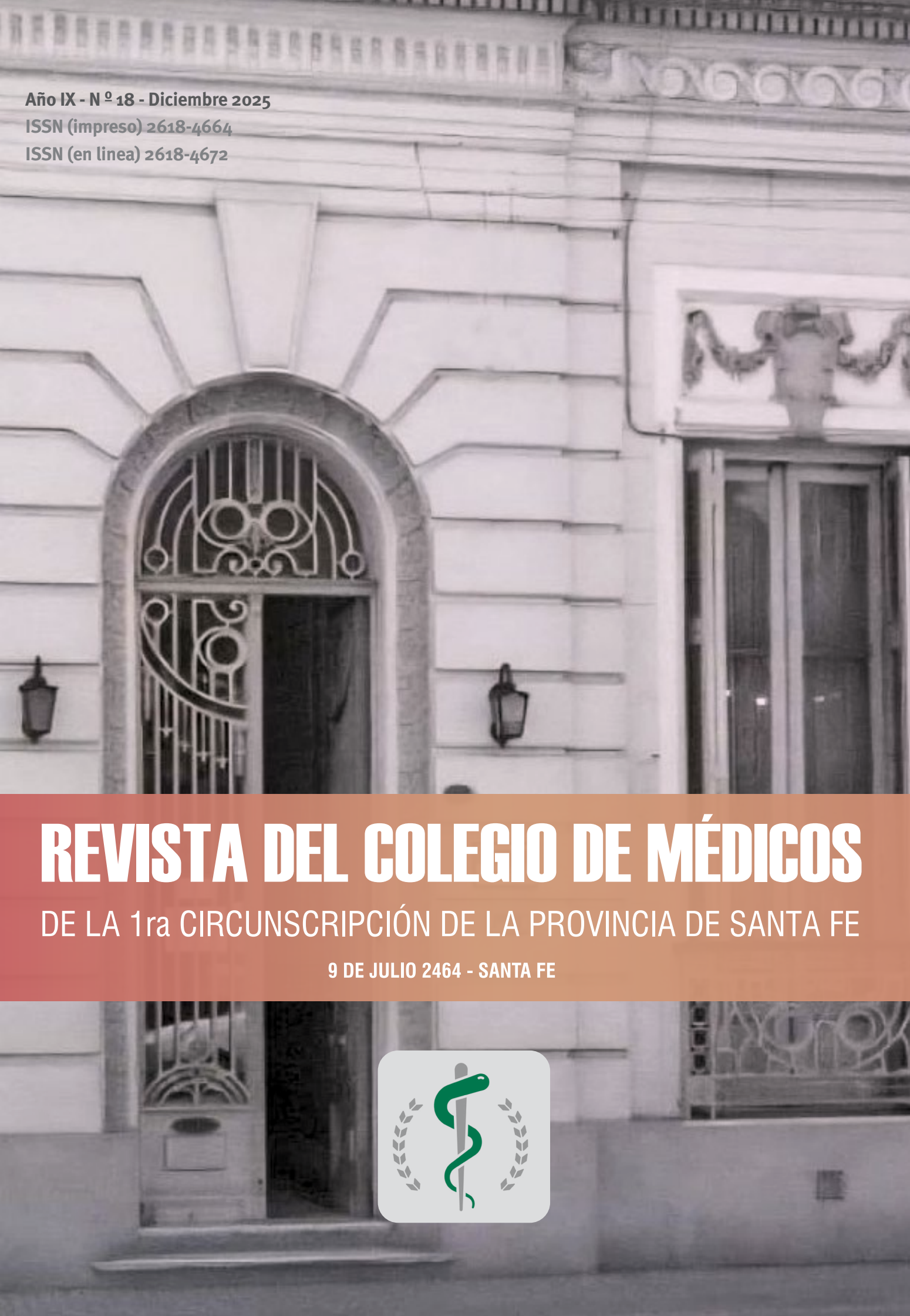
Año IX - N º 18 - Diciembre 2025
ISSN (impreso) 2618-4664
ISSN (en linea) 2618-4672



REVISTA DEL COLEGIO DE MÉDICOS

DE LA 1ra CIRCUNSCRIPCIÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

9 DE JULIO 2464 - SANTA FE

REVISTA DEL COLEGIO DE MÉDICOS
DE LA 1ra. CIRCUNSCRIPCIÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

AÑO IX - Nº 18 - DICIEMBRE 2025

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

Presidente
Dr. Julio Cesar BEDINI

Vicepresidente
Dr. Daniel Raúl RAFEL

Secretario
Dr. Francisco VILLANO

Tesorera
Dra. Nora Ma. Rosa BOCCARDO

Vocal
Dr. Nelcar R. PAIRA

Director
MIGUEL ÁNGEL NICASTRO
manicastrogol@gmail.com

Editores
Dr. GUILLERMO KERZ
Dr. ARTURO SERRANO
Dr. FERNANDO TRAVERSO
Dr. LUIS MOULIN
Dr. JULIO RICO

Secretaria de Publicaciones
Sra. Mariana Montenegro
Tel: 3425289747
revistas@cmsf.org.ar
www.colmedicosantafe1.org.ar

Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe
1ra. Circunscripción
9 de Julio 2464 C.P. S3000FBN
República Argentina
Celular (solo WhatsApp) +5493425289747

Instrucciones para Autores
https://colmedicosantafe1.org.ar/?page_id=1589

Edición Semestral

ISSN (impreso) 2618-4664
ISSN (en línea) 2618-4672

Contenidos

Editorial 2
G. Kerz; M. Nicastro

La nueva era de la comunicación en salud
M. V. Borga 5

Progresión y abordaje del Síndrome Doloroso Regional Complejo
R. Benitez; P. Mortarino & J. Biurrun Manresa 10

Protocolo de manejo obstétrico en los estados hipertensivos del embarazo
L. Novara; B. Ulla; F. Terenzani; L. Rivera 18

Reporte de caso: no toda lesión perianal es causada por virus de papiloma humano
F. Aguilar; J. S. Chichizola; F. Chort; L. Landi; L. Moulin; L. Garzón 25

Conocimiento y percepción sobre el consumo de alcohol durante el embarazo y lactancia
J. Olaguibe & et al 29

Editorial

La Declaración de Heredia y su impacto en la ética editorial de la inteligencia artificial en revistas médicas *

Dr. Guillermo Kerz – Dr. Miguel Nicastro

La irrupción de la inteligencia artificial (IA) en el ámbito científico ha transformado de manera acelerada los procesos de investigación, redacción y publicación académica. En particular, las ciencias médicas han experimentado un impacto notable: desde el análisis de grandes volúmenes de datos clínicos hasta la generación de textos preliminares para artículos científicos, la IA se ha convertido en una herramienta de apoyo que promete eficiencia y precisión. Sin embargo, esta misma capacidad plantea interrogantes éticos y metodológicos que no pueden ser ignorados. En este contexto surge la Declaración de Heredia sobre inteligencia artificial en publicaciones científicas, aprobada en enero de 2024 en Costa Rica, como un esfuerzo colectivo por establecer principios claros que orienten el uso responsable de la IA en la comunicación académica.

La Declaración enfatiza que la IA debe ser entendida como un instrumento complementario, nunca como sustituto de la autoría, la revisión crítica ni la responsabilidad humana. Este principio es especialmente relevante en el campo médico, donde las publicaciones periódicas no solo informan a la comunidad científica, sino que también influyen en la práctica clínica y, en última instancia, en la salud de los pacientes. La necesidad de un marco ético surge de factores como el riesgo de sesgos algorítmicos, la posibilidad de autoría fantasma, la falta de trazabilidad y el peligro de que la IA sea utilizada para fabricar datos o referencias falsas.

La Declaración de Heredia se inscribe en una tradición de documentos éticos que han marcado la historia de la ciencia. Entre ellos, la Declaración de Helsinki (1964), que estableció principios éticos para la investigación médica en seres humanos; la Declaración de Singapur (2010), que promovió la integridad en la investigación científica; y las recomendaciones del Comité

** Este artículo fue redactado con el apoyo de herramientas de inteligencia artificial, incluyendo Claude, bajo supervisión y revisión humana de los autores.*

Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), que definieron criterios de autoría y responsabilidad editorial. Estos antecedentes muestran que la comunidad científica ha respondido históricamente a los desafíos éticos de cada época. La IA representa el desafío contemporáneo, y la Declaración de Heredia es la respuesta adaptada a este nuevo escenario.

Los principios fundamentales de la Declaración —transparencia, trazabilidad, responsabilidad humana, rigor ético, responsabilidad compartida, educación continua, inclusión y equidad, innovación responsable y adaptación editorial— constituyen un mapa ético y práctico para el uso de la IA en publicaciones científicas. Su aplicación en revistas médicas garantiza transparencia, responsabilidad y rigor, fortaleciendo la confianza de la comunidad profesional y de la sociedad en general.

El impacto de la Declaración en las publicaciones médicas periódicas es profundo: fortalece la credibilidad, previene sesgos clínicos, asegura la confianza del lector y posiciona a las revistas como referentes internacionales en ética editorial. Para la revista del Colegio Médico, su adopción representa una oportunidad estratégica de liderazgo y compromiso con la ciencia responsable.

No obstante, su aplicación enfrenta retos futuros: la evolución acelerada de la IA, la necesidad de regulación internacional, la capacitación continua de la comunidad científica, el riesgo de dependencia excesiva, la detección de usos indebidos y la equidad en el acceso a la tecnología. Estos desafíos requieren actualización constante y vigilancia ética.

En conclusión, la Declaración de Heredia representa una oportunidad única para que las revistas médicas fortalezcan su compromiso con la ética, la transparencia y la responsabilidad en la era digital. Su adopción no solo protege la integridad del conocimiento científico, sino que también contribuye a la construcción de una cultura editorial más sólida y confiable. En un mundo donde la inteligencia artificial avanza rápidamente, este documento ofrece un marco de referencia indispensable para garantizar que la innovación tecnológica se utilice como apoyo y nunca como sustituto del juicio humano. La revista del Colegio Médico, al integrar estos principios, se posicionará como líder en ética editorial y como defensora de la ciencia responsable al servicio de la salud y la sociedad.

Referencias

- Asociación Médica Mundial (1964/2024). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en participantes humanos. Helsinki: AMM.

- CAICYT-CONICET (2024). Declaración de Heredia: Principios sobre el uso de inteligencia artificial en la edición científica. Heredia, Costa Rica.

- International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (2024). Recommendations for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals. Recuperado de https://www.icmje.org

- World Conference on Research Integrity (2010). Singapore Statement on Research Integrity. Singapur.

La nueva era de la comunicación en salud: entre algoritmos, redes e influencia

The New Era of Health Communication: Between Algorithms, Networks, and Influence

*María Virginia Borga**
Universidad Católica de Santa Fe. Sanatorio Santa Fe

Resumen

En la actualidad, la comunicación en salud atraviesa una transformación profunda impulsada por dos fuerzas convergentes: la inteligencia artificial (IA) y las redes sociales. Este artículo analiza cómo dichas herramientas modifican los modos de producir, distribuir y consumir información sanitaria, desplazando el discurso institucional hacia narrativas más horizontales, visuales y emocionales. Se discuten las implicancias éticas y culturales de este fenómeno, el rol de los profesionales de la salud como comunicadores y la necesidad de competencias digitales críticas. Asimismo, se reflexiona sobre la "infodemia" y la importancia de contrarrestar la desinformación con estrategias de comunicación empática, estética y basada en evidencia científica. La autora propone un modelo de comunicación sanitaria centrado en la autenticidad, la coherencia profesional y la humanización del mensaje.

Palabras clave: comunicación en salud; redes sociales; inteligencia artificial; alfabetización digital; infodemia.

Abstract

Health communication is undergoing a major transformation driven by two converging forces: artificial intelligence (AI) and social media. This paper examines how these technologies reshape the production, distribution, and perception of health information, moving from institutional discourse to more horizontal, visual, and emotional narratives. Ethical and cultural implications are discussed, emphasizing the evolving role of health professionals as digital communicators and the need for critical literacy skills. The article also explores the challenges of the current "infodemic" and argues for empathetic, evidence-based, and aesthetically appealing communication strategies. The author advocates for a model of health communication grounded in authenticity, professional coherence, and human connection.

Keywords: health communication; social media; artificial intelligence; digital literacy; infodemic.

Cuando la salud también se volvió viral

Durante décadas, la comunicación en salud fue un territorio técnico, rígido, dirigido desde instituciones que hablaban en tercera persona, con solemnidad y sin matices. Se hablaba *de* la salud, pero pocas veces *desde* la salud, desde lo humano, desde la posibilidad real de cambiar, desde la experiencia. Se pretendía educar sin conectar, transmitir sin inspirar. Hoy, esa lógica se desarma completamente, y en salud se exacerba.

En el centro del cambio está la conjunción de dos fuerzas imparables: la inteligencia artificial (IA) y las redes sociales. Juntas han transformado no solo lo que se dice, sino quién lo dice, cómo se dice y a quién llega. Como nutricionista, comunicadora y responsable de la creación de contenidos del Servicio de Endocrinología, Metabolismo y Obesidad del Sanatorio Santa Fe, quiero proponer una mirada crítica, honesta y provocadora sobre esta nueva etapa que nos atraviesa a todos y que a medida que pase el tiempo, mayor impacto va a tener en nuestra vida diaria. Porque hablar de salud ya no es solo un asunto médico: es un acto político, cultural y profundamente humano.

* *lic.borga@gmail.com*

Del folleto al algoritmo

La información en salud solía ser unidireccional y verticalista: una autoridad médica hablaba y el resto escuchaba. El hospital, el ministerio, la universidad. Hoy, el algoritmo decide. Las plataformas priorizan lo que entretiene, lo que emociona, lo que se comparte. Y eso redefine completamente las reglas del juego.

Ya no alcanza con tener razón y conocimiento.

Hay que tener impacto. Hay que ser claro, breve y visual. El "posteo" compite con recetas de cocina, videos de perritos y reels de bailes. En ese escenario, el desafío no es simplificar la salud, sino volverla atractiva sin deformarla. Y ahí entran los nuevos comunicadores del sistema de salud: presentadores, influencers, que saben de salud y llegan de otro modo, que brindan entretenimiento, pero también comparten información valiosa. Un nuevo lenguaje médico-cultural. Esto debemos entenderlo y asumirlo. A los profesionales de la salud nos cuesta hacernos parte de esta nueva realidad, venimos con la idea hegemónica de quien comunica debe hacerlo con seriedad y de manera seria. Tuve la oportunidad de formarme en Alemania, en la Universidad de Heidelberg. Durante el cursado uno de los temas que tuvimos que desarrollar fue: comunicación en salud y las fakes – una problemática que surge y se visibiliza finalmente durante el COVID-19.

La autoridad ya no se impone: se construye

Uno de los cambios más profundos es la descentralización de la autoridad, salir de esa "verticalidad". Ya no se cree automáticamente en alguien por tener un título. El usuario busca cercanía, autenticidad y presencia. Las redes nos obligan a dejar el guardapolvo blanco colgado o a abrirlo y mostrar quiénes somos, como vestimos, cómo vivimos, qué comemos, cual es nuestro color favorito, que hobbies tenemos, en que somos buenos y en que no lo somos.

En mi rol de presentadora en las redes sociales del equipo SEMO del Sanatorio Santa Fe, entendí que la gente necesita también vernos vivir lo que decimos y pregonamos. Les encanta a nuestros seguidores conocer el "lado B" de nuestro equipo, invitamos a conocer al profesional, pero también a la persona y este es un slogan que tenemos en cada presentación. Esa humanización no quita rigurosidad, ni autoridad, ni saberes ni respaldo académico, pero sí exige un nuevo tipo de liderazgo y un estilo comunicativo que sea rápido, entretenido y que deje un mensaje. El liderazgo basado en la coherencia, en la creatividad, en la capacidad de traducir conceptos complejos en mensajes cortos, entendibles, reproducibles y poderosos. No somos menos profesionales por ser más empáticos. Al contrario, nada mejor que alguien diga que vio al Dr. hablando de una situación puntual, o explicando algo que siempre le costó entender o mejor aún, comprender al fin, algo que le sucede en primera persona.

Influenciar sin banalizar: el fino equilibrio

No todo lo que es viral es valioso. La salud no es un *challenge* de TikTok ni una frase de autoayuda. Y, sin embargo, si no jugamos con las herramientas del entorno digital, quedamos fuera del radar. La clave está en habitar ese mundo con conciencia crítica: usar las reglas del juego, pero sin perdernos en él.

No somos *influencers* por vender salud. Influenciamos cuando logramos que alguien quiera cuidarse más, informarse mejor, dejar de tenerle miedo a su cuerpo o a una patología que padece él o ella o un familiar, a tratamientos. Influenciamos cuando la persona empieza a considerar cambios de hábitos en base a la experiencia de otros que lo intentaron, que lo cuentan o mejor aún, que lo muestran. Influenciamos y para bien, cuando logramos que la persona dude de lo que vio en un reels de algún *influencers* sin ningún tipo de formación, de esos generadores de mala información, de aquellos que generan *fakes* en salud.

La idea es competir con la "infodemia" en salud. Y eso no se logra con datos duros. Se logra con emoción, con estética, con historia, creatividad, invitando a la acción de la comunidad seguidora y por último, se logra cuando hablamos de salud como quien habla de algo que importa de verdad.

La IA llegó al consultorio (y a nuestras redes)

La IA ya no es una promesa futurista. Está en los buscadores, en los resúmenes médicos, en los

contenidos que circulan. Muchos pacientes llegan al consultorio sabiendo más que antes, pero también más confundidos. La IA puede amplificar el conocimiento, pero también la desinformación o la mala información.

Como comunicadores en salud, tenemos una tarea doble: comprender cómo se construyen esos discursos automatizados y, al mismo tiempo, humanizar sus efectos. En el equipo SEMO decidimos romper el molde. No más *flyers* aburridos ni charlas con PowerPoint eternos y difíciles, ni grupos de pacientes. Creamos contenido estético, ágil, humano. Usamos el formato *reels*, el vivo, una entrevista fresca, un ping-pong de preguntas y respuestas para conocer el lado "B" del profesional, todo en entornos y ambientes médicos, como el consultorio o pasillos del Sanatorio. Porque la salud también puede (y debe) ser atractiva.

Las enfermedades claramente no son "marketineras", pero los hábitos sí. La alimentación, el descanso, el movimiento y el ejercicio físico, el vínculo con el cuerpo. Todo eso puede mostrarse con una narrativa que inspire y que incluso quienes la pregonan también las viven. No usamos las redes para vender ilusiones o promesas sino para generar deseo real de transformación, con tratamientos bajo evidencia científica, con un discurso académico pero corto y claro, entendible y dinámico. La comunicación en salud ya no es tarea de medios tradicionales. Hoy es un campo híbrido, creativo, lleno de oportunidades (y riesgos). En esa tensión se construye el nuevo relato de lo saludable. Un relato que no se limita a decir qué está bien o mal, sino que acompaña, estimula, refleja un estilo de vida de todos los que crean el contenido en la red, desde médicos, nutricionistas, kinesiólogos, psicólogos hasta pacientes que muestran su antes y después, desafíos que afrontaron o que los llevo a tomar la decisión de un cambio de vida y hábitos.

Como profesional de la salud y comunicadora, elijo asumir esa complejidad y desafío. Uno de los artículos que utilizo como referencia, habla de las redes sociales como determinante de la salud, ya que muchas decisiones de la población se toman en base a ellas. Es por esto, que este primer artículo sobre comunicación en salud, deseo que sea un acercamiento para que los profesionales de la salud adquieran nuevas competencias. Elijamos hablarles a las personas, no a los algoritmos. Elijamos ser técnicos sin perder la estética y el dinamismo, porque creo en una salud que no se impone, sino que se transmite y se reproduce y se acepta. Y porque sé que, en un mundo saturado de pantallas, lo más revolucionario sigue siendo comunicar con verdad y cuando una lo hace con afecto, hasta el algoritmo lo nota.

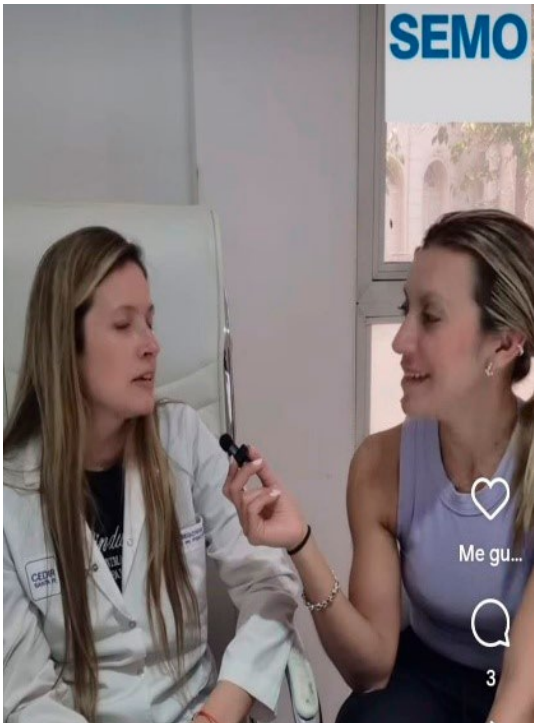
Conclusiones

La comunicación en salud ya no puede concebirse como una transmisión unilateral de conocimiento, sino como un proceso interactivo que integra emoción, estética y evidencia científica. Los profesionales deben asumir un nuevo liderazgo comunicacional basado en la coherencia, la empatía y la capacidad de traducir conceptos complejos en mensajes significativos. En la era de los algoritmos, comunicar con humanidad y verdad se convierte en la forma más poderosa de influir positivamente en la salud de las personas y las comunidades.

Agradecimientos

A mi padre por acompañarme a diario y a mi madre Silvia que está en el cielo.
A la Universidad Católica de Santa Fe, institución que me enseño "el vivir" académico y mantiene la llama viva de la sagrada curiosidad.
Al Sanatorio Santa Fe, especialmente al equipo SEMO, que me permite hacer comunicación en salud y aceptar más desafíos relacionados a ello.
A todos los que nos siguen en redes y son termómetro de nuestro trabajo.

Fotografías de nuestras redes



Referencias bibliográfica

Chiou, H., Voegeli, C., Wilhelm, E., Kolis, J., Brookmeyer, K., & Prybylski, D. (2022). *The future of infodemic surveillance as public health surveillance. Emerging Infectious Diseases, 28(*13), S121–S128. https://doi.org/10.3201/eid2813.220696

Espina, C. R., & Spracklin, E. (2022). *What is information literacy in an infodemic? Nurse Education Today, 111*, 105294. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105294

García-Saisó, S., Marti, M., Brooks, I., Curioso, W. H., González, D., Malek, V., Medina, F. M., Radix, C., Otzoy, D., Zacarías, S., Santos, E. P. dos, & D'Agostino, M. (2021). *Infodemia en tiempos de COVID-19. Revista Panamericana de Salud Pública, 45*, e89. https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.89

Wu, Z., Pi, D., Chen, J., Xie, M., & Cao, J. (2020). *Rumor detection based on propagation graph neural network with attention mechanism. Expert Systems with Applications, 158*, 113595. https://doi.org/10.1016/j.eswa.2020.113595

Amrit Kaur Purba, Anna Pearce, Marion Henderson, Martin McKee, S Vittal Katikireddi, Social media as a determinant of health, *European Journal of Public Health*, Volume 34, Issue 3, June 2024, Pages 425–426, https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae029

Zojaji, Z., & Tork Ladani, B. (2022). *Adaptive cost-sensitive stance classification model for rumor detection in social networks. Social Network Analysis and Mining, 12*(1), 134. https://doi.org/10.1007/s13278-022-00952-2

Progresión y abordaje del Síndrome Doloroso Regional Complejo

Progression and approach to Complex Regional Pain Syndrome

Romina Benitez[*1], *Pablo Mortarino*[1] *& José Biurrun Manresa*[2,3]

1 Instituto de Neurología Cognitiva (INECO), Rosario, Argentina. 2 Centro de Ingeniería en Rehabilitación e Investigaciones Neuromusculares y Sensoriales, Fac. de Ingeniería, UNER, Oro Verde, Argentina

3 Instituto de Investigación y Desarrollo en Bioingeniería y Bioinformática, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - UNER, Oro Verde, Argentina.

Resumen

El síndrome doloroso regional complejo (SDRC) es una patología ampliamente estudiada pero aún no comprendida en su totalidad, pese a llevar 160 años de sus primeras descripciones. Dada la complejidad de sus mecanismos etiológicos, de su presentación clínica y de su evolución, existen baches de información que limitan el abordaje a los pacientes. Si bien se cuenta con diversos e innovadores esquemas terapéuticos, en muchos casos continúan siendo insuficientes. Resulta, por este motivo, imprescindible continuar investigando el síndrome y mejorar, consecuentemente, el manejo de los pacientes. En esa línea, este artículo pretende revisar algunos conceptos que puedan ser útiles para el optimizar el adecuado manejo de pacientes con SDRC, perfeccionando la práctica profesional y desarrollando mejores estrategias terapéuticas.

Palabras clave: Síndrome de dolor regional complejo; dolor neuropático; criterios diagnósticos; rehabilitación; neuromodulación.

Abstract

Health communication is undergoing a major transComplex regional pain syndrome (CRPS) is an uncommon condition characterized by severe and disproportionate pain in relation to the triggering event, accompanied by motor, autonomic, and trophic alterations. Despite more than 160 years since its first description, its etiology and pathophysiology remain unclear. This article reviews the main diagnostic and therapeutic aspects, including current classification criteria (Budapest, Valencia, United Kingdom), clinical manifestations, and pharmacological, rehabilitation, interventional, and neuromodulation treatment options. The need for interdisciplinary management and continuous research is emphasized to optimize patient care.

Keywords: Complex regional pain syndrome; neuropathic pain; diagnostic criteria; rehabilitation; neuromodulation.

Introducción

A 160 años de las primeras descripciones del Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC) se sigue investigando porque aún se desconocen aspectos importanrtes de su etiología y fisiopatología[1]. Tal desconocimiento es el resultado de la suma de diversas razones: una es la reducida población para su estudio, con un número pequeño de sujetos que lo padecen dado la rareza de la patología. Por otro lado, se carece de estudios complementarios (bioquímicos o imagenológicos) que confirmen categóricamente la presencia del síndrome[2]. Además, su variada presentación clínica no siempre se ajusta a los criterios diagnósticos con la presencia de signos, síntomas o duración de los mismos, lo que causa que los pacientes transiten por muchos especialistas hasta alcanzar a su diagnóstico, perdiéndose en el camino datos valiosos para la pesquisa. Otro punto es que las publicaciones científicas sobre esta patología se ven supeditadas al nivel de investigación de los países y sus recursos, y de ahí la disparidad en el reporte de casos entre países de ingreso alto comparados con los de ingreso medio y bajo. Actualmente, existen dos consorcios internacionales vigentes que tienen como objetivo establecer datos básicos del SDRC, a fin de mejorar su diagnóstico y tratamiento: *Core Outcome Measurement Set for Complex Regional Pain Syndrome Clinical Studies*

* *rominambenitez@gmail.com*

(COMPACT) y el *International Research Consortium for CRPS* (ICR), ambos de fácil acceso para quienes deseen reportar casos y aportar para el conocimiento.

Definición, incidencia y etiología

A lo largo de la historia, tanto el nombre, como la, definición, diagnóstico y tratamiento del SDRC han experimentado numerosos cambios. Actualmente se considera al SDRC como una alteración que se caracteriza por dolor espontáneo o inducido, desproporcionado con relación al evento inicial y que se acompaña de una gran variedad de alteraciones autonómicas y motoras, dando lugar a una gran diversidad de presentaciones clínicas[3]. La desproporción de la respuesta dolorosa al estímulo es una característica típica del síndrome y es, también, una gran incógnita ya que no encontramos certezas en las diferentes teorías que intentan explicar que la percepción del síntoma sea de tal magnitud.

Según su origen el SDRC se clasifica en tipo 1 y tipo 2. El tipo 1 se da cuando existe lesión en tejidos sin daño directo a los nervios del miembro afectado (distrofia simpática refleja) y el SDRC tipo 2 cuando hay evidencia de lesión nerviosa (causalgia)[4]. La incidencia reportada del SDRC varía según las investigaciones y publicaciones de los distintos países. Los valores van desde 5.47-26.2 casos por cada 10.000 personas, con una edad promedio de presentación de 45 años y siendo más frecuente en mujeres (en una relación 3:1). El 85 % de los casos son de tipo 1 y solo el 13 % son tipo 2[5].

Se han propuestos muchos mecanismos que intentan explicar el proceso por el cual se genera el SDRC. Entre ellos, se ha descripto la inflamación en tejido del sistema nervioso central y periférico donde se involucran citoquinas, diversos mediadores como sustancia P, células de la glía y queratinocitos[6], dando como resultado una lesión al sistema nervioso por una alteración el sistema inmune con activación sobremedida y patológica de células dendríticas[7] comportándose como un mecanismo autoinmune. Se hipotetiza que a nivel periférico se establecerían conexiones eferentes con fibras simpáticas donde, con niveles altos de norepinefrina, se generarían cortocircuitos con fibras sensitivas produciendo alteraciones autonómicas que producen un espectro muy variado de presentaciones clínicas en los pacientes. Estas incluyen cambios vasomotores que dan, con el paso del tiempo, una franca afectación de tejidos circundantes[8]. Estos cambios vasculares, generados por hiperexitabilidad del sistema nervioso simpático, se traducen en signos objetivables con alteraciones del flujo cutáneo y afectación sudomotora en sus ya conocidas etapas aguda –distrófica– atrófica las cuales, si bien no son patognomónicas del SDRC, suelen ser muy características del mismo, así como la asimetría entre el miembro afectado y el sano, la cual suele ser evidente y fácilmente objetivable.

Por otra parte, existe evidencia sobre los procesos de sensibilización que impulsan la transición de dolor agudo al crónico. En este sentido, la cronificación del síntoma pone en marcha cambios en canales iónicos, amplificación de estímulos, ramificación de vías nociceptivas, entre otros mecanismos conocidos a nivel central.

Características del SDRC

El dolor del SDRC es de tipo neuropático, generalmente continuo y con, dependiendo del caso, diversa intensidad. Suele acompañarse con alodinia y distonías las cuales, pese al paso del tiempo, no suelen autolimitarse sin tratamiento. Si bien pude presentarse en cualquier parte del cuerpo, la más afectada es miembro superior en un 60% y miembro inferior en un 40%. El SDRC se caracteriza por tres fases bien marcadas. En la primera fase predomina el edema, dolor, cambios en la coloración de la piel, alodinia y dificultad para mover la extremidad afectada. En la segunda fase se acentúan los cambios en la sudoración y en el crecimiento del vello y suele comenzar las distonías. Por último, en la tercera fase se objetiva una afectación muscular franca llegando, en algunos casos, a producirse anquilosis articular[3]. Existen casos donde el cuadro pasa de estar circunscripto en una sola área y progresa a otras regiones corporales, produciéndose en el 7% de los casos[9]. Para entender este fenómeno debe tenerse en cuenta que la inervación del sistema nervioso simpático cuenta con su cadena

ganglionar bilateral que abarca desde la base del cráneo hasta sus ramas sacras. Es por esto por lo que la afectación simpática puede propagar el estímulo al lado contralateral al lesionado, en espejo, pero también puede darse en cualquier parte del cuerpo. La influencia del simpático en la sustancia gris periacueductal, encargada de la termorregulación, sería la responsable de los cambios de temperatura en todas las áreas involucradas[10]. Dicha progresión tiene una evolución impredecible y suele ser de mal pronóstico.

La presentación clínica más usual del SDRC se caracteriza por la presencia de alodinia, sudoración alterada, cambios de color y brillo en la piel (cianosis, palidez, eritematosa), falta de arrugas (atrofia), temperatura, atrofia o engrosamiento subcutáneo, movimientos involuntarios (temblor, distonías, espasmos), debilidad o rigidez muscular y articular, osteoporosis y edemas. No tan frecuentemente se observan cefaleas, mareos, urgencia miccional, y alteración en la erección.

El componente psicológico no suele ser menor, ya que es bien conocido el impacto del dolor crónico en los pacientes como las alternancias entre cuadros de depresión y de ansiedad y el SDRC no es la excepción. Las secuelas pueden ser físicas, pero también psicológicas, quedando un escenario de difícil abordaje. Según algunas publicaciones algunos pacientes pueden presentar cambios neuropsicológicos sin demostrar lesiones cerebrales. Dichos cambios se asemejan a la negligencia espacial cerebral dada por una distorsión de la representación corporal con los denominados *neglect-like symptoms11*. El esquema corporal se altera en la percepción del esquema corporal en el tamaño, forma y límites de la extremidad afectada (*neglect-like* cognoscitivo). Esta alteración de la percepción se asocia a una mayor intensidad en la percepción del dolor, así como una consecuente pérdida de control motor, debilidad, temblor, espasmos, bradikinesia e hiperreflexia (*neglect-like* motor).

Criterios de Orlando (1993)

1. Presencia de un evento inicial nocivo (lesión nerviosa desencadenante) o una causa de inmovilización.
2. Dolor continuo, alodinia o hiperalgesia en los que el dolor es desproporcionado en relación con cualquier evento conocido.
3. Prueba de algún momento de edema, cambios en el flujo en la piel o actividad sudomotora anormal en la región del dolor (puede ser signo o síntoma).
4. Este diagnóstico se excluye por la existencia de otras condiciones que de otra manera puedan explicar el grado de dolor y disfunción.

Criterios de Budapest (2007)

1. Dolor continuo, desproporcionado para el evento causante.
2. Debe cumplir al menos 1 síntoma, en 3 de las 4

Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
• Signos de hiperalesia • Síntomas de hiperestesia • Signos alonídicos	• Signos de asimetría de temperatura • Signos de cambio de color • Síntomas de cambios de color	• Signos de edema • Signos de asimetría en la sudoración • Síntomas de edema	• Signos de disminución del rango de movimiento • Síntomas de disminución del rango del movimiento • Síntomas de disfunción motora • Síntomas tróficos • Signos tróficos

Harden et al. PAIN 1999

Diagnósticos diferenciales:

Síndromes con inflamación	Osteomielitis, Tromboflebitis, Celulitis, Vasculitis, Artritis, Seronegativas, Bursitis, Epicondilistis
Entidades con afectación vascular	Síndrome de Reyanud, Linfedema, trombosis, acrocianosis, eritromelalgia
Síndromes dolorosos	Neuropatía periférica, atrapamiento nervioso, síndrome miofascial, neuralgia postherpética enfermedad de la motoneurona, fibromialgia, dolor por desaferentación, dolor por sobreuso
Procesos psiquiátricos	Desordenes somatomorfos, Síndrome de Munchausen
Otros	Trastorno de tejido conectivo, tumor espinal, síndrome paraneoplasico, erisipela

Tabla 1: Diagnósticos diferenciales relacionados con el SDRC.

categorías siguientes:

a. Sensorial: hiperalgesia y/o alodinia.

b. Vasomotor: asimetría de la temperatura y/o cambios en el color de la piel y/o asimetría en el color de la piel.

c. Sudomotor: edema y/o sudoración cambios y/o sudoración asimétrica.

d. Motor: disminución de la amplitud de movimiento y/o disminución motora (debilidad, temblor, distonía) y/o cambios tróficos (pelo, uñas, piel).

3. Debe cumplir al menos 1 signo, en 2 de las 3 categorías siguientes:

a. Sensorial: hiperalgesia y/o alodinia.

b. Vasomotor: asimetría de la temperatura y/o cambios en el color de la piel y/o asimetría en el color de la piel.

c. Sudomotor: edema y/o sudoración cambios y/o sudoración asimétrica.

d. Motor: disminución de la amplitud de movimiento y/o disminución motora (debilidad, temblor, distonía) y/o cambios tróficos (pelo, uñas, piel).

4. No hay otro diagnóstico que explique mejor los signos y síntomas.

Criterios de Valencia (2012)

Validan los Criterios de Budapest, aclarando que el tipo de dolor regional puede ser continuo, espontáneo o evocado, desproporcionado sin un territorio dermatomérico con predominio distal con cambios vaso-sudo-motores anormales; y agrega que el síndrome puede tener una progresión variable[12], definiendo el "SDRC con remisión de algunas características" donde se enmarcan pacientes que actualmente no muestran suficientes signos o síntomas para cumplir con los criterios diagnósticos. Dada su evolución en la enfermedad, pueden mejorar algunos parámetros. Esto se debe a que, como en cualquier enfermedad, los pacientes no quedan estancos, sino que van cursando cambios en base al comportamiento del SDRC y a la respuesta a los tratamientos. Es por esto por lo que se van documentado casos como los "parcialmente recuperados" o *"sequelae"* [13] quienes no presentan todos los criterios diagnósticos en todo momento. Otro aspecto importante es que la intensidad de

los síntomas también es variable, y en la práctica clínica se encuentran cuadros leves, moderados y severamente discapacitantes.

Criterios del Reino Unido (2018)

Como última Innovación, las directrices del Colegio Real de Médicos del Reino Unido define el CRPS-NOS *(Not Otherwise Specified)* como un tipo de SDRC para los pacientes que no cumplen plenamente con los criterios pero cuyos signos y síntomas no pudieron explicarse mejor por otro diagnóstico. Para los pacientes que cumplieron los criterios de Budapest en el pasado, pero ya no lo hacen, también se puede utilizar el término CRPS-NOS, es decir, síndromes dolorosos que se comportan como Regionales Complejos sin tener los criterios diagnósticos completos o que no duran en el tiempo habiéndose excluido de otras patologías[14].

Actualmente, para el diagnóstico del SDRC se tiene en cuenta su presentación clínica y el cumplimiento de los criterios de Budapest – Valencia sin requerir pruebas diagnósticas, más que para excluir los diagnósticos diferenciales que se listan en la Tabla 1.

Tratamiento

Al igual que ocurre con el diagnóstico, los tratamientos para SDRC también han ido sufriendo modificaciones con el paso del tiempo. Desde el consenso de Malibú en 1987 pasando por Minneapolis en 2001, donde se establecieron pautas para el tratamiento para el SDRC, hasta la actualidad donde encontramos diversas y numerosas guías que pretenden colaborar en mejorar la elección terapéutica. Si bien algunas se encuentran validadas y ciertamente suelen ser de gran utilidad, no debe olvidarse que tanto la presentación de la clínica de los pacientes así como la intensidad de sus síntomas no siempre se amoldan a la estructura de un algoritmo. Es por este motivo que resulta un desafío poder determinar el inicio de esquemas, su rotación y duración, así como la adhesión de prácticas intervencionistas, el momento adecuado y su ventana de oportunidad. Muchos pacientes no manifiestan una sintomatología "de libro" y en estos hay factores que se ponen en marcha como: muchos casos exhiben una clínica multifacética, por otro lado el disímil grado de recursos con los que cuentan las personas para sobrellevarlo marca la diferencia, sin olvidar la percepción desproporcionada del dolor como aspecto subjetivo de cada paciente y por último, y no menos importante, el grado de entrenamiento del profesional para poder entender esto y no minimizarlo. Es por todo esto que resulta difícil establecer una secuencia óptima en el uso de las herramientas terapéuticas para el abordaje de SDRC. Por tal motivo es menester revisar los esquemas terapéuticos validados por expertos, y ajustarlos a las necesidades del paciente según la disponibilidad de recursos que tenemos en el medio donde estemos.

Tratamiento de rehabilitación. La fisiokinesioterapia ha demostrado múltiples beneficios. Su ausencia genera inmovilidad y es un factor descripto para la perpetuación del SDRC[12] pero cabe aclarar que sin una analgesia eficiente es muy difícil y puede generar kinesiofobia. No podemos olvidar que en muchos casos encontramos un "procesamiento central alterado" el cual potencia el desafío a los fisioterapeutas y terapistas ocupacionales quienes suelen apoyarse en la Terapia de Espejos y *Biofeedback* como herramientas terapéuticas.

La terapia hiperbárica ha demostrado un beneficio sobre el dolor y el edema. Existen publicaciones que ponen en consideración acupuntura y quiropraxia[12] pero la selección de pacientes y el estadio del síndrome para estas terapias son clave.

Tratamiento farmacológico

Dado que el SDRC presenta dolor de tipo neuropático, los beneficios de medicamentos con evidencia para su tratamiento como antidepresivos tricíclicos, gabapentina, pregabalina, carbamazepina, opioides , parches de lidocaína y capsaicina tópica son superiores a los de otro tipo de dolores (como por ejemplo el nociceptivo)[12]. Adicionalmente, al estar presentes mecanismos del tipo inmunológico con la sopa neurógena (sopa inflamatoria neuronal), pueden ser de utilidad los corticoides para modular ese tipo de cascada. Suelen utilizarse en alta dosis al inicio del síndrome, pero su uso sigue siendo discutido

si se analizan beneficios vs efectos adversos. Respecto a los inmunosupresores que se emplean en patologías autoinmunes, no han mostrado utilidad en el SDRC aún, pero se siguen investigando. En esta línea también se encuentran los bifosfonatos[12].

Existen publicaciones sobre el uso de calcitonina para modular el metabolismo óseo, clonidina como agonista alfa adrenérgico, el DMS que elimina radicales libres y vitamina C (como prevención) pero todas son controvertidas por encontrarse data a favor pero también algunos resultados que las refutan.

Las líneas terapéuticas con evidencia positiva son: baclofeno para la distonía, toxina botulínica, lidocaína de uso tópica y ketamina e.v.

Intervencionismo

Respecto al intervencionismo se piensa en usarlo cuando los fármacos no dan el alivio esperado. Los bloqueos simpáticos han sido de gran relevancia en la historia del SDRC, ya que mediante ellos se determinaba si el cuadro se comportaba como "simpáticamente mantenido" o "independiente". Existen resultados controvertidos que son producto en las diferencias de las técnicas utilizadas en el procedimiento, como así también las drogas infundidas como lidocaína con o sin toxina botulínica (la cual haría más duradero el efecto). Lo mismo sucede con la infusión epidural con clonidina vs. bupivacaína con o sin opioides[12].

Las técnicas de ablación simpática como la simpatectomía quirúrgica o mediante alcoholización o radiofrecuencia han pedido su prestigio dado el elevado porcentaje de complicaciones como el aumento del dolor. Por otra parte, los bloqueos anestésicos regionales intravenosos cuentan con algunas opiniones opuestas en cuanto a sus beneficios que resultan de las diferentes drogas utilizadas (algunas no se encuentran disponibles en algunos países) y sus intervalos de aplicación. Por último, la infusión endovenosa con lidocaína pueden ser de utilidad, ya que suelen producir una bajada en la percepción dolorosa. La incógnita suele estar en la duración del control del síntoma[15].

Como cualquier tratamiento en medicina, debe predominar el principio de No Dañar. Las cirugías innecesarias por errores diagnósticos (como la del túnel carpiano o amputaciones) empeoran el cuadro de forma significativa y aumentan la chance de spread (referencia 8bis). Los cambios neuroendocrinos, inflamatorios y simpáticos producto de las intervenciones quirúrgicas en un contexto de SDRC no son irrelevantes en absoluto. La simpatectomía puede generar alivio al inicio del cuadro, pero la recaída posterior es esperada, por lo que se debería limitar su indicación a pacientes con pronóstico de vida reducido[10].

Neuromodulación para pacientes refractarios

Ante la refractariedad de los tratamientos farmacológicos o intervencionistas, los esquemas de estimulación eléctrica de la médula o Ganglio de la Raíz Dorsal (GARD) son las mejores alternativas, y cuentan con evidencia robusta sobre sus beneficios para este grupo de pacientes[16]. Si bien es muy difícil predecir la evolución del SDRC al inicio del cuadro cuando el dolor se circunscribe a solo un área, una alternativas el uso de la tecnología de estimulación del GARD[17]. Este tipo de estimulación cuenta con las ventajas de usar menos voltaje en comparación con estimulación espinal y que en caso de fallar esta instancia terapéutica queda la posibilidad de usar estimulación medular (siendo una posibilidad más que se puede ofrecer como tratamiento). Para casos con afectación de áreas diseminadas de mucha amplitud se logra una mejor cobertura con estimulación medular. La diversidad de resultados que pueden encontrar en las publicaciones actualmente se debe a la técnica quirúrgica elegida (electrodos percutáneos colocados por punción vs paletas implantadas con laminectomía) target de estimulación (espinal vs GARD) paradigma de estimulación (Burst, DTM, Fast) voltaje, ancho de pulso y frecuencia elegidas en cada caso, pero en general la mejoría de los pacientes implados es notable y objetivable.

La infusión intratecal se ha concentrado en baclofeno para casos de distonías rebeldes más que para la infusión de analgésicos, pero una vez demostrada la refractariedad de respuesta terapéutica en pacientes con gran afectación de la calidad de vida, la morfina intratecal, puede ser

una valiosa alternativa. Existen casos reportados con buenos resultados[18], con el uso de esta terapia, la cual es previsible ya que se puede realizar una prueba preoperatoria y evaluar la respuesta antes de plantear su implante.

Consideraciones para el abordaje

Cuando iniciamos el abordaje de un paciente con SDRC sabemos dónde empieza pero no donde termina. Esta incertidumbre es angustiante para el paciente y también para los profesionales de la salud. minimizan lo relatado por los pacientes responsabilizando a la esfera psicológica en un su totalidad y desatendiendo sus necesidades.

Una cuestión importante para destacar es que los pacientes que se ven francamente limitados por la severidad de los síntomas requieren de mayores esfuerzos terapéuticos basados en programas interdisciplinarios de manejo del dolor, de rehabilitación y de apoyo psicológico[13] de inicio temprano. Para realizar una práctica profesional que resulte útil debemos tener presente, al momento de atender un paciente con SDRC, su posible origen, los mecanismos que participan, los diagnósticos diferenciales, los estudios complementarios que despejen dudas y en base a su presentación, trazar una línea terapéutica de donde se desprenden herramientas mencionadas arriba para lograr un tratamiento integral. Es importante tener en cuenta que los esfuerzos terapéuticos deben estar a la altura de la magnitud de los síntomas.

Conclusiones

El SDRC es una entidad, que no se conoce al 100%, por tal motivo se sigue produciendo conocimiento, investigaciones en distintos campos y revisiones de expertos. Contamos con varias hipótesis sobre su génesis, múltiples criterios para llegar a su diagnóstico ya que, no existe aún un estudio confirmatorio, y diversidad de tratamientos posibles que dependen de la gravedad y duración de los síntomas. El acceso a la información y estudio continuo sobre este síndrome es la clave para su correcto abordaje.

Referencias bibliográfica

1. Canlas, B., Drake, T. & Gabriel, E. A Severe Case of Complex Regional Pain Syndrome I (Reflex Sympathetic Dystrophy) Managed with Spinal Cord Stimulation. *Pain Pract*. 10, 78-83 (2010).

2. Kumar, K., Rizvi, S. & Bnurs, S. B. Spinal Cord Stimulation Is Effective in Management of Complex Regional Pain Syndrome I: Fact or Fiction. *Neurosurgery* 69, 566-580 (2011).

3. Martín, F. J. & Ares, J. D. A. SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO: CLAVES DIAGNÓSTICAS PARA EL MÉDICO NO ESPECIALISTA. *Rev. Médica Clínica Las Condes* 30, 446-458 (2019).

4. González, C. C. *et al*. Síndrome Doloroso Regional Complejo.

5. Calb, et al. Síndrome doloroso regional complejo: revisión. Revista de la Sociedad Española Multidisplinar del Dolor. nº 4- 2024.

6. Goebel, A. *et al*. The Valencia consensus-based adaptation of the IASP complex regional pain syndrome diagnostic criteria. *Pain* 162, 2346-2348 (2021).

7. Goebel, A. *et al*. Standards for the diagnosis and management of complex regional pain syndrome: Results of a European Pain Federation task force. *Eur. J. Pain* 23, 641-651 (2019).

8. Wen, B., Pan, Y., Cheng, J., Xu, L. & Xu, J. The Role of Neuroinflammation in Complex Regional Pain Syndrome: A Comprehensive Review. *J. Pain Res*. Volume 16, 3061-3073 (2023).

9. Complex-regional-pain-syndrome-in-adults-second-edition 0.

10. Hooshmand, et al. Spread of Complex Regional Pain Syndrome. Neurological Associates Pain Management Center Vero Beach, Florida.

11. Halicka, M., Vittersø, A. D., Proulx, M. J. & Bultitude, J. H. Neuropsychological Changes in Complex Regional Pain Syndrome (CRPS). *Behav. Neurol*. 2020, 1-30 (2020).

12. Harden, R. N. *et al*. Complex Regional Pain Syndrome: Practical Diagnostic and Treatment Guidelines, 5th Edition. *Pain Med*. 23, S1-S53 (2022).

13. Goebel, A. *et al*. Standards for the diagnosis and management of complex regional pain syndrome: Results of a European Pain Federation task force. Eur. J. Pain 23, 641-651 (2019).

14. Henderson, J. Updated guidelines on complex regional pain syndrome in adults. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg*. 72, 1-3 (2019).

15. Bovaira Forner, M. T. et al. Actualizaciones en el abordaje terapéutico en el Síndrome de Dolor Regional Complejo. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 29 (2022).

16. Deer, T. R. *et al*. Comité de Consenso sobre la Adecuación de la Neuroestimulación (NACC): Recomendaciones para la Técnica Quirúrgica para la Estimulación de la Médula Espinal: Publicado originalmente en la Revista Neuromodulation 2022; 25: 1–34. Traducción: Dr. Sergio Sacchettoni. *NeuroTarget* 17, 8-44 (2023).

17. Deer, T. R. *et al*. The Neuromodulation Appropriateness Consensus Committee on Best Practices for Dorsal Root Ganglion Stimulation. *Neuromodulation Technol. Neural Interface* 22, 1-35 (2019).

18. Hagedorn, J. M. & Atallah, G. Intrathecal management of complex regional pain syndrome: A case report and literature. *Scand. J. Pain* 14, 110-112 (2017)

Protocolo de manejo obstétrico en los estados hipertensivos del embarazo

Obstetric management protocol in hypertensive states of pregnancy

Lucía Novara, Bernardo Ulla, Florencia Terenzani, Ludmila Rivera

Ateneo interdisciplinario Hospital J. B. Iturraspe - Hospital Cullen

Introducción

Los trastornos hipertensivos (THE) complican a nivel mundial alrededor del 10% de los embarazos. Sus formas severas (preeclampsia y eclampsia, síndrome HELLP) afectan alrededor del 4,4% de todas las gestaciones y constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Son la primera causa de ingreso a unidad de terapia intensiva en el embarazo y puerperio. En el año 2023, en Argentina, fueron la primera causa de muerte definida como materna, representando el 19% del total.

Además son responsables del 15 % de los partos prematuros y constituyen un importante factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares a futuro.

Hipertensión arterial (HTA): Se define como una tensión arterial (TA) mayor o igual 140/90 mmHg, en dos tomas separadas por 4 horas o en el transcurso de 1 semana. Dos tomas de TAS > o = a 160 mmHg o TAD > o = a 110 mmHg separadas 15 minutos también se consideran diagnósticas.

HTA Gestacional: HTA diagnosticada después de las 20 semanas de gestación en una paciente, previamente normotensa, con resolución antes de las 12 semanas posteriores a la finalización del embarazo.

HTA preexistente (Crónica): HTA que es conocida antes de la gestación o que se diagnostica antes de la semana 20 y/o si persiste luego de las 12 semanas posteriores a la finalización del embarazo.

Preeclampsia (PE): Enfermedad multisistémica caracterizada por hipertensión luego de las 20 semanas de gestación asociada a proteinuria y/o daño en órgano blanco (placenta, riñón, hígado, cerebro, y otros órganos).
Se subdivide en:

- Sin criterios de gravedad: Proteinuria positiva, sin criterios clínicos o de laboratorios asociados.
- Con criterios de gravedad: Independientemente de la proteinuria, se caracteriza por la presencia de alguno de los siguientes criterios:

Signos o síntomas de lesión de órgano blanco

- Hipertensión severa refractaria a 3 fármacos a dosis intermedias o 2 fármacos a dosis máxima.
- Disfunción uteroplacentaria (Restricción del crecimiento fetal - alteración de cualquier parámetro de doppler fetal).
- Alteración de la función renal (Oliguria: 500 ml en 24 horas o < 90 ml/ 3h o insuficiencia renal (Creatinina sérica > 1,2 mg/dL o urea > 40 mg/dL).
- Plaquetopenia < 100.000
- LDH superior a dos veces su valor normal
- GOT y GPT valores dos veces superiores al valor normal
- Pródromos de eclampsia persistentes: cefalea intensa, alteraciones visuales o estupor - epigastralgia, dolor en hipocondrio derecho, náuseas o vómitos.
- Síntomas/signos de edema agudo de pulmón

Definimos proteinuria a la presencia de proteínas en la orina, en ausencia de una infección urinaria, mediante alguna de las siguientes formas:

- Proteinuria al azar positiva, o
- Proteínas en orina de 24 horas >300 mg (0.3 g).

Preeclampsia sobreimpuesta a la HTA crónica: Paciente con HTA crónica con empeoramiento brusco de la HTA o aparición/empeoramiento de la proteinuria o aparición de signos y/o síntomas de afectación de órgano diana no atribuibles a otro diagnóstico.

Síndrome de HELLP: Variante grave de la PE que se diagnostica cuando aparece:
• Hemólisis (LDH x 2 veces el límite superior de la normalidad).
• Aumento de enzimas hepáticas (GOT o GPT 2 veces el límite superior de la normalidad).
• Plaquetopenia (<100.000)

Eclampsia: Presencia de convulsiones en una paciente gestante o puérpera, no atribuibles a otra causa.

Ratio sFIT1/PlGF: EN CASO DE DISPONIBILIDAD INSTITUCIONAL: Se recomienda solicitar dosaje de marcadores de PE después de las 20 semanas de gestación y ante la sospecha de preeclampsia.

• Tirosina quinasa soluble sFlt-1: Factor antiangiogénico.
• Factor de crecimiento placentario PIGF: Factor angiogénico.

La relación entre ambos marcadores cuando el resultado es < 38, permite descartar con valor predictivo negativo alto el riesgo de padecer preeclampsia en los 7 días siguiente a realizado dicho estudio.

Manejo, control y tratamiento de los estados hipertensivos en el embarazo

Hipertensión inducida por el embarazo:

Manejo: Ambulatorio (considerar excepciones como falta de acceso a sistema de salud, bajo nivel educativo, falta de red de apoyo).
Control de tensión arterial: Indicar Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) 2 - 3 veces/semana.
Laboratorio: Solicitar cada 15 días (Hemograma - Coagulación - Función renal y hepática - LDH)
Proteinuria: Solicitar proteinuria al azar (según disponibilidad) cada 15 días. En caso de resultado positivo, requiere confirmación con proteinuria de 24 horas.
Salud fetal:
Ecografía + Doppler: Realizar a partir de las 28 semanas, cada 2-4 semanas
Monitoreo fetal: A partir de las 36 semanas.
Cifras tensionales: Mantener la TAS entre 130-145 y la TAD entre 80-95.

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO
Se inicia tratamiento con monoterapia de primera línea.
1° elección: Labetalol
2° elección: Amlodipina
3° elección: Alfametildopa

Finalización:
• 37-39 Semanas
• Parto / Cesárea (según condición obstétrica asociada)

Postparto:
• Evaluar continuidad de tratamiento antihipertensivo.
• Suspender alfametildopa posparto (utilizarlo máximo por 48 horas) debido al mayor riesgo de depresión post parto asociada a este fármaco.
• Al alta: Indicar MAPA y derivación en un mes con cardiología.

Hipertensión arterial crónica

Manejo: Ambulatorio. Visitas cada 2-4 semanas si no existe comorbilidad (diabetes o enfermedad de órgano diana) que dicte otra frecuencia.
Control de la tensión arterial: 2-3 veces/semana.
Laboratorio: Trimestral si presenta buen manejo de la tensión arterial.
Proteinuria 24 horas: Solicitar en primer trimestre y/o al diagnóstico. En caso de proteinuria al azar positiva, se requiere confirmar con proteinuria de 24 horas.

Abordaje multidisciplinario:
• Solicitar ecocardiograma materno.

• Solicitar fondo de ojo en caso de coexistencia con diabetes pregestacional.
AAS: Indicar a partir de la semana 12, hasta la semana 36. (Límite de inicio 16 semanas).
Dosis: 100 mg/día.

Salud fetal
Doppler:
• Crecimiento fetal + ecografía Doppler: Solicitar a las 28, 32 y 36 semanas.
Monitoreo fetal: Desde la semana 34 semanas.
Medidas higiénico dietéticas:
• Control de peso
• Actividad física aeróbica
• Alimentación: normo-sódica, normo-calórica.

Cifras tensionales objetivo: El objetivo es mantener la TAS entre 130-145 y la TAD entre 80-95.

Medicación hipotensora
En la primera visita se ha de hacer especial incidencia en cambiar el tratamiento hipotensor contraindicado en la gestación (IECAs, Atenolol, Clorotiazidas y ARA II).
Se inicia tratamiento con monoterapia de primera línea.
1° elección: Labetalol
2° elección: Amlodipina
3° elección: Alfametildopa

Finalización: Si buen manejo de cifras tensionales considerar 37 - 39 semanas.

Vía de finalización: Parto/cesárea según condición médica obstetricia subyacente.

Preeclampsia sin criterios de gravedad
Manejo: Hospitalización según condición clínico materno-fetal y accesibilidad a servicios de salud.
Control de la tensión arterial: 2-3 veces/día. Laboratorio: Cada 15 días o ante cambios clínicos.
Control obstétrico: 2 veces por semana desde el diagnóstico.
Salud fetal:
• Biometría + Doppler fetal: Al momento del diagnóstico luego cada 2 semanas, salvo modificación clínica/obstétrica.
• Monitoreo fetal: A partir de las 34 semanas. Cifras tensionales:
• Sin comorbilidad el objetivo es mantener las TAS entre 130-155 y la TAD entre 80-105.
• Si existe comorbilidad el objetivo es mantener las TAS entre 130-145 y las TAD entre 80-95.

Tratamiento hipotensor: Se inicia tratamiento con monoterapia de primera línea.
1° elección: Labetalol
2° elección: Amlodipina
3° elección: Alfa metil-dopa

Finalización: 37 semanas. Vía de finalización según condición obstétrica.

Preeclampsia con criterios de gravedad
Manejo: Hospitalización.
Control de cifras tensionales: Cada 5 minutos hasta la estabilización del cuadro. Posteriormente control habitual.
Maduración pulmonar fetal: Entre las 24-34.6 semanas de gestación.
Laboratorio: Al ingreso, y repetir diariamente. Una vez estabilizado el cuadro repetir 2-3 veces por semana.
Proteinuria: Sólo se realizará en el momento del diagnóstico; no es necesario realización de proteinuria de manera seriada.
Salud fetal:
Al ingreso: NST/Doppler según edad gestacional.
Doppler: 1-2 veces por semana. Según criterio clínico/obstétrico.

Estudios complementarios
Evaluación cardiovascular: si sospecha daño de órgano blanco.
Fondo de ojo: si manifestación persistente de compromiso oftalmológico Ecografía hepática: ante diagnóstico de síndrome de Hellp, clínica de hematoma subcapsular, rotura hepática, hemoperitoneo o dolor epigástrico y/o descompensación hemodinámica.
Tratamiento
Objetivo: TAS 140-155 mmHg / TAD 90-105 mmHg

1° elección: Labetalol
2° elección: Amlodipina
3° elección: Alfametildopa

Prevención farmacológica de convulsiones:
Sulfato de magnesio
Dosis:
• Carga: 5 gramos en 250 ml de dextrosa a pasar en 20 minutos.
• Mantenimiento: 10 gramos en 500 ml de dextrosa a pasar a 14 gotas minutos durante 24 horas.
Controles durante su administración (cada 2-3 horas):
• Valoración del reflejo rotuliano
• Frecuencia respiratoria
• Diuresis horaria (diuresis por brocal o sonda vesical).
• No se realizará magnesemia de manera rutinaria.
Indicado cuando haya sospecha clínica de intoxicación (obnubilación, bradipnea o abolición de los reflejos rotulianos, oliguria, insuficiencia renal).

Objetivo: niveles plasmáticos de Mg entre 3.5 – 7 mEq/L (4.2 – 8.4 mg/dL). Tratamiento de intoxicación: Gluconato cálcico, bolo de 1 g EV a pasar en 3-4 min.

Finalización de la gestación

• < 24 semanas: gestación de mal pronóstico, valorar la finalización por indicación materna.
• 24–33.6 semanas: tratamiento conservador con control materno-fetal intensivo.
• ≥ 34 semanas: finalización de la gestación previa maduración pulmonar con corticoides según corresponda la edad gestacional.

Criterios de finalización inmediata (independientes de la edad gestacional):
• Tensión arterial severa refractaria (a pesar de la combinación de 3 fármacos hipotensores a dosis intermedias o 2 fármacos a dosis máximas).
• Pródromos de eclampsia persistentes, que no ceden con la instauración del tratamiento profiláctico de las convulsiones.
• Signos de pérdida de bienestar fetal.
• Afectación orgánica materna progresiva: deterioro de la función renal u oligoanuria persistente, deterioro de la función hepática, plaquetopenia progresiva y/o ascitis progresiva que no responde al tratamiento.
• Aparición de complicaciones maternas graves: hemorragia cerebral, edema pulmonar que no responde al tratamiento, rotura hepática, desprendimiento de placenta normoinserta.

Eclampsia
Manejo:
• Evitar traumatismo materno, proteger la lengua.
• Vía aérea permeable (tubo de Mayo). Iniciar administración de oxígeno con mascarilla.
• Control de convulsión: vía periférica, tratamiento EV con sulfato de magnesio dosis de carga, y posteriormente mantenimiento. Se debe mantener por 24 horas, desde el último episodio.
En casos infrecuentes refractarios al tratamiento, se podría utilizar: Lorazepam 0.05 a 0.2 mg/kg intravenoso si la convulsión persiste o Fenobarbital, con una dosis inicial de 1 gramo IV, infundido con bomba a razón de 16,7 mg/min; en total 1 hora de infusión.
Ante falta de respuesta a los tratamientos IV, reiterando episodios convulsivos, se deberá completar evaluación neurológica mediante RMN o TAC cerebral y solicitar interconsulta con neurología.
• Tratamiento de la hipertensión con fármacos EV (Anexo 2).
• Laboratorio completo, gasometría y coagulograma.
• Finalización del embarazo independientemente de la edad gestacional.
• Pase a unidad de terapia intensiva.

Síndrome de Hellp
Manejo específico: La interrupción de la gestación es el único tratamiento con efectividad reconocida. No existe ningún motivo que justifique prolongar el embarazo más allá de la semana 34, en gestantes con síndrome HELLP.

Ante la presencia de un cuadro clínico materno estable, se indicará la realización de la inducción de la maduración pulmonar fetal en caso de corresponder por edad gestacional, y la posterior finalización del embarazo. Durante este periodo se debe realizar control clínico materno fetal y de laboratorio estricto cada 6 horas con seguimiento de los niveles de plaquetas y transaminasas.

La vía de finalización del embarazo dependerá de las condiciones clínicas maternas y del bienestar fetal.

Utilizar corticoides en altas dosis: Dexametasona 10 mg IV cada 12 horas durante 48 horas o hasta mejoría del Recuento Plaquetario.

Realizar transfusión de Plaquetas: con Recuento Plaquetario < 50.000/dl, con rápida caída y/o coagulopatía y sangrado.

Realizar transfusión de glóbulos rojos y hemoderivados: Ante hemólisis o hemorragia, caída del Hematocrito Cirugía exploratoria: Ante sospecha clínica y/o diagnóstico ecográfico de rotura espontánea de hematoma subcapsular: shock, hemoperitoneo, la laparotomía de urgencia, con asistencia de Cirujano General y sostén hemodinámico y transfusional intensivo.

La recuperación se realizará en Unidad de Cuidados Intensivos, para control exhaustivo materno durante las primeras 24-48 horas según evolución del cuadro clínico.

En caso de cesárea es recomendado dejar drenajes subaponeurótico y subcutáneo.

Anexo 1: Fármacos vía oral para el manejo de la hipertensión arterial

	Dosis baja	Dosis media	Dosis alta	Dosis máxima
Labetalol VO	100 mg/6-8 horas	200 mg/6-8 horas	300 mg/6-8 horas	1200 mg/día
Si no se alcanza objetivo terapéutico con dosis intermedias asociar un 2do fármaco hipotensor				
Amlodipina VO				
Si no se alcanza objetivo terapéutico con dosis intermedias asociar un 3er fármaco hipotensor				
Alfametildopa VO	250 mg/12-24 horas	500 mg/12 horas	750 mg/8-12 horas	2250 mg/día
Si no se alcanza objetivo terapéutico con 3 fármacos a dosis intermedias: Según edad gestacional y contexto clínico finalización de la gestación.				

Anexo 2: Fármacos vía endovenosa para el manejo de la hipertensión arterial

LABETALOL	HIDRALAZINA
20 mg No se alcanza objetivo tensional tras 20 minutos	5 mg No se alcanza objetivo tensional tras 20 minutos
40 mg No se alcanza objetivo tensional tras 20 minutos	5 mg No se alcanza objetivo tensional tras 20 minutos

Colaboradores

1. Schemberger Tatiana
2. Barroso Rodrigo
3. Sencar Shirly
4. Ceballos Marcela
5. Kerz Guillermo
6. Farias Laila
7. Viale Yanina
8. Lunghi Juan
9. Romero Yamila
10. Campagnolo Jorge
11. Giobando Pilar
12. Cangiano Mercedes
13. Gutiérrez Camila
14. Pauloni Valentina
15. Chiesa Florencia
16. Buri Yael
17. Carballo Sol
18. Campagnolo Rocío
19. Baliani Narela
20. Barlatey Javier
21. Dreiszigaker Johana
22. Morcillo Virginia
23. Vega Florencia
24. Longo Milagros
25. Prósperi Ariana
26. Ramírez Macarena
27. Pessoni Santiago
28. Delassoie Antonela
29. Arcando Natalia
30. Acosta Abril
31. Kaiser Camila
32. Schinner Milagros
33. Tulian Alida
34. Luciani Eloísa

Referencias bibliográfica

1. ACOG Task Force on Hypertension in Pregnancy: American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in Pregnancy. 2013, [http://www.acog.org/~/media/Task%20Force%20and%20Work%20Group%20Report s/HypertensioninPregnancy.pdf] (Accessed 11 December 2013).

2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Gestational Hypertension and Preeclampsia. Practice Bulletin No. 222. Obstet Gynecol. 2020 Jun;135(6): e237-e260.

3. International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). Guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy: ACOG and ISSHP recommendations. 2018.

4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE Guideline NG133. 2019.

5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. 2011. 6NICE clinical guideline 107: Last modified: January 2011. Hypertension in Pregnancy. [http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13098/50418/50418.pdf] (Accessed 25 November 2013). Verlohren S, Galindo A, Schlembach D, Zeisler H, Herraiz I, Moertl MG, Pape J, Dudenhausen JW, Denk B, Stepan H: An automated method for the determination of the sFlt-1/PlGF ratio in the assessment of preeclampsia. Am J Obstet Gynecol. 2010, 202: 161.e1-161.e11.

6. The FIGO Textbook of Pregnancy Hypertension An evidence-based guide to monitoring, prevention and management. Laura A. Magee MD, FRCPC, FACP, Peter von Dadelszen MBChB, DPhil, FRANZCOG, William Stones MD, FRCOG and Matthews Mathai MD, PhD, FRCOG-Published by The Global Library of Women's Medicine 9 Provost Court London NW3 4SR Copyright © 2016 The Foundation for the Global Library of Women's Medicine ISBN: 978-0-9927545-5-6.

7. Hipertensión y gestación - Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

8. Consenso Hipertensión y embarazo 2017 – FASGO.

9. Hipertensión y embarazo. Ministerio salud de la Nación. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000241cnt-g11.hipertension-embarazo.pdf.

10. ACOG PRACTICE BULLETIN. Clinical Management Guidelines for Obstetrician- Gynecologists Number 202.

11. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for the Management of Hypertension in Pregnancy Sonia Butalia, BSc, MD, MSc,a,b,c Francois Audibert, MD, MSc,d, Anne-Marie Côte, MD, MHSc,e Tabassum Firoz, MD, MSc,f Alexander G. Logan, MD,g Laura A. Magee, MD, MSc,h,i William Mundle, MD,j Evelyne Rey, MD, MSc,k Doreen M. Rabi, MD, MSc,a,b,c Stella S. Daskalopoulou, MD, PhD,l and Kara A. Nerenberg, MD, MSc;b,c,m for Hypertension Canadá.

12. Protocolo Hipertensión y gestación Servicio de Medicina Maternofetal, Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia i Neonatología, Hospital Clínico de Barcelona. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Sant Joan de Déu. 2017.

Reporte de caso: no toda lesión perianal es causada por virus de papiloma humano

Case Report: Not All Perianal Lesions Are Caused by Human Papillomavirus (HPV)

F. Aguilar, J.S. Chichizola, F. Chort, L. Landi, L. Moulin; L. Garzón

Hospital Jose Maria Cullen

Resumen

Las lesiones cutáneas perianales suelen ser poco frecuentes con difícil diagnóstico, confundiéndose con patologías benignas. La afectación tumoral más frecuente es el carcinoma escamoso y el adenocarcinoma. Es importante definir la estirpe celular, márgenes y grado de infiltración, para poder dirigir el tratamiento.

Palabras clave: sarcoma; cirugía colorrectal; perianal; sarcoma pleomórfico indiferenciado.

Breve introducción, experiencias publicadas

Las lesiones cutáneas localizadas a 5 cm del orificio anal suelen ser poco frecuentes con un difícil diagnóstico, confundiéndose a veces con patología perianal, en su mayoría lesiones benignas, casi todas requieren tratamientos combinados y resecciones locales amplias.

Los tumores del margen anal frecuentes son, carcinoma escamoso (80%), adenocarcinomas (15%), melanoma (4%) condiloma gigante (carcinoma verrugoso), el carcinoma basocelular y la enfermedad de Paget o una variante poco frecuente tumor de Buschke-Lowensteien[1].

Los límites anatómicos, el subtipo histológico y el grado de infiltración van a dirigir los distintos tipos de tratamientos a seguir, ya que van a ser distintos entre sí. La región anal representa una zona de transición embriológica, lo que explica la variedad de estirpes celulares que pueden originar neoplasias en este sitio. El estudio diagnóstico debe incluir estadificación por resonancia magnética (RM) y tomografía computada (TC) con contraste, esenciales para la planificación quirúrgica y oncológica.

* *facundo536.fa@gmail.com*

Observación y cuadro clínico del paciente

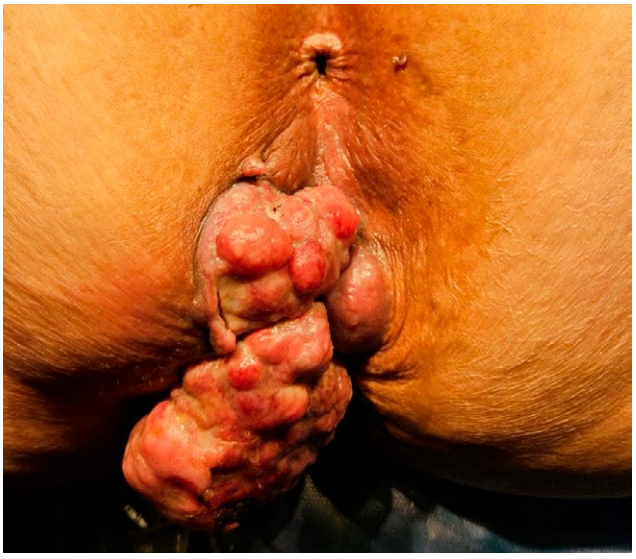
Paciente femenina de 61 años de edad, con antecedentes quirúrgicos de histerectomía por virus de papiloma humano (HPV) en 1998 tratado con radioterapia neoadyuvante.

Consulta hace 2 años en otro nosocomio por lesión perianal pequeña sin progresión de tamaño, donde se realiza resección local. La paciente desconoce la anatomía patológica de dicha lesión.

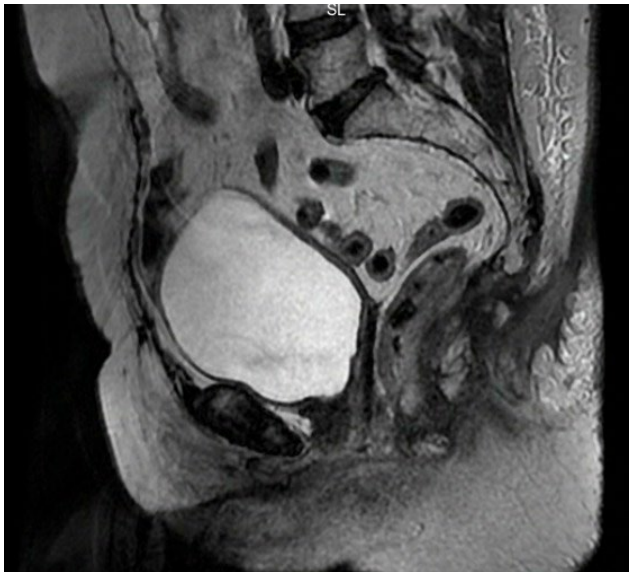
Ingresa a nuestro servicio por recidiva de formación perianal, de crecimiento progresivo asociado a ardor y prurito. Al examen físico presenta lesión perianal de 10 x 8 cm de aspecto exofítico (Figura 1). Añade proctorragia escasa de pocos meses de evolución.

El examen proctológico no tuvo particularidades.

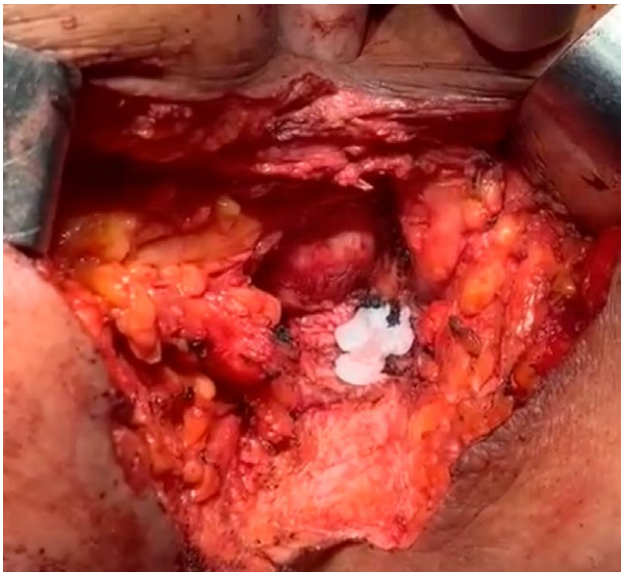
Se realizó biopsia incisional ambulatoria, informada como mucosa pavimentosa, con estigma viral, de difícil tipificación, la cual se sugiere exéresis de la misma.



(Figura 1)



(Figura 2)



(Figura 3) Al tacto rectal se visualiza abombamiento de cara posterior de recto.

Se realizó RMN de pelvis para caracterizar lesión donde se describe formación expansiva polilobulada, heterogénea que asienta en el plano dérmico del pliegue interglúteo, con un nódulo asociado más profunda en contacto con coxis y músculo isquiático, sin ingresar al interior de la cavidad pelviana ni compromiso del tejido graso mesorrectal, esfínter anal y recto (Figura 2).

Por método tomográfico no se evidencia enfermedad a distancia.

Se programa gesto quirúrgico, ingresando a quirófano con sospecha de una lesión por HPV y debiendo realizar una resección con márgenes, incluyendo cóccix por características intraoperatorias y llegando hasta pared posterior de recto como puede verse en la Figura 3.

Es externada al segundo día postoperatorio por buena evolución clínico quirúrgica, a la espera de resultados anatomopatológicos. Posteriormente ésta informa resección marginal de lesión ulcerada, neoplásica de alto grado, con 18 a 20 mitosis por campo de gran aumento, que por inmunohistoquímica se define como sarcoma de alto grado de diferenciación fibrohistiocitaria, únicamente positiva para CD68 (Sarcoma pleomórfico indiferenciado).

La paciente no realiza seguimiento y concurre nuevamente al séptimo mes. Debido a esto se decide realizar un ateneo multidisciplinario.

Se concluye reestadificación por TC e inicia quimioterapia.

En la TC se evidenció progresión de la enfermedad, con adenopatías retroperitoneales, inguinales y secundarismo pulmonar. Se estadifico el caso en grado IV (T2BN1M1) según *American Joint Committee on Cancer* [4].

Actualmente la paciente se encuentra con cicatrización completa de la herida (Figura 4), sin cambios en el performance status, con controles nutricionales adecuados, en tratamiento con esquema quimioterápico (doxorrubicina, ifosfamida, cada 21 días por 3 días, durante 3 meses).

Discusión y Comentario

El Sarcoma Pleomórfico Indiferenciado (SPI) previamente conocido como sarcoma fibrohistiocitario, es una neoplasia mesenquimal de alto grado poco frecuente, con una prevalencia entre los sarcomas de partes blandas del 10%, representando el 1 % de todos los tumores malignos. Mayormente afecta a

(Figura 4)

extremidades inferiores (60%), muslo (30%), cabeza y cuello, retroperitoneo y tronco (10%).

La presentación en el margen perianal es extraordinariamente infrecuente, no encontrando así otros casos similares en la literatura[2,4,9].

El pronóstico del SPI está determinado por distintos factores como el tamaño, profundidad, localización anatómica y grado histológico. En general se asocia con alta tendencia de recidiva local, invasión linfática y metástasis pulmonar. La supervivencia global a 5 años es de aproximadamente 50%, inferior a liposarcomas bien diferenciados o mixoides, y similar a la de leiomiosarcoma o sarcoma sinovial[3].

En nuestro caso, a diferencia de otros sarcomas, el subtipo histológico, la localización perianal, presencia de resección marginal, tamaño > 5 cm y edad avanzada, se asocian a peor pronóstico, con disminución de supervivencia global. Además se agrega particularmente como factor negativo que la paciente no acudió a controles sugeridos, no logrando así el seguimiento estricto sin llegar a un diagnóstico temprano de secundarismo o incluso iniciar el tratamiento oncológico temprano[4].

Otro factor es la difícil caracterización anatomopatológica del estirpe, que influye en un retraso en el diagnóstico con un tiempo considerable entre las dos muestras iniciales coincidiendo con la bibliografía, presentándose confusiones con patologías potencialmente benignas, requiriendo el uso de inmunohistoquímica y diagnósticos por exclusión[4].

Por este motivo, es importante realizar la exéresis completa de la lesión con márgenes libres, ya que con tratamiento quirúrgico y oncológico, conforman el pilar terapéutico, con impacto significativo en la supervivencia.

Se destaca además la importancia del seguimiento estricto mediante controles clínicos e imagenológicos, en búsqueda de avance de la enfermedad, para optimizar resultados terapéuticos.

Agradecimientos:

Al personal del Hospital José María Cullen, entre ellos, Servicio de Cirugía General, personal de enfermería, personal de nutrición, kinesiólogos, Anatomía patológica y Oncólogos.

Referencias bibliográfica

1. Augustine, A., Issac, R., Lakhani, A., Kanamathareddy, H. V., John, R., Simon, B., Masih, D., Eapen, A., & Chandramohan, A. (2024). Anal and Perianal Masses: The Common, the Uncommon, and the Rare. The Indian journal of radiology & imaging, 34(4), 688–701. https://doi.org/10.1055/s-0044-1781459

2. El-Sayed, O. R., Ghorab, A. H., & Gaballa, M. E. (2024). Surgical management of breast cancer in elderly patients: A systematic review. *Journal of Surgical Research, 297,* 1-10. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11419757/

3. Makris, E. A., Tran, T. B., Delitto, D. J., Lee, B., Ethun, C. G., Grignol, V., Harrison Howard, J., Bedi, M., Clark Gamblin, T., Tseng, J., Roggin, K. K., Chouliaras, K., Votanopoulos, K., Cullinan, D., Fields, R. C., Cardona, K., Poultsides, G., & Kirane, A. (2024). Natural history of undifferentiated pleomorphic sarcoma: Experience from the US Sarcoma Collaborative. *Annals of Surgical Oncology.* https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38562002/

4. Menon, G., & Solis-Ledesma, G. (2025). Undifferentiated Pleomorphic Sarcoma. En StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570612/

5. Sano, S., Hori, S., Sugiyama, H., Akita, M., Kikkawa, M., Tamaki, K., & Takayama, A. (2021). Risk factors and prognostic indicators for surgical site infection in spinal fusion surgery. *BMC Surgery, 21*(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12893-021-01073-x

6. Schwartz, J. C., & Kaley, T. J. (2011). Radiation and chemotherapy for spinal cord gliomas. *CNS Oncology*, *1*(1), 13-22. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3140334/

7. Sorensen, M. P., Aasberg, A. M., Stensvold, D., & Kjellevold, K. T. (2013). Endoscopic ultrasonography in the evaluation of anal cancer. *Gastrointestinal Endoscopy, 77*(6), 882-886. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23712252/

8. Tack, P., De Baere, T., Zaimi, S., & Biffi, P. A. (2016). Image-guided thermal ablation for bone metastases. *Radiographics, 36*(4), 1014-1029. https://doi.org/10.1148/rg.2016150209

9. Wang, Z., Liu, J., Han, J., Yang, Z., & Wang, Q. (2022). Analysis of prognostic factors of undifferentiated pleomorphic sarcoma and construction and validation of a prediction nomogram based on SEER database. European Journal of Medical Research, 27(1), 179. https://doi.org/10.1186/s40001-022-00810-z

Conocimiento y percepción sobre el consumo de alcohol durante el embarazo y lactancia: desafíos actuales en salud pública argentina

Knowledge and Perception of Alcohol Consumption During Pregnancy and Breastfeeding: Current Challenges in Argentine Public Health

J. Olaguibe, M. L. Demartini, V. García Manzuoli, L. Ibarzabal, A. Machado, S. Molina, B. Roselli, F. Torres, M. Zalazar, T. Anglada Valbusa, M. Aranda, B. Calgaro, M. Carelli, M. Coronel, M. Diaz, A. Elizalde, A. Felci, A. Haller, C. Julia, M. Romagnoli, F. Senn, N. Tononi, Y. Vélez, y G. Kerz.*

Universidad Católica de Santa Fe. Licenciatura en Obstetricia

Resumen

El consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia sigue siendo una preocupación significativa de salud pública en Argentina. A pesar del conocimiento generalizado sobre los efectos adversos del alcohol, persiste una brecha entre la conciencia teórica y la percepción del riesgo real. Este estudio, basado en una encuesta aplicada a 504 adultos en Argentina, analizó el nivel de conocimiento, percepción y opinión respecto a los riesgos del alcohol en estas etapas críticas. Los resultados revelaron que, aunque el **85% de los encuestados reconoce los efectos negativos del alcohol durante el embarazo**, un **26% considera que su consumo moderado durante la lactancia es seguro**. Se identificaron asociaciones significativas entre la percepción de riesgo y variables demográficas como la edad, la experiencia parental y el nivel de conocimiento. Estos hallazgos subrayan la necesidad urgente de intervenciones educativas focalizadas, especialmente dirigidas a jóvenes adultos y personas sin experiencia parental, para reducir la aceptación de consumos percibidos como moderados y seguros en contextos sensibles.

Palabras clave: alcohol; embarazo; lactancia; percepción; salud pública.

Abstract

Alcohol consumption during pregnancy and breastfeeding remains a significant public health concern in Argentina. Despite widespread knowledge about the adverse effects of alcohol, there is still a gap between theoretical awareness and perception of actual risk. This study, based on a survey of 504 adults in Argentina, analyzed the level of knowledge, perception, and opinion regarding the risks of alcohol during these critical stages. The results revealed that, although 85% of respondents recognize the negative effects of alcohol during pregnancy, 26% consider moderate consumption during breastfeeding to be safe. Significant associations were identified between risk perception and demographic variables such as age, parental experience, and level of knowledge. These findings underscore the urgent need for targeted educational interventions, especially aimed at young adults and people without parental experience, to reduce the acceptance of consumption perceived as moderate and safe in sensitive contexts.

Keywords: alcohol; pregnancy; breastfeeding; perception; public health.

Introducción

El consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia constituye una problemática persistente en salud pública, con graves implicaciones clínicas, sociales y educativas. A pesar de los avances en la difusión de información sobre los riesgos asociados, diversos estudios continúan evidenciando una brecha entre el conocimiento teórico y las prácticas reales de la población (argentina.gob.ar, 2024; CDC, 2024a).

* *jose.olaguibe@ucsf.edu.ar*

Durante el embarazo, el alcohol actúa como un **teratógeno**, afectando el desarrollo embrionario y fetal. Las consecuencias pueden manifestarse como los **Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF)**, que incluyen desde alteraciones cognitivas leves hasta discapacidades severas e irreversibles. Estas condiciones comprometen la calidad de vida del niño y generan una carga significativa para los sistemas de salud y educación (Mayo Clinic, 2024).

En el período de lactancia, a pesar de que la evidencia científica es clara respecto a la transmisión del alcohol a través de la leche materna, persisten creencias culturales que minimizan sus efectos. El consumo de alcohol en esta etapa puede interferir con el desarrollo del sistema nervioso del infante, afectar sus patrones de sueño y alimentación, y tener efectos adversos en el desarrollo emocional y cognitivo. La creencia errónea de que un consumo mínimo o moderado puede ser seguro contribuye a la persistencia de este problema (Puebla Manzanos, 2021).

Este estudio se propuso analizar el nivel de conocimiento y percepción sobre el consumo de alcohol en embarazo y lactancia en una muestra de adultos argentinos, con el objetivo de identificar factores asociados y aportar evidencia para el diseño de estrategias educativas más eficaces y contextualizadas.

Método

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y transversal, basado en una encuesta cerrada, anónima e individual. La recolección de datos se llevó a cabo entre septiembre y octubre del año 2024. La muestra final estuvo compuesta por **504 adultos mayores de 18 años** en Argentina. La encuesta fue elaborada y aplicada por estudiantes de primer y segundo año de la Licenciatura en Obstetricia de la Universidad Católica de Santa Fe.

El procesamiento estadístico se efectuó utilizando el software SPSS. Se aplicaron pruebas de chi2y la prueba exacta de Fisher para determinar las asociaciones significativas entre variables. Las variables sociodemográficas analizadas incluyeron sexo, edad y experiencia parental (tener hijos). Las variables de conocimiento y percepción evaluaron, entre otros aspectos, el conocimiento sobre TEAF, la cantidad segura de alcohol en embarazo, y la percepción de seguridad del consumo en lactancia.

Resultados

Perfil sociodemográfico y conocimiento general

La muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (87%). Los rangos etarios más representados fueron 18–25 años (34%) y mayores de 45 años (34%). El 56% de los participantes reportó tener hijos.

Respecto al conocimiento general, el **85% de la muestra afirmó conocer los efectos del consumo de alcohol durante el embarazo.** En cuanto a la lactancia, el 71% manifestó conocimiento sobre sus efectos.

Percepción sobre consumo moderado en lactancia

El hallazgo principal reveló que existe una persistente aceptación del consumo moderado de alcohol durante la lactancia. Específicamente, **el 26% de la población encuestada sostiene que consumir cantidades moderadas de alcohol no representa un riesgo durante la lactancia.** Por el contrario, el 74% lo consideró inseguro.

Asociaciones significativas

Se realizaron pruebas estadísticas de asociación entre las variables sociodemográficas y el nivel de conocimiento con la percepción de seguridad del consumo de alcohol en lactancia.

Tabla 1
Asociaciones entre variables y percepción de seguridad del alcohol en lactancia

Variable	Asociación significativa	Valor p
Sexo	No	0.296
Hijos	Sí	**0.019**
Rango de Edad	Sí	**0.007**
Conocimiento de patologías asociadas al consumo	Sí	**0.003**
Conocimiento de efectos del consumo de alcohol en lactancia	Sí	**0.001**
Percepción de riesgos durante el embarazo	Sí	**0.029**

Nota. Adaptado de las tablas de resultados del estudio.

Los resultados indican que el **hecho de tener hijos** se asocia significativamente con una mayor conciencia sobre los riesgos del alcohol en lactancia (p=0.019). También se encontró una asociación significativa con el rango de edad (p=0.007), indicando una **menor sensibilidad** o **percepción del riesgo** asociado al consumo de alcohol durante la lactancia en el rango de **jóvenes de 26 a 35 años**.

Además, el conocimiento sobre patologías asociadas al consumo de alcohol (como TEAF) se asoció significativamente con una percepción más crítica de seguridad en lactancia (p=0.003). Asimismo, el conocimiento de los efectos del alcohol en el embarazo se correlacionó con la percepción sobre su seguridad en la lactancia (p=0.001). Los datos mostraron que el **95% de quienes consideran inseguro el consumo de alcohol en lactancia tienen conocimiento sobre sus efectos**, en contraste con solo el 71% de quienes creen que beber moderadamente es seguro.

Discusión

Los hallazgos revelan una "paradoja frecuente en salud pública": la coexistencia de un alto conocimiento general con una persistente aceptación del consumo moderado, especialmente durante la lactancia. El hecho de que el 26% de la muestra aún perciba como seguro el consumo moderado durante la lactancia sugiere que el conocimiento teórico por sí solo es insuficiente para generar un cambio conductual efectivo.

La asociación significativa encontrada entre la percepción de riesgo y variables como la edad y la experiencia parental indica que las estrategias de prevención deben ser **segmentadas** y **adaptadas**. Los adultos jóvenes de 26 a 35 años y quienes no tienen hijos representan un grupo objetivo fundamental para futuras intervenciones, ya que presentan una menor sensibilidad o percepción de riesgo.

El bajo porcentaje de percepción de riesgo se refuerza al observar que el conocimiento específico sobre patologías graves (TEAF) se correlaciona con una percepción más crítica del consumo. Esto refuerza la necesidad de que las campañas educativas incluyan **contenidos detallados y clínicamente relevantes**, explicando el *cómo*, *por qué* y *en qué medida* el alcohol es perjudicial para el lactante, utilizando evidencia científica accesible.

Desde una perspectiva de salud pública, estos resultados respaldan la importancia de diseñar intervenciones que no solo informen, sino que también promuevan el cambio de comportamiento, considerando el contexto sociocultural de la población. Es fundamental fortalecer la formación de los profesionales de la salud en atención primaria y espacios comunitarios para promover prácticas saludables y reducir la aceptación de consumos percibidos como "seguros".

Conclusión

A pesar del alto nivel de conocimiento de la población encuestada sobre los efectos del alcohol en el embarazo y la lactancia, más de un cuarto de la muestra sostiene que el consumo moderado de alcohol durante la lactancia no representa un problema.

Es esencial que las políticas públicas refuercen la educación en salud perinatal, focalizando las intervenciones en adultos **jóvenes (26–35 años)** y **personas sin experiencia parental**, quienes muestran una menor percepción de los riesgos. El desafío es transformar el conocimiento teórico en una percepción de riesgo real y constante, lo cual requiere estrategias que aborden tanto el conocimiento como las barreras culturales y conductuales subyacentes (Olaguibe et al., 2024).

Referencias bibliográfica

Argentina.gob.ar. (2024). *Salud presenta guías de práctica clínica sobre tabaquismo y consumo excesivo de alcohol*. https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-presenta-guias-de-practica-clinica-sobre-tabaquismo-y-consumo-excesivo-de-alcohol

Centers for Disease Control and Prevention. (2024a). *About alcohol use during pregnancy*. https://www.cdc.gov/alcohol-pregnancy/about/index.html

Centers for Disease Control and Prevention. (2024b). *Data and statistics on alcohol and pregnancy*. https://www.cdc.gov/alcohol-pregnancy/data-research/facts-stats/index.html

Mayo Clinic. (2024). *Fetal alcohol syndrome - Symptoms and causes*. https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/fetal-alcohol-syndrome/symptoms-causes/syc-20352901

Olaguibe, J. I., Zalazar, M. I., Demartini, M. L., Rosselli Jalil, B., Colombo Hourneaux de Moura, A., Beli, J., García Manzuoli, V., Gonzalvez, P., Ibarzabal, L., López Arango, M., Machado, A., Molina, S., Pérez, N., Torres, F., & Kerz, G. (2024). *Conocimiento y percepción sobre el consumo de alcohol durante el embarazo y lactancia. Desafíos de salud pública*. Universidad Católica de Santa Fe.

Puebla Manzanos, M. del M. (2021). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. OMS. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action_plan_first_draft_es.pdf?sfvrsn=59817c21_5

CONTACTOS:
Celulares y direcciones de mail:

Sede Anexo I - 9 de Julio 2482
Oficinas:

Matriculación
WhatsApp: 342 6 310387
matriculacion@cmsf.org.ar

Contaduría
WhatsApp: 342 5 289749
contaduria@cmsf.org.ar

Asesoría Jurídica
juridica@cmsf.org.ar

Faltas a la Ética
WhatsApp: 342 5 982264
etica@cmsf.org.ar

Oficios
WhatsApp: 342 5 982264
oficios@cmsf.org.ar

Sistema de Ayuda Profesional
WhatsApp: 342 5 289749
sap@cmsf.org.ar

Habilitaciones
WhatsApp: 342 5 289748
fiscalizacion@cmsf.org.ar

Sector de Informática
WhatsApp: 342 6 310388
informatica@cmsf.org.ar

Sede Anexo II - Tucumán 2757
Oficina:

Secretaría de Mesa Directiva:
mesadirectiva@cmsf.org.ar

Sede Anexo III - Avda. Freyre 2448
Oficinas:

Comisión de Especialidades
y Evaluación de Servicios
WhatsApp: 342 4 463666
especialidades@cmsf.org.ar

Comité de Educación Médica de Postgrado
WhatsApp: 342 5 289747
cemp@cmsf.org.ar

Comité de Recertificaciones
WhatsApp: 342 5 289747
recertificacion@cmsf.org.ar

Consultas Generales
WhatsApp: 342 4 723666
infomed@cmsf.org.ar

Sector de Informática
WhatsApp: 342 6 310388
informatica@cmsf.org.ar

Comité de Publicaciones. (Revista)
WhatsApp: 342 5289747
revistas@cmsf.org.ar

Biblioteca
biblioteca@cmsf.org.ar

COLEGIO
DE MÉDICOS
Santa Fe
1era Circunscripción

CEMP