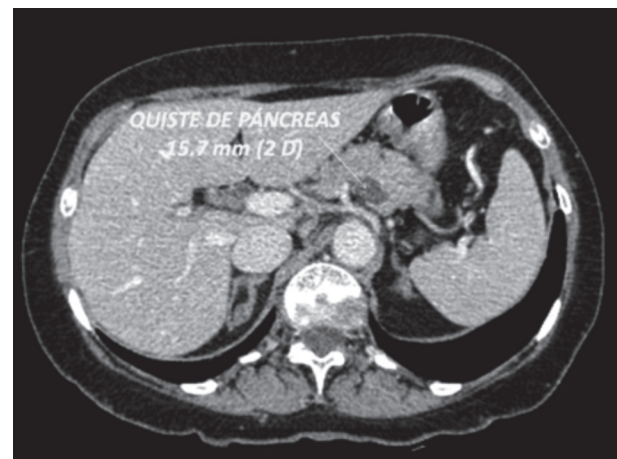


Imagen 1

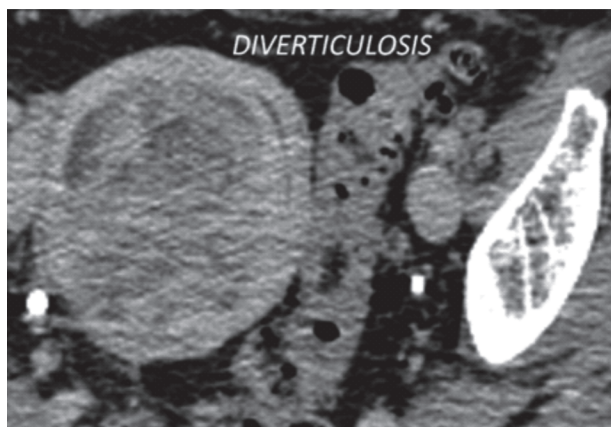


Imagen 2

Con este resultado, el profesional le confirma su sospecha de que el problema de sus heces eran los divertículos y comienza un tratamiento con Trimebutina + Bromazepam (200 mg + 1,5 mg) una vez al día.

Pero como el cuadro no mejoró, decide ir a ver a otro gastroenterólogo que le recomiendan y este cuando ve la T.A.C., inmediatamente pide una R.M.I. de Abdomen y Colangio Resonancia, para ver mejor la imagen quística del páncreas. Así el día 29/08/2018, se realiza el estudio solicitado con un Resonador de 3.0 Tesla y contraste E.V. Se transcriben los hallazgos más importantes.

1. Quiste en el cuerpo del páncreas de 1.6 x 1.7 cm, sin áreas de realce. Dada la localización, edad del paciente, características imagenológicas y la ausencia de comunicación con el conducto pancreático principal se plantea como primer diagnóstico un cistoadenoma mucinoso. 2. Leve dilatación de la vía biliar Intra y extra hepática con un colédoco de 7 mm. 3. PRESENCIA DE UNA PEQUEÑA FORMACIÓN REDONDEADA HIPO DENSA DENTRO DE LA LUZ DE LA VÍA BILIAR QUE CONTRASTA CON EL CONTENIDO BILIAR CON CARACTERÍSTICAS DE CORRESPONDER A UNA MICRO LITIASIS. 4. Resto de la vía biliar normal. 5. Vesícula Biliar Alitiásica. Imágenes III y IV

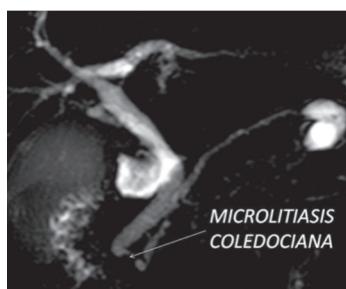


Imagen 3

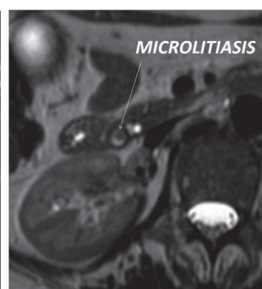


Imagen 4

Con estos resultados la paciente es derivada en forma "urgente" a un Gastroenterólogo Intervencio-

nista. Es evaluada por este último el día 05/09/2018 y luego de ver la Colangio Resonancia le informa a la paciente que debía realizar una cirugía endoscópica. Que la misma intentaría sacar el cálculo que había en el conducto colédoco. Que el procedimiento tenía entre un 5 a 10 % de complicaciones tanto de Sangrado, como de Pancreatitis Aguda post procedimiento, pero que a pesar de eso, el estudio debía realizarse en forma urgente, pues el riesgo de que hiciera una Pancreatitis Aguda Litiasica era muy alta. A tal punto llegó que le dijo que suspendiera un viaje que tenía ya pago fuera del país, pues el riesgo era muy alto. A tal fin le prescribió para que tramitara en forma urgente:

- Material descartable: PAPILÓTOMO, HILO GUÍA, CANASTILLA.
- Orden de internación por 24 a 48 post estudio. (C.P.R.E. + P.E.)
- Práctica: C.P.R.E., con Papilo Esfinterotomía y extracción de cálculo coledociano asintomático hallado en Colangio R.M.I.

Sin saber bien qué hacer y ante el cuadro que le presentaba el especialista, de una patología que debía ser resuelta en forma urgente, que debía suspender el viaje, que el riesgo de pancreatitis aguda de no extraerse el cálculo era muy alto y que el estudio también tenía sus riesgos y que por ello debía quedar internada uno a dos días y dado que todo esto había comenzado por una simple diarrea, desesperada la paciente decide hacer una cuarta consulta.

Allí el profesional que la ve escucha toda su historia clínica y hace este planteo:

1. Que el motivo de consulta primigenio había sido un cuadro de "diarrea".
2. Que nunca había estado icterica o había manifestado coluria.
3. Que nunca había tenido síntomas relacionados con una Litiasis de la Vía Biliar pese a que su dieta estaba repleta de alimento colecistoquinéticos.
4. Que el hepatograma era completamente normal y que en la orina no había rastros de pigmento biliares
5. Que tenía por TAC y Colangio RMNI una Vesícula Alitiásica.
6. Que la vía biliar tanto intra como extra hepática eran de calibres normales, pese a que en un informe se hacía referencia a una "leve dilatación", pero con un diámetro de 7 mm.

Pero el razonamiento más interesante y que deseo rescatar en este momento fue el que el profesional llevó adelante. El citado pensó esto:

- Que en realidad la paciente consultó por alteraciones en sus deposiciones.

- Que fuera de esto, estaba totalmente asintomática, practicaba deportes, había subido de peso pues había dejado de fumar, se la veía sana.

- Que nunca había tenido síntomas relacionados con una patología litiásica de la Vía Biliar.

- Que se inició el estudio de una diarrea con una TAC CON CONTRASTE, lejos de hacerlo con otro método como podría haber sido una VEDA + una V.C.C.

- Que fruto de un método complementario que no era el de elección para el estudio de una diarrea aparece UN INCIDENTALOMA (Lesión Quística del cuerpo del páncreas).

- Que se atribuyó a la Colopatía Diverticular, totalmente asintomática la causa del aumento en las deposiciones y que fue medicada por tal hecho.

- Que se solicitó un estudio específico para el estudio de la lesión quística del páncreas y el IMAGENÓLOGO CREE VER, otro "INCIDENTALOMA". UNA IMAGEN LITIÁSICA ÚNICA EN EL COLÉDOCO CON VESÍCULA BILIAR IN SITU Y ALITIÁSICA, CON VÍA BILIAR DE CALIBRE NORMAL.

- Que un gastroenterólogo intervencionista PRESCRIBE UNA C.P.R.E. DE URGENCIA, CON P.E. Y EXTRACCIÓN DEL SUPUESTO LITO.

- Que se le dan pautas de alarma muy severas a la paciente, lo cual la desmorona psicológica y anímicamente pues no solo que ahora se encuentra con riesgo por lo que dicen que tiene, sino que además corre riesgos por el tratamiento que le dicen debe hacer, con carácter de urgencia, debiendo suspender un viaje ya armado y pagado.

La sugerencia del colega para con la paciente fue la siguiente:

- Dado que la posibilidad de una LITIASIS DE NOVO EN EL COLÉDOCO con Vesícula Biliar in situ Alitiásica y asintomática es extremadamente baja.

- Que la Colangio R.M.N.I. pese al informe del imagenólogo, dejaba muchas dudas sobre la certeza de que sea un LITO.

- Que era realmente muy arriesgado realizar una C.P.R.E. más P.E. ante la bajísima probabilidad y menor aún posibilidad de que existiera realmente un LITO en la vía biliar, más aún habiendo estado asintomática toda su vida.

- QUE NUNCA NINGUNO DE LOS TRES MÉDICOS ESPECIALISTAS QUE LA HABÍAN VISTO, LE

SOLICITARON UNA ECOGRAFÍA ABDOMINAL, O HEPATO BILIO PANCREÁTICA.

Que sugirió el último médico que la vio?

Le dijo a la paciente que iba a hablar con un ecografista de confianza, que contara con un buen ecógrafo y que le pediría que evaluara muy concienzudamente la Vesícula Biliar en la búsqueda de MICRO LITIASIS y/o barro biliar. Que evaluara las vías biliares intra y extra hepática y específicamente midiera sus diámetros y que buscara la presencia de imágenes sugestivas de LITOS INTRACOLEDOCIA-NOS.

El día 12/09/2018 se realizó la ECOGRAFÍA y como la lógica lo indicaba, demostró: VESÍCULA BILIAR ALITIÁSICA, DE PAREDES FINAS, VÍA BILIAR INTRA Y EXTRA HEPÁTICA DE CALIBRE FINO, NO DILATADO Y SIN IMÁGENES SOSPECHOSAS DE LITIASIS INTRA CANALICULAR, si volvió a ratificar la imagen quística del páncreas, de 12.4 mm.

#### COMENTARIOS:

Nadie puede dudar del valor que los estudios de diagnóstico complementario por imágenes han aportado. Pero tampoco podemos dejar de expresar que su mala utilización, su sobre utilización (no vienen al caso los motivos porque esto sucede) y lo más peligroso de todo esto, las indicaciones que se realizan basadas únicamente en estos estudios sin tener en cuenta la clínica y los otros estudios para clínicos, hacen que debemos volver a re pensar cuándo y por qué, esto estudios están indicados.

La Clínica siempre fue y seguirá siendo soberana y los INCIDENTALOMAS deberán ser estudiados a la luz de las evidencias científicas. La lógica y el sentido común estarán siempre por encima de estudios que por muy costosos y sofisticados que sean los aparatos, nunca dejarán de ser OPERADOR DEPENDIENTES.

Por eso, interpreto que este caso es una muestra de cómo la nueva tecnología seduce, es tentadora y nos puede hacer olvidar de la clínica y de estudios menos sofisticados, de menor costo y sobre todo en algo mucho más importante y que es cuando debemos indicar cada uno de ellos.

En el deseo de que el caso sirva para enseñanza de los más jóvenes, aquellos que tiene que aprender a solicitar estudios basados en criterios, sentido común y respetando la soberanía que nunca perdió la clínica, es que se pone a consideración este caso clínico.

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:  
[www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones](http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones)

## REVISIÓN DE LA GUÍA DE CELIAQUIA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE GASTROENTEROLOGÍA DE 2017.

### Review of celiac disease guide of the argentinian society of gastroenterology 2017

- **Agustina Evelyn, Castillo Landaburo.** Residente de tercer año. (E-mail: aguscastillolandaburo@gmail.com)
  - **Paola Belén, Viola.** Residente de segundo año. (E-mail: paoviola\_6@hotmail.com)
  - **María Belén, Tolosa.** Concurrante de primer año.
  - **Emiliano Nahuel, Garcilazo.** Concurrante de primer año.
- Servicio de Clínica Médica, Hospital J.B Iturraspe.

#### RESUMEN

Se analizaron las recomendaciones del consenso de enfermedad celiaca (EC) de 2017, de la Sociedad Argentina de Gastroenterología. Revisando la evidencia de dichas recomendaciones, llegamos a las conclusiones expuestas a continuación.

La celiacía es una enfermedad crónica, inmuno-mediada, sistémica, precipitada por la ingestión de proteínas (gluten) del trigo, avena, cebada y centeno (TACC); que afecta el intestino delgado en individuos genéticamente predispuestos.

Según la bibliografía expuesta la prevalencia es del 1%, dato que se obtuvo de un trabajo en donde no se tuvo en cuenta la presencia o ausencia de síntomas compatibles, y sin confirmación diagnóstica con biopsia.

Para diagnosticarla el consenso sugiere la combinación de serologías (según disponibilidad del método), y confirmación con biopsia intestinal.

El consenso recomienda una dieta estricta libre de gluten. En cambio, la TaskForce manifiesta que no existen estudios de tratamiento en asintomáticos que evalúen los efectos a largo plazo de una dieta sin gluten versus ningún tratamiento. Tampoco existen trabajos que estudien el momento apto para iniciar la dieta (inmediatamente al momento del diagnóstico, aunque se encuentren asintomáticos versus cuando presentan síntomas).

Consideramos que la EC es una enfermedad de presentación heterogénea, lo que hace difícil definir su diagnóstico, y por lo tanto, cobra gran importancia construir una pre test con datos clínicos y anamnesis, para definir que personas deberían estudiarse con serología y biopsia.

**PALABRAS CLAVE** Enfermedad Celiaca - screening - malignidad - dieta libre de gluten - revisión.

#### INTRODUCCIÓN

Se analizaron las recomendaciones del consenso de enfermedad celiaca (EC) de 2017 (1), de la Sociedad Argentina de Gastroenterología.

Revisando la evidencia de dichas recomendaciones, llegamos a las conclusiones expuestas a continuación.

#### DESARROLLO

La celiacía es una enfermedad crónica, inmuno-mediada, sistémica, precipitada por la ingestión de proteínas (gluten) del trigo, avena, cebada y centeno (TACC); que afecta el intestino delgado en individuos genéticamente predispuestos.

Según la bibliografía expuesta en la guía de EC, la prevalencia de la enfermedad en mayores de 6 años, es del 1% (2). Este dato se obtuvo a partir de un trabajo publicado en 2012 en Estados Unidos donde se estudiaron a 7798 personas con análisis serológico y cuestionarios sobre síntomas de EC. 49 tuvieron 2 pruebas serológicas positivas y 14 reportaron diagnóstico clínico de EC. En este trabajo, en ningún caso se confirmó el diagnóstico con biopsia intestinal.

Se definió por consenso de expertos, clasificarla en: sintomática clásica, sintomática no clásica, asintomática, potencial y refractaria.

Para diagnosticar EC el consenso sugiere la siguiente combinación de serologías (según disponibilidad del método):

1. IgA Anti transglutaminasa (a-tTG) + IgA total.
2. IgA a-tTG + IgG Anti Peptidos Deaminados de Gliadina (DPG IgG) (cuando existe déficit de IgA total).
3. IgA a-tTG

Se debe confirmar con biopsia intestinal (Marsh Oberhuber III).

La sensibilidad (S) y especificidad (E) de los a-tTG son del 93% y 96% respectivamente, datos obtenidos de un estudio publicado en la revista "Gastroenterology" de 2005 (3). Allí se revisaron 285 artículos, en 22 de los cuales se evalúan estos anticuerpos utilizando como Gold Estándar el diagnóstico de EC por biopsia. Como resultado la S fue entre 77 y 100% y E entre el 91 y 100%. La menor sensibilidad podía ser explicada en aquellos trabajos que utilizaron a-tTG de cobayo. También demostró que la S y E eran mayores en niños.

La lesión característica de la EC es la atrofia vellositaria, con hiperplasia de las criptas, y aumento de los linfocitos intraepiteliales, pero no es específica de esta patología. Se recomienda la toma de muestras (mínimo 4) a nivel del bulbo y segunda porción del duodeno, debido a que las lesiones podrían ser parcheadas. Para definir EC, se utiliza la clasificación de Marsh Oberhuber, siendo diagnóstica la etapa III (atrofia vellositaria).

La guía recomienda el screening a través de IgA anti-tTG en los siguientes grupos de riesgo: familiares primer grado, pacientes con enfermedades autoinmunes (DBT I e Hipotiroideos) y enfermedades genéticas (Síndrome de Down o Turner). Hay datos limitados para establecer qué personas con enfermedad asintomática o potencial, desarrollarán síntomas a lo largo de su vida. La TASK FORCE (4) plantea que existe evidencia inadecuada para el screening de EC en estos grupos de riesgo, ya que no se puede aseverar cuáles son los beneficios o daños potenciales de realizar el tratamiento.

En cuanto al estudio genético HLA DQ2/DQ8, la utilidad radicaría en excluir del seguimiento serológico a aquellos individuos de alto riesgo con negatividad para estos alelos. Es una prueba con alta sensibilidad (95 al 100%), y con alto valor predictivo negativo VPN 93%. Se considera que la asociación entre los grupos de riesgo y la EC se debe a la mayor susceptibilidad genética en estos pacientes con respecto a la población general, por presentar mayor porcentaje de HLA (86% versus 30%). No hay pruebas prospectivas que evalúen los beneficios en la práctica clínica de solicitar el estudio genético.

¿Existe una relación entre EC y aumento de mortalidad o incidencia de enfermedades malignas? Un interesante metaanálisis publicado en 2012 (5) compara 38.053 pacientes con EC, con 313.827 controles dando como resultado que los primeros tienen mayor riesgo de mortalidad por todas las causas (OR 1.24, IC 95% 1.19-1.30), Linfoma no Hodgkin (LNH) (OR 2.61 IC 95% 2.04 - 3.33), Y de LNH T (OR de 15.84 IC 95% 7.85 A 31.94). El subgrupo de pacientes con EC diagnosticada por serología o reportes médicos, arrojó un OR inferiores en todos los casos. Los artículos incluidos eran heterogéneos, el diagnóstico de EC no era confiable (algunos no confirmaban con biopsia y otros dependían del diagnóstico realizado por otro médico), y no se diferenció los pacientes sintomáticos de asintomáticos. Sin embargo, el OR para desarrollo de LNH T fue muy significativo.

Dado que la guía recomienda realizar screening en pacientes de alto riesgo, ¿Cuál es el tratamiento indicado para los pacientes clasificados como EC asintomática?

El consenso recomienda una dieta estricta libre de gluten. En cambio, la TaskForce manifiesta que no existen estudios de tratamiento en asintomáticos que evalúen los efectos a largo plazo de una dieta sin gluten versus ningún tratamiento. Tampoco existen trabajos que estudien el momento apto para iniciar la dieta (inmediatamente al momento del diagnóstico, aunque se encuentren asintomáticos versus cuando presentan síntomas).

Se realizó una revisión sistemática de artículos que evaluaban el efecto de la dieta sin gluten en los end points "mortalidad o malignidad", los cuales arrojaron resultados contrapuestos. De aquellos trabajos que apoyaban la dieta libre de gluten (8), (9), podemos concluir que habría mayor mortalidad en aquellos pacientes que no revierten el daño en la mucosa intestinal. Desconocemos si esos pacientes eran refractarios a la dieta sin gluten, o no habían adherido a la misma.

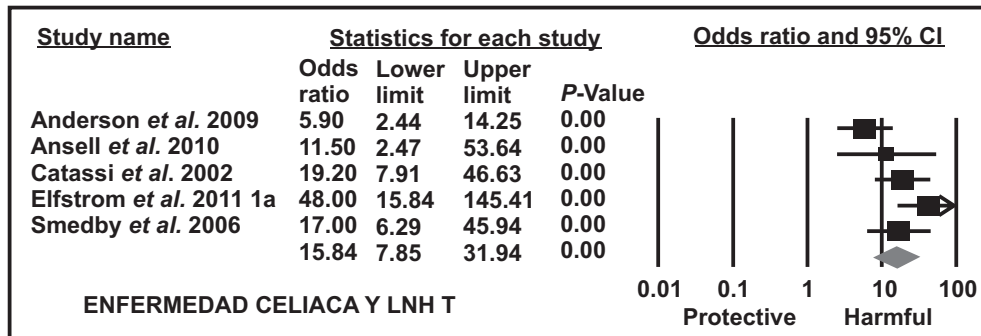
En un estudio publicado en el año 1989 se evaluaron 210 pacientes con diagnóstico de EC por biopsia. Se los clasificó en 2 grupos: Grupo 1, que siguieron una dieta estricta por 5 años o más y el Grupo 2 que incluían aquellos que no realizaban dieta sin gluten, o lo hacían de manera intermitente. Este grupo de pacientes se reevaluó en el año 1985 donde se observaron 69 muertes, de las cuales 31 fueron a causa de neoplasias (la mayoría ubicados en boca, faringe, esófago). Se obtuvo un RR=2 (IC 95% 1.4 A 2.8) P 0.001 para diagnóstico de cáncer observado en esta serie versus el esperado por edad y sexo. Este trabajo nos sugiere mejores resultados en cuanto a morbi-mortalidad en pacientes con buena adherencia a la dieta, sin embargo se requiere un N mayor para poder establecer conclusiones.

Consideramos que la enfermedad celíaca es una enfermedad que se presenta de manera diversa y heterogénea, lo que hace difícil definir su diagnóstico, y por lo tanto, cobra gran importancia construir una pre test con datos clínicos para definir quiénes son las personas que deberían someterse al estudio serológico y biopsia.

Coincidimos con la TaskForce, en recomendar no realizar screening en pacientes asintomáticos. De igual manera, una vez definida la celiaquía (síntomas, serologías y biopsia), se debería realizar el tratamiento con la dieta libre de gluten. No estamos seguros del beneficio de dicho tratamiento en quienes no cumplan con esos 3 criterios. El tratamiento con dieta libre de gluten se asocia a mejoría sintomática, pero no resulta claro que genere recuperación de la histología, siendo esta última la que se relaciona con el mayor riesgo de malignidad y mortalidad.



**TABLAS: ENFERMEDAD CELIACA.**



**Tabla 1:** "Celiac disease and the risk of all cause mortality, any malignancy and lymphoid malignancy" OR enfermedad celiaca y LNH T

**Table 2 Cancer morbidity in 210 patients with coeliac disease at the end of 1985**

Site of cancer	ICD8	O	E	O/E	p
All sites	140-208	31	15-18	2-0	++
Mouth and pharynx	141-147	3	0-31	9-7	+
Oesophagus	150	3	0-24	12-3	+
Nin-Hodgkin's lymphoma	200.202	9	0-21	42-7	++
GI Tract	151-154	3	3-07	1-0	NS
Remainder		13	11-65	1-1	NS

O= observes numbers; E= expected numbers. +p<0-01; ++p<0-001.

**Tabla 2:** "Malignancy in celiac disease- effect of a gluten free diet" Holmes. Cáncer en pacientes con enfermedad celiaca.

**Table 3 Cancer morbidity by diet group**

Site of cancer	Diet group	N	O	E	O/E	p
All sites	1	108	14	9-06	1-5	-
	2	102	17	6-42	2-6	++
Mouth, pharynx Oesophagus	1	108	1	0-33	3-0	-
	2	102	5	0-22	22-7	++
Non-Hodgkin's lymphoma	1	108	2	0-12	16-7	+
	2	102	7	0-09	77-8	++
Remainder	1	108	11	8-61	1-3	-
	2	102	5	6-11	0-8	-

+p<0-01; ++p<0-001.

**Tabla 3:** "Malignancy in celiac disease - effect of a gluten free diet" Holmes. Riesgo de cáncer en pacientes con adherencia a la dieta libre de gluten.

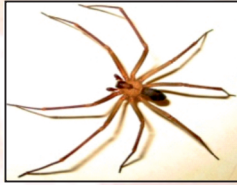
**BIBLIOGRAFÍA**

- 1.Sociedad Argentina de Gastroenterología. "Documento de Consenso de enfermedad celiaca". Ministerio de Salud de la Nación. Año 2017. Disponible en: <https://sage.org.ar/wp-content/uploads/2018/05/Consenso-de-Enfermedad-Celi%CC%81aca-2017.pdf>
2. Rubio-Tapia A, Ludvigsson JF. "The prevalence of celiac disease in the United States". *Am J Gastroenterol.* 2012 Oct;107(10):1538-44
- 3.Ivor D. Hill. "What Are the Sensitivity and Specificity of Serologic Tests for Celiac Disease? Do Sensitivity and Specificity Vary in Different Populations?" *Gastroenterology* 2005;128:S25-S32

- 4.Roger Chou, MD; Christina Bougatsos, MPH. "Screening for Celiac Disease Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force". *JAMA* 2017 March, 317 (12):1258-1268.
- 5.Tio M, Cox MR, Eslick GD. "Meta-analysis: coeliac disease and the risk of all-cause mortality, any malignancy and lymphoid malignancy". *Aliment Pharmacol Ther.* 2012 Mar; 35(5):540-51.

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:  
[www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones](http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones)

## NECROSIS TÓXICA MAMARIA



Familia: Sicariidae  
 Orden: Araneae  
 Clase: Arachnida  
 Filo: Arthropoda  
 Reino: Animalia

**Dra. Laura Demiryi - Dra. Virginia Pedraza**  
 Hospital J. M. Cullen; Santa Fe

### OBJETIVOS

- Reportar un caso de loxoscelismo de forma cutáneo necrótica de localización mamaria que planteó el diagnóstico diferencial en primera instancia con una mastitis vs Ca. de mama inflamatorio.
- Concientizar a los profesionales de la existencia de esta entidad que sólo será diagnosticada tempranamente si pensamos en ella, lo que permitirá el oportuno y adecuado abordaje del paciente.

### INTRODUCCIÓN

Araneismo es un cuadro clínico producido por la inoculación de venenos de distintos géneros y especies de arañas. En nuestro país los principales géneros son *Loxosceles*, *Latrodectus* y *Phoneutria*. El envenenamiento por *Loxosceles* (Loxoscelismo) es potencialmente letal, siendo la especie de mayor importancia la *L. laeta* ("araña de los rincones"). Es una de las etiologías menos frecuentes de necrosis cutánea, generalmente subdiagnosticado, lo cual lleva a un diagnóstico tardío y errores en el tratamiento.

Paciente de 37 años, sin antecedentes patológicos personales conocidos, consulta por presentar eritema y tumefacción en mama derecha asociado a mastalgia y secreción sanguinolenta de una semana de evolución posterior a picadura de insecto, por lo cual recibió tratamiento antibiótico VO, sin respuesta al mismo.

#### Examen físico:

**MI:** sin particularidades.

**MD:** proceso ulcerado, cubierto por costra necrótica de aproximadamente 4 cm que compromete áreas B y C de cuadrantes externos de H7 a H10 rodeado por un proceso inflamatorio / infiltrativo sobre la piel.

**Axilas:** negativas.



### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL (4)

Picaduras de otros insectos
Infecciones ( bacterianas, virales, fúngicas y por micobacterias )
Neoplasias
Enfermedades del colágeno y síndromes vasculíticos
Úlceras vasculares

CUTÁNEO (90%)	CUTÁNEO VISCERAL (10%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pápula , que puede evolucionar a placa eritematosa rodeada de un halo claro.</li> <li>- Acompañada de vesículas y/o ampollas.</li> <li>- Se transforma en escara (en 2 -3 semanas) y deja una úlcera al desprenderse.</li> <li>- Compromiso del estado general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja frecuencia pero alta mortalidad.</li> <li>- Al cuadro local se le agregan manifestaciones sistémicas (CID, IRA) consecuencia de la hemólisis intravasascular .(2)</li> </ul>

### CONCLUSIÓN

- Es importante pensar en esta entidad ante una lesión como la que presentaba nuestra paciente y derivar al paciente oportunamente
- Si bien existe un suero antiloxosceles para su tratamiento, no hay una recomendación concreta y uniforme del uso del mismo.
- Frente a la localización de esta paciente, a nivel mamario, siempre se debe hacer diagnóstico diferencial con otras patologías mamarias benignas y malignas, siendo fundamental la anamnesis ya que aporta datos necesarios para la sospecha de dicha etiología.
- Es una enfermedad de denuncia obligatoria.
- La prevención de los accidentes es el mejor tratamiento. (5)

1. Guía de prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica de los envenenamientos por arañas. 2012. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación  
 2. Rev. chil. infectol. v.26 n.5 Santiago oct. 2009  
 3. Loxoscelismo cutáneo: a propósito de 6 casos Estefanía Cesaroni y Silvina González. Arch. Argent. Dermatol. 2016; 66 (3): 71-77  
 4. Guía de Centros Antiponzoñosos de la República Argentina Edición 2011 Ministerio de Salud Presidencia de la Nación

# COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL SEVERA DEL PRIMER TRIMESTRE

Dra. SIMONIELLO, Agustina; Dr. DE GREEF, Hernán; Dra. RODRÍGUEZ, María Emilia; Dra. COLOMBO, Eliana; Dr. ARIAS, Carlos.

## Hospital J.M. Cullen - Ciudad de Santa Fe | Tocoginecología

La colestasis intrahepática gestacional (CIG) es una enfermedad de etiología multifactorial. Implica la alteración en la homeostasis de los ácidos biliares en el hepatocito materno. Se manifiesta mediante un cuadro clínico y bioquímico (prurito palmoplantar a predominio nocturno y aumento de ácidos biliares con o sin modificación de las enzimas hepáticas y bilirrubinas). Presentamos el caso clínico de una paciente con diagnóstico de CIG a las 13 semanas de embarazo, con antecedente de falla hepática aguda en gesta previa.

### 01 OBJETIVOS -

- Diagnosticar oportunamente colestasis intrahepática gestacional severa del primer trimestre.
- Generar un plan de abordaje interdisciplinario.
- Investigar casos reportados respecto a estrategia terapéutica y desenlace obstétrico.

### 02 ENFERMEDAD ACTUAL -

Paciente de 29 años, cursando su segunda gesta, embarazo de 13 semanas, refiere prurito palmoplantar, a predominio nocturno, de una semana de evolución. Adjunta laboratorio que presenta alteración hepática con patrón colestásico.

Antecedente de colestasis gestacional en embarazo previo, el cual deriva en cesárea de urgencia por falla hepática aguda.

Se inicia seguimiento en conjunto con hepatología. Descartada la patología hepática estructural e infecciosa, se instaura plan terapéutico con ácido ursodesoxicólico 1200 mg/día y loratadina 10mg/día.

Se contempla la posibilidad de realizar plasmaféresis en caso de descompensación aguda debido a su antecedente obstétrico. En el control a las 18 semanas, ante ascenso en el valor de ácidos biliares y escasa mejoría sintomática, se decide aumentar a dosis máxima de ácido ursodesoxicólico (1500 mg/día). Hacia el tercer trimestre, con parcial respuesta al tratamiento administrado, se produce un nuevo incremento en los ácidos biliares asociado a desmejoría clínica, por lo que se agrega colestiramina.

Dada la regular evolución de la clínica y laboratorio se realiza ateneo interdisciplinario y se decide finalizar por cesárea a las 34 semanas.



### 04 CONCLUSIONES -

- Los casos de CIG precoces reportados son limitados, siendo de hasta 10 semanas de edad gestacional al momento diagnóstico, con picos máximos de ácidos biliares de hasta 241 mmol/dl.
- Las pacientes de categoría especial por antecedentes de patologías hepatobiliares merecen una decisión consensuada por expertos y un abordaje interdisciplinario.



### 03 RESULTADOS -

- Inicialmente se indicó una dosis alta de UDCA debido al considerable valor de ácidos biliares basales.
- Durante el seguimiento se observó un comportamiento clínico y bioquímico anárquico respecto al esperado, requiriendo un tratamiento individualizado.
- Los cambios terapéuticos se realizaron según las guías y con evaluación continua del servicio de hepatología.

Referencia	EG de inicio	EG pico de Ácidos Biliares	Pico de Ácidos Biliares	Resultados materno-fetales
Kirkinen and Rynnänen, 1995	13	16-19	150	Finalización a las 19 sem.
Brites et al. 1998	10	20	198	Inducción a las 36 sem.
Chao and Sheffield, 2011	16	31	86	Cesárea a las 33 sem.
Konjeti and Selsky, 2012	13	14	241	No reportado
Steele, 2012	11	16	205	Cesárea a las 33 sem.

#### BIBLIOGRAFÍA:

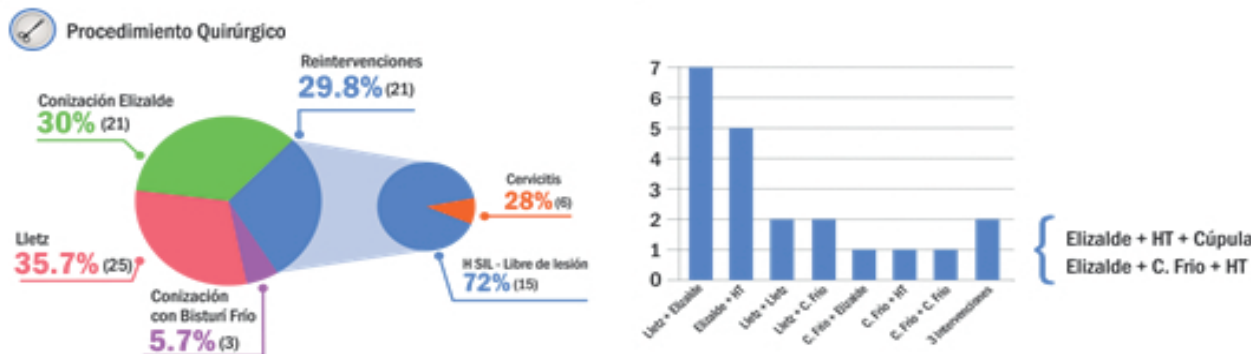
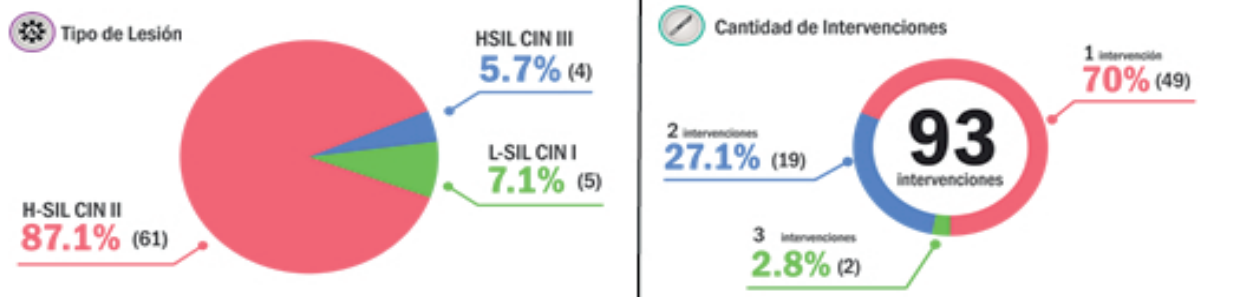
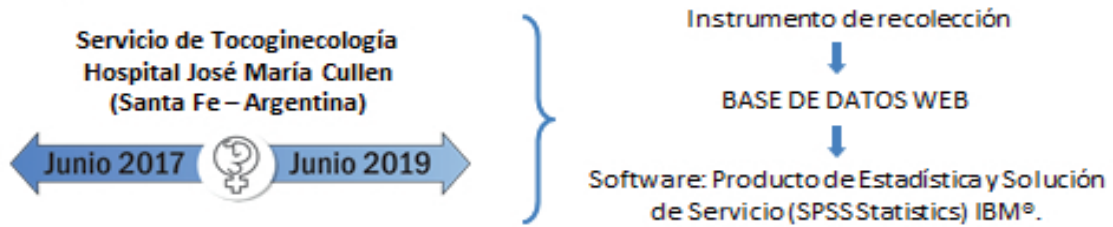
1. Colestasis intrahepática gestacional. Guía de práctica clínica | Hospital Ramón Sardá, 2019.
2. Severe First Trimester Recurrent Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. A Case Report and Literature Review | American Journal of Perinatology, 2016.

# CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PATOLOGÍA CERVICAL PRENEOPLÁSICA

Bustos M, Haberkorn M, Rodríguez M, Colombo E, Ponzo F. marianobustos85@gmail.com

El cáncer de cuello uterino se diagnostica habitualmente en estadios avanzados, con alta tasa de mortalidad. Dado que la mayoría de las lesiones invasoras son precedidas por patología cervical preneoplásica, el tratamiento efectivo de éstas últimas es de vital importancia en la prevención de la progresión de la enfermedad.

Presentamos el análisis estadístico de las pacientes con lesiones preinvasoras, tratamientos quirúrgicos realizados y presencia de lesión residual que llevó a nuevas intervenciones para lograr márgenes satisfactorios.



La edad promedio de pacientes afectadas fue de 35 años, la mayoría (70%) requirió una sola intervención, 19 pacientes (27,1%) dos cirugías y sólo 2 pacientes (2,8%) tres procedimientos. Del total de pacientes reintervenidas, el 72% (15 pacientes) presentó lesión residual con márgenes libres posterior a la intervención realizada, y sólo en el 28% (6 pacientes) no se halló patología preneoplásica. En 8 pacientes se realizó Histerectomía y de éstas sólo en 5 se constató presencia de H-SIL, con márgenes libres; en 3 pacientes procesos inflamatorios crónicos y en una de ellas ausencia de lesiones. Independientemente de los resultados, todas permanecen en seguimiento, libres de enfermedad.

## **SANGRADO UTERINO ANORMAL EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY**

Sanchez, A., Rodaro, F., Kurganoff, M., Epelbaum, J.

### **Objetivos**

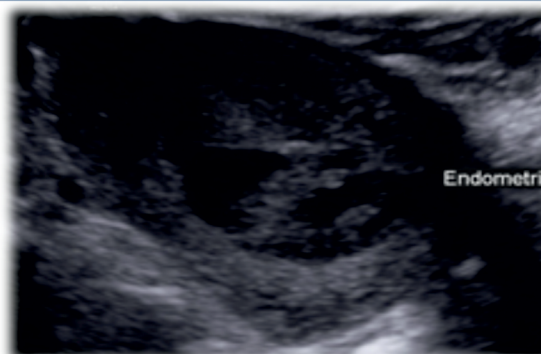
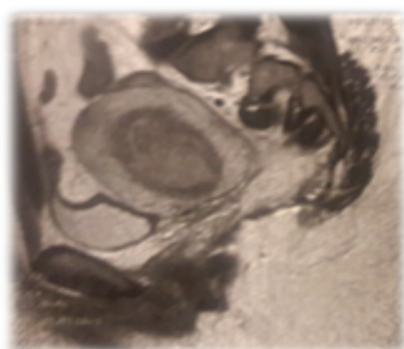
- ✓ Determinar si existe relación entre el Síndrome de Klippel-Trenaunay y el sangrado uterino anormal.
- ✓ Determinar presencia de alteraciones arteriovenosas con métodos complementarios.
- ✓ Determinar tratamiento específico y a largo plazo según antecedentes de la paciente.

### **Materiales y Métodos**

Se realizó un estudio observacional en una paciente de 21 años con diagnóstico de Síndrome de Klippel-Trenaunay que consultó al Servicio de Tocoginecología del Hospital Jaime Ferre por un cuadro de ginecorragia anemizante de 3 meses de evolución.

### **Resultados**

Se realizó transfusión de sangre, ecografía ginecológica y RMN constatándose imagen endometrial de 30x18 mm y miomatosis uterina, sin evidencia de malformaciones vasculares a nivel uterino. Como tratamiento se realizó histeroscopia diagnóstica y terapéutica y colocación de DIU con levonorgestrel, con el cual se logró la mejoría clínica de la paciente corrigiendo su sangrado uterino anormal.



### **Conclusión**

El **Síndrome de Klippel-Trenaunay** es una condición rara que afecta el desarrollo de los vasos sanguíneos, los tejidos blandos y los huesos. Si bien las malformaciones arteriovenosas están descritas, no hemos podido evidenciarlas ni relacionarlas con la presentación clínica de la paciente.

Se propone el DIU con levonorgestrel como primera línea de tratamiento para el manejo del sangrado uterino anormal.

## LINFANGIOMA QUÍSTICO MESENTÉRICO: REPORTE DE CASO

### Mesenteric cystic lymphangioma: case report

#### Autores:

- **Sastre, Ignacio**; Residente de 4to año de cirugía general, Hospital José María Cullen, (Av Freyre 2150) Santa Fe, Argentina. e-mail: ignaciosastrecirugia@gmail.com. Tel: 0342-155350138. ORCID: 0000-0001-6268-4055
  - **Landi, Leonardo**; Residente de 2do año de cirugía general, Hospital José María Cullen, Santa Fe, Argentina. e-mail: landi\_14\_13@hotmail.com. ORCID: 0000-0003-3754-4338
  - **Moulin, Luis**; Cirujano General ; Hospital José María Cullen, Santa Fe, Argentina. e-mail: luisduardomoulin@gmail.com. ORCID: 0000-0003-0109-3459
  - **Francia, Hector**; Cirujano General M.A.A.C.; Hospital José María Cullen, Santa Fe, Argentina. e-mail: hjfrancia@gmail.com ORCID: 0000-0000-6248-3541
- Institución : Hospital Provincial Jose Maria Cullen - Santa Fe

**Reporte de Caso:** linfangioma quístico mesentérico: patología poco habitual en nuestro medio, revisión de bibliografía y descripción de resolución de un caso.

**Case report:** mesenteric cystic lymphangioma: unusual pathology in our place, literature review and description of the resolution of a case.

#### RESUMEN

Al buscar bibliografía acerca de linfangioma, se abarca una multitud de tumores referidos generalmente al cuello, axila o mediastino, pero además pueden presentarse en otras localizaciones, como en el presente caso, donde se encontró un tumor quístico mesentérico en un paciente joven con síntomas inespecíficos.

**Palabras clave:** linfangioma, tumor mesentérico, sistema digestivo.

#### Abstract

Most of the times when one searches for bibliography about lymphangioma, lots of tumours mostly appearing in neck, armpit or mediastinum come across, but beside this locations, they can appear in various other parts, taking for example the present case report, where a Mesenteric Cystic tumour was found in a young patient with symptoms.

**Keywords:** lymphangioma; mesenteric tumour; digestive system.

#### INTRODUCCIÓN

Los linfangiomas son tumores provenientes de precursores del sistema linfático, generalmente sin comunicación con éste, que afectan cuello, axila o mediastino en el 95% de los casos [1,2]. En el porcentaje restante pueden afectar órganos intra abdominales y causar síntomas inespecíficos como dolor abdominal, distensión abdominal y pérdida de peso.

Se pueden dividir en 3 tipos principales: cavernosos, capilares y quísticos, dependiendo de sus características histológicas [2,3].

Presentamos el caso de un paciente con linfangioma quístico de localización mesentérica.

#### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 27 años de edad, tabaquista, etilista social, consulta por dolor lumbar, continuo, de intensidad 8/10, sin irradiación, asociado a náuseas, niega hematuria, disuria y antecedentes de infecciones urinarias. Al examen físico se constatan signos vitales conservados, abdomen blando, depresible e indoloro y puño percusión negativa.

Bioquímica sanguínea: Creatinina 1,45 mg/dl; urea 0,49 g/l; LDH 325 U/l; Hb: 14,4 g/dl; Hto: 42,9%; Glóbulos blancos: 10,26 K/uL (78/12/9/1/0); Orina: ausencia de Leucocitos; Ca 19-9 - CEA - AFP y Subunidad beta fueron negativos.

Se realiza estudio ecográfico observándose en abdomen inferior y hemiabdomen izquierdo, masa ocupante de espacio multiquística de contornos difusos, mal definida por este método.

Durante internación se realiza tomografía computada, que informa formaciones retroperitoneales expansivas compatibles con conglomerados adenopáticos por delante de músculo psoas en relación con arterias ilíacas primitivas, imagen prerrectal retrovesical por encima de fondo de saco de Douglas, hígado, páncreas y bazo sin lesiones. Ver imágenes 1 y 2



Imagen 1: TC abdominal con doble contraste mostrando masa retroperitoneal.



Imagen 2: TC abdominal con doble contraste mostrando masa retroperitoneal en contacto con pared abdominal.

Se decide realizar laparotomía exploradora, observándose un tumor quístico mesentérico que se extiende hacia su raíz, que al corte presentaba salida de contenido de características quillosas. Se decide reseca tumor, logrando respetar arcadas vasculares y sin la necesidad de reseca ningún segmento intestinal. Se logra extraer la pieza completa. Ver imágenes 3 y 4.

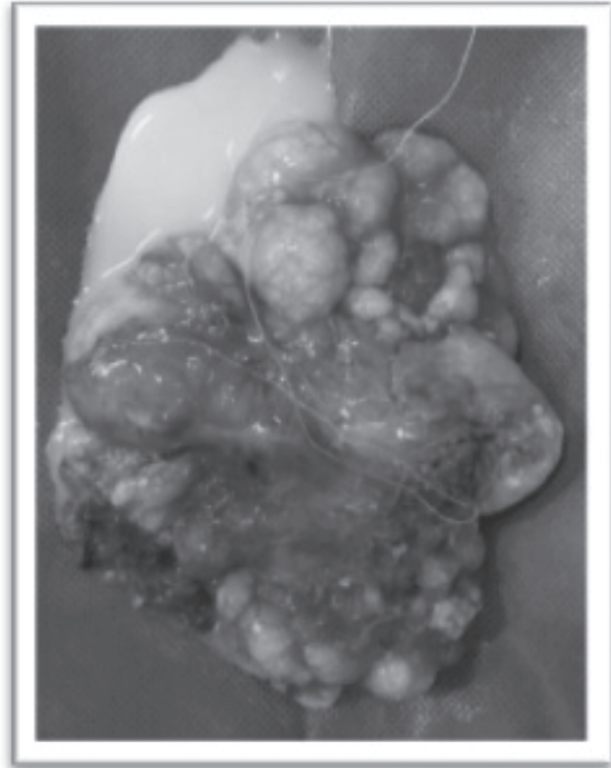


Imagen 4: Pieza Quirúrgica (Observese la salida de linfa en el borde superior).



Imagen 3: Mesenterio luego de la extracción de la pieza quirúrgica.

El estudio anatomopatológico de la pieza informó hallazgos vinculables con linfangioma quístico: Espacios vasculares de distinto tamaño, rodeados de tejido muscular liso, tapizado por endotelio aplanado. El estroma que lo rodea está formado por tejido colágeno y adiposo vascularizado con pequeños ganglios linfoides. Ver imagen 5.

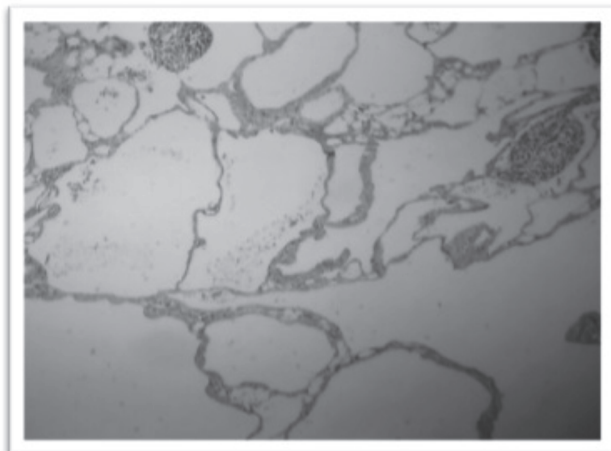


Imagen 5: Corte histológico (ver descripción en texto)

## DISCUSIÓN

El hallazgo de masas abdominales retroperitoneales abarca una gran cantidad de diagnósticos diferenciales además del linfangioma quístico, entre ellos: linfomas, metástasis, hematomas retroperitoneales, abscesos, quistes y pseudoquistes pancreáticos [4].

En más del 50% de los casos el linfangioma quístico esta presente al nacimiento y pueden aparecer en variadas localizaciones, más frecuentemente en cabeza y cuello, seguidos de la localización axilar, mediastinal y con una frecuencia del 5% la localización abdominal, y de 1% la mesentérica [1,2,3].

Es de naturaleza benigna aunque se conoce poco acerca de su fisiopatología, proponiéndose diversas teorías que involucran factores genéticos, inflamatorias y mecánicos [3].

Mayoritariamente asintomáticos, pueden presentarse de diferentes maneras, todas ellas relacionadas a la ocupación de espacio: Masa palpable, dolor abdominal y síntomas obstructivos. Síntomas más raros son: pérdida de apetito, ascitis, obstrucción ureteral o de otros órganos. [1,2].

El estudio de estas lesiones implica la utilización de la ecografía y la tomografía computada, que orientan el diagnóstico [5,6].

El diagnóstico definitivo pre operatoria es raro, por lo que siempre se debe realizar biopsia [3] e inmunohistoquímica. Esta última puede mostrar receptores positivos para receptor endotelial de vasos linfáticos tipo 1, factor de crecimiento endotelial vascular tipo 3, prox-1 y anticuerpo monoclonal d2-40. Todos estos marcadores que se solicitan en el linfangioma, los son específicos para vasos linfáticos, pero pueden presentar falsos positivos y negativos como todo estudio complementario.

Su tratamiento preferencial, cuando aparecen síntomas es la exéresis quirúrgica, presentando ésta, baja tasa de morbimortalidad [6].

Los beneficios superan a los riesgos, ya que el crecimiento de la masa puede causar ruptura del linfangioma, con la aparición de posterior peritonitis, formación de abscesos y colecciones. Otras opciones terapéuticas como la marsupialización o punción, están en la actualidad en desuso [3].

En conclusión, los linfangiomas quísticos son lesiones de capilares linfáticos que deben ser sospechados cuando aparecen fuera de lugares característicos.

La cirugía es el principal tratamiento, el que supera en creces al tratamiento expectante u otro tipo de tratamiento quirúrgico, con un muy buen pronóstico pos-operatorio, y bajo riesgo de recurrencia [3].

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Moulin L, Rumbo C, Romero P, Pedraza N, Garcia Hervá D, Orce G, et al. Case Report: Multivisceral Transplantation for an Extensive Cystic Lymphangioma of the Mesenteric Root - Transplant Proc. 2016, Mar;48(2):543-5
- 2- Watanabe A, Suzuki H, Kubo N, Kobayashi T, Araki K, Sasaki S, et al. A case of mesenteric cystic lymphangioma in an adult which caused duodenal stenosis after resection. Int J Surg Case Rep. 2013;4(2):212-
- 3- Yang DM, Jung DH, Kim H, Kang JH, Kim SH, Kim JH, et al. Retroperitoneal cystic masses: CT, clinical, and pathologic findings and literature review - Radiographics. 2004, Sep-Oct;24(5):1353-65
- 4- Bhavsar T, Saeed-Vafa D, Harbison S, Inniss S. Retroperitoneal cystic lymphangioma in an adult: A case report and review of the literature. World J Gastrointest Pathophysiol. 2010, Dec 15; 1(5):171-176.
- 5- Chang TS, Ricketts R, Abramowsky CR, Cotter BD, Steelman CK, Husain A Et al. Mesenteric cystic masses: a series of 21 pediatric cases and review of the literature - Fetal Pediatr Pathol. 2011, 30(1):40-4
- 6- Chim H, Chuwa E, Chau YP, Chow PK. Gastrointestinal: mesenteric cystic lymphangioma. J Gastroenterol Hepatol. 2006 May; 21(5): 916.

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:  
[www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones](http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones)



## RE-EVOLUCIÓN DE LA AUTOGESTIÓN DE UN EFECTOR PÚBLICO. INCIDENCIA EN LA MICRO SALUD PÚBLICA DE UNA COMUNIDAD

RE-Evolution of the self-management of a public effector. Impact on the Public MicroHealth of a community

### Dr. Arturo B. Serrano

Médico Especialista de Generalista y de Familia - Director Centro de Salud SAMCo Sto. Domingo

arturo69serrano@gamil.com

Bv. López 263 3025 Santo Domingo - Tel: 03497 15483552

"El amor y la vocación son los que hacen la revolución".

### HISTORIA

Intentar poner en palabras hechos y situaciones médicas de la ruralidad, donde seguramente tanto el lector, como los responsables de la salud pública solo visualizan, miden y valoran, por las prácticas habituales de su consultorio u Hospital, donde hay equipamiento, personal, insumos e interconsultores "a la mano", no es lo cotidiano en el medio rural.

Seguramente exista en el ámbito de la Salud Pública de la Provincia Invencible de Santa Fe otros Centros de Salud (CdeS) del primer nivel de atención, realizaron innovaciones a la hora de los procesos asistenciales, administrativos, estadísticos, de docencia, y de gestión. Desconozco si existieron, pero es bueno narrar, para reflejar algunos de los muchos hechos de vanguardia sanitaria y que lamentablemente, no se mejoraron, ni se transpolaron a otras latitudes. En estas líneas trataré de reflejar los hechos de los últimos treinta y dos años en una sola directriz, la de mejora continua de calidad en pos de brindar una mejor atención a los pacientes y a la comunidad. En síntesis, como fue evolucionando el ex Hospital Rural y en algunas cuestiones hasta fue, revolucionario por sus adelantos.

Demás está decir, que mi especialidad "Medicina Generalista y de Familia" tiene competencias sobre el paciente, sin límites de edad, sexo (Salud, 1963, pág. OMS), la familia, la comunidad y lo medio ambiental; por todo esto es que iremos intercalando hechos de las distintas actividades que se pueden desarrollar en este medio, incluyendo algunas anécdotas que hacen referencia precisamente al ejercicio de la MEDICINA en el espacio rural.

Y en este ámbito, es más amplio aún, porque debemos dar respuesta a todo lo que se presente, aun lo más extraño y si esa respuesta, es atinada, disminuimos la morbilidad, contagiosidad, mortalidad, secuelas etc. Y con un porcentaje de resolución de problemas de más del 98.5%, incluso con bajo número de traslados porque nos hacíamos cargo de muchas patologías que requerían resoluciones de mayor complejidad.

Usaremos indistintamente los nombres de: **Hospital Rural N° 24** (HR), el primigenio fundado el 20/6/44; **SAMCo Santo Domingo** (SSD, creado por Ley 6347/63) entidad para-gubernamental integrada por representantes de todas las instituciones del pueblo a cargo de la administración contable; **Centro Asistencial** (CA) denominación entre 1983 y 1990; y **Centro de Salud** (CdeS), denominación actual, del cual fui director médico de emergencia o interino por 29 años y director titular en los últimos 3 años

En esta historia, el **Equipo de Salud y sentido de pertenencia** a la institución han sido baluartes permanentes de trabajo e inculcación a todos los integrantes, con criterios racionales y en un sentido de crecimiento personal e institucional. Con objetivos de hacer más allá, de lo requerido por la centralidad Ministerial. Y obviamente, trabajar con pasión y mucho amor.

En 1986 comenzó el periplo de acciones que se relatan

**En los comienzos** de ese año, precisamente desde enero, comencé a asistir dos veces por semana (luego del horario de la coordinación de la residencia) a "familiarizarme" con el entorno y hacerme conocer en el pueblo de Santo Domingo. Establecí relaciones con Don Juan Beckmann un médico rural que hizo historia en este pueblo y localidades vecinas, él que, al jubilarse, yo ocuparía su lugar. Esos días atendía en el hospital junto a él, y me presentaba ante los pacientes como el nuevo doctorcito (je je je) él terminaba sus frases con el je je je Un viejo zorro, lo digo afectuosamente y con muchísima admiración y gran respeto, que me tomaba examen (de manera sutil) cada lunes y jueves de valores, principios éticos, y resolución de problemas médicos.

Recuerdo como anécdota, el caso de una paciente que atravesaba puerperio mediato (12 días de post parto). Refería mal olor y juro que así era, solicité una bolsa de residuos a la enfermera y extraje rápidamente un tapón vaginal que le habían colocado, para hacerle la episiotomía y se lo olvidaron.

La fetidez inundó el hospital y Don Juan, así le decían todos, me observaba con sus grandes ojos y no salía de su asombro (je je pensé: lo sorprendí)

En realidad, el Dr. Beckmann quería dejar, a la comunidad de Santo Domingo un médico integro en valores y destrezas al cuidado de "sus pacientes", los que atesoraba con mucha pasión.

Me radique definitivamente en el pueblo, en Julio de 1986, me aloje con mi familia, en el mismo hospital donde residí por 15 años, por lo tanto, estaba disponible las 24 hs. y esa fue la primera diferencia, se **cumplía con la definición de CdeS de la OMS, abierto las 24 hs del día todo el año**; creo también, el único con esas características, en la Provincia por esos años.

### DIAGNÓSTICO

El equipo de trabajo lo conformábamos. solo tres agentes del estado, para una población de 1763 habitantes y una zona de influencia de más de 5000. Una enfermera, Ada con una vocación admirable, José Luis que hacía de chofer, peón de patio, mucamo, mantenimiento, servicios generales etc.; dispuesto las 24 hs del día todos los días y Miriam quien era secretaria del anterior médico (sin relación de dependencia con el Ministerio).

Enseguida traté de identificar los problemas más acuciantes, falta personal, falta recursos e insumos, entonces comencé a golpear puertas del Ministerio. Las partidas para gastos de funcionamiento eran exiguas (apenas si alcanzaban para pagar elementos de limpieza y franqueo postal), la ambulancia estaba fundida etc. La solución parecía poner a andar el SAMCo (Sistema de Atención Medica de la Comunidad), en el rubro recupero de prestaciones. Comenzar a facturar a la seguridad social todo lo que podíamos, para así rescatar lo que las Obras Sociales se guardaban. De a poco fuimos perfeccionando el recupero, incluso en los traslados de ambulancia, muchas veces, no había fondos ni siquiera para el combustible.

Recuerdo épocas en las que mensualmente hacíamos distintos beneficios: pollo asado, empanadas, hasta se hacían carneadas (a escondidas de Bromatología) y vendíamos chorizos; había que conseguir dinero para poder funcionar o arreglar deficiencias del Hospital.

Teníamos una ambulancia muy vieja (Dodge modelo 1969 de la que frenaban solo tres ruedas), decidimos hacer una colecta solidaria pagando entre todos los vecinos un plan de ahorro y comprar una nueva, aplicando la planificación estratégica:

era TODA LA COMUNIDAD aportando. La respuesta no se hizo esperar, el senador y gobernador trajeron una ambulancia NUEVA doble tracción, pero se la dieron a la Comuna (no al Hospital).

Este informe tratará de reflejar las áreas que cualquier efector de salud estatal debería hacer, que es GESTIÓN, DOCENCIA, INVESTIGACIÓN ASISTENCIAL y un apéndice de ARTE.

### GESTIÓN

La residencia me dio herramientas para resolver casi cualquier problema médico, pero absolutamente nada de gestión, solo contaba con el curso de "Administración Hospitalaria de la Escuela de Sanidad R Carrillo, es más, recién por 1996 se comenzó a hablar del tema en bibliografía española.

Resolver los problemas administrativos contables es un arte muy difícil, de manera simultánea con la asistencia médica, y peor si se está a más de 100 Km del gobierno y donde lo rural, no es tenido en cuenta por ningún funcionario. Aprendí gestión del ensayo y error.

Obviamente **desbordaba la tarea asistencial** y el hecho, de que al ser el único médico en la localidad (por 31 años), muchos se acercaban con expectativas diferentes. Completar la papelería del Ministerio era además de extensa, engorrosa; en ese entonces había que notificar todo a mano: partes complementarios estadísticos epidemiológicos, notificación y encima la tarea administrativa y... no había cargo para Miriam que hacia lo administrativo, (recién en de 1990 después de haber realizado una capacitación dictada por el mismo Ministerio conseguimos su nombramiento).

Al pensar soluciones... por 1989, recién se esbozan los procesos informáticos. Me había capacitado en Asociación Trabajadores del Estado en EPI INFO 5.1B una herramienta del CDC para hacer estudios epidemiológicos en la que después, fui docente por unos años. Si bien parecía una solución, era muy difícil usar una plantilla para el seguimiento de la información del SAMCo. Eran los comienzos de la informática.

En 1992 contacte a una informática que **creó un sistema informático** ad hoc en lenguaje Turbo Pascal, que resolvía toda la producción estadística epidemiológica del CdeS. **Pionero y único en la provincia por más de quince años fue el primer CdS que tenía informatizados los procesos estadísticos y epidemiológicos**, y que irrisoriamente, el Ministerio de Salud no lo aceptada.

Todos los meses había que, a los datos digitalizados, transcribirlos del formato digital a puño y letra en las planillas estadísticas; porque tanto el Hospital Referencial como la Dirección de Estadística no aceptaban ese adelanto. Luego de innumerables intentos, después de los cinco años de uso y de incontables intentos, notas de presentaciones etc. fue aceptado.

En este programa también tenía otra "perlita", usábamos una **codificación de enfermedades; la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (CIPSAP-2 Def)** aprobada por la WONCA y que estaba validada por el Prof. Gervas de Huelva España, con quien tuve infinidad de intercambios a través del webmaster. Solo conocí, por esa época, una experiencia del Hospital Italiano de Bs As que codificaba y usaba el CIPSAP. Además, había obtenido, para el SAMCo un **@postmaster**, desde el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, para tener comunicaciones (algo así como el prototatarabuelo del email moderno) y que intercambiábamos correos con médicos rurales de Neuquén, era la única Provincia que la tenía sumado a algunos de Buenos Aires. Cabe recordar, que se enviaban cartas postales y debíamos esperar la respuesta como rápida en más de 15 días. Aclaro que, tanto el costo de la CPU como el desarrollo del programa estuvieron a mi cargo, sin absolutamente ningún apoyo oficial, ni del SAMCo. Pero como la finalidad era optimizar recursos, vaya si fue útil, podíamos trabajar, yo cargaba on line la consulta en el siglo pasado y a fin de mes salían todos los resultados y eso ahorra infinidad de horas, en las que había que sumar palotes para hacer los innumerables informes de cada mes y finales de año

Luego en 2010 cuando Microsoft exigía licencia de uso, se modernizó el programa y se hizo con más detalles y para evitar problemas se realizó en entorno Linux, también todo un adelanto para su época, donde apenas se esbozaba ese lenguaje en el Estado y en la UN Tecnológica, y se usó el CIE 10 porque había un conflicto entre la Provincia y Nación (esta última, promovía el uso del CIAP en las redes de Remediar), y estaba el CIE 9 vigente, pero ni bien apareció la versión 10 comenzamos a usarla, por ser un estándar más universal, para tratar de comparar información con otros efectores para verificar resultados, tratando de usar estándar internacionales.

Vuelvo a recordar que esto funcionaba desde 1992 y **la Provincia con todos sus recursos, recién en 2011 pone en funcionamiento el SICAP (19 años después)**

En 1998 en plena convertibilidad, **se efectuó un análisis pormenorizado y exhaustivo de costos**, justo allí nos llegó un compañero administrativo,

transferido de banco estatal de Santa Fe que liquidó el gobierno. Pusimos valor a todos los insumos y recursos, luz, combustible ambulancia agua insumos medicamentos, vacunas, radiografías, análisis, sueldos etc. hasta se determinó por estándares, el tiempo empleado por enfermería para nebulizar inyectables y a todo se valorizó - recordamos que era equivalente 1U\$S = 1\$ (ley de convertibilidad) y había una inflación leve, También se valorizó el trabajo que hacíamos puertas afuera del Hospital, conferencias charlas de educación para la salud, traslados en ambulancia inyectables en domicilio, visitas a domicilio etc., todo esto dio un valor de retribución de los trabajadores del SAMCo de dos veces y media por debajo de los salarios que percibíamos y fue publicado en la revista del Instituto para el Desarrollo Integral de los Servicios de Salud (IDISSA).

También durante la Presidencia del Dr. Menem se impuso el **Hospital Público de Autogestión** y en la del Dr De la Rúa el **Hospital Público de Gestión Descentralizada**. A partir de ello lo gestionamos y nos habilitó el Ministerio de Salud de la Nación Otra vez fuimos también de los primeros en la provincia en acceder a él, cumplimentando todos los requisitos y prácticas que proponía; y con ello el cobro a las OOSS a través de los que hoy es la Superintendencia de Servicios de Salud.

Como en esa resolución dice de estimular el trabajo del equipo de salud, logramos, después de innumerables gestiones, **poder distribuir el 30% de los ingresos entre el personal**, como un estímulo económico por tanta dedicación. Esto también fue una gestión de vanguardia, pues fue el tercer HPA que logró este beneficio en la Provincia y que estuvo vigente hasta el año ppdo. Y esos ingresos salvaban la caja para tener recursos. Les cobrábamos solo a quienes tenían recursos (particulares, obras sociales, mutuales etc.) y lo volcábamos en equipamiento, insumos, porque las partidas para gastos de funcionamiento seguían siendo paupérrimas. Durante toda la gestión socialista fue duramente criticado porque nos exigían gratuidad, pero, como brindarla, si las partidas seguían siendo exiguas y no enviaban reactivos para determinaciones bioquímicas, placas ni líquidos para radiografías, ni gasa, ni algodón ni yodo, ni alcohol, ni jeringas etc., sacábamos la cuenta que necesitaríamos una sextuplicación de la partida para hacer todo gratis- que es lo que obteníamos de recuperó-.

Desde 1995 se hace, y **actualiza cada cinco años el análisis de situación**. En 1999 junto a un estudiante de Servicio Social hicimos una detallada norma de **criterio de inclusión de familias de riesgo y mapa del mismo** Donde para objetivar la inclusión y evitar el sesgo personal definimos criterios de inclusión en cada categoría.

No solamente se hizo la lista del ejido urbano y del rural, sino que además estaban demarcados en mapas (georreferenciación) Y desde esa fecha todos los fines de años se actualiza.

En 2001 ingreso otra enfermera María al plantel Teníamos carteles con los derechos de las personas, derechos del niño, derechos de los pacientes que tratamos de respetar. Y luego redacte una declaratoria de deberes y derechos de los trabajadores del SAMCo, acordado y consensuado por todo el equipo de salud. Porque a veces lo obvio, si está escrito se suele respetar más.

Todo es pos de fomentar el sentido de pertenencia y responsabilidad. En el **cronograma de trabajo**, estaba estipulado los horarios de las visitas a domicilio, de las acciones comunitarias, y de las **reuniones de equipo de salud que eran todos los jueves**. Y cuando maduró la idea, rotaba la conducción de la misma (al que le tocaba debía ver en su área problemas de pacientes, de mantenimiento, de gestión y finanzas; y no pocas veces resulte "cuestionado" porque la mayoría pensaba que estaba mal alguna determinación o acción.

Cuando los bomberos dejaron de sostener el destacamento hicimos un **Carro de rescate**, que aún persiste en el hospital. Está diseñado para enganchar en la segunda ambulancia doble tracción, con elemento de salvataje para poder extricar o extinguir incendios etc.

Una forma de lograr liderazgo y afianzarlo fue con paciencia, perseverancia, tolerancia a las presiones, motivar a mis compañeros, enfrentar y tratar de resolver los conflictos, negociación; todo esto, con una postergación de las necesidades propias, gestión de las emociones e intentar trascender. En eso mi familia tuvo una tolerancia y rol preponderante para ordenarme y soportar mis utopías y locuras...

#### **ASISTENCIAL**

Sin ninguna duda, lo que los pacientes buscan en las consultas es la solución a sus problemas, en esa dirección, siempre dimos respuesta a la demanda.

La capacidad de resolución de problemas de atención era superior al 98%, porque teníamos un aparato de Rayos X portátil con radioscopia (el que manejaba porque, al final, tomar una radiografía es solo una técnica), más electrocardiógrafo, y fuimos equipando con todo lo necesario. Más un convenio con la Bioquímica, que luego se consiguió el cargo y el primer bioquímico Dr Soltermann donó su equipamiento al SAMCo. Logramos un gabinete de kinesiología con equipamiento ad hoc (sin el cargo) a la que concurría una Kinesióloga, Teníamos una ambulancia bien equipada etc todo para dar

respuesta atinado y oportuna de los problemas de los ciudadanos y pobladores de otros pueblos, **Para dimensionar esto ser único médico con unas 12.000 consultas por año** tal vez, aclare esta situación.

Durante muchos años del 1998 al 2008 tuvimos capacitaciones y luego supervisiones zonales de verificación de resultados (porcentaje de inmunizados, cobertura de capacitación de embarazadas control de pacientes crónicos, etc.) de ellas obtuvimos un muy buen puntaje y tratábamos de competir para destacarnos entre todos los CdeS de Las Colonias, porque había devolución pública, y no es muy lindo recibir tirones de oreja delante de otros compañeros de trabajo. Tal es que en 2001 hicimos el **Plan de evacuación** junto a expertos, Ingenieros en seguridad, bomberos, y de Defensa Civil que fue de los primeros en la Provincia y cuando a los 4 años salieron a proponer esa medida ya la teníamos aceptada y se tomó de ejemplo, porque tenía asignación de roles adaptados a esas contingencias

En ese contexto, también **debíamos asistir a todos los partos de bajo riesgo de la región**, por ser el único hospital de la región, dotado de una sala de partos y camas de internación.

Era frecuente tener que asistir un parto en medio de las consultas y al finalizar el mismo volver a ellas recordamos que era único médico. Hasta que, la Dirección de Maternidad redactó lo del parto institucionalizado y maternidades seguras en 1998, hicimos más de 700 partos, sin ninguna muerte materna y sin complicaciones.

En los casos de partos de bajo riesgo, durante los feriados y a la noche las enfermeras le daban la comida y se iban a su casa, personalmente quedaba a cargo de los cuidados. No hay que perder de vista el contexto de la ruralidad, donde muchas veces la familia no podía acompañar pues debía volver al campo a realizar sus impostergables tareas.

Recuerdo que, por necesidad, una paciente sana tuvo un parto normal (3° gestación) y se fue de alta voluntaria (previamente acordada) a la casa con su bebé que llevaba una hora de nacido, porque no tenía con quien dejar al cuidado a sus otros hijos pequeños, eso habla de la rusticidad y fortaleza de la mujer del campo. Estaba todo bien y fue, según el modelo hegemónico, sería un alta precoz.

Al respecto debo destacar que aprendí mucho de Ada (enfermera) a no hacer los enemas evacuantes y rasurar solo la zona lindante a la episiotomía, lo que contradecía la formación médica aprendida en la residencia. Años después el CLAP (Schwartzman, 1989) normativo que no deben hacerse enemas ni rasurado "preventivo" en los prepartos.

En 1997 generamos la **Internación Domiciliaria (ID)**, protocolizada y adaptada según las necesidades y que nos fue extremadamente útil porque seguíamos siendo tres agentes del estado más Miriam que hacía tareas de enfermería empírica, y no podíamos cuidar a los internados en el Hospital, y no teníamos presupuestos para la comida ni para mandar a lavar las sábanas. La ID nos resolvió infinidad de problemas pues contábamos con la ayuda de la familia y nos ahorrábamos el lavado de las sábanas y la comida, y no sacábamos el paciente de su entorno lo cual ayudaba enormemente a la resolución de su patología. En la ID incluíamos cuidados paliativos, crónico terminales, altas precoces de internación, post operatorio etc. La bibliografía era escasa en esa época de los index medicus, utilizamos algo de M Zurro y algo de Chile que la tenía institucionalizada y debimos de adaptar.

También, como la mayoría de los casos eran crónico terminarles o cancerosos, comenzamos a trabajar con los cuidados paliativos. Algo novedoso que adecuamos a los recursos existentes. Posteriormente unos 12 años después, de la normativa del Programa Nacional de Garantía de Calidad en la Atención Médica y **se adaptó los CUIDADOS PALIATIVOS** dado que la prevalencia de pacientes crónicos terminales, cancerosos, EPOCs etc. requerían estas prestaciones (pero al "uso nostro" sin farmacéutico, ni psicólogo, ni todo el RRHH que pide el programa hecho para las privadas de Capital Federal.

Por esos años se hacían "picadas" de autos preparados especialmente para eso, en un circuito en el campo o en calles públicas con el riesgo que eso implicaba. Y allí estuvimos, dando la **respuesta sanitaria en eventos deportivos**, generamos un sistema de respuesta in situ, con carpa sanitaria, roles, ambulancias y rescatistas, comunicaciones con radio etc. que nos valió una mención del ACA por la repuesta organizativa en eventos de competencia. Este grupo luego se adaptó para domas y otros eventos competitivos. Posteriormente de esos **15 rescatistas originales**, que capacité en primeros auxilios, RCP etc., 8 de ellos comenzaron la capacitación para ser **Bomberos Voluntarios** (también promovido como necesidad desde el Hospital Rural para la comunidad, cuando se creó el primer cuerpo de Bomberos de Sto. Domingo.

#### **DOCENCIA**

En 1994, la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, acepto el **COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN ZONAL de Sto. Domingo** bajo resolución 002/92; siendo el segundo en toda la Provincia. Estaba integrado por todos los profesionales de la región (médicos,

enfermeras, choferes, bioquímicos, Odontólogas etc.). Era intentar trasladar parte de la descentralización. Lo aprovechamos y nos sirvió para interconectar nuestro Hospital Rural, con Universidades, ONG, Cancillería etc., para lograr convenios de pasantías Terapia ocupacional de la UNL, Psicología de la UCatER, alumnos técnicos radiólogos de la Cruz Roja, con Cancillería (para lograr la pasantía de médicos de familia españoles en su rotación rural, etc.). En esta dirección tenemos una biblioteca biomédica, que incremento su contenido por la donación del Dr. Chiarinotti (post mortem)

Es menester mencionar, que simultáneamente con el trabajo médico asistencial, de gestión etc, participaba activamente de eventos científicos y congresos de la Asociación de Medicina General, de la Federación, de los médicos rurales, aporte al Programa de garantía de calidad de la Atención Médica del Ministerio de Salud como consultor, capacitaciones complementarias a mi especialidad, ser consejero ante la Entidad Deontológica y ello significó la rotación de 68 residentes de todo el país y de España: Donde algunos de ellos hicieron trabajos científicos en su rotación y hasta ganaron algunos premios en Congresos. La motivación a rotar era aprehender el enfoque práctico de "resolver con lo que hay", y hacer desde la placa el yeso, la infiltración, el electro y la estabilización, la cirugía menor etc y la habilidad de la gestión

En la década del 90, teníamos una **altísima prevalencia de accidentes** - de todo tipo - tránsito, laborales, etc. y venían destrozados. Comenzamos a trabajar con médicos de la región en escuelas, primero sobre **charlas de primeros auxilios** con ayuda de los Dres. Hachuel, Caliani, Dellaporta y Sioli (en Progreso, Sarmiento, la Pelada y Santo Domingo) y luego charlas sobre accidentes laborales en las escuelas secundarias, nos dimos cuenta que no alcanzaba. Me contacte con la Asociación Santafesina de Emergencia y Trauma e hicimos una **Jornada de Accidentología** para toda la región en el Instituto Educativo de tres días (vinieron los Dres. Guala, Francia, Locatelli. Que fue un éxito. De ellos aprendimos infinidad de aspectos técnicos y sobre todo la anticipación, por ello generamos el **Programa de Actualización y Adiestramiento en Emergentología**, que de manera continua estuvimos capacitándonos.

Esto nos dio pie para **hacer triage en el Hospital y sectorizarlo con colores estándares** que nos habían enseñado nuestros maestros emergentólogos, allá por el año 1992 - en el siglo pasado - siendo un orgullo porque tanto el Hospital de Niños como el Cullen recién lo hicieron hace un par de años (recién 26 años después).

También **clasificamos por colores internacionales, los recursos de la ambulancia** desde hace más de diez años. Otro aspecto que solo es tenido en cuenta en muy pocos lugares. Y hace un par de años trabajamos el triage de enfermería, que por razones burocráticas no se pudo hacer un espacio para tal, pero está desarrollado el formato.

Intentamos hacer **protocolos de actuación para enfermería** en caso de ausencias de médicos, recordamos a los lectores que éramos apenas un médico por población, (aunque muchos pueblos ni médico tenían) porque son los primeros responsables y cuando no estábamos en la localidad ocurrían accidentes, entonces armamos un esquema básico de actuación de los equipos, ya tenían una capacitación superior a la de muchos equipos de emergencia urbanos, al tratar de avalarlo por la Justicia, estos impidieron la aplicación porque las enfermeras no pueden medicar por leyes vigentes sin indicación médica -que justamente no había-

Una terrible experiencia (accidente con un paciente decapitado) profundizó el anhelo de seguir mejorando nuestro servicio. Para ello estudiamos mucho y **nos convertimos en referentes de la región en la respuesta Emergentológica.**

Dictamos infinidad de capacitaciones y simulacros en distintos pueblos desde 1996, y situaciones (de noche, bajo lluvia etc.) de Santa Fe y Entre Ríos (La Pelada, Elisa, Grutly, Progreso, Recreo, Santa Fe ciudad, Viale, Tabossi (Entre Ríos) etc. Éramos muy requeridos porque, las capacitaciones en el tema eran muy técnicas (ATLS etc.), están hechas para las grandes ciudades y no reconocen los escasos recursos (humanos y técnicos de los pueblos); y nosotros supimos adecuar esas guías a la realidad de nuestros pueblos. Cuando los simulacros se sistematizaron en las ciudades en la década del 2000. Fuimos equipando la ambulancia con todo lo imprescindible para dar respuesta y sin apoyo del estado. El primer desfibrilador lo pagó la Comuna, luego conseguimos uno de donación de Alemania. Y en 2003 teníamos un carro de paro cardiaco con electrocardiograma, desfibrilador oximetría etc. todo por autogestión.

Por aquella época y adaptando material de esa Asociación más otra de otros países a nuestra realidad, redactamos y pusimos en marcha el **PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIA ANTE DESASTRES.** Esto fue aplicar al terreno y usarlo efectivamente muchos años antes que los grandes Hospitales de Santa Fe. En esa dirección, desde cinco años antes de la inundación del 2003, teníamos un **COMITÉ COMUNITARIO DE CRISIS Y UN PLAN DE CONTINGENCIA** (en La Capital

recién se hizo después de la inundación, hace 15 años). En esa emergencia traían a los evacuados en camionadas y los dejaban en localidades de la Ruta 11 en galpones o donde podían. Nosotros teníamos gente preparada para esa contingencia, pero no podían llegar porque el Río Salado había cortado los caminos; y quedamos en un tipo de isla de aislamiento. Nos tocó resolver todo lo de la región y vaya si lo hicimos bien, hasta debimos atender partos de otras localidades porque no podíamos salir de la gran isla geográfica que nos tenía aislados.

En 1998, se comienza con el **esbozo del Centro de Día.** Recordamos Naciones Unidas lo proclama en 2006, y que, que la ley de discapacidad salió en nuestro país recién en 1997 Se habían detectado muchos casos de personas con discapacidad que estaban confinadas en su domicilio. Por iniciativa propia del director, se intentó un aula radial para "chicos diferentes". previamente con Comunas de la zona y el Instituto Educativo Santo Domingo Se relevó más de 60 personas con discapacidad en la región más próxima y se propuso en ese ámbito una Maestra Especial, pero el proyecto nunca salió de Ministerio de Educación, ni tampoco a cargo de la Comuna, y menos del de salud. Entonces, a través de un convenio entre el CdeS y la Universidad Nacional del Litoral, se logró una pasantía de la Terapeuta Ocupacional Hebe Lehn se da comienzo en el Hospital el incipiente proyecto de **Espacio de Contención de discapacitados.** Comenzamos con talleres para pacientes artríticos a cargo de la Terapeuta Ocupacional y la Kinesióloga; y luego con discapacitados -al comienzo eran apenas 13- Usábamos como aula SUM en el Hospital, lo que antes era la habitación de internación de cuatro camas de mujeres; más la cocina para hacer los dulces, pickles, licores, etc.

Se intenta conseguir el predio posterior al Hospital para hacer allí el Centro de Día y por proceso administrativos burocráticos no salió y se obtiene en donde se emplaza actualmente y que, afortunadamente y hasta la actualidad integro el equipo de profesionales de manera Ad honorem, acompañando a uno de los tantos grupo sociales de riesgo y de alta vulnerabilidad, que dejaron de estar invisibilidades en la sociedad desde el continuo trabajo de educación a la comunidad en los derechos de las personas con discapacidad.

En 1999 **como teníamos muchos casos de violencia,** y teníamos que dar repuesta, se convocó desde el CdeS primero a un **Espacio Intersectorial de Conciencia y Derechos Ciudadanos y Comunitarios de la Comunidad de Santo**

**Domingo** con representantes de todas las Instituciones, a aprobar un plan de acción que fue aceptado y de él hice las **Normas de Funcionamiento del Comité de Maltrato Infantil y Violencia Familiar**. En 1996 obtuvimos el nombramiento de una nueva enfermera María Cuffia; con ella y Miriam, y aplicando el sentido común las intervenciones fueron más humanas y racionales.

En 2000, cuando podíamos autogestionar el CdeS; teníamos un **gabinete Psicopedagógico** con todos profesionales concurrentes una Psicología, Una Psicopedagoga, una Terapeuta ocupacional, y una Kinesióloga.... Y el hospital Referencial no lo tenía. Se daba a veces situaciones de celotipia aun desde los compañeros del nivel superior.

En esto de cuidar a los pacientes, y que antes del gabinete Psicopedagógico, en esa época al no contar con profesionales de Salud mental, teníamos que hacernos cargo de todos los problemas de salud, y mejor darle una respuesta adecuada, porque si no la exigencia de la Comunidad nos hacía sentir muy mal.

#### INVESTIGACIONES

En ese rubro debutamos en un estudio colaborativo con la OMS sobre tosedores crónicos junto al INER Coni. Luego se hicieron varios más sobre productividad, eficiencia, modelo informático, familias riesgo, enfermedades reemergentes, mortalidad de 20 años, lesiones por megalofyges, informe sobre el impacto en salud de las buenas practicas agrícolas etc.

En 2001, promovimos a la Comuna la **creación de Municipio Saludable, para hacer acciones de Promoción de la Salud** costó mucho la aceptación por el Presidente en acción, pero luego de las convocatorias y concreción de grupos de trabajo (deporte, recreación, salud, tercera edad, seguridad, trabajo, educación etc.) y de innumerables trámites burocráticos, logramos ser aceptados como adherentes y luego de trabajos fuimos promovidos a titulares, siendo el tercer municipio saludable en titularizar de la Provincia (Rafaela, San Lorenzo,) mucho antes que La Capital de Santa Fe, o Santo Tomé a los que asesoramos sobre el acceso. Y ganamos dos premios nacionales (uno de Con-Ciencia en el tránsito y otro sobre una pista de salud que aun esta en la parte posterior del Hospital Rural.

En 2009 tuvimos la **epidemia de gripe Aviar** y luego la gripe Porcina que se mediatizo de una manera tal, que los medios tenían aterrada a la población y peor aún, a los efectores de salud. Desde ese momento, **comenzamos a separar los febriles de los no febriles**.

Antes, en la sala de espera de nuestro centro, y de todos los del País, está la embarazada, la mama con él bebe a control de salud al lado del Bronquiolítico, del que padece influenza y todos calefaccionados y en un ambiente cerrado - UN EXCELENTE MEDIO PARA FAVORECER EL CONTAGIO. El éxito preventivo fue fantástico. Una medida simple y efectiva. Eso sí, duplicaba el trabajo porque tenía que trasladarme de un sitio a otro, porque la arquitectura e ingenio daba para separarlos. Ello redundaba en efectividad, eficiencia, eficacia y cero costos.

#### ARTE

También pude escribir un libro sobre Medicina Rural, y filmar una película sobre Salud Rural en la que el director Darío Doria, gano tres premios en el XXII Festival Internacional de Cine entre más de 900 films

#### ADENDUM

Si bien por una cuestión literata, está separado en procesos administrativos, se hacía todo simultáneamente y quitándole horas al sueño, tratando de emulara mis grandes maestros.

Siempre hubo resistencias a todo tipo de innovaciones, pero con mucha perseverancia se obtuvieron importantes logros para un hospital rural emplazado en una comunidad pequeña, pero con la única aspiración, de prestar el mejor servicio.

En lo personal, podría haber transcurrido esos 35 años de mi vida como un médico más; pero me siento un feliz y pleno por haber cumplido con la misión encomendada por mis maestros de una Universidad Pública y haber honrado con pasión, el trabajo para el que era remunerado. Por supuesto quedan pendientes las utopías y deseos de una sociedad mejor y más justa, un país predecible propio de cualquier buena persona y ser humano.

*Y como dijo alguna vez Eduardo Galeano: "Mucha gente pequeña, en lugares pequeños, haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el mundo"*

El autor declara no tener conflicto de interés ni obtención de subsidio alguno

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:  
[www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones](http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones)

## TRAUMA RAQUI MEDULAR ASOCIADO A SÍNDROME MEDULAR INCOMPLETO

### Raqui medular trauma associated with incomplete medular syndrome

#### Presentación de caso

**Dr. Leonardo Cozzi Gaité.** Autor, Residente 3er año de Neurocirugía.

**Dr. Guillermo Rossa.** Jefe de Residente

**Dr. Hernán Vanrell.** Instructor - Médico de Planta

**Dr. José Del sastre.** Jefe del Departamento de Cráneo - Médico de Planta

**Dr. Germán Yobe.** Jefe de Departamento Espinal - Médico de Planta

**Dr. Jorge Morere.** Jefe Servicio de Neurocirugía. Hospital J. M. Cullen. Ciudad de Santa Fe

Conflicto de intereses: los autores no declaran tener ningún conflicto de intereses.

#### RESUMEN

##### Introducción.

Los accidentes viales son causa frecuente de politraumatismo asociados a trauma raqui medular con diferente grado de afección que incluso compromete la vida, generalmente se necesita un abordaje interdisciplinario por la potencialidad de complicaciones.

En este reporte de caso nos enfocaremos a lesión traumática raquimedular asociadas a lesión medular, que requirió artrodesis cervical con doble abordaje (anterior y posterior).

##### Objetivo.

Realizar una descripción de un caso de artrodesis cervical con doble abordaje (anterior y posterior), operada en nuestro servicio.

##### Materiales y Métodos.

Se revisó retrospectivamente la historia clínica e imágenes de la paciente operada de dicha patología durante el período 2018. Se recabaron datos demográficos, localización espinal, estado neurológico (escala asia y escala de frankel), tipo de fractura (Aospine), cirugías realizadas, días de internación, evolución postoperatoria y último follow up.

##### Resultados.

Paciente con politraumatismo grave, trauma encefalocraneano leve, trauma raqui-medular con síndrome medular incompleto, secundario accidente vial moto vs auto, que estudia con Tc cuerpo completo y Rnm columna cervical, donde se evidencia fractura c4-c5-c6 con fractura teardrop c5 y luxofractura en su eje axial de c5-c6, examen neurológico de ingreso frankel B, escala de ASIA B, ingresa a terapia intensiva por inestabilidad hemodinámica, se decide realizar corporectomía c5-c6 con colocación de celda mesh, fijación con placa de bloqueo cervical por vía anterior en primer momento, por su estado crítico del paciente, para luego en un segundo tiempo se realiza artrodesis tornillos cervicales a masas laterales por vía posterior, las cuales se realizan sin complicaciones

pop quirúrgica, días de internación total 34 uti 16 piso 18. al examen neurológico al alta sin cambios, siendo derivada a centro para rehabilitación con control de follow up a los 6 meses y al año donde se evidencia una recuperación de la sensibilidad superficial generalizada sin otro cambio al examen neurológico.

##### Discusión.

Con los estudios por imágenes (tc y rmn) se determinó el tipo de fractura, se clasificó según (Aospine), se eligió y planificó abordaje y resolución quirúrgica.

##### Conclusión.

Los accidentes viales son causa de traumatismos espinales. Las lesiones de alta cinética producen en general lesiones complejas multisistémica, conllevando estas a daño neurológico extenso con elevada morbimortalidad.

El follow up a largo plazo muestra importantes secuelas funcionales independientemente del procedimiento realizado.

**Palabras claves:** TRAUMA - ESPINAL - AOSPINE - FRACTURA.

#### INTRODUCCIÓN

El Traumatismo Raquimedular (TRM) incluye todas las lesiones traumáticas que afectan las diferentes estructuras osteoligamentosas, cartilaginosas, musculares, vasculares, meníngicas, radicales y medulares de la columna vertebral a cualquiera de sus niveles.

Habitualmente afecta a personas jóvenes en etapa productiva. Representa un problema económico para los sistemas de salud dado el alto costo que implica su tratamiento en la etapa aguda y posterior rehabilitación.

La médula espinal es el conducto a través del cual viaja la información entre el cerebro y el cuerpo; está diseñada como eje transmisor, regulador y modulador de múltiples funciones neurológicas.



La lesión medular aguda es un proceso dinámico, evolutivo y multifásico a partir del momento en que se produce el traumatismo; por ello el objetivo sobre el manejo del daño espinal está orientado a reducir el déficit neurológico resultante y prevenir alguna pérdida adicional de la función neurológica.

El nivel más frecuente de lesión es la región cervical media baja, el siguiente lugar es la unión toracolumbar; coincidiendo estos niveles con las áreas de mayor movilidad de la columna espinal. En un paciente con sospecha de daño espinal, la columna debe ser inmovilizada para prevenir el daño neurológico y la anatomía de la lesión debe ser analizada como primer paso al momento de proveer un tratamiento efectivo.

En este reporte de caso nos enfocaremos en trauma raquímedular grave a nivel cervical con lesión medular incompleta.

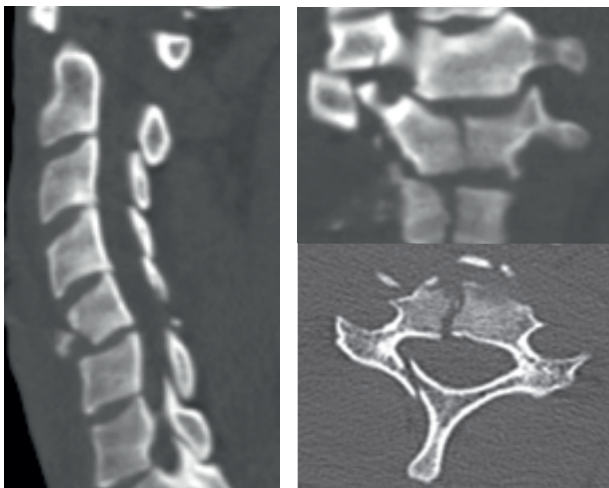
### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 26 años de edad sin antecedentes patológicos de jerarquía que ingresa por politraumatismo con traumatismo encefalocraneano leve, trauma raquímedular grave asociado a síndrome medular incompleto (Frankel B-Asia B), contusiones pulmonares bilaterales moderadas, secundario accidente vial moto (sin casco) vs auto.

Al examen neurológico de ingreso la paciente se encontraba, Lote, 15/15, Pares craneales conservados, biparesia 3/5 miotoma C5 y paraplejia, hipoestesia desde c5-d4 con nivel anestésico desde entonces, atonía rectal, sonda vesical, Babinsky + bilateral, ROT abolidos.

Se le realiza TC de cuerpo completo,  
Tc cráneo: Marshall I

Tc de columna cervical: Donde se evidencia fractura c4-c5-c6. Fractura tipo teardrop c5 con luxofractura c6, Ocupación del canal medular.



**Rmn de columna cervical:** se evidencia imagen de luxación de c5-c6 con edema en ambos cuerpos vertebrales, estrechamiento del canal, hiperintensidad medular de c3-c7 compatible con mielopatía de probable origen isquémico.

Se la ingresa al servicio de terapia intensiva para control hemodinámico, tratamiento de contusiones pulmonares.

### DISCUSIÓN

#### Reducción y Estabilización de la columna

##### Reducción

Corresponde al método que permite eliminar la compresión de la médula espinal por lo que tiene dos finalidades: recuperación de la anatomía de la columna vertebral, descomprimir la médula.

La reducción puede conseguirse por medios ortopédicos o quirúrgicos dependiendo del mecanismo y tipo de lesión.

##### Estabilización

Corresponde a mantener la reducción en el tiempo, la mayoría de ellos son quirúrgicos, el tipo de estabilización y el material utilizado para la osteosíntesis depende tanto del mecanismo de lesión como del tipo de lesión causada.

En el caso mencionado podemos inferir por medio de los diferentes estudios de imágenes que se le realizaron en el ingreso que se trata de fracturas c4-c5-c6, tipo C c4 burst c5 teardrop c6 burst clasificación según Aospine las cuales individualmente ya son inestables, generando la sumatoria de las tres fracturas una complejidad mayor, debemos tener en cuenta además el estado crítico del paciente por el cual ingresa a terapia intensiva.

En primera instancia se decide realizar una corpectomía de dos niveles (c5-c6) con colocación de celda mesh más placa de bloqueo por vía anterior, teniendo en cuenta que este abordaje es anatómicamente de fácil acceso, rápido y efectivo para la necesidad de urgencia de descompresión medular y estabilización primaria del raquí cervical en este primer momento.

Donde no se evidencia cambios en el examen neurológico, ni complicaciones posquirúrgicas, una vez que la paciente se encuentra en sala hemodinámicamente estable, se decide realizar estabilización instrumentada por vía posterior c4-c7.

**RESULTADO**

Tabla de evolución de examen neurologico

Paciente NN	Ingreso	Alta hospitalaria	6 meses	12 meses
Escala Frankel	B	B	B	B
Clasificación ASIA	Mc5 Sd4	Mc5 Sd4	Mc5 Sc5	Mc5 S Conservada

**CONCLUSIÓN**

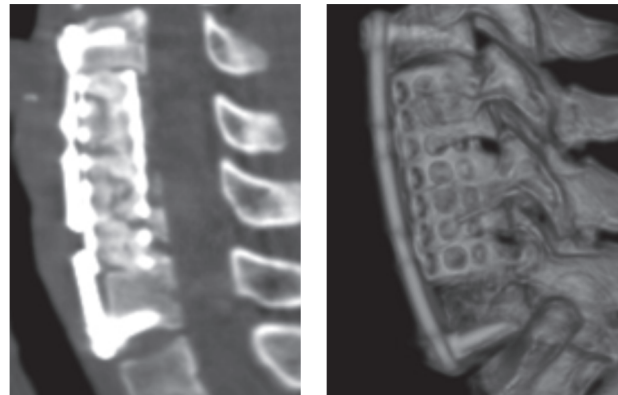
1-El procedimiento de artrodesis cervical con doble abordaje antero-posterior, pueden obviar la necesidad en muchas situaciones de una incómoda movilización externa y facilitar la rehabilitación postoperatoria.

2-La morbilidad después de un procedimiento cervical anterior o posterior en el contexto de un trauma es relativamente baja.

3-La Sociedad de Investigación de la Columna Cervical estudió las complicaciones de los abordajes anterior y posterior.

La tasa de complicaciones neurológicas con cirugía anterior fue del 0,64% en comparación con el 2,18% cirugía posterior.

4- En las lesiones medulares con daño neurológico grave no se evidencia cambios a corto, mediano o largo plazo.



Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:  
[www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones](http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones)

# PRO.A.PRO. – 1ra. Circ.

Programa Ayuda Profesional del Colegio de Médicos

Prevención y Atención al Médico por trastornos derivados del ejercicio profesional

(Ansiedad, fármaco dependencia, adicciones, síndrome de Burn-out, violencia, etc)

**CONFIDENCIALIDAD TOTAL**

Equipo profesional capacitado.

Respuesta las 24hs.

Tel. Cel. Contacto: **342-5106190**

## 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

- Titulo: castellano e inglés - 22 palabras sin abreviaturas o siglas.
- Autores: nombre(s) y apellido(s) orden correlativo con su grado académico (Dr., Lic., etc.).
- Referencia (nº, asterisco) para identificar la Institución correspondiente al primer autor.
- Dirección y correo electrónico de cada uno de los autores.
- Debe señalarse al autor que se contactará con el CE para las notificaciones.

### Gramática y Estilo

Según reglas generales

### Abreviaturas o Siglas

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

### Agradecimientos

Al final del texto

### Bibliografía o Referencias

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

### Tablas y Figuras

En hojas aparte

### Fotografías

Enviar aparte

### ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

### Característica de los Resúmenes

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

### Redacción del Manuscrito

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

### Formato:

#### Introducción

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

### Comunicaciones Breves

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

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

### Presentación de Casos Clínicos

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

### Criterios:

- Efectos secundarios inusuales de medicamentos.
- Presentación inusual de una enfermedad.
- Nuevas asociaciones o variaciones en el proceso de una enfermedad.

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

#### Estructura

- Resumen en castellano 150-250 palabras. Palabras clave 4-5.
- Relato máximo 1.200 - 1.400 palabras (excluye resúmenes, bibliografía, tablas o figuras).
- No más de 4 ilustraciones (gráficos, tablas, fotografías).
- Breve introducción, experiencias publicadas. Observación o cuadro clínico del paciente y finalmente discusión y comentario.

#### Bibliografía

- No más de 15 citas

#### Artículos de Actualización

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

#### Artículos Especiales

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

#### 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

## S. A. P.

### Sistema de Ayuda Profesional

Contacto: [sap@cmsf.org.ar](mailto:sap@cmsf.org.ar)

\*Asesoramiento y defensa Jurídica especializada.

\*Respuesta conforme a la realidad.

\*Seriedad y reserva.

\*Categorización por riesgo.

