

RESUMENES

Clínicas para la Salud Pública

Los Modelos de Atención en Debate

Stapaj, Maria Inés
Clínicas para la salud pública / Maria Inés Stapaj ; Flavia
Leguizamo ; Comentarios de Adela Armando [et al.] ;
Compilación de Flavia Leguizamo ; Director Julio Miljevic ;
Editado por Lucia Figueroa. - 1a ed compendiada. - Rosario :
Maria Inés Stapaj, 2025.
Libro digital, DOC

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-631-00-6731-5

I. Salud Pública. I. Adela Armando, com. II. Leguizamo,
Flavia, comp. III. Miljevic, Julio, dir. IV. Figueroa, Lucia, ed.
V. Título. CDD 613

Idea y realización:

Surge a partir de las II Jornadas de Clínicas para la Salud Pública, organizado por la Escuela de Graduados (Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario) en Octubre del 2024. Rosario, Santa Fe.

Diseño gráfico:

DG. Julieta Soraya Sandoval. Secretaría de Prensa y Difusión de la Facultad de Ciencias Médicas UNR.

Correo de contacto: jornadasdeclinicaysaludpublica@gmail.com

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna, ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o fotocopias, sin la citación y permiso previo correspondientes, del/los editor/es.

Sumario

• PRÓLOGO	4
• A PROPÓSITO DE UN CASO	6
• CLÍNICA AMPLIADA	11
• DENGUE Y SALUD PUBLICA	20
• ENFOQUES NEUROLÓGICOS DESDE LA CLÍNICA	25
• GESTIÓN PARA LA SALUD PÚBLICA	30
• PROBLEMÁTICAS CLÍNICAS	34
• PROBLEMÁTICAS CLÍNICAS DE LA ADULTEZ MAYOR	48
• PROBLEMÁTICAS CLÍNICAS: HEMORRAGIA DIGESTIVA	51
• PROBLEMÁTICAS HEMATOLÓGICAS DESDE UNA MIRADA CLÍNICA	55
• PROBLEMÁTICAS INFECTOLÓGICAS DESDE UNA MIRADA CLÍNICA	59
• PROBLEMÁTICAS NEFROLÓGICAS DESDE UNA MIRADA CLÍNICA	73
• PROBLEMÁTICAS REUMATOLÓGICAS DESDE UNA MIRADA CLÍNICA	76
• SALUD CON PERSPECTIVA DE GENERO.	82
• SALUD MENTAL E INTERDISCIPLINA.	85
• SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y NO REPRODUCTIVA.	88

Prólogo

Este libro es el resultado de la convocatoria a participar en “Las II Jornadas de Clínicas para la Salud Pública” desarrolladas en la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) el 25 de Octubre del 2024.

La misma contó con la participación de estudiantes de grado, posgrado, graduados e integrantes de equipos de salud de diferentes efectores de la Provincia de Santa Fe, la mayoría de ellos, vinculados de manera directa en la formación del recurso en salud de la FCM.

Desde sus inicios la comisión organizadora se propuso como desafío propiciar un espacio que pueda recuperar, discutir y revalorizar el hacer, el sentir y el pensar “la clínica”.

Se presentaron 84 experiencias vinculadas a la Clínica Médica, Pediatría y Medicina General, cuyos ejes temáticos fueron: problemas prevalentes de la clínica, interdisciplina, y tecnologías en salud. Se recibieron trabajos de investigación, casos clínicos y relatos de experiencias. Su modalidad de presentación oral permitió compartir y propiciar la participación de docentes e integrantes de los equipos de salud en el análisis del abordaje de las problemáticas y fomentó la participación en actividades de investigación cualitativa y cuantitativa.

Poder discernir, preguntar y discutir el sentido del trabajo en salud es en sí mismo un ejercicio democrático y subjetivante, una tarea imprescindible que toda Institución referente en la producción de conocimientos debe poner en valor y promover .

Poner en el centro las necesidades de salud de los sujetos es clave para poder construir un modelo de cuidado integral, basado en el derecho a la salud. Hablar de integralidad implica pasar del paradigma de la enfermedad al del cuidado de la vida e incluye la desnaturalización de los determinantes socioculturales o sus influencias sobre las prácticas.

Esta mirada, es en sí misma, una posición ética y política, dado que lo que está en juego es, nada más y nada menos que la defensa de la vida.

En este contexto, la FCM de la UNR, asume la responsabilidad de formular propuestas educativas participativas que procuran elaborar una visión integradora de los problemas de salud con alto nivel académico y autonomía en la producción de conocimientos, estimulando el desarrollo de la investigación científica aplicada a los problemas actuales de salud y de los servicios que lo asisten, constituidos en el escenario central del proceso de enseñanza aprendizaje.

Universidad Nacional de Rosario Facultad de Ciencias Médicas

Decano

Jorge Molina

Vicedecano

Damian Lerman Tenenbaum

**Escuela de Graduados
Director**

Pablo Arias

Comisión Organizadora

Armando Adela
De Candia Lucas
Leguizamo Flavia
Miljevic Julio
Parodi Roberto
Quignard Mariana
Seveso Julieta
Spanevello Valeria
Stapaj Maria Ines
Street Eduardo

A PROPÓSITO DE UN CASO, HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO: UN DIAGNÓSTICO QUE NO SE DEBE OLVIDAR

Autores: Blando ME, Pelusa A, Geijo V, Magrini P, Gil M, Dodorico V, Erquicia N.
Posgrado. Carrera de especialización en Pediatría FCM-UNR.

Tipo de Trabajo: Caso Clínico.

Introducción

El hipotiroidismo es la disfunción tiroidea más frecuente, resultante de una disminución de la actividad biológica de las hormonas tiroideas en los tejidos, en general, secundario a una alteración orgánica o funcional de la glándula tiroidea, llamado hipotiroidismo primario. Si se presenta desde el nacimiento se denomina Hipotiroidismo Congénito (HC), siendo la patología congénita endocrina más frecuente que causa retardo mental. Generalmente no presenta signos o síntomas floridos en el momento del nacimiento y el pronóstico neurológico depende del inicio temprano y adherencia al tratamiento.

Objetivos

- Valorar la importancia de iniciar el tratamiento precoz y la derivación oportuna al especialista.
- Describir un caso de hipotiroidismo congénito sin adherencia al tratamiento, las manifestaciones clínicas y afectación multisistémica que eso conlleva.

Descripción

Paciente masculino de 13 años con diagnóstico de hipotiroidismo congénito, medio social vulnerable y control irregular de la patología de base. Consulta en guardia externa del Hospital de Niños Zona Norte por cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado por vómitos de contenido gástrico acompañado de deposiciones disminuidas en consistencia, no disenteriformes. Se evalúa paciente con mal estado general, facie abotagada, deshidratación moderada, somnoliento, con escasa respuesta a estímulos, presentando además bradicardia y bradipnea, abdomen doloroso a la palpación generalizada, oliguria, presencia de edema infra patelar bilateral, lesiones generalizadas en piel de tipo costrosas oscuras por lo que se decide internación en sala general para control, estudio y tratamiento. Trae laboratorios realizados en diciembre del 2023, con valores de TSH aumentados de 318 mg/dl, los cuales nunca fueron evaluados por su pediatra. A su ingreso dado el cuadro clínico, se lo asume como sospecha de encefalopatía, gastroenteritis aguda e intolerancia oral y probable descompensación de su hipotiroidismo. Se solicitan diferentes exámenes complementarios: tomografía de cráneo que evidencia disminución de volumen del parénquima cortical en forma difusa y disminución de volumen de la corteza y vermix cerebeloso, se decide punción lumbar (cito físico químico normal, cultivo y film array de Líquido cefalorraquídeo negativo), radiografías de tórax, abdomen y pelvis sin particularidades, ecografía abdominal y tiroidea que informa tiroides atrófica de tamaño disminuido y heterogénea, en lóbulo izquierdo dos nódulos de 4 y 5 mm respectivamente y paratiroides aumentadas de tamaño y laboratorio con TSH de 176,3 mUI/ml (T4 de 0,8ng/dl), PTH de 112,2pg/ml, como hallazgos positivos. Se comienza abordaje multidisciplinario con:

- Endocrinología, quien solicita múltiples estudios de laboratorio e instauro tratamiento con levotiroxina 100 mcg/día. Ante resultados de exámenes complementarios sugiere raquitismo carencial, por lo que indica calcio, vitamina D y magnesio.
- Neurología, evalúa al paciente letárgico, bradipsíquico, con atrofia frontal observada en Tomografía cerebral, y neuropatía periférica, con atrofia muscular distal, que asocia a secuelas neurológicas propias de la evolución crónica de la enfermedad no tratada, descartando sospecha diagnóstica de encefalopatía.
- Cardiología, quien constata bradicardia secundaria a enfermedad no tratada.
- Dermatología, diagnóstica Dermatitis Neglecta.
- Trabajo social, realiza abordaje integral al grupo familiar, y solicita intervención del servicio de niñez. Se coordinan estrategias junto con centro de salud y psicología. El paciente presenta buena evolución clínica, tras implementación del tratamiento adecuado, por lo que se otorga alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio estricto, continuando con el abordaje interdisciplinario.

Conclusión

El diagnóstico y tratamiento precoz del hipotiroidismo congénito adquiere una relevancia trascendental en la práctica clínica pediátrica.

La falta de seguimiento y tratamiento adecuado debido a circunstancias socioeconómicas es un problema grave que puede tener consecuencias devastadoras para la salud del paciente.

Por lo tanto, es fundamental que se establezcan políticas adecuadas de atención médica accesibles a todos los niños. Esto implica no solo garantizar el acceso a pruebas de detección neonatal para el hipotiroidismo congénito, sino también proporcionar educación y apoyo continuo a las familias para garantizar que comprendan la importancia del seguimiento y tratamiento a largo plazo.

Bibliografía

1. Ares Segura S, Rodríguez Sánchez A, Alija Merillas M, Casano Sancho P, Chueca Guindulain MJ, Grau Bolado G, et al. Hipotiroidismo y bocio. *Protoc diagn ter pediatr*. 2019;1:183-203.
2. Comité Nacional de Endocrinología. Alteraciones tiroideas en la infancia y en la adolescencia. Parte 2: hipotiroidismo. *Arch Argent Pediatr* 2021;119(1):S8-S16.

A PROPÓSITO DE UN CASO: DENGUE PERINATAL

Autora: Mamousse, Sofía Anabel.

Posgrado. Carrera de especialización en Pediatría FCM-UNR.

Introducción

El dengue es una enfermedad infecciosa, endemo-epidémica que en Argentina y sus alrededores es transmitida por el vector *Aedes Aegypti*.

Desde la SE 01 hasta la SE 18 del 2024 se confirmaron 52.391 casos en Santa Fe. Se estima una transmisión vertical de aproximadamente 1,6% y, en la ciudad de Rosario, desde Enero del 2024, se propuso un algoritmo de manejo inicial de transmisión vertical por arbovirus.

Las infecciones periparto han sido descritas en embarazadas que presentaron la enfermedad entre los 7 días previos y las 48 hs postparto. Los síntomas en el recién nacido han sido descritos desde las 9hs posparto hasta los 11 días de vida, con una media de 4 días.

Objetivo

Presentar un caso novedoso de una infección prevalente, en una situación endémica.

Caso clínico

RNTPAEG vigoroso, hijo de madre multípara de 33 años, que 48 hs previas estuvo internada por síndrome febril con diagnóstico clínico-serológico de dengue, a la cual se le otorgó alta hospitalaria por buena evolución clínica. Reingresa a las 48hs en trabajo de parto y se decide cesárea por imposibilidad de asegurar el bienestar fetal.

Por antecedente materno se interconsulta con servicio de infectología, quien solicita laboratorio al RN a las 48hs de vida (hematocrito 54.1 Plaquetas 298.000, glóbulos blancos 12.800) con PCR positiva para dengue. Servicio de neonatología sugiere control clínico y analítico en alojamiento conjunto por 7 días con aislamiento de contacto. A las 96 hs de vida, RN presenta leve sangrado vaginal para el cual, considerando edad del paciente y con laboratorio sin cambios respecto al anterior, se toma conducta expectante asumiéndose como pseudomenstruación. A las pocas horas, presenta nuevo sangrado vaginal abundante, por lo que el servicio de neonatología solicita nuevo laboratorio (hematocrito 48.2, plaquetas 117000 y glóbulos blancos 5500) y con dicho resultado sugiere su derivación a UCIN para control estricto. Allí mantuvo internación con mejoría clínica y analítica, cumpliendo 7 días totales de internación.

Discusión

Los últimos brotes epidémicos han sido un problema en crecimiento por la urbanización descontrolada, el hacinamiento y el contexto de pobreza. El mosquito al tener un hábito peri domiciliario, puede afectar a una persona de cualquier grupo etario, incluso embarazadas. La transmisión vertical no es muy frecuente, pero se debe sospechar para poder realizar un diagnóstico y abordaje terapéutico adecuados.

Bibliografía

3. Mario, Moraes; Mayans, Eduardo; Sobrero, Helana; Borbonet, Daniel. Archivos de Pediatría del Uruguay "Dengue en el Recién Nacido".
4. Berberiana, Griselda; Fariña, Diana; Rosanova, María Teresa; Hidalgo, Solange; Enriac, Delia; Mitchenkod, Alicia; Moreno, Julio; Sánchez Soto, Isabel. Archivo Argentino de Pediatría "Dengue Perinatal".
5. Boletín Epidemiológico – Gobierno de Santa Fe.
6. Manejo diagnóstico y seguimiento de transmisión vertical por arbovirus – Municipalidad de Rosario.

A PROPÓSITO DE UN CASO: DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PLEURAL MULTIRRESISTENTE.

Autores: Alberdi Maggi M¹, Sottosanti B, Giussani N, Meneguzzi A. Hospital de Niños Victor J Vilela

Introducción

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica causada por el *Mycobacterium tuberculosis*. Es una enfermedad prevenible y curable que ha aumentado su incidencia y severidad, causando muerte en niños y adolescentes de todo el mundo. La incidencia es de 8,9 casos por cada 100.000 habitantes menores de 15 años. Se estima que solo el 2,9% de los casos es por cepas multirresistentes y coincide con el aumento de tuberculosis resistente en la población adulta.

El mayor riesgo de infección se encuentra entre los contactos próximos a las personas enfermas. Para el diagnóstico de tuberculosis en pediatría es fundamental el foco epidemiológico, combinado de otros elementos como: signos y síntomas, radiografía de tórax, prueba de infección tuberculosa, examen bacteriológico y otros exámenes complementarios según localización.

Objetivos

A través de la descripción de un caso clínico de nuestro hospital, sospechar tuberculosis pulmonar y pleural multirresistente en un contexto social desfavorable.

Descripción del caso

Paciente de siete años de edad, con antecedente personal de asma de manejo ambulatorio, en profilaxis con tuberculostáticos de segunda línea con mala adherencia, por antecedente materno de tuberculosis pulmonar multirresistente en paciente retrovirus positivo.

El niño es derivado desde efector de tercer nivel, por cuadro de setenta y dos horas de evolución caracterizado por fiebre y dolor en puntada de costado. Se solicita radiografía de tórax que evidencia radiopacidad en campo pulmonar derecho comprometiendo fondo de saco costofrénico y tomografía de tórax que informa calcificaciones ganglionares hiliares izquierdas y granuloma cálcico en segmento basal medial del lóbulo inferior homolateral, con derrame pleural derecho de 17mm. Es evaluado por Servicio de Neumonología e Infectología quienes asumen cuadro como sospecha de tuberculosis pulmonar, se solicita Genxpert de esputo y cultivos para BAAR, negativos. Se realiza

1 Alberdi Maggi María del Mar, residente de tercer año de pediatría del Hospital de Niños Victor J Vilela.

punción pleural con cultivo del líquido, positivo a *Mycobacterium tuberculosis*, y biopsia pleural que confirma el diagnóstico de Tuberculosis pulmonar multirresistente complicada.

Se indica tratamiento con tuberculostáticos de segunda línea con buena tolerancia y evolución. Se trabaja en conjunto con servicio social, centro de salud de referencia, Equipo Interdisciplinario y Dirección Provincial de Niñez por riesgo social. Actualmente continúa controles con servicios tratantes con buena evolución clínica.

Conclusión

La resistencia antimicrobiana es un grave problema de salud pública que causa un aumento de fracasos de tratamiento, de la duración, el costo y los efectos adversos generados por las drogas. Por lo que es esencial la sospecha clínica temprana y tratamiento oportuno, el suministro de medicamentos específicos y estrictamente supervisados, además de contar con profesionales entrenados en el monitoreo de efectos adversos y evolución de los síntomas. El trabajo interdisciplinario es prioritario para abordar la situación social de la familia.

A PROPÓSITO DE UN CASO: INFECCIÓN CONGÉNITA POR EL VIRUS DE CHIKUNGUNYA

Autores: Bazet M, Basualdo F, González C, Minnhaar E y Abalone A. Hospital escuela eva perón.

Introducción

La infección congénita por el virus del Chikungunya, aunque rara, es crucial en el cuidado neonatal y en la salud pública. Puede manifestarse de manera asintomática o con diversas afectaciones neurológicas, respiratorias, dermatológicas, hematológicas, cardiovasculares e incluso sepsis y muerte. El caso a analizar se desarrolló durante un brote epidémico de infección por dengue; a nivel nacional, la temporada 2023/24 registró 4 veces más casos de dengue respecto del mismo período de la temporada anterior y 9 veces más que en la temporada previa.

En el departamento de Rosario, donde se presentó este caso, se reportaron 26.175 casos en las primeras 20 semanas epidemiológicas (48% del total de casos de la provincia), cada uno de los otros departamentos reportó menos de 4.000 casos.

Los grupos etarios más afectados fueron los comprendidos entre los 10 y 34 años, con predominio en el sexo femenino, lo que incluye a la población en edad fértil.

Objetivo

Describir un caso de infección congénita por Chikungunya y su relevancia epidemiológica en brotes de enfermedades transmitidas por vectores comunes.

Caso Clínico

Recién nacido a término hijo de madre sin controles obstétricos con consumo de cocaína hospitalizada por fiebre y plaquetopenia por infección por Chikungunya.

Nació vigoroso, desarrollando luego síndrome de dificultad respiratoria e hiporreactividad, requiriendo internación en neonatología por sospecha de sepsis, donde se confirmó infección por Chikungunya en sangre y LCR.

Se realizó abordaje multidisciplinario descartándose hemorragia cerebral y gastrointestinal, plaquetopenia, miocarditis, pericarditis, derrame pericardio y oftalmopatía.

Requirió oxigenoterapia por 9 días evolucionando favorablemente por lo que se otorgó el alta a los 13 días de vida en buen estado general citando a controles ambulatorios.

Actualmente, a los 7 meses de vida, presenta un desarrollo acorde a su edad, sin indicios de secuelas ni alteraciones derivadas de la infección congénita.

Conclusiones

Se destaca la importancia de la observación exhaustiva en neonatos ya que los síntomas de la infección congénita por Chikungunya pueden ser inespecíficos. Su identificación y manejo tempranos son fundamentales para evitar complicaciones graves y secuelas a largo plazo, especialmente en ausencia de tratamiento específico.

El enfoque epidemiológico es crucial para el manejo de enfermedades transmitidas por mosquitos durante brotes; conocer la situación epidemiológica local y la prevalencia de vectores resulta esencial para sospechar e identificar precozmente estos casos. La vigilancia activa, las medidas de prevención para controlar la propagación de la enfermedad y una respuesta rápida ante brotes epidémicos son fundamentales para proteger la salud de la población.

Bibliografía

7. Boletín epidemiológico nacional, semana epidemiológica 15, número 700, año 2024, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud, República Argentina
 8. Congenital and perinatal complications of chikungunya fever: a Latin American experience. Jaime R. Torres. *International Journal of Infectious Diseases* 51 (2016) 85–88.
 9. Informe epidemiológico, semana epidemiológica 20/2024, Ministerio de Salud, Provincia de Santa Fe - La fiebre de Chikungunya en el periodo neonatal. Hernando Baquero-Latorre. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2015; 31 (3): 642-650 .
 10. Vertical transmission of chikungunya virus: A systematic review. 2021. *PLoS ONE* 16(4): e0249166. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249166>
-

DE LA UNIVERSIDAD A LA COMUNIDAD: UN ESTUDIO SOBRE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN EL BARRIO LA RIVERA

Autores: Alaniz M, David Y, Gonzalez Vai V, Rosette B, Stapaj MI.
Grado. Carrera de Medicina FCM-UNR.

Introducción

El barrio La Rivera, ubicado en Villa Gobernador Gálvez, es uno de los 29 asentamientos irregulares que conforman esta ciudad. Este sector se sitúa a la orilla del río Paraná, entre dos reconocidos frigoríficos: Swift y Paladini. La Rivera es un barrio que refleja la realidad de un país marcado por el saqueo y la explotación, donde empresas, en su mayoría multinacionales, han tomado posesión de las costas que deberían pertenecer a la comunidad. En este lugar, habitan aproximadamente 1.000 familias, quienes enfrentan una serie de desafíos económicos y sociales.

La mayoría de las familias se ven obligadas a recurrir a actividades informales que incluyen la pesca y trabajos ocasionales en albañilería, así como la recolección de artículos reciclables, como plásticos, cartones y papel. En el caso de las mujeres, muchas se dedican a labores domésticas, siendo la mayoría amas de casa que deben gestionar el hogar y contribuir a la economía familiar de diversas maneras.

Objetivos y metodología

Durante el año 2024, un grupo de 50 estudiantes de las 3 carreras de la Facultad de Ciencias Médicas, organizados por el Grupo de Trabajo Barrial del Centro de Estudiantes, emprendimos una significativa labor en el barrio La Rivera de Villa Gobernador Gálvez. Desde mayo hasta agosto, nos dedicamos a llevar a cabo actividades que fomentaran un vínculo sólido entre la universidad y la comunidad local, con el objetivo de abordar las necesidades de salud de sus habitantes.

Nuestro enfoque principal consistió en realizar salidas semanales, donde recorrimos las distintas viviendas del barrio con el propósito de llevar a cabo un relevamiento sobre la alarmante situación que enfrentan los niños y niñas en relación a la atención pediátrica. Esta iniciativa surgió a raíz de la conexión previa que habíamos establecido con las agentes sanitarias de la posta de salud Ramón Carrillo, quienes nos informaron acerca de la preocupante falta de acceso a controles de salud rutinarios para muchos menores, debido a la escasez de médicos pediatras en la zona.

La labor que realizamos involucró la salida al territorio, donde los estudiantes nos organizamos en grupos según nuestras respectivas carreras, permitiendo así un abordaje multidisciplinario. Durante estas visitas, realizamos una serie de preguntas a niños y niñas de entre 1 y 14 años, lo que nos permitió obtener datos valiosos sobre su estado de salud y necesidades. Además, llevamos a cabo encuentros de retrabajo entre los estudiantes, donde discutimos la organización de nuestras actividades y buscamos de manera colectiva soluciones a las problemáticas sanitarias y sociales que íbamos descubriendo semana a semana en los distintos pasillos del barrio.

Este esfuerzo conjunto se convirtió en un espacio fundamental para que los estudiantes pudiéramos tomar contacto directo con la realidad del sistema de salud y reafirmar nuestra lucha por la humanización del ejercicio de la medicina. Aprendimos a observar a las personas que consultan de manera integral, considerando no solo sus síntomas, sino también sus condiciones de vida y contextos sociales. En este entorno, reafirmamos nuestro compromiso como ciudadanos universitarios y con la salud pública, recordando siempre las palabras de Ramón Carrillo: “Los problemas de la medicina no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social”.

Este proyecto no solo nos permitió aportar a la comunidad, sino que también nos brindó una experiencia invaluable que nos impulsa a seguir trabajando por un sistema de salud más justo y accesible para todos.

Resultados

Como se detalla en el informe completo, la colaboración del Grupo de Trabajo Barrial del Centro de Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas ha logrado un significativo avance en uno de los objetivos principales de la Posta Sanitaria “Ramón Carrillo”: la evaluación de la necesidad de una atención pediátrica al barrio de La Rivera. Este informe presenta los datos obtenidos sobre la realidad de las infancias en el área, que ahora sirven como una guía crucial para orientar los esfuerzos del centro de salud y abordar las necesidades identificadas.

DESAFÍOS EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN POR MALA ADHERENCIA

Autores: Ramos Colque S E, Rodriguez C, Ruiz MF, Salani A, Stapaj MI.
Universidad Nacional de Rosario - Facultad de Ciencias Médicas.

Introducción

En Argentina, la hipertensión arterial (HTA) representa el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (2), ya que como se observa en los estudios RENATA-2, cuatro de cada 10 hipertensos desconocen su condición y la prevalencia de HTA aumentó con la edad en ambos sexos del 12,2% en <35 años al 77,4% en ≥65 años. De las personas con diagnóstico de HTA, solo el 55,5% recibe tratamiento y de estos el 24,2% se encuentran con la TA controlada. (1)

La HTA es una enfermedad controlable, que disminuye la calidad y expectativa de vida. Sin embargo, como observamos en los diferentes estudios, múltiples factores tanto intrínsecos como extrínsecos a la persona, dificultan el correcto tratamiento y consecuente control adecuado de la TA. (1)

Es importante entender que el tratamiento de la HTA incluye al sistema de salud y sus carencias, como también a las decisiones voluntarias (autonomía) de la persona que transita esta enfermedad, a su vez, está condicionada y/o atravesada por su contexto psicosocial. Por ello, es importante el trabajo interdisciplinario.

En este caso clínico se aborda la vida de una paciente compleja. Desde los 18 años se encargó del cuidado de su madre quien presentaba deseos de autolisis. Cuando termina cumpliéndolos, deja a la paciente con una angustia de la cuál no puede recuperarse. Se le sugiere terapia pero se niega a realizarla, lo que culmina en sus intentos de autolisis.

Es así como nos planteamos el hecho de que la falta de adherencia al tratamiento de su HTA se deba a su idea autolítica y no a una falta de conocimiento o de no percibir a la enfermedad como una amenaza a su salud.

Entendiendo a la adherencia desde el punto de vista de la medicina, como el cumplimiento o incumplimiento del tratamiento, a partir de esto podemos ver factores que fortalecen o conspiran la adherencia. Planteando por un lado, la enfermedad y por el otro, la experiencia humana y social de esta. (5)

Caso propiamente dicho

Se describe el caso de una paciente femenina de 46 años, que acude al Centro de salud Débora Ferrandini, donde se atiende habitualmente, por un cuadro de cinco horas de evolución caracterizado por dolor precordial opresivo, sin irradiación ni síntomas vasovagales asociados.

Entre sus antecedentes personales la paciente presenta HTA desde los 22 años, mal controlada por falta de adherencia al tratamiento, hipotiroidismo, sobrepeso y tabaquismo. La problemática psicosocial que rodea a esta paciente, la cual padece desde muy temprana edad maltrato, por parte de su madre, por la cual debe abandonar su hogar a la edad de 15 años. Posteriormente se relaciona con el padre de sus 3 hijas, con quien mantiene un vínculo de maltrato hacia ella, hasta su separación.

Tratamiento médico en el momento de la consulta: amlodipina 50 mg/día, carvedilol 25mg/día, losartan 100 mg/día, espironolactona 25mg/día, terazosina 5mg/día, T4 150 ug/día

En el examen físico encontramos FC: 71, TA:150/90, FR:18, Sat: 99%. R1 Y R2 normofonéticos, sin soplos. Buena entrada bilateral de aire, murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados.

Se realiza un ECG como estudio complementario donde se aprecia ritmo sinusal, frecuencia cardíaca de 75 lpm, PR de 0,16, QRS de 0,08, eje de 45°, onda T negativa de V3 a V6.

Con estos datos se realiza colocación de vía periférica, aspirina 100 mg y derivación al Hospital de emergencia Clemente Álvarez (HECA) vía SIES.

Ingresa a la guardia del HECA por cuadro interpretado como IAMSEST anterior, encontrándose ventilatoria y hemodinámicamente estable. Al ingreso a UCO se instaura medicación anti isquémica, doble agregación y anticoagulación. Se indica monitoreo cardiovascular continuo, control de ingresos y egresos, ECG y laboratorio.

El ECG mostró RSR, FC 75, PR 0.16, QRS 0,08, ondas T negativas en DIII, aVF, y v4 a v6.

En el laboratorio se encontró glóbulos blancos: 12,6 mil/mm³, hemoglobina 12,8 g/dl, hematocrito 38,8%, plaquetas 301 mil/mm³, glicemia 81 mg%, Troponina I - US 670,2 ng/l, CPK 174 mUI/ml, Na 131 meq/l y K 3,3 meq/l. El ecocardiograma mostró Fey del 60%.

Con estos resultados se realiza una cinecoronariografía con posterior angioplastia coronaria

transluminal percutánea (ATPC) a proximal de Cx (80%) por vía radial sin complicaciones.

Luego de su recuperación, la paciente continúa sus controles de salud en el centro de salud Débora Ferrandini, acompañada de terapia psicológica.

Discusión

Cuando se enfoca la acción clínica en la persona que será el paciente, es adecuado tener en cuenta que el mismo, no es solo una patología o enfermedad, sino que se trata de una persona que tiene un contexto biopsicosocial propio y complicado.(3)

La cuestión es: ¿cómo resaltar la integridad del paciente como ser humano, considerando también sus características esenciales, sus problemas, sufrimientos, dolores, riesgos y la enfermedad misma?(3).

La enfermedad no está sólo vinculada a la medicina y a los médicos, sino también a la voluntad e individualidad del paciente, del entendimiento y consentimiento, de su motivación, sea consciente o no la decisión. El tratamiento de la enfermedad siempre se verá afectado por el interés que la persona presente de mejorar o no (3).

Aun así, no se puede ignorar la enfermedad sin dejar de hacer clínica y pasar a la sociología o filosofía existencial. Tratar la enfermedad como una entidad propia permite a los médicos intervenir en casos específicos. El problema surge cuando esta noción de enfermedad reemplaza al sujeto real, impidiendo abordar la singularidad de cada caso (3).

Aunque conocer sobre hipertensión o un proceso de tratamiento ideal es útil, también puede ser confuso y llevar a intervenciones inapropiadas al no considerar la variabilidad de cada sujeto. Así es el caso de la paciente presentada, su singularidad psicológica, la angustia emocional, su motivación y su contexto social condiciona la efectividad y cumplimiento del tratamiento. (3)

Se sugiere por lo tanto, buscar el equilibrio entre la persona, la enfermedad y la intervención médica, ya que cada vez que se ignora esta interrelación, se pierde la capacidad de resolver problemas de la salud en general (3).

Bibliografía

1. Delucchi AM, Majul CR, Vicario A, Cerezo GH, Fábregues G. National Registry of Hypertension. Epidemiological Characteristics of Hypertension in Argentina. The RENATA 2 study. *Revista Argentina de Cardiología (RAC)*. 2017;85(4):354-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6259882>
2. Espeche WG, Marin M, Romero C, Renna N, Vissani S, Blanco G, Pantalena S, Cesario D, Diez E, Grasso C, Garzon E, Barochiner J, Ruise M, Minetto J, Mazze N, Ramirez E, Rojas M, Carrera Ramos P, Gimenez MS, Rivarola M, Rada N, Deffacci A, Leiva Sisniegues BC, Vissani J, Bercovsky R, Tenuta MA, Martinez C, Cerri G, Salazar R, Graziani L, Cornavaca T y Salazar MR. (2024). Estudio de prevalencia, conocimiento y control de la hipertensión arterial en barrios vulnerables de Argentina. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 41(2), 78-86.
3. Wagner G, Campos S. LA CLÍNICA DEL SUJETO: POR UNA CLÍNICA REFORMULADA Y AMPLIADA. 1996. Available from: https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf
4. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cárceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychological* 2015;5(3):535-48. Available from: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300009
5. Margulies S, Nélica B, y Recorder M. (2006). VIH-SIDA y adherencia al tratamiento. Enfoques y perspectivas. *Antípoda. Revista de antropología y arqueología*, (3), 281-300.
6. Szejfman Carlos. Estrés psicosocial y baja resiliencia: Un factor de riesgo para hipertensión arterial. Relaciones entre la hipertensión arterial y psicoanálisis. *Rev. argent. cardiol.* 2010 Oct ; 78(5) : 398-399. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482010000500004&lng=es
7. Cadenas María, Obregón Sebastián, Koretzky Martín, Brandani Laura, Haehnel Mariana, Maristany Mariana et al . Estimación del riesgo de somatización en pacientes hipertensos. *Rev. argent. cardiol.* 2015 Abr ; 83(2) : 130-135. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482015000200011&lng=es
8. Borstnar, C. R. y Cardellach, F. (2020). *Farreras Rozman. Medicina Interna. Elsevier Health Sciences*. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/hipertension>

DESARROLLO INFANTIL: ABORDAJE TERRITORIAL, INTERSECTORIAL E INTERDISCIPLINARIO.

Autores: Cena P, Ruiz C.

Dirección de Centros de Salud - Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Dirección General de Infancias y Familias - Secretaría de Desarrollo Humano y Hábitat.

Introducción

Desde hace más de una década desde la Municipalidad de Rosario se vienen realizando acciones territoriales de protección y cuidados, con una mirada y abordaje interdisciplinario e intersectorial en relación al desarrollo infantil. En el año 2017, desde Gabinete Social de la ciudad de Rosario y en el marco de una política universal para las infancias, se dió inicio al Proyecto Desarrollo Infantil, dirigido inicialmente a la población de 0 a 3 años con mayores niveles de vulnerabilidad, que presentan dificultades o riesgos para su desarrollo. En sus aspectos operativos dispone la aplicación de Dispositivos Territoriales conformados por Equipos Intersectoriales e Interdisciplinarios (Dispositivos de Juego con niñas/os de 0-3 años y sus cuidadores / Dispositivos con Personas Gestantes) localizados en instituciones de los diferentes barrios de la ciudad: Centros Cuidar, Centros de Salud y otras instituciones pertinentes. Se enmarcan en la Ley nacional 27.611 de "Atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia".

Objetivos

Promover el Desarrollo Infantil Integral de niñas y niños, desde la gestación hasta los tres años de edad, fortaleciendo el vínculo entre los/as niños/as - cuidadores y la comunidad.

Brindar acompañamiento a las Personas Gestantes, especialmente adolescentes, durante el embarazo, parto y puerperio, abordando de manera integral aspectos relacionados con su salud y el vínculo con el/la recién nacido/a.

Evaluar y detectar signos de alarma para realizar intervenciones tempranas e integrales en relación al desarrollo infantil

Sensibilizar y producir modificaciones en las comunidades sobre la necesidad de cuidar, acompañar e incluir a niños y niñas en espacios socioculturales que favorezcan su desarrollo, fortaleciendo el sentido de corresponsabilidad en todas las instancias de la crianza.

Construir espacios de intercambio de conocimientos y experiencias que posibiliten el diseño e implementación de estrategias de Abordaje Integral del Desarrollo Infantil.

Modalidad de trabajo

Relato de experiencia.

Resultados

La evaluación se posa en dos miradas: Una cuantitativa: Registro social - SIRS; y otra cualitativa: Evaluación del proceso de desarrollo de niños y niñas que ingresan a los dispositivos a través del IODI. Caracterización de dichas díadas a través de códigos ya establecidos - Secretaria de Salud. (CIE 10). Actualmente funcionan 31 Dispositivos grupales con niños/as de 0 a 3 años y sus cuidadores y 10 Dispositivos con Personas Gestantes.

La experiencia territorial da cuenta que pensar estos modos de abordaje, intersectorial e interdisciplinario, donde el juego se despliega como protagonista con los niños/as y sus cuidadores es fundamental para acompañar e intervenir de manera mucho más efectiva en los procesos del desarrollo de las infancias. Como así también estos efectos pueden verse reflejados en los modos que los profesionales llevan adelante sus prácticas.

ENFERMEDADES CRÓNICAS TRANSMISIBLES: UN ENFOQUE BASADO EN LA COMPLEJIDAD E IMPLICANCIAS DE ESTAS SOBRE LA VIDA DEL PACIENTE.

Autoras: Ribeiro Da Silva N, Rojas B.
Grado. Práctica Final. Carrera de Medicina UNR.

Introducción:

La tuberculosis (TBC) y el Chagas (Ch) son dos enfermedades infecciosas endémicas con una considerable prevalencia en nuestro país y con consecuencias socio-sanitarias importantes. Según el Boletín de TBC y Lepra en Argentina N.º 7 (Ministerio de salud, 2024) durante el año 2023, se registró una tasa de notificación por TBC de 32,0 por 100.000 habitantes, la cual fue 10,3 % más alta que la del 2022 (29,0 por 100.000 habitantes). Se reportaron 14.914 casos, de los cuales 13.905 (93,2%) fueron casos incidentes y 1.009 (6,8%) casos tratados anteriormente. La Sociedad Argentina de Infectología (2023) calcula que cerca de un millón y medio de personas tienen Chagas, siendo este uno de los principales problemas de salud pública del país. La mayoría de los casos se transmite de madre a hijo durante el embarazo, pero el 80 por ciento de los afectados no son diagnosticados ni reciben tratamiento adecuado.

Caso Clínico:

Paciente masculino de 63 años, proveniente de la provincia de Chaco, concurre al centro de salud movilizado por el deseo de concretar una cirugía oftalmológica por cataratas de varios años de evolución, así como también asegurar la continuidad del tratamiento antibacilar que refiere haber iniciado en su ciudad de origen hace 15 días al momento de la consulta.

Antecedentes personales: TBC con tratamiento completo en 2010, internación en el último año por un cuadro de neumonía; enfermedad oftalmológica: cataratas.

Antecedentes familiares: no refiere.

Ocupación: desocupado.

Examen Físico:

T: 37,5 °C; Fc: 110 lpm; Saturación: 97%; TA: 140/80; Peso: 69,5 kg

Al examen físico paciente impresiona en mal estado general, vigil, orientado en espacio y tiempo.

Examen Respiratorio: Hipoventilación generalizada con rales en base pulmonar derecha.

Se solicitan: baciloscopia, laboratorio (hemograma completo, recuento de plaquetas, glicemia, urea, creatinina, hepatograma, ionograma, serologías (VHB, VHC, HIV, Chagas, VDRL)), Rx tórax, ecografía abdominal.

Discusión:

La elaboración del presente trabajo tiene, además del proceso de aprendizaje y construcción de una historia clínica por parte de estudiantes de la Práctica Final, un enfoque basado en la complejidad e implicancia que puede tener un paciente que padece una enfermedad crónica transmisible, en esta oportunidad, abordando los principales temas de TBC y Chagas.

Con el fin de ampliar las estrategias para el manejo de las enfermedades crónicas en el primer nivel de atención, es necesario comprender las incidencias de estas enfermedades, la inequidad del sistema de salud en distintas regiones del país y efectos en la economía nacional; la importancia de la interdisciplinariedad y la participación de la comunidad para garantizar un abordaje global en la atención del proceso salud – enfermedad del paciente. Referenciando a Carlos Matus (2021) “No es adecuado ni práctico que todo el sistema organizativo trabaje con un mismo método de planificación, siendo necesario adoptar diversos métodos de acuerdo con: el nivel jerárquico, el nivel gerencial operativo, el nivel operacional de base y el nivel empresarial”.

Para atender las demandas individuales y comunitarias es necesario la comprensión y el acceso de los profesionales de salud y de la población a herramientas que sirvan de soporte para procesar los problemas: identificar, describir y determinar causas, ampliar los conflictos personales e interpersonales y desarrollar un plan de acción.

Bibliografía:

1. Matus C. (2021). Método Altadir de Planificación Popular. Universidad Nacional de Lanús.
2. Ministerio de Salud de Argentina (2024). Boletín n°7 Tuberculosis y Lepra en la Argentina. Ministerio de Salud de la República Argentina.
3. Sociedad Argentina de Infectología (2023). Día nacional por una Argentina sin Chagas. Sociedad Argentina de Infectología.
4. <https://www.sadi.org.ar/novedades/item/1644-dia-nacional-por-una-argentina-sin-chagas>

HISTORIA DE VIDA: INTERPELANDO NUESTROS SABERES

Autores: Hernandez N, Rojo Caggiano M, Braga Nascimento LK, Galli F, Crognoletti L, Bianco L, Chiarrotti P, Pilotti MF, Miljevic JN.

Servicio de clínica médica: Hospital Juan Bautista Alberdi -Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario. Carrera de posgrado clínica médica- residencia de PAMI - UDA Municipal- FCM-UNR.

Introducción

El incremento sostenido de problemas subjetivos, consumo de sustancias perjudiciales para la salud, violencias, exclusión social y otras vulnerabilidades, desbordan a los equipos y exigen el desarrollo de otras estrategias y construcciones para garantizar un cuidado de la salud que tenga impacto en un sujeto concreto y su entorno.

Caso clínico

Mujer de 40 años. Antecedentes de LES, hipertensión pulmonar (HP) y ADVI a cocaína, es traída a guardia por su hija con oficio judicial por episodios de heteroagresividad. Antecedentes de reiteradas internaciones por reactivación de LES- Abandono de medicación hace 4 años. Enalapril, Sildenafil (no especifica dosis), Hidroxicloroquina, Prednisona, Calcio, Vitamina B (no especifica). Fumadora activa de cocaína.

EF: TA: 140/100 FC: 68 FR:18 T°: 36°C Sat 02: 99% al 0,2l. Vigil, ubicada globalmente. Sin déficit neurológico- ACV: HTA. Resto S/P. Lesiones eritematosas puntiformes de 1 mm de diámetro en región malar bilateral, tronco y en palmas que desaparecen a la vitropresión. Microstomía. Esclerodactilia, con costras en falanges distales. Estudios: Plaquetas 65.000 a 70.000 mm³ Resto de analítica S/P- Serología: VIH, VHB,VHC, VDRL No reactivas- Rx de tórax normal. TAC tórax Campos pulmonares se mostraron expandidos, con algunas áreas en vidrio esmerilado, predominantemente adyacentes a la cisuras y tractos densos bibasales. Ecografía Abdominal: Normal- Ecocardiograma masa de VI aumentada con hipertrofia concéntrica moderada a severa, con FEY de 57%,. disfunción diastólica tipo 1 del VI con prolongación de la relajación, AI levemente dilatada. Cavidades derechas límite superior a normalidad con TAPSE de 20mm. Leve insuficiencia tricuspídea . PSP de 30 mmhg, compatible con (HP).

Evolución

Derivada para desintoxicación en contexto de oficio Judicial- Portadora de enfermedad reumatólogica crónica. Se sospecha enfermedad mixta de tejido conectivo (EMTC) , laboratorio específico: C3,C4 disminuido, FAN 1/2560 moteado, ENA reactivo (+ para anti- UI RNP) confirmándose EMTC- Capilaroscopia S/P- TACAR (pendiente). Espirometría normal. IC neumonología: Indica tratamiento para HP. Plaquetopenia en estudio-

Discusión

Las personas con problemas de salud derivados del consumo de sustancias, situación de calle e historia de vulnerabilidad multifactorial, generan un contexto singular , que excede largamente el enfoque tradicional de la mirada médica al mismo tiempo que demanda, una estrategia interdisciplinaria e integral. La factibilidad de control periódico de salud y de lograr acuerdos de cui-

dado y tratamientos adecuados depende de ese enfoque y el trabajo integral interdisciplinario e intersectorial

IMPORTANCIA DE LAS REDES EN SALUD PARA EL ABORDAJE DE UNA SITUACIÓN FAMILIAR COMPLEJA

Autora: Saint Girons D.
Centro de Salud Roque Coulin.

Introducción: En este relato intentaremos analizar el proceso de atención de una familia adscrita al Centro de Salud Roque Coulin (CS RC), identificando el trabajo en red como eje fundamental para el abordaje y acompañamiento integral en salud.

Objetivos:

- Analizar el proceso de atención de una familia y su recorrido por distintas instituciones de la ciudad de Rosario.
- Reflexionar sobre el impacto del trabajo en red como facilitador del acceso al sistema de salud. - Valorar el trabajo interdisciplinario e interinstitucional en el abordaje de situaciones complejas. - Resaltar la capacidad de las personas para tejer redes territoriales como herramienta potenciadora de la lucha contra las condiciones que limitan la vida.

Modalidad de trabajo: Relato de experiencia

Síntesis: Durante el análisis del proceso de atención de esta familia, se pone de manifiesto su recorrido por distintos territorios e instituciones de la ciudad de Rosario, así como las estrategias de trabajo planteadas a lo largo del acompañamiento, poniendo en valor el trabajo en red como modelo superador de atención y permitiéndonos interpelar nuestra propia práctica.

TALLER DE CIRCO INTEGRAL, UNA EXPERIENCIA CLÍNICA CONTEXTUALIZADA Y AMPLIADA

Autores: Alarcón A, Batle R, Castro L, Montaner A, Lavarello S, y Paz J.
Posgrado. Carrera de Especialización en Medicina General y Familiar FCM-UNR.

Introducción

Entendiendo a la salud como la capacidad individual y colectiva de luchar contra las condiciones que limitan la vida y su disfrute, y basando nuestro trabajo en una clínica contextualizada y ampliada es que empezamos a pensar este taller como un dispositivo colectivo que contemple las individualidades y que tenga impacto sobre las infancias, adolescencias y hacia el interior del equipo de salud.

El taller de Circo Integral fue planificado bajo un abordaje que posiciona a la expresión artística como medio principal para el intercambio de valores, costumbres, experiencias, disciplinas, etc. y así contribuir a una clínica más amplia para un sano desarrollo psíquico, físico y social.

Se desarrolla en La Vecinal Stella Maris, en dos turnos, de dos horas de duración cada uno. El turno mañana los días Lunes de 9 a 11 horas convoca a adolescentes/adultos jóvenes entre 15 y 21 años; y el turno tarde los días miércoles de 15 a 17 horas para niños de 8 a 14 años.

Se eligen actividades que invitan a jugar con otros. Permite afianzar e incorporar durante el juego pautas sociales: esperar el turno, ayudar al otro, el cuidado, hay normas/reglas, respetar los tiempos entre otros. Se realizan ejercicios físicos de precalentamiento, realización de herramientas de trabajo, malabarismo, creación de personajes, elongación, aplausos.

Objetivos

- Constituirse como sujeto, luchar para que los otros también lo sean.
- Brindar oportunidades para la explotación de los sentimientos, actitudes, percepción del propio cuerpo y el de los demás.
- Lograr capacidades de deseo para cambiar lo que produce sufrimiento y limita la vida. Interlocución.
- Concebir la salud comunitaria, como un proceso en permanente evolución, problematizándola, analizando la información sanitaria junto con otros actores y trabajadores de la comunidad.
- Ampliar con juegos, acrobacias, malabarismo, creación de personajes, sus repertorios lúdicos, para que todos ganemos control sobre nuestras propias vidas, adquiriendo herramientas para desplegar y así repercutir en el resto de la sociedad.

Modalidad de trabajo: Relato de experiencia

Lecciones aprendidas

El proceso de trabajo dado por este taller de circo es una experiencia que enriquece a la comunidad y al equipo. Al equipo en la capacidad de re pensarse en su rol de equipo de salud, la posibilidad de pensar estrategias que trascienden lo biomédico, encontrarse con espacios saludables, compartir con la comunidad, en este caso los niños, espacios lúdicos recreativos que nos permitan intervenir clínicamente de manera colectiva contemplando las individualidades, hacer que los trabajadores se encuentren con su obra (el fruto de su trabajo).

En relación a los niños, la posibilidad de habitar otros espacios del barrio que no sean el centro de salud o la escuela, trabajar con sus pares sus logros y sus miedos, relacionarse con los trabajadores de salud en otros espacios y de otra manera.

COMPLEJIDAD EN EL MANEJO DE ESPONDILITIS INESPECÍFICA Y NEUMONÍA EN PEDIATRÍA: INTERACCIÓN DE FACTORES SOCIO-CULTURALES Y MÉDICOS

Autores: Lamelza V, Lazarte AI, Lovera C, Nuñez Lorenzati M, Pignatta L, Lazarte GF. Hospital Escuela Eva Perón (HEEP)

Introducción

Este caso clínico presenta a una niña de 6 años proveniente de una zona rural, quien ingresa al Hospital Escuela Eva Perón (HEEP) con un cuadro de lumbalgia y tos productiva, posteriormente diagnosticada con espondilitis inespecífica y neumonía basal izquierda. El manejo de su cuadro implicó la intervención de un equipo interdisciplinario, reflejando las complejidades del proceso de salud-enfermedad, especialmente en contextos con factores socio-culturales adversos.

Objetivos del caso clínico

El caso busca resaltar la interacción de factores socioeconómicos en la evolución y tratamiento de enfermedades prevalentes en la pediatría, como la espondilitis y la neumonía. Además, se pretende subrayar la importancia de contar con métodos diagnósticos avanzados y la colaboración entre especialidades para abordar casos clínicos complejos. El análisis también destaca las dificultades que pueden surgir a pesar de contar con recursos diagnósticos, evidenciando la importancia de un enfoque integral y coordinado de atención.

Resultados previstos y no previstos

Entre los resultados previstos del manejo inicial, se esperaba la mejoría clínica con el tratamiento antibiótico y antiinflamatorio instaurado. Sin embargo, uno de los resultados no previstos fue la fuga de la madre y la paciente del hospital debido a razones familiares, lo que complicó el manejo clínico y subrayó la influencia de los factores psicosociales en la adherencia al tratamiento. Otro resultado no previsto fue la persistencia de la incertidumbre diagnóstica, ya que, a pesar de contar con imágenes y cultivos, el diagnóstico definitivo de la espondilitis no fue posible al momento del alta.

Lecciones aprendidas

Este caso demuestra la importancia de una visión holística en la medicina, donde los factores sociales y culturales juegan un rol determinante en la adherencia al tratamiento y en la evolución clínica del paciente. Además, se enfatiza la necesidad de una coordinación eficaz entre diferentes niveles de atención y especialidades médicas para el manejo integral de casos complejos. También se destaca que, a pesar de los avances en los recursos diagnósticos y terapéuticos, en ocasiones el diagnóstico definitivo puede no ser alcanzado, lo que subraya la naturaleza incierta y multifactorial de muchas condiciones médicas prevalentes.

Bibliografía

1. Hospital Escuela Eva Perón (HEEP). (2024). Caso clínico: Espondilitis inespecífica y neumonía en paciente pediátrico. Archivo de pediatría y traumatología.
 2. Autor desconocido. (s.f.). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención en contextos socio-culturales.
-

DENGUE: UNA PROBLEMÁTICA DE SALUD PÚBLICA EN ROSARIO Y GRAN ROSARIO

Autor/a: Molina F.

Co-autores: Green C, Soldano T, Molina MP, Guerra V, Rolón V, Insaurrealde A, Gonzalo B, Vallejo C, Miño A, Sosa T, Lerman, D. Facultad de Ciencias Médicas - UNR

Introducción

A partir de la creación del Equipo de Dengue en el marco del Programa de Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas “Avance sobre Dengue, Zika y Chikungunya: Bloqueo de Focos” (CUDI 3442/2024), se abre un espacio de construcción interdisciplinaria entre estudiantes y docentes de dicha Facultad para comprender los procesos de salud enfermedad-atención que ponen en riesgo la salud colectiva de la población desde una mirada crítica sobre el accionar del estado a través de sus intervenciones.

Si bien el dengue, una enfermedad viral transmitida por el mosquito *Aedes Aegypti*, ha experimentado distintos brotes a lo largo de los años en nuestro país, nunca había representado una emergencia de tal magnitud como así como también, diversos determinantes que vulneran su calidad de vida lo es en la actualidad.

Nuestro objetivo es trabajar en conjunto con los vecinos de los barrios para identificar los obstáculos que la comunidad se ve obligada a enfrentar, de manera que las medidas propuestas puedan ser implementadas con eficacia.

Objetivos

El equipo de dengue tiene como objetivos: la coordinación del Programa de Extensión Universitaria “Avance sobre Dengue, Zika y Chikungunya: Bloqueo de Focos” a través de la organización de capacitaciones, charlas, salidas a terreno y retrabajos para los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas; confección de folletos y encuestas utilizados en cada salida a terreno; procesamiento de los datos relevados para una posterior redacción de informes de cada una de las salidas realizadas.

A través de un plan de trabajo que se compone en 3 momentos:

1. Actividades previas a la salida (capacitaciones, charlas, confección de material)
2. Salida a terreno (relevamiento socio-sanitario en diferentes barrios)
3. Actividades posteriores a la salida (re trabajo y procesamiento de datos obtenidos en las encuestas)

Luego de cada salida se realiza una síntesis de los datos obtenidos. A rasgos generales, hemos observado que hay indicadores coincidentes que se expresan en las diferentes salidas realizadas en el Gran Rosario que nos invitan a discutir la intervención estatal.

Por un lado, debatir acerca de la escasez de políticas públicas que se piensen desde la vivencia de las y los vecinos, es decir, conocer los territorios y necesidades para luego planificar estrategias que logren responder las demandas colectivas incluyendo los procesos geográficos, sociales, económicos, sanitarios, ambientales y culturales de cada comunidad.

Por otro lado, las políticas sanitarias que cada día se encuentran más alejadas de las necesidades de la gente y más cercanas a las lógicas del mercado, remarcando a la salud como tal mercancía.

Conclusiones

A partir de ello, se abren diferentes debates para problematizar y abordar de manera integral el proceso salud-enfermedad-atención y particularmente la intervención estatal. De allí surgen varios interrogantes que nos hacemos desde la formación de los futuros profesionales hasta el accionar del equipo de salud en un contexto cada día más complejo.

Pensar estrategias donde el sistema de salud pueda trabajar a la par del sistema educativo y donde las medidas de prevención y promoción cumplan un rol fundamental en aquellos espacios.

Y por último, debatir el rol del Estado y su accionar en problemáticas socio-sanitarias que indudablemente ponen en riesgo la salud colectiva.

ENFERMEDAD VIRAL DENGUE: ANÁLISIS FRACTAL CON FINES PREDICTIVOS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Autores: Carloni JO, Trabachino FN, Delamoreclaz M, Vansteenkiste JI, Alaniz M, Giraudo N, Pérez Obeid CA, Vila N, Civetta MC, Trabachino J, Lerman Tenenbaum D, Molinas JL & Cabral ME.
IMOFyS Equipo de Investigación Morfológico Funcional y Sistémico. Cátedra de Fisiología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario.

Introducción

La Enfermedad por Virus del Dengue (EVD) en la República Argentina, cuenta con un comportamiento epidémico y su incidencia ha aumentado exponencialmente en los últimos años. La ocurrencia de casos se restringe a los meses de mayor temperatura y la EVD desarrolla su ciclo epidémico (CE) durante las semanas epidemiológicas (SE) comprendidas entre los meses de noviembre a mayo del año siguiente. Actualmente es la arbovirosis más importante de la región de las Américas y encuentra en la República Argentina (RA) condiciones óptimas para su desarrollo. La frecuencia de aparición de casos confirmados por EVD, podrían analizarse a través de algoritmos matemáticos fractales. Su aparición temporal y distribución territorial describen un ritmo fractal, característico de los sistemas no lineales y determinísticos. La EVD reproduciría un ritmo fractal, factible de analizar por algoritmos matemáticos que determinan la Dimensión Fractal (DF) y el Coeficiente de Determinación Predictivo (R^2). La DF expresaría la repetición temporal de la EVD y el R^2 la capacidad de adaptación. Esta última oscila entre 0 y 1, valores superiores a 0,5 indicarían persistencia de la EVD y valores iguales o superiores a 0,8 expresarían una gran capacidad de adaptación, en este caso, de la EVD.

Objetivos

Se propone analizar el comportamiento de la frecuencia temporal de casos con Enfermedad Viral por Dengue, a través del algoritmo de Higuchi, en la República Argentina a lo largo de los Ciclos Epidemiológicos de los últimos 5 años.

Metodología

Este es un estudio observacional, longitudinal, retro y prospectivo. Se decidió analizar la frecuencia temporal de la EVD, en la RA por medio del Algoritmo de Higuchi (AH), con fines predictivos. Se consideraron los casos positivos confirmados por laboratorio (CP) de EVD publicados en los boletines oficiales del Ministerio de Salud de la Nación considerando desde el ciclo 2017 hasta abril del 2024, excluyendo casos fuera del período epidemiológico. Se aplicó el AH según el registro por SE de los CP. Se obtuvo la DF y R^2 por CE y se determinó el coeficiente de correlación de Pearson (r) entre los parámetros fractales obtenidos.

Resultados

Los resultados fueron por CE los siguientes: CE 2017-2018: DF= 0,38, $R^2=0,43$; CE 2018- 2019: DF= 0,25, $R^2=0,08$; CE 2019-2020: DF= 0,7, $R^2=0,3$; CE 2020-2021: DF= 0,92, $R^2=0,77$; CE 2021-2022: DF= 0,91, $R^2=0,69$; CE 2022-2023: DF= 2.35 $R^2=0.88$; CE 2023- 2024: DF= 1.36 $R^2= 0.88$. De la correlación se obtuvo: $r= 0,79$ ($p<0,0354$).

Conclusión

El AH revela que el vector de la EVD en la actualidad encontró las condiciones medioambientales para su desarrollo y si persisten encontrará un nicho favorable en el CE 2024- 2025.

Bibliografía

1. Crill WD, Roehrig JT. Monoclonal antibodies that bind to domain III of dengue virus E. glycoprotein are the most efficient blockers of virus adsorption to vero cells, J Viral. 15 de agosto de 2001;75 (16):7769-73.
2. Gubler DJ. Epidemic dengue/dengue hemorrhagic fever as a public health, social and economic problem in the 21 st century. Trends Microbiol. 2016 Npv3;10(2):100-3. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0966-842X\(01\)02288-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0966-842X(01)02288-0)

3. Gubler DJ; Ooi EE, Vasudevan S, Farrar J. Dengue and dengue hemorrhagic fever, 2nd Edition. CABI;2014: 626 p.
4. Organización Mundial de la Salud. Dengue guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. OMS y programa específico para investigación y capacitación en enfermedades tropicales. 2009; 113-5
5. Green S, Vaughn DW, Kalayanarooj S, Nimmannitya S, Suntayakorn S, Nisalak A, et al. Early immune activation in acute dengue illness is related to development of plasma leakage and disease severity. *J Infect Dis.* 1999;179(11):755-62. 13.
6. Twiddy SS, Farrar JJ, Vinh Chau N, Wills B, Gould EA, Gritsun T, et al. Phylogenetic relationships and differential selection pressures among genotypes of dengue-2 virus. *Virology.* 2002;298(1):63-72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1006/viro.2002.1447> 14. 7. Guzman MG, Harris E. Dengue. *The Lancet.* 6 de febrero de 2015;385(9966):453-65. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60572-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60572-9)
7. <https://www.paho.org/es/temas/dengue>
8. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue> 10. Salles et al. History, epidemiology and diagnostics of dengue in the American and Brazilian contexts: a review. *Parasites & Vectors* (2018) 11:264 <https://doi.org/10.1186/s13071-018-2830-8>
9. Ferreira de Lima and Lima Camara. Natural vertical transmission of dengue virus in *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus*: a systematic review. *Parasites & Vectors* (2018) 11:77 DOI 10.1186/s13071-018-2643-9
10. Enfermedades infecciosas dengue. Diagnóstico de dengue. Guía para el equipo de salud. Nro. 2 Dirección de Epidemiología - Ministerio de Salud de la Nación Av. 9 de Julio 1925 (C1073ABA), Cdad. Autónoma de Bs. As., República Argentina. 4ta. Edición. 2015. ISSN 1852-1819 / ISSN 1852-219X (en línea) Web: www.msal.gob.ar
11. Dustin R, Glasner, et col. Dengue virus NS1 cytokine-independent vascular leak is dependent on endothelial glycocalyx components. *Plos Pathog* 2017 Nov 9;13(11):e1006673. doi: 10.1371/journal.ppat.1006673. eCollection 2017 Nov.
12. Chiaravalloti Neto et al. Seroprevalence for Dengue Virus in a hyperendemic area and associated socioeconomic and demographic factors using a cross-sectional design and a geostatistical approach, state of São Paulo, Brazil. *BMC Infectious Diseases* (2019) 19:441 <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4074-4>
13. Stanaway JD, Shepard DS, Undurraga EA, Halasa YA, Coffeng LE, Brady OJ, et al. The global burden of dengue: an analysis from the global burden of disease study 2013. *Lancet Infect Dis.* 2016;16(6):712-23. Doi.org/10.1016/S1473-3099(16)00026-8 16. Moctezuma-Paz A, Flores-Legorreta JP, Benítez-González GA, Solís Chávez PC. Dengue en tiempos de COVID-19 [Dengue in COVID-19 era]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2021 Nov 1;59(6):463-464. Spanish. PMID: 34904817.
14. Guzmán María G, García Gennel, Kouri Gustavo (2006). El dengue y el dengue hemorrágico: prioridades de investigación [en línea]. Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri, Ciudad de La Habana, Cuba.

EXPLORANDO MOTIVOS DE CONSULTA Y DIAGNÓSTICOS EN LA GUARDIA: UN ESTUDIO RELACIONADO CON EL DENGUE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Autores: Araya SB, Caminos G, Carneiro Soto MA, Cascioni T, Copes Andrada M, Fernandes Cezário G, Grando R, Liberatore D y Palma, JM.
Estudiantes de 5to año de Clínica Médica - UNR

Palabras clave: Dengue, guardia externa, arbovirosis, motivos de consulta, ocupación de camas, reorganización de recursos.

Introducción

En el presente año Rosario concentró el 71% de los casos de dengue de la Provincia de Santa Fe. La emergencia de arbovirosis en los meses epidemiológicos tuvo un notable impacto en el proceso salud-enfermedad de la población y en el sistema de salud, puntualmente en las guardias de urgencia/emergencia. Este estudio se centra en las características de dicho impacto en la Guardia Externa del Hospital Juan Bautista Alberdi (HJBA), efector de 2do nivel de complejidad.

Objetivos

Describir los motivos de consulta más frecuentes en el primer semestre de 2024. Analizar la correlación entre el número de consultas y la incidencia del diagnóstico: dengue. Analizar la correlación entre el diagnóstico: dengue y la ocupación de camas de internación.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo y analítico en el que se utilizaron datos de pacientes mayores de 14 años que consultaron en la guardia del HJBA entre enero y junio de 2024. Se utilizó la base de datos del Servicio de Estadística del Hospital, constituida por los registros médicos codificados a través del CIE-10 en el sistema DATATECH. Los datos se analizaron utilizando SPSS Statistics.

Resultados

En el período evaluado se presentaron 15723 consultas, siendo los motivos más prevalentes: “dolor”, “otra atención médica” y “fiebre”. Se observó una mayor frecuencia de consultas en los meses correspondientes al período epidemiológico (enero-febrero-marzo) (Tabla 1). Al momento del egreso se registraron 101 diagnósticos diferentes, siendo los más prevalentes: “fiebre del dengue clásico (A90)” en primer lugar, seguido por “fiebre (R50)” y “dolor abdominal (R10.1)”. Se obtuvo correlación estadísticamente significativa entre el diagnóstico “fiebre del dengue clásico (A90)” y la cantidad de consultas durante los meses epidemiológicos ($P < 0.05$) con un coeficiente de correlación de Pearson (R) de 0.89 indicando fuerte relación positiva entre ambas variables (Tabla 2), así como con la ocupación de camas de internación ($R: 0.64 / P < 0.05$) (Tabla 3)

Discusión

Estos resultados sugieren que el aumento de casos de dengue se acompaña de un incremento notable del número de consultas y asimismo, de la ocupación de camas. Tratándose de una patología con elevada morbimortalidad deberían implementarse de manera precoz medidas de prevención y control, así como la reorganización de los recursos médicos para manejar adecuadamente la carga asistencial.

Conclusiones

El presente estudio destaca el impacto del dengue en la guardia externa de un hospital de 2do nivel y la necesidad de reorganizar los recursos: implementación de triaje, utilización de camas de internación y capacitación al personal para afrontar los meses de mayor demanda.



Tabla 1

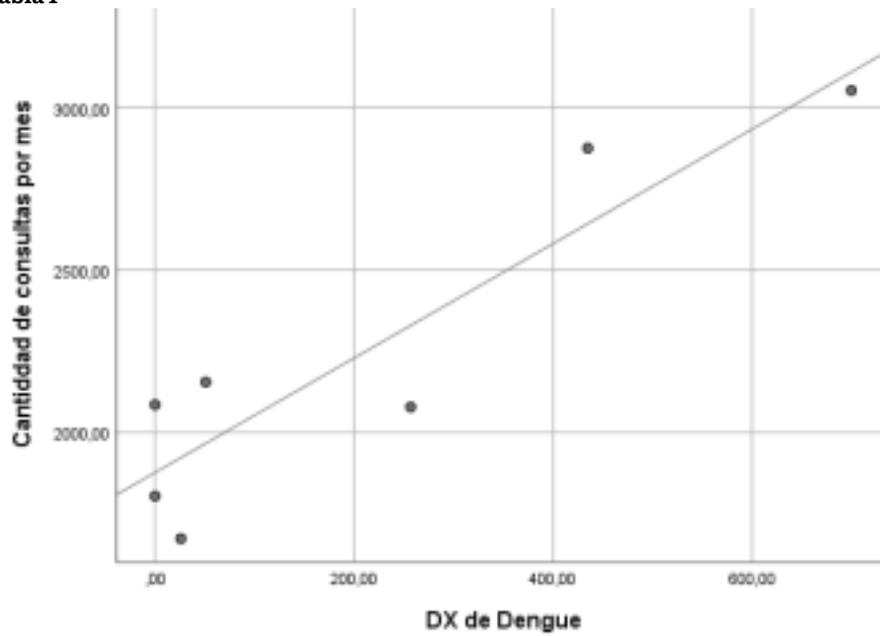


Tabla 2

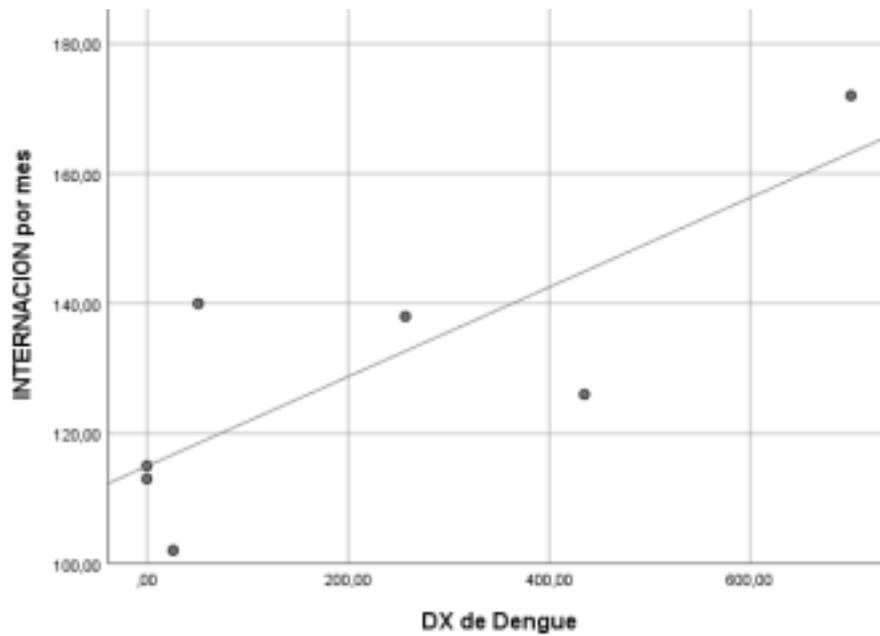


Tabla 3

BANDERAS ROJAS EN LUMBALGIA: LA RELEVANCIA CLÍNICO-PRONÓSTICA DE ESTE ENFOQUE

Autores: Peira A, Rojo Caggiano M, Hernández N, Ferrari MC, Bravo Toro ZS, Kóbila MC, Cannelli MF, Terlesky AM, Pilotti FM, Miljevic JN.

Servicio De Clínica Médica - Hospital Juan Bautista Alberdi - Secretaria De Salud Pública Municipalidad de Rosario.

Carrera de Posgrado Clínica Médica - Residencia De Pami - UDA Municipal - Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario.

Introducción

El concepto de “Bandera roja” pone el foco en determinados signos de alarma, que, de estar presentes, anuncian problemas potencialmente mucho más complejos de origen infeccioso, tumoral, traumático o metabólico a nivel de la columna, cauda equina y/ o cono medular, o dolor referido de patología torácica, abdominal o pelviana.

Caso clínico

Paciente de 61 años que consulta por cuadro de 8 días de evolución de dolor intensidad 10/10 en región glútea que irradia a cara anterior del muslo e imposibilita el descanso asociado a parestias en dicha zona y síndrome febril. Refiere analgésico-antiinflamatorio IM 72 hs previas, con mejoría temporal y episodio de sudoración hace 24 hs. Niega otros síntomas.

Antecedentes

Internaciones reiteradas por descompensación de IC y EPOC - DBT II - IR ERC- Ex tabaquista de 88 paquetes año. Tto: losartan, amlodipina, carvedilol, espironolactona, insulina NPH/ corriente, cilostazol, simvastatina, AAS, budesonide/formoterol, salbutamol, tramadol. Antecedentes ginecoobstétricos: G8 P5 C1 A2 (última menstruación 36 años). Ligadura tubaria.

Examen físico

Lúcida, vigil ubicada globalmente. Cabeza y cuello S/P -Compensada hemodinámicamente y ventilatoriamente. Abdomen S/P- Espino Palpación lumbar (+), Lasegue izq (+). Godet (+) bilateral. Movilidad conservada. Neurológico: S/P- Laboratorio: Hto 24.6%. HB 8.1 gr/dl. GB 9390 mm³(76.4/15), Ionograma 130/3,7/98 mEq/l, Hepatograma normal. LDH/CPK S/P- VES 40mm/PCR 236. EAB: PH 7.37. PCO₂ 26.2- eb 0.5. Orina proteinuria aislada 0.85 gr/l- Glucemia 383 mg/dl- Hb glicosilada 8.2.

Bacteriología

Hemocultivos x 2/2 (+) SASM. Rx tórax S/P. Rx cadera bilateral: Esclerosis subcondral izq. Ecografía abdominal renal: S/P- ECG: S/P- ETT: Hipertrofia concéntrica- FSVI conservada-FEY 60%- AI levemente dilatada.

RMI

Proceso herniario L5-S1 asociado a colección epidural lumbar y 3 colecciones líquidas en músculos paraespinales izquierdos. No se descarta Discitis L5-S1

Evolución

Se solicita urocultivo (positivo E.coli), hemocultivos x 2 (2/2 + SAMS) por lo que se sospecha espondilodiscitis. RMI absceso epidural, probable discitis. Se indica ATB dirigido: ceftriaxona EV x 5 días, seguido de cefalotina EV x 13 días. Luego se indica ciprofloxacina EV x 16 días. Ecocardiograma descarta EI. Al alta ciprofloxacina por 3 a 6 meses control clínico, RFA y nueva RMI-

Discusión

La lumbalgia es una causa reconocida de consulta frecuente a guardia general, el tratamiento sintomático sin evaluar la causa y gravedad de la misma, puede retardar y/ o enmascarar manifestaciones clínicas de mayor severidad, pudiendo generar complicaciones no deseadas.

BANDERAS ROJAS EN CEFALEA: UN VERDADERO DOLOR DE CABEZA EN LA URGENCIA DIAGNÓSTICA

AUTORES: De Rosa L, Firpo CA, Talamonti M, Olivieri MP, Lazarte YD, Tapia DP, Rodríguez CP, Capiottri JP, Ferri ME, Mosconi SV, Jairala JI, Espona CD, Menichini ML.

Posgrado. Carrera de Especialización en Neurología FCM-UNR. Hospital Provincial del Centenario.

Introducción

La identificación de banderas rojas es fundamental para distinguir cefaleas primarias de aquellas que pueden ser indicativas de condiciones subyacentes. Es importante conocer las mismas, así como identificar a qué patologías se relacionan más frecuentemente, ya que esto guía el estudio y tratamiento. Nuestro objetivo es evaluar la utilidad de las banderas rojas en el estudio de causas secundarias no quirúrgicas de cefalea, en pacientes inmunocompetentes. Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, analítico de pacientes mayores de 18 años con cefalea y banderas rojas asociadas, que consultaron en la guardia general de un hospital de 3° nivel de la ciudad de Rosario (enero 2021 y diciembre 2023).

Resultados

Total de 217 pacientes, 61.75% mujeres, promedio de edad de 40.41 años. Banderas rojas más frecuentes: “cefalea nueva” 76.96% , “déficit neurológico” 64.05%, “cefalea progresiva” 52.07%, “inicio en mayor de 50 años” 26.72% , “cambios en el patrón habitual” 14.28% y “fiebre” e “inicio abrupto” 13.82%. 93.5% manifestó más de una. Al 90.78% se les realizó TAC craneo, 35% RMI craneo y 48.84% punción lumbar. Diagnósticos probables: 16.58% neuropatía craneal, 14.28% enfermedad cerebrovascular (ECV), 11.98% infección de sistema nervioso central (SNC), 6% hipertensión intracranial idiopática (HII), 4.6% patología inmunomediada, 2.76% funcional y 13.82% otros (convulsión, trombosis SNC, infección sistémica). El 5.9% migraña y 2.76% cefalea tensional. En 20.73% de los pacientes, se consideró el diagnóstico de cefalea episódica, de probable etiología primaria, al presentar estudios complementarios mencionados sin alteraciones. El 52.53% fueron dados de alta desde la guardia, 42.39% internados en sala general y 5.06% en unidad de cuidados intensivos (UTI). Se observa una adecuada fuerza de asociación entre: diagnóstico final de ECV y las banderas rojas “mayor de 50 años” (p <0.01), y déficit neurológico (p 0.01); infección de SNC y “progresiva” (p 0.03), “antecedentes neoplásicos” (p 0.03), “déficit neurológico” (p 0.038), “convulsión” (p 0.016) y “fiebre” (p <0.01); HII y “papiledema” (p <0.01). En lo que respecta al destino del paciente, se encontró asociación con potencia estadística la presencia de “déficit neurológico” (p 0.009) y “fiebre” (p 0.013) con internación en sala, y el ingreso en UTI con “déficit neurológico” (p 0.015) y “síntomas sistémicos” (p 0.021).

Existe un impacto significativo en la población femenina y en un grupo relativamente joven. Las banderas más frecuentes, como “cefalea nueva”, “déficit neurológico”, “cefalea progresiva” y “mayor de 50 años”, resaltan la necesidad de una evaluación exhaustiva, ya que su presencia se asoció con diagnósticos neurológicos graves. Además, se encontró que aquellos con déficit neurológico y fiebre tenían una mayor probabilidad de ser hospitalizados, subrayando la relevancia de estas características. Es necesario establecer protocolos para la evaluación de cefaleas en urgencias.

DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS DE ACV ISQUÉMICO AGUDO DE TRONCO: REVISANDO CRITERIOS DE CUIDADOS CRÍTICOS

Autores: Capriotti J, De Rosa L, Espona C, Ferri ME, Firpo CA, Jairala JI, Lazarte YD, Menichini ML, Mosconi SV, Olivieri MP, Talamonti M, Tapia DP.

Posgrado. Carrera de Especialización en Neurología FCM-UNR. Hospital Provincial del Centenario.

Introducción

Las lesiones vasculares que se localizan en el tronco encefálico representan aproximadamente el 7.5 % de todos los accidentes cerebrovasculares que afectan al territorio posterior (ACV) (1). Generalmente se presentan como síndromes alternos ya que afectan las vías largas y los nervios craneanos. Sin embargo, por el tamaño reducido y la alta densidad de las estructuras anatómicas involucradas los síntomas de presentación pueden variar. La sintomatología más frecuentemente reportada son síntomas motores puros, similar a lo que ocurre en los ACV isquémicos de región capsular (1). La presencia de ataxia, disartria y vértigo puede orientarnos a pensar que la lesión se ubica en tronco encefálico. Por las características anatómicas antes mencionadas, el avance del edema propio de las lesiones vasculares isquémicas en evolución puede incrementar las manifestaciones clínicas y por ende requerir monitoreo en áreas críticas durante las primeras horas de ocurrido el evento.

Objetivo

Describir las características clínicas y evolutivas durante la internación de un grupo de pacientes con diagnóstico de ACV isquémico de tronco encefálico.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal; realizado en un hospital de 3° nivel de la ciudad de Rosario, Santa Fe que incluyó pacientes con diagnóstico de ACV isquémico de localización en tronco encefálico

Resultados

Se incluyeron 27 pacientes, 77.8% de sexo masculino, 22.2% sexo femenino. La media de edad fue 55 años (DE 9,747). Con respecto a sus comorbilidades, el 48.1% de los pacientes tenían diagnóstico de Diabetes (DBT), 40.7% son tabaquistas (TBQ). El resto de las variables estudiadas resultaron similares a lo descrito en la literatura. (6,7)

En cuanto a la localización de los infartos 29.6% asentaron en bulbo raquídeo, un 55.6% afectaron a la protuberancia y un 14.8% al mesencéfalo. Con respecto a la etiología es de destacar que el 59.3% fueron lacunares.

En el plano de las manifestaciones clínicas generales el 44.4% de los pacientes presentaron pródromos, siendo mareo y vértigo el síntoma más prevalente. El motivo de consulta más referido fue la paresia en el 63% , lo cual fue objetivado en el examen físico en un 81.5% de los casos, seguido de disartria en un 55.6%, el 37% presentó trastornos deglutorios y por último el 14% evidenció nistagmus.

Solo el 14.8% presentó progresión de foco, y con respecto a las complicaciones reportadas (infecciones y muerte) estas fueron del 14% del total.

Es de subrayar que aquellos que presentaron antecedentes de TBQ y etilismo, mostraron mayor prevalencia de trastornos deglutorios como complicación ($p=0.04$).

Discusión

La edad de nuestra muestra fue algo inferior a lo reportado para los ACV isquémicos en nuestro medio (5), esto podría estar relacionado con las características de atención en nuestro sistema de salud donde los pacientes mayores de 65 años suelen recibir atención por PAMI.

La prevalencia de DBT en nuestra muestra fue superior a lo reportado en la bibliografía (20-30%), también la cantidad de pacientes TBQ (26.5% en la bibliografía), esto está en congruencia con la alta frecuencia de eventos lacunares de la muestra (30% en la bibliografía), ya que son dos factores de riesgo conocidos para enfermedad de pequeño vaso.

En la bibliografía consultada los síntomas más frecuentemente reportados fueron hemiparesia, disartria y trastornos deglutorios los cuales también fueron representativos en nuestra muestra, dándole validez metodológica a nuestra experiencia. Es de resaltar la alta frecuencia de pródromos, entendidos estos como síntomas inespecíficos transitorios previos a la instalación del cuadro, siendo tal vez una herramienta que pueda mejorar el índice de sospecha del médico que tiene el primer contacto con los pacientes.

La baja tasa de complicaciones y evolución tórpida que observamos en nuestra experiencia es un hecho a destacar, estas rondaron el 14% en general, lo cual es comparable con lo reportado en la bibliografía para ACVs de territorio anterior. Esto cobra importancia en el análisis ya que como mencionamos, estos pacientes suelen ingresar a cuidados críticos al menos en forma transitoria por la probable evolución del edema descrito clásicamente. Esta experiencia nos abre la puerta a plantear si es realmente necesario este tipo de monitoreo continuo, teniendo en cuenta que el solo ingreso a UTI expone al paciente a riesgos de adquirir infecciones intrahospitalarias.

Cabe destacar que los trastornos deglutorios fueron más prevalentes en pacientes TBQ y estilistas ($p=0.04$) esto podría deberse al mal manejo de secreciones y parálisis de cilias respiratorias que caracteriza a estos pacientes aunque es válido mencionar que los ACV que asientan en el tronco encefálico per se generan trastornos deglutorios porque se lesionan núcleos de los pares craneales que controlan y regulan el reflejo de la deglución(3). Igualmente para buscar este tipo de relaciones sería prudente realizar otro tipo de estudio con otro diseño.

Finalmente como debilidades queremos resaltar la baja numeración de nuestro estudio, además por las características de nuestra población pareciera justo mencionar que las conclusiones aplicarían para pacientes jóvenes con infartos lacunares de tronco encefálico, aunque esto lo evidenciamos como una limitante, es un importante aporte ya que por el avance de los factores de riesgo cardiovasculares estas patologías cada vez se presentan a edad más corta.

Conclusión

Por los resultados de nuestro estudio podemos concluir que debemos resaltar la importancia de un adecuado interrogatorio en este tipo de pacientes dirigido a recabar datos sobre la presencia de pródromos como vértigo y disartria ya que a veces pueden pasar desapercibidos y pueden ser una importante herramienta diagnóstica.

Es importante estar atentos a la presencia de trastornos deglutorios en estos pacientes ya que suelen presentarlos, en ese sentido la prueba de los 3 tragos en el examen físico y eventualmente la videodeglución y el abordaje conjunto con el servicio de nutrición son mandatorios.

Por otro lado destacamos la baja tasa de complicaciones distintas a trastornos deglutorios que presentaron nuestros pacientes, baja mortalidad, baja progresión de foco y complicaciones infecciosas. Esto nos plantea la posibilidad de monitoreo en sala general de estos pacientes al igual que lo hacemos con los ACV de territorio anterior guiados por la escala de NIHSS.

Todo esto siempre teniendo en cuenta que según nuestra muestra estas conclusiones serían válidas para pacientes mayormente jóvenes con ACV lacunares de tronco encefálico

Bibliografía

1. Huang, R., Zhang, X., Chen, W., Lin, J., Chai, Z., & Yi, X. (2016). Stroke subtypes and topographic locations associated with neurological deterioration in acute isolated pontine infarction. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 25(1), 206-213.
2. Teasell, R., Foley, N., Doherty, T., & Finestone, H. (2002). Clinical characteristics of patients with brainstem strokes admitted to a rehabilitation unit. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 83(7), 1013-1016.
3. Yang, C., & Pan, Y. (2022). Risk factors of dysphagia in patients with ischemic stroke: a meta-analysis and systematic review. *PloS one*, 17(6), e0270096.
4. Kjaersgaard, A., & Pallesen, H. (2020). First-hand experience of severe dysphagia following brainstem stroke: two qualitative cases. *Geriatrics*, 5(1), 15.
5. Melcon, C. M., & Melcon, M. O. (2006). Prevalence of Stroke in an Argentine Community. *Neuroepidemiology*, 27(2), 81-88. <https://doi.org/10.1159/000094978>
6. Escalante, R., Lourido, M., Melcón, C., & Curatolo, L. (2003). Accidente cerebrovascular en la Policlínica Bancaria: Registro de 1699 eventos consecutivos. *Revista Neurológica Argentina*, 28(2), 91-95.
7. Ortiz-Galeano, I., Fernández Balmaceda, N. E., & Flores, A. (2020). Cardiovascular risk factors in patients with stroke. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 7(1), 50-55. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2020.07.01.50-055>
8. Rojas, J. I., Zurru, M. C., Patrucco, L., Romano, M., Riccio, P. M., & Cristiano, E. (2006). Registro de enfermedad cerebrovascular isquémica.

Medicina (Buenos Aires), 66(6), 547-551. Rodríguez Lucci Federico, Pujol Lereis Virginia, Ameriso Sebastián, Povedano Guillermo, Díaz María F., Hlavnicka Alejandro et al. Mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2013 Ago [citado 2023 Feb 21]; 73 (4): 331-334. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000400006&lng=es.

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES EN LA PUESTA EN MARCHA DE UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL MARCO DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL: UNA EXPERIENCIA DE EVALUACIÓN PARTICIPATIVA

Autores: Elliff. M I, Bustos De, Mussi M, Chaparro ES, Gonzales L, Figueredo P, Roldán GA, Consultorios Externos, Primer Nivel, Hospital “Intendente G. Carrasco”, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

Resumen

La implementación de un primer nivel de atención que responda a los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS) en el escenario de un hospital de segundo nivel, conlleva una serie de desafíos y oportunidades específicas que lo diferencian de aquellos que pudieran encontrarse en un Centro de Salud. La lógica de funcionamiento hospitalaria, que a menudo sostiene prácticas de fragmentación y eficacia pragmática, puede entrar en tensión con los procesos de atención de un equipo de salud de primer nivel. La adscripción de población, fundamental en estos últimos, implica una responsabilidad integral, con acompañamiento longitudinal de grupos familiares que requieren frecuentemente de la intervención transversal o matricial de diferentes especialidades y tecnologías.

En la experiencia de implementación de un primer nivel en el escenario de un hospital, estas dos lógicas dan lugar a diferentes tensiones, en ocasiones basadas en creencias erróneas sobre en torno a los conceptos de “niveles de complejidad” y “atención primaria”.

Objetivos

El presente trabajo busca describir las oportunidades y desafíos que plantean la puesta en marcha de un primer nivel de atención en el Hospital “Intendente G. Carrasco” (HIC), por medio de una metodología de investigación-acción participativa que permita identificar las dificultades que plantea un medio hospitalario para el desarrollo de tareas de adscripción de población, así como las oportunidades que este mismo medio ofrece y que hacen de un primer nivel hospitalario una oportunidad estratégica para el resto de la red de salud.

Resultados

Algunos de los resultados resaltan la diferencia consensuada entre “niveles de complejidad” y atención primaria como estrategia de organización del sistema de salud, resaltando el carácter de tecnología específica que implica la gestión clínica de la demanda espontánea de la población. De este modo, se definieron los niveles como una forma de organización material de los recursos tecnológicos y de conocimiento, siendo los niveles 2 y 3 aquellos que intervienen de manera transversal en diferentes momentos de la historia de los usuarios adscritos y a las tecnologías propias del primer nivel como aquellas centradas en la accesibilidad, integralidad, historicidad y longitudinalidad de los procesos de atención.

Este reconocimiento permitió posicionar al trabajo del primer nivel como un elemento indispensable para el funcionamiento eficaz del hospital, permitiendo identificar recursos, necesidades propias y valoraciones positivas de la tarea. Por otra parte, se identificó la mayor accesibilidad a los recursos del segundo nivel como una fortaleza. La implementación de actos únicos en salud (AUS), tanto programados (como el caso del AUS pie diabético) como espontáneos (cuando, ante una situación clínica compleja, se recurre rápidamente a la consulta de varios especialistas y al uso de diversas metodologías diagnósticas) constituyen un recurso valioso tanto para el primer nivel del HIC como para otros centros de salud de la red.

HISTORIA DE LA FONOAUDIOLÓGÍA: CARTOGRAFÍA DE UNA IDENTIDAD PROFESIONAL

Autores: ISAIAS, A¹; ALBERTO, A., GONZÁLEZ, G., MALACRIDA, L., RAÑEZ, S., ARTEAGA, M. V., RICA, R., RANDISI, F.; MATILLER, L.

Escuela de Fonoaudiología FCM-UNR.

Introducción

El presente trabajo se enmarca en el proyecto “Historia de la fonoaudiología en Rosario: surgimiento, desarrollo y profesionalización de la disciplina durante el periodo 1943-1985 desde una perspectiva de género”. A partir de los avances realizados, interesa en esta oportunidad reflexionar sobre las condiciones materiales en las que se producen los actos de atención y cuidado por parte de las profesionales de la fonoaudiología. La importancia de ello radica en que estas condiciones están estrechamente vinculadas con el acto de escuchar, comunicarse, comprender, cuidar, de ahí que la bibliografía lo denomine como tecnologías relacionales. Partimos de la premisa de que en tales condiciones materiales se (re)producen relaciones de género y que las relaciones de género (re)producen condiciones materiales.

Objetivo

El propósito de este trabajo es analizar los diferentes espacios físicos (y sus condiciones) que fue ocupando la profesión fonoaudiológica en el ámbito de la Facultad de Ciencias Médicas y el Hospital Provincial del Centenario, tanto para realizar tareas docentes como asistenciales, considerando que los usos del espacio reflejan y/o reproducen jerarquías disciplinares que, a su vez, dan cuenta de una desigualdad de género.

Material y método

Para el análisis se procedió a la triangulación de fuentes documentales (resoluciones decanales, notas, memorias, entre otras) y registros orales. Los datos obtenidos de tales fuentes, fueron a su vez plasmados en un plano (arquitectónico) para contrastar las distribuciones espaciales entre las carreras de la FCM.

Resultados

A lo largo del desarrollo y profesionalización de la fonoaudiología, los lugares destinados a la actividad académica y asistencial siempre han formado parte de los reclamos elevados. Dichos pedidos se fundamentan, además de la falta de espacios, en las condiciones de los ya otorgados, caracterizados por su difícil acceso, su poca o precaria infraestructura, sus reducidas dimensiones y la falta de recursos, entre otras. Asimismo, estas condiciones materiales también se han encontrado reflejadas en la dispar distribución de cargos de docencia y de gestión, acentuando la relación histórica de la fonoaudiología como “auxiliar de la medicina”.

Reflexiones preliminares

Una mirada en perspectiva permite identificar que el proceso de profesionalización e independencia de la fonoaudiología (curso-carrera-licenciatura) no se corresponde con la asignación y usos de los espacios habitados/transitados. Esta disparidad tiene implicancias que se reflejan en las condiciones de trabajo (tecnologías blanda- duras) y los modos en los que lxs trabajadorxs de la salud nos relacionamos con otrxs profesionales y usuarios (tecnologías blandas). En este sentido, se considera que tales desigualdades no pueden analizarse por fuera de las tensiones vigentes en las relaciones interdisciplinarias, signadas por diferencias de género y por otras relaciones jerárquicas que existen entre las profesiones.

1 Prof. Titular de Metodologías de la Investigación, Escuela de Fonoaudiología, FCM

¿QUIEREN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA REALIZAR UNA RESIDENCIA MÉDICA?

Autores: Cipolatti B, Iturbide C, Echavarría PB, Baena D, Finucci Curi B, Blasevich N, Street E.
Posgrado. Carrera de Especialización en Clínica Médica FCM-UNR. Hospital Provincial de Rosario.

Introducción

Las residencias médicas son un sistema de formación de posgrado que permite adquirir competencias de especialistas. Son una etapa fundamental en el desarrollo de los médicos para lograr insertarse en el sistema de salud laboral. En la actualidad, hay una tendencia a la renuncia silenciosa, frente a la elección de realizar una residencia médica. Durante la residencia se atraviesan diferentes desafíos: alta carga horaria, exposición al estrés, falta de reconocimiento como trabajadores y remuneración adecuada, falta de contemplación de la vida social y familiar.

Objetivos

Describir las características sociodemográficas de la población.
Identificar el porcentaje de estudiantes de medicina que planean realizar una residencia.
Identificar la residencia elegida y la preferencia por el sector de salud público o privado.
Describir el motivo por el que los estudiantes de medicina deciden realizar o no una residencia médica.

Materiales y Métodos

Prospectivo, transversal y descriptivo, desarrollado por encuestas de 11 preguntas que permiten responder a los objetivos planteados de manera completa y justificada. La población fueron estudiantes de la carrera de medicina (4to, 5to año y Práctica Final Obligatoria), en el mes de Agosto del año 2023, en la ciudad de Rosario.

Resultados

Se obtuvo un total de 471 estudiantes, de los cuales, el 80% quieren hacer una residencia médica con una tendencia del 69% que prefería el sector público sobre el privado. El motivo de elección fue en un 58% por interés académico. La muestra estuvo compuesta 33% (n156) por hombres y 66.9% (n315) por mujeres. Según los estudiantes, en 160 casos, las respuestas se basaron en sugerencias de médicos y 94 casos se basaron en sugerencias de profesores.

Conclusiones

A partir de las encuestas, podemos afirmar, que la mayoría de los estudiantes de medicina prefiere realizar una residencia médica luego de su egreso. En cuanto al sistema de salud, se evidencia una marcada tendencia por la elección del sector público frente al privado. La especialidad más elegida fue Clínica Médica. La principal motivación de los estudiantes frente a la decisión de realizar residencia médica fue por interés académico. En cuanto al grupo de estudiantes que alejan la posibilidad de realizar residencia médica, refieren basar su decisión en proyectos familiares y laborales incompatibles. Las respuestas de los encuestados se basaron principalmente en opiniones y sugerencias de médicos y de profesores de la universidad. La mayoría de las preguntas fueron respondidas por mujeres, adultos jóvenes, de procedencia argentina.

GARANTIZAR ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE SALUD DE UN GRUPO FAMILIAR MEDIANTE UNA DOBLE REFERENCIA A DOS CENTROS DE SALUD

Autoras: Castellanos G, Ghirardi S, Masuero M, Rivero L. Médicas graduadas en la Universidad Nacional de Rosario, residentes de la Carrera de posgrado de Medicina General y Familiar.

Introducción

Partiendo del acompañamiento de un grupo familiar, planteamos la referenciación en dos centros de salud para romper algunas de las barreras y garantizar la accesibilidad al sistema de salud. Ponemos en juego la construcción de redes para el trabajo interdisciplinario e intersectorial.

Objetivos

- Dar a conocer el trabajo de dos equipos del primer nivel de atención y su abordaje en conjunto para el acompañamiento de una familia.
- Analizar la importancia de la construcción de redes y el abordaje interdisciplinario para construir proyectos terapéuticos y garantizar la accesibilidad.

Modalidad de trabajo

Relato de experiencia

Síntesis

La situación de Paula y su familia nos invita como residentes a reflexionar acerca de los modos de atención, la heterogeneidad de las listas de problemas y la construcción de proyectos terapéuticos que respondan a las necesidades. Nos desafía a repensar las redes y los vínculos establecidos por los Equipos de Referencia en su función terapéutica.

ANÁLISIS FRACTAL DE LA ANATOMÍA DE LAS ARTERIAS CORONARIAS: COMPORTAMIENTO Y PRONÓSTICO EN LA SALUD CARDIOVASCULAR

Autores: Yaber V, Giraudo N, Magallanes V, Vansteenkiste JI, Mas L, Cabral ME, Molinas, JL.
Sección de Tórax del Museo de Ciencias Morfológicas Dr. Juan Carlos Fajardo. Cátedra de Anatomía Normal. Equipo de Investigación Morfológica Funcional y Sistémica. IMOFyS. Cátedra de Fisiología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. Servicio de Hemodinamia del Hospital Provincial de Centenario

Introducción

La anatomía de las Arterias Coronarias Derecha (ACD) e Izquierda (ACI) fueron estudiadas por disciplinas médicas, involucradas en el diagnóstico y tratamiento de patologías cardiovasculares, que según la Organización Mundial de la Salud son la principal causa de morbilidad, discapacidad y muerte a nivel mundial. Las Arterias Coronarias (AC) se dividen en 16 segmentos, según la Asociación Americana del Corazón para la lectura angiográfica. Las AC son fractales, pueden analizarse por algoritmos que determinen la Dimensión Fractal (DF), ocupación espacial de las AC, y el coeficiente predictivo (R2), determinante de su capacidad de adaptación. Se analizó la segmentación coronaria por disección para la comprensión de imágenes y se comparó el comportamiento de AC en angiografías a través del Algoritmo Higuchi (AH).

Material y Métodos

Se realizó la disección de las AC epicárdicas derechas e izquierdas en un corazón humano, de varón, conservado en formol al 5%. Se realizó un análisis comparativo de las AC, diseño transversal y descriptivo, para ello se utilizaron angiografías de las AC obtenidas por cateterismo cardíaco. Se analizaron imágenes de pacientes adultos, 60 % fueron varones y 40 % mujeres, edad promedio 60,8 años \pm 7,6, seleccionadas al azar. Se aplicó el algoritmo de Higuchi a 16 angiografías de arterias coronarias normales (2 derechas/ 2 Izquierdas) y patológicas (6 derechas/ 6 Izquierdas). Se determinaron la DF y R2 y se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson entre ambos parámetros fractales.

Resultados

Se hallaron por disección los segmentos (S): S1-S2-S3-S4-S16- S16a - S16b en la ACD y S6 - S7 -S8 - S9 - S9a- S10 - S10a- S12 en la ACI. La DF y R2, se expresaron como Mediana (M) y Desvío Estándar (\pm). Se obtuvo para DF: ACD Normal: M=1,39 (\pm) 0,3; Patológica: M=1,08 (\pm) 0,74; Tronco de la ACI: Normal: M=1,35(\pm)0,1, Patológica: M= 0,48(\pm)0,17; Arteria Descendente: Normal: M=1,93 (\pm) 0,23, Patológica: M=1,88 (\pm) 1,2; Arteria Circunfleja: Normal: M=1,24 (\pm) 0,16, Patológica: M=0,44 (\pm) 0,27. Se obtuvo R2 para: ACD Norma: M=0,93 (\pm) 0,06, Patológica: M=0,65 (\pm) 0,21;Tronco de la ACI: Normal: M=0,89 (\pm) 0,03, Patológica: M=0,51 (\pm) 0,01; Arteria Descendente: Normal: M=0,92 (\pm) 0,04, Patológica: M=0,43 (\pm) 0,45; Arteria Circunfleja: Normal: M= 0,93 (\pm) 0,03, Patológica: M=0,50 (\pm) 0,51. Se asociaron Dimensiones Fractales vs. Coeficientes de Determinación Predictivo de los vasos evaluados logrando el mejor ajuste con el Coeficiente de Correlación de Pearson: $r=0,93$ ($p < 0,0001$).

Conclusión

Respecto a la valoración de la disección de vasos coronarios: optimizó la comprensión de los segmentos angiográficos obtenidos por cateterismo. En relación a la aplicación del modelo matemático en vasos coronarios con o sin patología, el algoritmo de Higuchi reveló los cambios morfológicos vasculares y la pérdida de propiedades fractales, motivo por lo cual podría predecir eventos clínicos futuros.

ASCITIS REFRACTARIA, TRATAMIENTO CON COLOCACIÓN DE TIPS (SHUNT PORTOSISTÉMICO INTRAHEPÁTICO TRANSYUGULAR): CASO CLÍNICO

Autores: Gualco Ji, Boestch S, Sigal N, Rigoni M, Carvalho M, Haiber N, Horane V, Oubel M, Somenzini C (Jtp, Clínica Médica).

Alumnos de Grado 5° Año Clínica Médica UDA Hospital Centenario. Alumnos de posgrado de la Carrera de Clínica Médica y Gastroenterología de la FCM-UNR.

Introducción

La ascitis es la complicación más frecuente en pacientes con cirrosis, alrededor del 60 % de las cirrosis desarrollan ascitis en los primeros 10 años después del diagnóstico. Esto ocurre cuando aparece hipertensión portal. Si bien la gran mayoría de los pacientes que presentan ascitis pueden ser manejados adecuadamente con dieta hiposódica y tratamiento diurético. El desarrollo de ascitis en la cirrosis se asocia a un mal pronóstico de sobrevida cayendo a un 50% al año y a un 15-20% a los 5 años por lo que tienen indicación de evaluación como candidatos a trasplante hepático.

Aproximadamente el 10% de los pacientes tienen ascitis refractarias (AR). Los criterios diagnósticos de AR, incluyen a todo paciente con cirrosis hepática y ascitis debida a hipertensión portal, la cual no puede ser movilizada o cuya recurrencia temprana no se puede evitar por falta de respuesta a la restricción de sodio y al tratamiento diurético; o la imposibilidad de utilizar dosis efectiva o máxima de diuréticos, debido a la aparición de complicaciones potencialmente graves asociadas a los mismo. Las complicaciones más frecuentes son hiponatremia y falla renal. Dentro de las alternativas terapéuticas paliativas de los pacientes con AR se presenta: la paracentesis evacuadora repetida con expansión de albúmina, el shunt peritoneo-venoso y los shunts quirúrgicos (en desuso), todos ellos con resultados variables. Se ha propuesto en estos casos el uso de la derivación transyugular intrahepática portosistémica (TIPS) con resultados alentadores aunque ensombrecidos parcialmente por la aparición ocasional de encefalopatía hepática. Sin embargo, el tratamiento definitivo para alguno de estos pacientes es el trasplante hepático.

Caso clínico

Presentamos un interesante caso, de un paciente de 58 años DBT, HTA, portador de una cirrosis hepática alcohólica descompensada por ascitis, el líquido tiene un GASA compatible con hipertensión portal (GASA de 2,2 g/dl). Evolucionó con ascitis refractaria a tratamiento médico con insuficiencia renal secundaria a diuréticos, requiriendo paracentesis evacuadoras. El paciente no ingiere alcohol en el último año y medio. Finalmente se decide la colocación de un TIPS lo cual se asoció con mejoría clínica y de su calidad de vida. Se revisa además la literatura médica existente referente a este tema.

DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y UNA LUCHA CONTRA EL TIEMPO: AORTITIS

Autores: Lamelza L.E, Gallo J, Pedemonte P, Zacchino C, Carrizo M, Santana S.
Residencia de Clínica Médica. Policlínico Pami I. FCM-UNR

Introducción

El término aortitis (Aoi) indica inflamación y daño estructural de la pared vascular aórtica. Es una entidad poco frecuente, cuya causalidad se divide en 2 grupos: infecciosa o no infecciosa. Siendo este último grupo el más frecuente. La causa infecciosa es más rara aún, pero con mayor mortalidad. No obstante, en un alto porcentaje de los casos no se consigue un diagnóstico etiológico.

Caso clínico

Hombre de 75 años, con antecedentes de DBT tipo II, HTA, aneurisma de Ao abdominal (AAoA),

cardiopatía isquémica, tabaquismo, etilismo, ERC y diagnóstico reciente de LMC. Consulta por cuadro de 1 semana de astenia, mareos y debilidad de MMII, acompañado de síndrome febril persistente. Cabe destacar que previamente el paciente cursó internación en otro efector por cuadro similar. Al examen físico, regular estado general, palidez cutáneo - mucosa generalizada. Lúcido, globalmente orientado, sin foco neurológico. TA: 120/80 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 18 cpm, temperatura: 37.2°C, saturación de O₂: 98% (0,21%). Abdomen globuloso, blando, depresible, con dolor a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda, sin defensa ni descompresión.

A su ingreso se toman hemocultivos y urocultivo (sin desarrollo microbiológico), se realiza ecografía abdominal (sin particularidades), ecocardiograma (sin vegetaciones) y ecografía AoA con imagen hipo - ecogénica heterogénea, con material en su interior. Por dicho hallazgo, se solicita TAC abdomino - pelviana donde se evidencia aneurisma Ao infrarrenal con trombosis intramural concéntrica, resolución ad integrum de burbujas a nivel posterior del espesor parietal con persistencia de engrosamiento mural difuso (sugiere descartar proceso infeccioso - aortitis). Para ampliar estudio se realiza angiografía, que informa Ao infrarrenal con aneurisma, diámetro transversal de 40 mm. Laboratorio reumatológico sin particularidades.

Por persistir febril se solicita ETE, el cual resulta negativo. Se realiza tratamiento empírico con meropenem y vancomicina, sin presentar mejoría clínica. Se decide intervención quirúrgica para remoción de foco y estudio etiológico (bypass Ao. Bifemoral), la cual no fue bien tolerada por parte del paciente, quien finalmente falleció. Posteriormente se recibe anatomía patológica de placa de ateroma y ganglio, informándose como no concluyente.

Conclusión

Interesa la presentación de este caso ya que se trata de una entidad rara, con una sintomatología variable e inespecífica por lo cual requiere de un alto índice de sospecha para su diagnóstico. La mayoría de las veces es un hallazgo fortuito en estudios por imágenes. Su diagnóstico etiológico es aún más difícil dada la alta letalidad de la patología y las complicaciones asociadas a su abordaje diagnóstico y terapéutico, quedando frecuentemente sin dilucidar, como fue en el caso de nuestro paciente.

ENCEFALOPATÍA DE HASHIMOTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Colzani, M.; Ascar, E.; Metzler, P.; Galli, M.; Giacomossi, L.; Badias, F.; Dulcich, S.
Posgrado. Carrera de Especialización en Clínica Médica FCM-UNR. Hospital Provincial de Rosario.

Introducción

Se trata de una entidad poco frecuente, con amplio polimorfismo clínico, sin un laboratorio o estudio imagenológico patognomónico. Su fisiopatología aún es discutida y se encuentra asociada a la presencia de anticuerpos antitiroideos, por lo que el tratamiento se basa en inmunosupresores.

Objetivos

Describir el cuadro clínico de la encefalopatía de Hashimoto en una paciente joven con convulsiones. Repasar criterios, diagnósticos y terapéutica.

Desarrollo del caso

Paciente femenina de 21 años con antecedente de traumatismo encefalocraneano grave en la infancia (con colocación de placa frontal de titanio), ingresó a guardia por status convulsivo. Al momento de la evaluación, se encontraba globalmente orientada, bradipsíquica, con falta de fijación de la mirada y lateralización de la misma, nistagmos horizontal bilateral que no agota. A nivel de cuello, no se palpa bocio. Se ingresa e inicia tratamiento anticomicial. Se realiza punción lumbar que evidencia hiperproteíorraquia sin otras alteraciones. Se solicita laboratorio con dosaje de hormonas tiroideas, evidenciándose TSH aumentada, T4L disminuida y anticuerpos antiperoxi-

dasa marcadamente elevados, por lo que se arriba al diagnóstico de tiroiditis de Hashimoto y se decide iniciar tratamiento de reemplazo con T3 y T4. Considerando la sospecha de Encefalopatía de Hashimoto, y que la misma, se trata de un diagnóstico de exclusión, se procede a estudiar y descartar causas infecciosas, autoinmunes, metabólicas, paraneoplásicas y alteraciones estructurales. Posteriormente, se realiza pulso de metilprednisolona, con marcada mejoría clínica. Se indica alta con pauta descendente de corticoides, sin repetir episodios convulsivos.

Conclusión

Por tratarse de una entidad infrecuente, es importante mantener una alta sospecha clínica en pacientes que se presenten con un cuadro neuro-psíquico inespecífico, tras haberse descartado otras causas. En el presente caso clínico, obtuvimos un valor de TSH elevado, pero debe recordarse que en el 50% de los casos puede tratarse de pacientes eutiroideos.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA: UNA ENFERMEDAD GRAVE ATRAVESADA POR DISTINTOS CONTEXTOS SOCIALES

Autores: Morales J, López MDP, Miele G, Huhn V, Ranieri M, Kippes A, Bértola D, Parodi R.
Alumnos de grado y posgrado. UDA Clínica Médica y Carrera de posgrado Clínica Médica, Hospital Provincial del Centenario FCM-UNR.

Introducción

A pesar de los avances en medicina, la endocarditis infecciosa (EI) sigue siendo una importante causa de muerte y disminución de la calidad de vida. Aunque ha mejorado la morbilidad, la tasa de muerte no experimentó cambios significativos.

La EI es una enfermedad en donde el endocardio es colonizado por microorganismos, lo que desencadena un proceso inflamatorio que culmina con la formación de vegetaciones. Casi siempre afecta a las válvulas cardíacas (previamente enfermas o no). Pese al amplio estudio en el manejo clínico de la EI, los factores sociales que influyen en su aparición han recibido menor atención, aunque no son menos importantes. Las demoras en la consulta médica, la menor accesibilidad a los servicios de salud y el retraso diagnóstico agrava la evolución de la enfermedad, y expone las desigualdades socioeconómicas de la población. Por lo tanto, es esencial abordar la EI no sólo como enfermedad en sí misma, sino también en el contexto social que influye determinadamente en su aparición, evolución y tratamiento.

Objetivo

Analizar tres casos de EI desde una perspectiva bio-psico-social, abordando sus características clínicas y las condiciones sociales que influyeron en la evolución y tratamiento. A continuación, se desarrollará una serie de casos de EI enmarcados en diferentes contextos sociales. Primer caso: varón de 26 años, nacionalidad paraguaya, que se presenta con un cuadro febril de 40 días de evolución. Tras múltiples consultas en el centro de salud en donde fue tratado empíricamente como neumonía, asiste a la guardia del Hospital por empeoramiento de su estado general en donde se diagnostica EI.

Segundo caso: mujer de 43 años que se interna por neumonía. Su estadía se extiende debido a la situación de violencia doméstica por parte de su pareja. Durante su internación presenta cuadro clínico compatible con EI, que es confirmada y posteriormente tratada.

Tercer caso: varón de 34 años, amaurotótico e hipoacúsico, desnutrido, proveniente de Chaco. Es derivado con el diagnóstico de EI. Aunque se consideró la internación domiciliar para continuar el antibiótico endovenoso, ésta fue descartada por sus condiciones de extrema pobreza. No utiliza la lengua oral, sino que se comunica a través de un código gestual intrafamiliar.

El abordaje de los casos desde una perspectiva que incluyó el análisis de los factores psicológicos y sociales permitió detectar desigualdades sociales que indudablemente determinan y agravan la evolución de la enfermedad. El retraso diagnóstico en el primer caso, junto con la imposibilidad de internación domiciliar y barreras comunicacionales del tercero, fueron determinantes en la atención primaria en

salud. Paradójicamente, la situación de violencia doméstica del segundo caso, permitió el diagnóstico no previsto de EI durante la internación. De esta manera es fundamental adoptar un enfoque integral en el tratamiento de la EI, dado que los factores sociales influyen significativamente en su evolución. Los casos analizados subrayan la necesidad de prestar atención y recursos en la atención primaria.

INTERSTICIOPATÍA PULMONAR POR ANTINEOPLÁSICOS.

Autores: Rodriguez AR, Resta R, RE M, Rocchetti NS, Gattino SP, Settecase CJ. Unidad De Cuidados Intensivos. Hospital Eva Perón. Granadero Baigorria. Santa Fe. Argentina.

Autor Principal: Rodriguez Ana Romina.

Introducción

La Bleomicina (BM) es inductor directo de muerte celular e inhibidor de angiogénesis, dosis dependiente. La incidencia de neumonitis intersticial es del 3 al 20% con 300 y 500 mg. Produce daño alveolar difuso, neumonía organizada, neumonía intersticial no específica o bronquiolitis. El uso de corticoides previene falla respiratoria y fibrosis.

Caso

Paciente masculino de 23 años. Antecedentes: trombosis venosa profunda de miembro inferior derecho hace 3 meses, anticoagulación, seminomatesticular estadio III con metástasis pulmonar y ganglionar múltiple en tratamiento con Cisplatino, Etopósido y Bleomicina, finalizado 7 días previos, que ingresa por tos seca, fiebre y disnea progresiva de 5 días que evoluciona a insuficiencia respiratoria con requerimiento AVM. Examen físico: TA 100/70 FR 36 FC 85 SAT 99% Cánula nasal de alto flujo 40lts/100%. Glasgow 15/15. Rales velcro bibasales. Laboratorio: Hb 7.8 g/dl Hto 23.2% plaquetas 520 x10³xmm³ Gb 12.7 x10³xmm³ Urea 18 creatinina 1.9 lactato 1.3 mmol/l ph 7.45 pco₂ 40 mmHg PO₂ 151 mmHg Bicarbonato 26.9 mEq/l ex base 2.6 mEq/l Sat. 99.2% Pcr 17.9 mg/dl Procalcitonina 1.15 ng/ml. Inicia Vancomicina, Piperacilina Tazobactam, Trimetoprima Sulfametoxazol y Anfotericina. Galactomanano 0,85. HIV, VHB, VHC no reactivas. PCR Covid e Influenza negativos. Hemocultivos: Minibal (FILMARRAY) negativos. Tomografía de Tórax: áreas quísticas correspondientes a lesiones en remisión. Vidrio esmerilado y bronquiectasias bilaterales. Engrosamiento intersticial con consolidación en lóbulo superior derecho. Ecocardiograma: normal. Interpretándose como toxicidad por Bleomicina, inicia corticoides e Imatinib. Evoluciona con hipoxemia refractaria, complica con neumonía asociada al ventilador por Acinetobacter Baumanie, shock séptico, fallece al día 11.

Discusión

La toxicidad pulmonar (TP) es el efecto adverso más grave de la BM, de difícil diagnóstico, por exclusión, con una mortalidad 3%. Ocurre meses o años post exposición. Se manifiesta con disnea progresiva. Existe una forma de presentación aguda por hipersensibilidad que cursa con fiebre y eosinofilia. Puede ser reversible al retirar el fármaco. Los corticoides aceleran la recuperación; 1%-4% no responden. Existen reportes del uso de Imatinib con buena respuesta.

Conclusión

La TP por BM es una complicación infrecuente, de mal pronóstico. Puede ser reversible con la suspensión del fármaco y uso de esteroides.

MANEJO COMPLEJO DE ANAFILAXIA RECURRENTE EN PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA

Autores: Alida Grigioni.

Alumnos de grado 5° año. UDA Clínica Médica. Hospital Emergencias Dr Clemente Alvarez. Municipalidad de Rosario.

Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 26 años con diagnóstico de cáncer de mama y múltiples episodios de anafilaxia recurrente, relacionados con una sospecha de mastocitosis sistémica. Durante su tratamiento oncológico, la paciente ha experimentado reacciones alérgicas severas, lo que ha complicado de manera significativa su manejo clínico. Este caso resalta la importancia del diagnóstico temprano y el manejo adecuado de las reacciones anafilácticas, particularmente en pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer. Se discuten los aspectos diagnósticos y terapéuticos en relación a las complicaciones alérgicas y los efectos adversos de los tratamientos farmacológicos.

Palabras clave: Anafilaxia, Cáncer de mama, Síndrome de activación mastocitaria.

MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO FILIADA EN PERSONA JOVEN

Autores: Cruz Lopes Jj, Alves Martins R, Montechiarini M, Olives Mp, Bianco L, Bettini LR, Trivisonno FM, Severini JM, Sacripanti JD, Miljevic JM.

Servicio De Clínica Médica: Hospital Juan Bautista Alberdi - SSPMR. Carrera De Posgrado Clínica Médica- Residencia De Pami - UDA Municipal- FCM-UNR.

Introducción

Actualmente se define miocardiopatía dilatada (MCD) a la presencia de disfunción y dilatación ventricular izquierda pudiendo comprometer también ventrículo derecho, en ausencia de enfermedad coronaria o condiciones de sobrecarga como HTA o enfermedad valvular de suficiente entidad para justificar dicha alteración.

Caso clínico

Paciente de 22 años de edad que concurre al servicio de guardia por cuadro de dos semanas de evolución de astenia, disnea progresiva CFII para CFIII, y tos productiva con empeoramiento de los síntomas las últimas 48 horas. Antecedentes de HTA con reinstauración de tratamiento con Losartan 50 mg/día hace una semana.

Examen físico

SV al ingreso: TA: 120/90 mmHg; FC: 130 lpm; FR: 40 cpm; Sat O₂ 99 % al 0.2l. Peso 133, 5 Kg- Paciente vigil, ubicado globalmente. **Examen neurológico** central y periférico normal. Obesidad grado III (IMC: 40). Presenta taquicardia y taquipnea al ingreso con sudoración fría- Acantosis Nigricans en cuello- **ACV:** R1 y R2 normofonéticos- Soplo sistólico panfocal- Ingurgitación yugular 2/6- Ausencia de reflujo hepatoyugular. **AR:** buena mecánica respiratoria, disminución murmullo vesicular en ambas bases. No utiliza musculatura accesoria. No se auscultan rales crepitantes- **Abdomen:** sin particularidades- **MMII:** Simétricos, sin edemas, pulsos conservados. **Laboratorio:** Hto 40,2%, Hb 12.7 gr/l, GB 12.100 mm³, Plauetas 286.000 mm³, Glucemia: 82mg/dl, Urea 24 mg/dl, creatinina 0.91 mg/dl, ionograma 141/3,5/104 mEq/l, hepatograma y RFA normales. EAB: Normal- **Serologías:** VHB, VHC, VIH, VDRL, Chagas: NO REACTIVAS/ **Perfil tiroideo** normal, **Estudio hierro:** parámetros de ferropenia-Insulinemia normal. **Hb1Ac** 6,2- **Rx** tórax: Cardiomegalia sin signos de hipertensión venocapilar. ECG: Eje eléctrico 0° - (resto normal) **Ecografía abdominal:**

Esteatosis hepática- **Ecocardiografía** M y bidimensional- Ecocardi-doppler concluyen: VI dilatación moderada a severa, hipertrofia excéntrica del VI, espesor parietal normal, hipoquinesia global y difusa, espesor parietal normal, FSVI severamente diprimida, FEY 20%, AI dilatación moderada a severa- cavidades derechas dilatadas- RAÍZ Ao y pericardio normal, Prolapso mitral bivalvar, insuficiencia mitral y tricúspidea leve Angio- TAC descarta lesiones de Ao- Aumento de cavidades izquierdas-sin derrame pleuro-pericárdico. RMI Miocardiopatía dilatada sin alteraciones sugestivas de su etiopatogenia

Discusión

Clínicamente se interpreta el cuadro como ICC en contexto de paciente con obesidad severa e HTA con abandono de tratamiento con parámetros de MCD en apariencia no filiada, con buena respuesta al tratamiento con enalapril, carvedilol, espironolactona y furosemida. Actualmente en control con cardiología con buena evolución y Disnea CF I.

MUJER DE 54 AÑOS CON HIPERTRANSAMINASEMIA

Autores: Choque Cs, Alves Martins R, Carranza J, Siqueira Junior Gm, Montechiarini M, Amaro Costa F, Linfossi J, Chiarotti Pi, Pilotti FM, Miljevic JN.
Servicio de Clínica Médica: Hospital Juan Bautista Alberdi -SSPMR- Carrera de Posgrado Clínica Médica-Residencia de Pami-UDA Municipal-FCM-UNR

Introducción

Proceso inflamatorio agudo que daña el tejido hepático de origen multicausal, que puede ser debido a Infecciones, alcohol, exposición a tóxicos o fármacos, lesión autoinmune, problemas metabólicos, isquemia, etc. Los síntomas más relevantes son mal estado general, astenia, anorexia, fiebre moderada, dolor hipocondrio derecho, náuseas, vómitos y un laboratorio hepático alterado.

Caso clínico

Paciente de 54 años, con hipotiroidismo y obesidad, consulta por mialgias y artralgiás generalizadas, a predominio cervical y dorsal de 3 años de evolución, exacerbada hace 4 días; refiere consumir 150 mg de diclofenac/día para calmar el dolor, asociada a astenia y dolor en hipocondrio derecho y epigastrio de intensidad 4/10 de carácter continuo, sin atenuantes ni agravantes-

EF: Buen estado gral. SV conservados- ACV y Respiratorio: Sin particularidades (S/P). Abdomen doloroso en hipocondrio derecho y epigastrio, con hepatomegalia dolorosa, 3 traveses de dedos por debajo del reborde costal- Forma, tono, trofismo conservados. Pulsos presentes y simétricos. Edema en ambos MMII godet ++. Dolor generalizado a predominio paravertebral cervical y dorsal. Dolor a la palpación de articulaciones interfalángicas distales y proximales, muñecas, rodillas, tobillos y hombros. Neurológico: Vigil, orientado globalmente Rueda dentada y flapping negativos, resto S/P.

Laboratorio: Bilirrubina T: 2,95 D: 2,3 I: 0,65- TGP 1601/TGO 2168, FAL : 632, GGT: 152- LDH: 1465 Orina: ámbar, límpida, D: 1010, PH 6, CC +++. urobilinógeno +, Hb +, Pb(+) , GB +, células epiteliales ++, GR +, proteinuria en orina aislada 0.28gr/litros Serologías: VHB: Ag S (+)- AC total (+), AC IgM (+)- Ag E (+) ; VHC, VIH, VDRL : negativo; VHA: Ac totales (+) , IgM (-) ; PxE: ligera hipoalbuminemia y aumento policlonal en zona de gammaglobulinas, FAN: 1/80 patente moteado, Látex AR : 13.TSH 1, 78 -Ecocardiograma (FEY conservada, AI dilatada, disfunción diastólica I°). Rx tórax y ECG: S/P- Ecografía abdominal: Esteatosis hepática. Ausencia de esplenomegalia-

Descartando otras causas y disponiendo de la confirmación serológica de infección aguda por VHB, se explica a la paciente las posibles vías de contagio.

Discusión

Ante un cuadro de hepatitis aguda, es importante evaluar la posibilidad de falla hepática aguda,

más aún, donde la posibilidad de daño puede verse incrementada por la confluencia de múltiples causas. En relación a hepatitis B aguda confirmada en la paciente, se le informa acerca de la necesidad de ubicar a posibles contactos a los fines de prevenir nuevas infecciones y se indica alta hospitalaria, previa referencia a equipo de primer nivel.

NEUMONÍA AGUDA DE LA COMUNIDAD O PULMÓN DE CRACK

Carranza J, Pezza R, Azeredo Tonelli Munhoz R, Cachiarelli A, Galli F, Linfossi J, Terlesky AM, Severini J, Chiarotti PI, Miljevic JN.

Servicio de Clínica Médica: Hospital Juan Bautista Alberdi -SSPMR- Carrera de Posgrado Clínica Médica-Residencia de Pami-UDA Municipal-FCM-UNR.

Introducción

El término pulmón de crack (PC) describe los efectos por fumar crack o pasta base “paco”. Es un síndrome de pulmonar agudo de hipersensibilidad. La clínica incluye dolor torácico, fiebre, disnea, hemoptisis, hipoxemia e insuficiencia respiratoria.

Caso clínico

Paciente de 26 años, consulta por cuadro de 7 días de evolución de tos seca y dolor torácico punzante bilateral durante la inspiración profunda. Disnea progresiva CF III para IV- Refiere de 2 días de evolución sensación subjetiva de fiebre y sudoración. Sin pérdida de peso y otro síntoma o signo acompañante- Antecedentes: Cocaína fumada a diario desde los 20 años

EF: Paciente adelgazado, disneico-SV: PA: 120/80 mmHg, FC 90 lpm, FR 33 cpm, Sat O2 95 a 90%, FiO2 0,21 -Orofaringe leve eritema. AR: Soplo tubario y rales crepitantes a nivel medio pulmón derecho y disminución del murmullo vesicular basal, a nivel de campo pulmonar izquierdo, hipoventilación y rales crepitantes con matidez percutoria bibasal. No utiliza músculos accesorios.. **Laboratorio:** Ht 36 % , Hb: 12 gr/dl, GB 13470 mm3 (80/10/5). Plaquetas 465.000 mm3- Glucemia, ionograma, Función renal y hepatograma normal. VES 78 mm-serologías: VIH - VHB - VHC - VDRL negativas EAB: (12-06-24) PH:7.49, P02 73 mmHg, PC02: 31mmHg,HCO3 – 23,2 mEq/l, Sat O2 93%- PaFi 347- EAB 18/06/24 PH: 7,45. P02 62 mmHg. PC02 42mmhg. Sat O2 90% HC03- 28 mEq/l- **Hemocultivo x 2:** (-). **Espujo gérmenes comunes:** flora habitual- **Rx tórax** ICT conservado, radioopacidad (RO) homogénea mediobasal derecha y basal izquierda, FSP ocupados **Rx tórax a los 7 días:** RO heterogénea paracardiaca derecha. FDS impresionan libres. ICT conservado. ECG : sin particularidades(S/P) **Ecografía abdominal:** S/P. **Ecografía pleural:** Leve derrame pleural bilateral. **Ecocardiograma:** (S/P) – **Evolución:** Interpretado como NAC bilateral, se inicia ATB empírico con ampicilina sulbactam + claritromicina. Durante internación hay empeoramiento de hipoxemia. Rx de tórax no visualiza progresión de enfermedad. Se agrega corticoides EV. Evolucionan afebril, FC 100 lpm, FR 18 cpm, normotenso y saturando 94% (0.21) . Agrega expectoración negruzca. Por sospecha de PC, se solicita TAC tórax, que no se realiza dado que el paciente se retira de institución.

Conclusión

La heterogeneidad clínica por fumar cocaína, concuerda con el daño estructural del parénquima pulmonar: Daño alveolar difuso, bronquiolitis obliterante con neumonía organizada, hemorragia intraalveolar y otras manifestaciones. Radiográficamente se puede observar vidrio despolido, zonas de consolidación media o basal del pulmón, engrosamiento interlobar con o sin derrame pleural , enfisema y fibrosis.

NEUMONÍA NECROTIZANTE EN PERSONA JOVEN

Autores: Dato V, Montechiarini M, Maggi C, Maestrocole D, Cruz Lopes jj, Duri A, Jure LJ, Falco LM, Bettini LR, Cannelli MF, Miljevic JN.

Servicio de Clínica Médica: Hospital Juan Bautista Alberdi-SSPMR- Carrera de Posgrado Clínica Médica-Residencia de Pami - UDA Municipal-FCM-UNR.

Introducción

La neumonía necrotizante (NN) se caracteriza por necrosis progresiva del parénquima pulmonar. Complicación rara y grave de neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Se presenta como absceso pulmonar simple, NN, o el grado más severo, la gangrena pulmonar. De morbilidad es elevada, su tasa de mortalidad se cita entre 30 al 75%.

Caso clínico

Paciente de 23 años de edad, sana previamente, concurre a guardia por cuadro de 5 días de lumbalgia a predominio izquierdo, fiebre persistente (no cede con paracetamol) y disuria. Medicada con ciprofloxacina vía oral, que suspende por intolerancia por vómitos. Hace 4 días, agregó tos con expectoración muco-purulenta.

Antecedentes: NAC hace 4 meses tratada con antibioticoterapia (ATB). Ginecológicos-Obstétricos: G2/AB 1 (8 meses) /1C (hace 5 años). Fecha de última menstruación (FUM): 15/8. Método anticonceptivo: no utiliza

EF: Buen estado general. Signos Vitales TA: 90/60 mmHg, FC: 100 lpm, FR: 16 cpm, T°: 37,4°C Sat O2: 96% al 0,2l- Respiratorio: MV disminuido en base derecha. Buena mecánica ventilatoria. Resto EF sin particularidades- Laboratorio ingreso: Hto 34%, Hb 11 gr/dl, GB 37.460 mm³- Pla_q 541.000 m³- VES/PCR: 93/234.5. Orina al ingreso sin particularidades Serologías VIH/VHB/VHC/VDRL (-)

Rx de tórax: Radiopacidad heterogénea en base pulmonar derecha. Perfil: ocupación del lóbulo inferior posterior, derecho.

TAC tórax: Algunos ganglios linfáticos a nivel hiliar derecho. Área de condensación con broncograma aéreo (BAE) ubicado en el lóbulo inferior derecho, con áreas necrotizantes en su interior. Incipiente condensación con áreas retículo nodulillares e incipientes BAE en los segmentos laterales de lóbulo medio derecho

Para interpretar NAC solicitan cultivos de orina y sangre y esputo para G. comunes. ATB x 4 días: Ampicilina/ sulbactam + Claritromicina. TAC compatible c/ NN: se rota ATB a PTZ + TMS. Alta voluntaria. ATB alta TMS + Amoxicilina-clavulánico, Vía oral. Reingresa a las 48 hs Ingresa a sala de aislamiento respiratorio. Cultivos (-) EF: Buen Estado general- SV conservados- Matidez percutoria en base pulmonar derecha con disminución de VV Laboratorio: Hto 28 %, Hb 9,4 gr/dl, GB 10750 mm³, PCR 221- Resto S/P. Rx de tórax sin variación- Esputo para BAAR 1er y 2da muestra representativa, (-). Tratamiento: PTZ + TMS EV. Cursa internación clínica estable, afebril, con buen estado gal.

Discusión

El tratamiento de la NN está basado por un lado en ATB empírico temprano y por otro lado, según evolución de procedimientos quirúrgicos . En el caso presentado, se destaca el trabajo de concientización realizado por el equipo de atención para lograr el reingreso de la paciente a internación, tras su alta voluntaria, para continuar el tratamiento y asegurar el seguimiento de su evolución.

PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA LITIÁSICA Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR ASOCIADO

Autores: Matías Abduljad. Caso clínico. Hospital Provincial de Rosario. Septiembre 2024.

Antecedentes personales:

- Sobrepeso (imc 29,4 kg/m²)
- Hipertensión arterial (diagnóstico a los 27 años, niega estudio para hipertensión secundaria)
- Neumonía secundaria a sars-cov-2 en 2021. niega internación. refiere disnea persistente desde ese diagnóstico.

Antecedentes quirúrgicos:

- Cirugía por poliposis nasal en la infancia.

Hábitos tóxicos:

- Consumo de alcohol ocasional
- Niega tabaquismo y consumo de drogas ilícitas.

Alergias medicamentosas: niega.

Medicación habitual:

Amlodipina 10 mg cada 24 horas vía oral.

Antecedentes familiares:

- 1 hermana con antecedente de cáncer de cérvix uterino
- niega otros antecedentes familiares de jerarquía.

Enfermedad actual:

Paciente masculino de 41 años, con antecedente de hipertensión arterial y sobrepeso, consulta a la guardia por cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en hemicólon inferior, con irradiación a epigastrio y miembro superior derecho, de tipo continuo con exacerbaciones cólicas, intensidad 8 para 10, asociado a náuseas, cuatro episodios de vómitos alimenticios, sensación febril y disnea grado ii, que cede parcialmente con aines y anti-espasmódicos administrados vía intramuscular. refiere comienzo del cuadro posterior a ingesta copiosa el día previo. niega otros signos y síntomas acompañantes.

Examen físico:

- **Csv: t°: 37,7 °c - ta: 140/80 mmhg - fc: 80 lpm - fr: 24 - sato2: 95% a aire ambiente**
- Cabeza y cuello: mucosas húmedas, conjuntivas rosadas, escleras blancas.
- Examen neurológico: lúcido, vigil, orientado globalmente. pirs. sin foco neurológico sensitivo ni motor. sin signos meníngeos. pares craneales conservados.
- Ap. cardiovascular: r1 y r2 normofonéticos, sin r3 ni r4, no se auscultan soplos. ritmo regular.
- **Ap. respiratorio:** buena entrada bilateral de aire. murmullo vesicular conservado, con **rales crepitantes en ambas bases pulmonares.**
- **Abdomen: globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de ambas fosas ilíacas y epigastrio, sin defensa ni dolor a la descompresión, rha presentes, disminuidos.**
- Ap. locomotor: sin edemas en mmii. No presenta diferencia de diámetro entre miembros inferiores. signos de homans y ollow negativos. pulsos periféricos presentes y simétricos.
- Piel y faneras: escleras blancas. mucosas húmedas. sin lesiones en piel.

Estudios complementarios:

Laboratorio al ingreso:

HTO/HB	45/12
LEUCOCITOS	6810
PLAQUETAS	242900
GLICEMIA	144
UREA/CREATININA	41/0,96
IONOGRAMA	139/3,8/103

CALCIO	9,9
TGO/TGP/FAL/GGT	381/343/136/554
BILIRRUBINA T Y D	1,91/0,9
AMILASA	2952
CPK	89
TRIGLICÉRIDOS	48
TP/KPTT	10/22
TROPONINA I	0,002

Estudios por imágenes:

Ecografía abdominal:

Hígado: aumentado de tamaño, de 170 mm, bordes regulares, parénquima homogéneo. **esteatosis**. No se observan signos focales de lesión.

Vía biliar intrahepática: no presenta dilatación. distribución vascular conservada.

Vía biliar extrahepática: calibre normal, con contenido líquido homogéneo.

Vesícula biliar: paredes regulares de espesor conservado, se observa **barro biliar**.

Páncreas: ecoestructura conservada, límites precisos y tamaño normal. No se observa dilatación del conducto de wirsung.

Bazo: forma, tamaño y posición normales. su parénquima no muestra alteraciones.

Riñones: posición habitual. forma y tamaño conservado. parénquima homogéneo, de espesor conservado. No se observan dilataciones pielocaliciales que puedan considerarse patológicas. sin imágenes compatibles con litiasis.

Tomografía de abdomen y pelvis con contraste endovenoso:

El hígado es de forma, tamaño y situación habituales. Su superficie es lisa, y sus bordes son agudos. **signos de esteatosis, sin lesiones focales**. La vía biliar intra y extrahepática es de calibre conservado. La vesícula **biliar** es de forma, tamaño y situación normales, **sin imágenes que sugieran la presencia de litiasis**. tener en cuenta que este método puede pasar por alto litiasis colesterínicas.

El bazo es de forma, tamaño y situación normales. **páncreas discretamente aumentado de tamaño con reticulación de la grasa adyacente, sin evidenciar presencia de colecciones. hallazgos en relación con proceso inflamatorio**. Las glándulas adrenales son normales. Ambos riñones son de forma, tamaño y situación habituales. sin evidencia de alteraciones calico pélvicas ni ureterales.

La aorta y la vena cava inferior, así como también los vasos ilíacos y femorales, son de calibre y trayecto conservados. No se observan adenomegalias intraperitoneales, retroperitoneales, inguinales ni ilíacas. **diverticulosis sigmoideas no complicada. líquido libre en fondo de saco vesical**. vejiga sin repleción. próstata y vesículas seminales de características normales.

cambios degenerativos raquídeos.

• **Angiotac de tórax con contraste endovenoso con protocolo para tep:**

La porción visualizada de la glándula tiroides es de características normales. Las estructuras vasculares supraaórticas son de características normales. La aorta ascendente, el cayado y la aorta descendente son de calibre y trayecto conservados. **Se observa parcialmente un defecto de relleno en ramas segmentarias y subsegmentarias que da para segmento inferior derecho en probable relación a tep agudo**. El corazón es de tamaño normal. El pericardio es de espesor conservado. El esófago es de calibre y trayecto normales. El mediastino está en posición central. no se visualizan adenomegalias. El árbol traqueobronquial no presenta alteraciones. atelectasias laminares bibasales. No se observa derrame pleural.

• **Ecocardiograma bidimensional y doppler color:**

fracción de eyección 60%. **aurícula izquierda moderadamente dilatada. Leve dilatación de aorta ascendente. Disfunción diastólica grado I mitral**. Resto sin alteraciones.

• **Eco-doppler venoso de ambos miembros inferiores:**

Sin presencia de trombosis.

Resumen de evolución:

Paciente masculino de 41 años, con antecedentes de hta y sobrepeso, consulta inicialmente por cuadro de dolor abdominal, vómitos y sensación febril. por irradiación a epigastrio y miembro superior, asociado a disnea, se descarta inicialmente síndrome coronario agudo. Se realiza electrocardiograma que no presenta signos de isquemia aguda ni arritmias y se solicita troponina ultrasensible que resulta negativa. Se solicita laboratorio en el que se destaca alteración de transaminasas y enzimas hepáticas de colestasis, con aumento marcado de la amilasaemia. se solicita ecografía abdominal que presenta como hallazgos positivos esteatosis hepática y barro biliar, sin presencia de litiasis ni dilatación de la vía biliar. se descartan las causas más frecuentes de pancreatitis alitiásicas, con valor de calcemia y triglicéridos normales, negando el paciente consumo agudo de alcohol o fármacos.

Por persistir el paciente con disnea e irradiación del dolor a miembro superior derecho se sospecha de tromboembolismo pulmonar y se solicita angiotac de tórax con protocolo para tep, confirmando dicha sospecha diagnóstica.

Se interpreta cuadro como pancreatitis aguda litiásica por presencia de barro biliar, asociado a tromboembolismo pulmonar de bajo riesgo secundario a proceso inflamatorio y procoagulante. Se inicia tratamiento con hidratación parenteral profusa y anticoagulación con Enoxaparina.

PERICARDITIS PURULENTO CON HEMOCULTIVOS POSITIVOS A MICROORGANISMO INFRECLENTE

Autores: Gatti AV, Gallo JM, Coulleri M, , Zacchino C, Pizurno CV, Pedemonte P.
Residencia de Clínica médica, policlínico PAMI I-FCM-UNR

Introducción

La pericarditis purulenta es una infección bacteriana del pericardio que alcanza dicha serosa ya sea por extensión directa a partir de un foco intratorácico (siendo la neumonía y la endocarditis sus orígenes más frecuentes), por inoculación directa o por vía hematógena a partir de infecciones distantes. El diagnóstico temprano suele ser difícil por su clínica solapada, pudiendo no ser evidente hasta que se produce algún grado de taponamiento cardíaco.

Caso Clínico

Paciente masculino de 79 años de edad con antecedentes de HTA e hipotiroidismo, es traído a guardia por cuadro de una semana de evolución caracterizado por dolor abdominal y diarrea, agregando en últimas 24 horas disuria, astenia, hiporexia y sensación febril.

Al examen físico, mal estado general. TA: 80/50 mmHg, FC: 80 lxm, FR: 15 rxm, afebril, saturación de O₂ 96% (FiO₂ 21%). Vigil, bradipsíquico. Mucosas secas. Ruidos cardíacos normo-fonéticos, ritmo regular, sin soplos. Disminución de murmullo vesicular en base pulmonar izquierda. No se objetivan otros signos de taponamiento cardíaco. En la analítica destacaban, leucocitosis (36000 GB, 94% N), urea 227 mg/dl, creatinina 5,48 mg/dl, TGO 136, TGP 129, FAL 135. Na 121, K 5,1, lactato 31,5 y VES 40mm/h. Orina completa: bacteriuria, y leucocitos abundantes. Por interpretarse el cuadro como urosepsis, se toman hemocultivos x 2 y urocultivo; iniciándose tratamiento empírico con AMS.

Se realiza Rx. de tórax que muestra aumento del índice cardiorácico, sin alteraciones pleuro-parenquimatosas y fondos de sacos libres. Ecocardiograma transtorácico: masa de aspecto quístico de ubicación anterior de 4,5 cm por delante y superior al ventrículo derecho que comprime dicha cavidad produciendo una desviación diastólica del septum. TAC de tórax: colección compatible con absceso pericárdico de 145 x 52 mm. Por estos hallazgos se rota antibiótico a vancomicina y cefepime.

Se recibe resultado de HCx2 a Streptococcus Intermedius sensible a ceftriaxona, y se desescala terapéutica a dicho fármaco. Se realiza pericardiocentesis percutánea bajo guía ecográfica con débito purulento de 600 ml. Se toman muestras para cito fisicoquímico y cultivo, en el cual no se obtiene desarrollo microbiológico.

Luego de 26 días de tratamiento antibiótico dirigido, presentando buena respuesta al mismo, se otorga alta sanatorial con indicación de completar terapia antimicrobiana en forma ambulatoria.

Conclusión

Interesa la presentación de este caso, ya que la pericarditis purulenta es una entidad poco frecuente, y más aún el aislamiento de *Streptococcus Intermedius* sin otro foco infeccioso asociado. El cuadro inespecífico de nuestro paciente impidió considerar esta entidad desde el inicio, siendo la misma un hallazgo ecocardiográfico.

PERICARDITIS Y UN VIEJO CONOCIDO

Autora: Kruse C, Carrizo M, Coulleri M, Gallo J, Pedemonte P, Pizurno C. V, Vogel I, Zacchino C.
Residencia de Clínica Médica. Policlínico Pami I. FCM-UNR.

Introducción

La tuberculosis continúa siendo un grave problema de salud pública. Aunque esta es predominantemente una infección que afecta a los pulmones, puede hacerlo casi a cualquier aparato y sistema orgánico (riñones, hígado, glándulas suprarrenales, cuerpos vertebrales y extremos proximales de los huesos largos). La afección del pericardio es poco frecuente, y a menudo difícil de diagnosticar. Representa el 4% de las pericarditis agudas, el 7% de los casos de taponamiento cardíaco y el 6% de los casos de pericarditis constrictiva. La afectación pericárdica se desarrolla por diseminación linfática retrógrada del bacilo desde los ganglios linfáticos vecinos o por diseminación hematológica de una infección tuberculosa primaria. Muy raramente se debe a rotura y diseminación contigua de una lesión en el pulmón o por diseminación hematológica de una infección distante.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente femenina de 46 años, con antecedentes de esquizofrenia y retraso madurativo. Cursó internación reciente en otra institución por cuadro de derrame pericárdico severo con pericardiocentesis y FAARV. Ingresa a la institución por cuadro de disnea CF III, con sospecha inicial de TEP por lo cual se realizó angiotomografía de tórax desestimando el mismo, con hallazgo de derrame pericárdico moderado. Tras múltiples ecocardiogramas discordantes se realizó RMI cardíaca constatándose derrame pericárdico leve asociado a hallazgo de una imagen ovalada en lóbulo superior derecho de 36x22mm por lo cual se realizó cirugía videotoracoscópica exploradora con lobectomía pulmonar superior derecha asociada a ventana pericárdica y biopsia pericárdica. Intercurre con enfisema secundario a neumotórax con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y colocación de tubo de avenamiento pleural. Por buena evolución clínica, es externada con resultados de anatomía patología pendientes a fin de continuar controles de manera ambulatoria. La paciente reconsultó por fiebre asociada a tos productiva. Se recibe resultado de anatomía patología con detección de BAAR. Se interpreta el cuadro como tuberculosis pulmonar y pericárdica iniciándose tratamiento antibacilar y se otorga el alta sanatorial.

Conclusión

Interesa presentar este caso ya que, a pesar de la alta incidencia de tuberculosis en nuestro medio, la afección pericárdica es una forma poco frecuente de presentación. El derrame pericárdico suele ser la manifestación inicial. Aunque las pruebas de imágenes pueden ayudar al diagnóstico, este se basa en la demostración del bacilo en líquido pericárdico o biopsia. Se requiere alto índice de sospecha ya que su dictamen y tratamiento precoz son cruciales para reducir tanto la morbilidad como la mortalidad asociada.

SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOINMUNE

Autores: Grassi J, Solís J, Sosa B, Sanabria B, Huamman B, Cortez Torres E, Álvarez J, Garré V.
Posgrado Clínica Médica.

Introducción

El síndrome poliglandular autoinmune (SPA) es una rara entidad caracterizada por la asociación de por lo menos dos insuficiencias glandulares mediadas por mecanismos inmunitarios, conjuntamente con ello otras enfermedades autoinmunes no endocrinológicas pueden coexistir.

Caso clínico

Mujer de 16 años, con antecedente de colecistectomía y familiar con LES. Consultó por dolor abdominal, vómitos, epistaxis y gingivorragia de una semana de evolución. Al examen físico: TA 100/60 mmHg FC 78 lpm FR 17 rpm Sat 98% (0.21) T 36.7 °C. Vigil, orientada globalmente. Palidez cutáneo mucosa generalizada, sin signos de sangrado ni lesiones en piel. Abdomen doloroso con esplenomegalia palpable. Sin adenopatías. Sin signos de encefalopatía. En el laboratorio presentó: pancitopenia, anemia ferropénica, hiperbilirrubinemia a predominio directo, hipertransaminasemia e hipoalbuminemia. Serologías (VDRL, HIV, VHB, VHC, CMV, VEB, Dengue, Hantavirus, FHA, Chikungunya, Parvovirus) no reactivas. Ácido fólico y vitamina B12 normales. TSH elevada. Anticuerpos antiperoxidasa y antitiroglobulinas elevados. Anticuerpos (Ac) anti células parietales reactivo, factor intrínseco negativo e hipergastrinemia. Ac para celiaquía, perfil inmunológico (FAN-LATEX AR-C3 -C4-ANCA P Y C-LKM-AML-AMA) no reactivo. Angio RMI de abdomen con hepatoesplenomegalia, aumento del calibre de la vena porta, sin imagen de trombosis. Videoendoscopia con várices esofágicas y gástricas y gastropatía hipertensiva. Biopsia hepática con signos de hepatitis crónica con actividad portal, de interfase y lobular, en estadio cirrótico.

Conclusión

Es una entidad con mayor frecuencia en el sexo femenino. El mismo se puede clasificar en cuatro tipos, siendo el tipo tres el que podríamos relacionar con nuestro caso. El diagnóstico precoz permitirá mejorar la supervivencia de estos pacientes, pero lamentablemente el diagnóstico de estas patologías es complejo y a largo plazo la morbilidad y las complicaciones son muy elevadas.

ESPONDILODISCITIS POR GERMEN INUSUAL: ANÁLISIS DE UN CASO

Autores: Spanevello V, Faggiani M, Alvarez Amat ME, Ortiz S, Carbone D, Molina EN.
Hospital I. Carrasco. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.

Introducción

La espondilodiscitis es una infección generalmente bacteriana que afecta a los cuerpos vertebrales y a sus discos. Produce una reacción inflamatoria progresiva con destrucción, inestabilidad y posterior anquilosis de estas estructuras. Se caracteriza por dolor lumbar de intensidad variable que puede llegar a ser incapacitante, fiebre, síntomas constitucionales y eventual déficit neurológico.

Caso Clínico

Hombre de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad de Chagas, Cirrosis (Child Pugh C), curso internación por debut de síndrome ascítico edematoso, encefalopatía hepática e insuficiencia renal aguda en contexto de urosepsis con rescate de *E. Coli* en urocultivo por lo que completó tratamiento con ceftriaxona. En el transcurso de internación agregó dolor lumbar insidioso de tipo continuo, de intensidad moderada, sin irradiación, que no cedía con analgésicos comunes asociado a registros febriles intermitentes.

Examen físico: TA 110/70 mmHg FC 100 lpm FR rpm 35 T° 37,3°C SatO₂ 97% (FiO₂ 0,21). Escleras ictericas, vigil, orientado en persona y espacio desorientado en tiempo, sin signos meníngeos ni déficit neurológico. Flapping bilateral y rueda dentada. Abdomen: circulación colateral, distendido, ruidos hidroaéreos conservados, matidez infraumbilical desplazable, sin visceromegalias.

Laboratorio: Hto 40,9%, Hb 14,4g/dl, GB 20230mm³, plaquetas 87000mm³, VES 61ml/hora PCR 120,5mg/l, urea 58mg/dl, cr 2mg/dl, Na⁺132meq/l, K⁺ 3,8meq/l, Cl⁻ 98meq/l, BT 4,7mg%, Bd 2,2mg% Bi 2,5mg%, FAL 351U/I, GGT 320U/I, TGO106 U/I, TGP 40U/I Colinesterasa 909U/ml Proteínas totales 5.7gr/dl albúmina 2.4gr/dl. Serologías HIV VDRL VHB VHC no reactivas. Cultivo de líquido ascítico y hemocultivos negativos (2). Tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste con heterogeneidad del cuerpo vertebral L1 asociado a cambios inflamatorios. RMI de columna lumbar con hiperintensidad en L1-L2, edema óseo, cambios inflamatorios con refuerzo a la administración de contraste. Punción bajo TAC con toma de muestra de cultivo óseo sin desarrollo microbiológico en 2 oportunidades que por presentar estabilidad clínica sin foco neurológico se decide conducta antibiótica expectante. Por persistencia de síntomas se realiza una nueva toma de muestra ósea bajo TAC para anatomía patológica sin atipia y cultivo microbiológico con desarrollo de *Acinetobacter Ursingii*.

Comentario

Se reporta este caso para destacar la importancia del esfuerzo diagnóstico e identificación microbiológica de las distintas especies de *Acinetobacter* a fin de implementar medidas terapéuticas adecuadas.

Conclusión

La espondilodiscitis representa un reto para la práctica médica siendo fundamental el apoyo en métodos imagenológicos y microbiológicos para un diagnóstico de certeza y tratamiento dirigido fin de evitar complicaciones.

PACIENTE MASCULINO 71 AÑOS CON EPOC QUE PRESENTA DISNEA, TOS HEMOPTISIS, Y HEMATURIA

Autor: Soto, D.

Grado. Clínica Médica

Introducción

La Enfermedad Pulmonar Crónica (EPOC) afecta principalmente a personas mayores a 60 años, y se la asocia al tabaquismo como uno de los principales factores de riesgo, seguido de la exposición a humo y contaminación ambiental, principalmente en quienes utilizan la combustión de materiales orgánicos dentro del hogar como fuente de energía. presentó una mortalidad registrada de 22,06% en el año 2016, el 34% de las muertes ocurriendo en edad productiva.

Debemos pensar previo a la instalación de la enfermedad: su prevención, se estima que 22,2% de los habitantes de nuestro país mantienen el hábito tabáquico según la encuesta Nacional de factores de Riesgo publicada en 2019. Este hábito tiene inicios en la adolescencia, y se considera que la mayoría de los individuos comienzan a fumar a los 17 años de edad, sin embargo en la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes en Argentina se encontró que el 20% de los adolescentes entre 13 y 15 años tenían un consumo habitual de tabaco. Además se notó una tendencia en el aumento de los cigarrillos consumidos por día al avanzar la edad. Esto resulta importante ya que se reconoce la asociación del tabaquismo no solo con enfermedades respiratorias, sino también con enfermedades neoplásicas y cardiovasculares, particularmente aterosclerosis, enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica, presentando patologías de mayor gravedad en quienes presentaron una mayor carga tabáquica.

El tabaquismo se ve distribuido en forma desigual, afectando en mayor proporción a quienes se encuentran en un menor nivel socioeconómico y dependen del sistema de salud pública, lo que repercute en un costo directo médico anual de \$840.000 millones de pesos argentinos aproximadamente.

Resulta de importancia remarcar el beneficio de la deshabitación tabáquica: en tan solo un año el riesgo de cardiopatía isquémica se ve reducido por la mitad, y la probabilidad de enfermedad cerebrovascular es igual a la de un no-fumador

Objetivos

Remarcar la importancia de la prevención de la enfermedad mediante un caso clínico de una patología de alta prevalencia en nuestro medio.

Modalidad de Trabajo

Caso Clínico

Lecciones Aprendidas

La enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica tiene un claro factor de riesgo principal, altamente prevenible, el tabaquismo. Este hábito frecuentemente tiene inicios en la adolescencia, lo que remarca la necesidad de una intervención temprana ante una población que se encuentra más vulnerable al desarrollo de dependencias tanto psicológicas, como fisiología debido a que el sistema nervioso central no ha terminado de madurar. Es de importancia recordar que el tabaquismo genera daños acumulativos en los diferentes órganos de la economía, por lo cual no se debe perder oportunidades de indicar el cese del hábito tabáquico aún cuando no se refieran síntomas en la consulta o no se encuentren daños estructurales de relevancia clínica, mediante estudios complementarios. El paciente "sano" joven tabaquista de hoy, en unos años puede volverse un paciente EPOC como el que fue presentado en este caso, cuya disnea le quite autonomía, calidad de vida, y requiera numerosas y costosas intervenciones a lo largo de su vida.

POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR

Autores: Macazzaga MF, Montechiarini M, Galli FP, Finucci B, Aguirre F, Cacchiarelli A.
Residencia de Clínica Médica. Policlínico Pami II. FCM-UNR

Introducción

Polifarmacia es el consumo de más de 3 fármacos. Incrementa reacciones adversas y costos. Evaluamos la polifarmacia como medicación habitual en el adulto mayor.

Objetivos

Definir frecuencia de polifarmacia y fármacos más recetados.

Describir la población y antecedentes, los motivos de internación y si estos fueron por efecto adverso de fármacos, la cantidad de fármacos según los diferentes grupos etarios y la suspensión de algún fármaco, frecuencia de riesgo de interacciones graves entre los fármacos que recibe el paciente.

Analizar la relación entre edad, suspensión de fármacos y el riesgo de interacciones.

Material y método

Retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo y analítico por revisión de medicación crónica en historias clínicas de internados en Clínica Médica en un Hospital de tercera edad en Rosario en 6 meses. Dividimos según edad (< 65, 65 a 80, 81 años o >), y cantidad de fármacos (NO: 0 a 2, A: 3 a 5, B: 6 a 8 fármacos, C: 9 o más). Analizamos con SPSS, y la aplicación IDoctus para interacciones.

Resultados

La frecuencia de polifarmacia fue de 187 pacientes (71%), de ellos 50 recibían de 0 a 2 fármacos; 94 de 3 a 5; 80 de 6 a 8; y 39 recibían 9 ó más (14,8%). Los fármacos más recetados fueron los betabloqueantes en 117 pacientes, ARA2 en 94, IBP en 79, AAS en 73 y benzodiazepinas en 71. Recabamos 98 fármacos totales. De 263 pacientes, 152 eran mujeres, 32 eran < 65 años, 103 de 66 y 80 años, y 128 de > 80 años (48,7%). El antecedente cardiovascular se asoció con mayor polifarmacia. El motivo de internación más frecuente fue neumonía (49;18,6%). En 21 pacientes (8%) el motivo de internación se relaciona a efecto adverso de alguna droga, en su mayoría eran mayores de 65 años, los cuales tenían mayor riesgo de interacciones peligrosas. De la edad en relación a cantidad de fármacos que recibían, los > 65 años recibía más fármacos en relación a los < 65 años, el grupo A fue el que más pacientes incluyó. En 58 pacientes fue posible suspender al menos uno de los fármacos, fue más común en los que recibían más fármacos (p 0.002) y si motivo de internación se relacionaba al tratamiento (p 0,001). 49 pacientes recibían fármacos que podían presentar interacciones peligrosas. Esto fue mayor en los que recibían > 5 drogas (p <0,05). Las más frecuentes fueron IBP y Clopidogrel (8 pacientes), AAS y Acenocumarol (5 pacientes).

Conclusión

La mayoría tenía polifarmacia, frecuente en mujeres y mayores de 65 años, con comorbilidad cardiovascular. Los fármacos más usados fueron antihipertensivos. El motivo de ingreso más común fue neumonía y la décima parte se relacionó con efecto adverso del tratamiento crónico. Un quinto suspendió una droga, siendo más frecuente en > 65 años y en los que recibían más fármacos. La quinta parte recibía fármacos con riesgo potencial de interacciones graves. El grupo de mayor edad recibía más fármacos y tenían mayor riesgo de interacciones graves.

DIFERENCIAS EN PERFILES CLÍNICOS Y RESULTADOS SEGÚN ETIOLOGÍAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Autores: Moreno Caldas Junior S, Romero Álvarez J, Rotelli CL, Santos Aquino LA, Rojas S, Ramírez Stieben LA. Correo electrónico: silasadvogado@hotmail.com.

Institución: UDA Municipal – Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como el sangrado que ocurre proximal al ángulo de Treitz. Dado que el etilismo crónico es una causa común de HDA, en particular asociada a hipertensión portal, este estudio tiene como objetivo comparar el perfil clínico, bioquímico y los desenlaces entre pacientes con HDA relacionada con hipertensión portal (HDA-HTP) y aquellos con otras etiologías.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo, analítico, en un centro de tercer nivel de atención, donde se examinaron los registros de pacientes ingresados por HDA. Se dividieron en dos grupos: HDA-HPT (gastropatía de la hipertensión portal y várices esofagogástricas) y otras causas. La evaluación de los desenlaces se centró en la duración de la estancia hospitalaria (días), la necesidad de transfusión de glóbulos rojos, la aparición de complicaciones [resangrado, shock, asistencia respiratoria mecánica (ARM)] y mortalidad. Se utilizaron pruebas paramétricas o no paramétricas, según corresponda. Las variables cualitativas se expresaron en número y porcentaje, y se analizaron con χ^2 o prueba exacta de Fisher, según frecuencias esperadas.

Resultados

Se evaluaron datos clínicos de 64 pacientes (52 hombres), con una edad de 49.05 ± 12.25 años, siendo mayor en aquellos con HDA-HTP (54.13 ± 7.7 vs 47.48 ± 12.9 , $p < 0.02$). La enfermedad hepática alcohólica fue mayor en HDA-HTP (86.7% vs 30.6%, $p < 0.001$). Los valores de hemoglobina y hematocrito no difirieron entre grupos. La hospitalización fue mayor en HDA-HPT [7 días (3.5-10) vs 4 (3-10), $p < 0.08$]. La necesidad de transfusión no varió entre grupos (46.7% vs 53.1%). Se utilizó octreotide en un mayor número de pacientes con HDA-HPT (86.7 vs 34.7, $p < 0.001$). El resangrado fue del 13.3% en HDA-HPT y del 4.1% en las restantes causas ($p = 0.23$). La frecuencia de ingreso a UTI, shock y necesidad de ARM no varió. La mortalidad intrahospitalaria fue del 20% en HDA-HPT y del 8.2% en las restantes ($p = 0.34$).

Discusión

Los pacientes con HDA-HPT tienden a ser predominantemente masculinos y de mayor edad, con una estancia hospitalaria más prolongada. A pesar de estas diferencias, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en mortalidad, resangrado, necesidad de transfusiones o ingreso a la UTI.

Bibliografía

1. Kim JJ, Sheibani S, Park S, et al. Causes of bleeding and outcomes in patients hospitalized with upper gastrointestinal bleeding. *J Clin Gastroenterol.* 2014 Feb;48(2):113-8.
2. Pinto C, Parra P, Magna J, et al. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). *Rev Med Chil.* 2020 Mar;148(3):288-294.

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 64 CASOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: FACTORES DE RIESGO, TRATAMIENTOS Y RESULTADOS CLÍNICOS

Autores: Silva Santos ET, Marcolin GE, Sampaio Carvalho L, Teixeira de Sousa M, Rojas S, Ramírez Stieben LA.

Institución: UDA Municipal – Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye una emergencia médica caracterizada por un sangrado en el tracto digestivo superior. Este estudio retrospectivo utiliza datos de pacientes tratados en un centro de tercer nivel de atención. El objetivo principal es describir las características demográficas y clínicas de estos pacientes, incluyendo factores de riesgo, etiología de la HDA, complicaciones y mortalidad intrahospitalaria.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo, de 64 pacientes ingresados por HDA. Se recopilaron datos demográficos, consumo de alcohol y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Se registraron hallazgos de videoendoscopia digestiva alta (VEDA). Se documentaron las intervenciones terapéuticas administradas, incluyendo el uso de análogos de somatostatina (AS), inhibidores de la bomba de protones (IBP), escleroterapia, ligadura variceal endoscópica, y transfusiones de glóbulos rojos. Las variables cuantitativas se expresaron como media±DS o mediana (RIQ), según correspondiera. Las variables cualitativas se expresaron en número y porcentaje.

Resultados

Se evaluaron datos de 64 pacientes, 52 masculinos y 12 femeninos, con una edad de 49.05±12.25 años. El 79.7% informó consumo crónico de alcohol, 48.44% tabaquismo y 14.1% consumo crónico de AINEs. El 17.2% de los pacientes tenían úlceras gástricas, 9.4% úlceras duodenales y 18.8% erosiones gastroduodenales. El 23.44% de la HDA se debió a hipertensión portal. El 46.9% recibió AS y 87.5% IBP. El 10.6% necesitaron escleroterapia y un 6.25% ligadura variceal endoscópica. El 51.6% requirió transfusión de glóbulos rojos. La mediana de estancia hospitalaria fue de 4 días (RIQ 1-7). Las complicaciones incluyeron shock hipovolémico y encefalopatía hepática, en un 9.4%. La mortalidad fue del 10.9%.

Discusión

Nuestro estudio reveló un alto predominio de consumo crónico de alcohol y tabaquismo. La etiología más frecuente de HDA fue la enfermedad ulcerosa, seguida por complicaciones derivadas de HTP. A pesar del uso generalizado de IBP y AS, la mortalidad intrahospitalaria alcanzó el 10.9%. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias de manejo más efectivas y una rápida intervención endoscópica para mejorar los desenlaces en pacientes con HDA.

Bibliografía

1. Morales Uribe CH, Sierra Sierra S, Hernández Hernández AM, et al. Upper gastrointestinal bleeding: risk factors for mortality in two urban centres in Latin America. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011 Jan;103(1):20-4.
1. Minakari M, Badihian S, Jalalpour P, Sebghatollahi V. Etiology and outcome in patients with upper gastrointestinal bleeding: Study on 4747 patients in the central region of Iran. *J Gastroenterol Hepatol.* 2017 Apr;32(4):789-796.

ROL PRONÓSTICO DE AIMS65 Y ROCKALL EN LA MORTALIDAD INTRA-HOSPITALARIA ASOCIADA A HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Autores: Marcolin GE, Silva Santos ET, Sampaio Carvalho L, Teixeira De Sousa M, Rojas S, Ramírez Stieben LA.

Institución: UDA Municipal – Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una urgencia médica con significativa morbimortalidad, destacando la necesidad de identificar eficazmente a los pacientes en alto riesgo de mortalidad. El objetivo fue evaluar la influencia de variables clínicas y bioquímicas en la mortalidad intrahospitalaria y determinar cuáles de ellas tienen el mayor impacto.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo, analítico, en un centro de tercer nivel de atención, analizando los registros de pacientes ingresados por HDA. Se recabaron datos demográficos, clínicos y bioquímicos. Se registraron las puntuaciones de AIMS65 y de Rockall tanto pre-videoendoscopia alta (pre-VEDA) como postVEDA. Se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) con el fin de identificar las variables que más contribuyen a la mortalidad intrahospitalaria. Se seleccionaron las dos variables con la mayor asociación para su análisis mediante la curva de Característica Operativa del Receptor (ROC). Este análisis permitió determinar el área bajo la curva (AUC), la sensibilidad y especificidad de estas variables.

Resultados

Se evaluaron datos clínicos de 64 pacientes, de los cuales 52 eran masculinos, con una edad de 49.05 ± 12.25 años. El 79.7% de los pacientes informaron consumo crónico de alcohol y el 14.1% consumo de AINEs. El 17.2% tenían úlceras gástricas, 9.4% úlceras duodenales y el 23.44% se debió a causas secundarias a hipertensión portal. Las complicaciones incluyeron shock hipovolémico y encefalopatía hepática, observadas cada una en el 9.4% de los casos. La mortalidad fue del 10.9%. El ACP reveló una fuerte asociación de AIMS65 y Rockall con el riesgo de mortalidad intrahospitalaria. El área bajo la curva para AIMS65 fue de 0.896 y la de Rockall post-VEDA fue de 0.772.

Discusión

Nuestro estudio resalta la correlación significativa entre ciertas variables clínicas y la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con HDA. Los análisis de AIMS65 y Rockall validan su relevancia en la estratificación del riesgo, siendo herramientas efectivas para la evaluación clínica inicial y la predicción de resultados adversos.

Referencias bibliográficas

1. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. *BMJ*. 2017 Jan 4;356:i6432
2. Choe JW, Kim SY, Hyun JJ, et al. Is the AIMS 65 Score Useful in Predicting Clinical Outcomes in Korean Patients with Variceal and Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding? *Gut Liver*. 2017 Nov 15;11(6):813-820.

USO DE ANÁLOGOS DE SOMATOSTATINA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO ASOCIADA A HIPERTENSIÓN PORTAL: EVALUACIÓN DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS

Autores: Santos Aquino LA, Moreno Caldas Junior S, Romero Álvarez J, Rotelli CL, Rojas S, Ramírez Stieben LA.

UDA Municipal – Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

Introducción

El tratamiento de la hemorragia digestiva alta (HDA) depende de su causa. Se usan inhibidores de la bomba de protones para úlceras gastroduodenales y análogos de somatostatina (AS) para la HDA asociada a hipertensión portal (HTP). En un análisis previo, el 34% de los pacientes con HDA no asociada a HTP recibió AS. El objetivo es explorar las características clínicas y bioquímicas que justificaron el uso de AS en estos pacientes.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo en un centro de tercer nivel, analizando registros de pacientes con HDA no vinculada a HTP. Se recogieron datos demográficos, clínicos, y bioquímicos, incluyendo el uso de AS y se dividió a los pacientes en grupos AS y no AS. Se registró la puntuación de AIMS65. Se utilizó el programa estadístico R versión 4.2.3.

Resultados

Se analizaron 49 pacientes (51 hombres). La edad fue de 47.48 ± 12.99 , sin diferencias entre los grupos. No hubo diferencias en el sexo. Hubo una mayor frecuencia de hepatopatía crónica (AS 47.1% vs no AS 9.4%, $p=0.04$) y de enfermedad hepática alcohólica (AS 58.8% vs no AS 15.6%, $p=0.003$). La presión arterial sistólica (PAS) fue menor en el grupo AS (107.47 ± 23.50 vs 122 ± 17.57 , $p=0.01$). Hematocrito y hemoglobina no difirieron. El recuento de plaquetas fue menor en AS (145066 ± 88542 vs 235812 ± 115157 , $p=0.009$). La bilirrubina total fue mayor en AS [1.9 ($1.45-3.9$) vs 1.3 ($0.9-2.3$), $p=0.07$], al igual que AIMS65 (1.0 ± 1.06 vs 0.5 ± 0.67 , $p=0.05$). Los hallazgos endoscópicos identificaron úlceras gástricas ($n=9$), úlceras duodenales ($n=5$), desgarros de Mallory-Weiss ($n=9$), erosiones gastroduodenales ($n=8$), duodenitis ($n=10$), esofagitis erosiva ($n=2$), enfermedad de Dieulafoy ($n=2$) y neoplasias ($n=2$). En el 29.4% hubo várices grado I acompañantes a la etiología de la HDA en el grupo AS y 12.5% en no AS ($p=0.24$).

Discusión

Los pacientes tratados con AS tuvieron un perfil clínico más grave, incluyendo enfermedades hepáticas y menor estabilidad hemodinámica. El uso de AS en pacientes sin HTP parece reflejar un enfoque para manejar perfiles de alto riesgo y complicaciones hepáticas, aunque su efectividad en esta población requiere revisión.

Referencias bibliográficas

1. Abrishami M, Peymani P, Zare M, et al. The Effect of Octreotide in Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *J Res Pharm Pract.* 2020 Jun 26;9(2):94-100
2. Zhou D, Zhao P, Yang H. The Clinical Effect of Octreotide Combined with Upper Endoscopy in the Treatment of Peptic Ulcer Complicated with Upper Gastrointestinal Hemorrhage. *Altern Ther Health Med.* 2024 Mar 1:AT8920.

ASOCIACIÓN INFECCIÓN POR DENGUE Y PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA

Autores: Bravo Toro ZS, Calamante N, Gentile MB, Rau MG, Tumello MF, Viale MI.
Policlínico Pami II, Rosario, Santa Fe. Argentina. Pami II.

Introducción

El dengue es una infección viral producida por un arbovirus, de la familia Flaviviridae. Se clasifica en cuatro serotipos. Durante la viremia se produce una respuesta inflamatoria aumentada, que podría desencadenar una disfunción inmune con la producción de autoanticuerpos o la activación de una afección autoinmune preexistente. Por combinación de efectos patogénicos del virus y respuesta inmune del huésped se produce alteración de las membranas celulares sanguíneas. Además, se ha descrito la deficiencia adquirida del factor ADAMTS13 secundario a la producción de autoanticuerpos contra la metaloproteasa después de una infección viral por dengue, pudiendo desencadenar una PTT.

Caso clínico

Mujer de 65 años con antecedentes de dislipemia consulta por afasia de expresión y parestesias braquial derecha de una hora de evolución que revierte al ingreso a guardia.

Examen físico signos vitales conservados y no se constatan signos de foco neurológico. Se realiza TAC de cráneo que no evidencia alteraciones agudas. Durante las primeras 24 hs repite dos episodios similares, con nueva TAC cráneo sin cambios, por lo que se realiza RMN cerebral que informa lesión isquémica frontal izquierda compatible con trastorno perfusional agudo.

Laboratorio: Hto 30% Hb 10 g/dl GB 4700 /mm³ Plaquetas 85.000 /mm³ Tp 10 seg Kp_{tt} 33 seg Glucemia 105 mg% Ur 23 mg% Cr 0,56 mg% Bilirrubina total 1,36 mg%, directa 0,19 mg% indirecta 1,17 mg%, resto del hepatograma sin alteraciones, CPK 179 IU/ml LDH 713 IU/l Ionograma normal. Test de Coombs negativo. Reticulocitos 5.2%. VHB Ags/Core, VHC, VIH, VDRL, FR, FAN y ADNn negativos.

Teniendo en cuenta el contexto epidemiológico se pide serología para dengue.

Se realiza frotis de sangre periférica donde se observan esquistocitos, diagnosticándose una anemia hemolítica microangiopática.

La paciente comienza a presentar franco deterioro del sensorio y ante la sospecha de púrpura trombocitopénica trombótica se decide derivación a otra institución para realizar plasmaféresis de urgencia y corticoterapia, evolucionando con mejoría clínica y analítica, sin secuelas neurológicas.

Se recibe serología positiva para Dengue Acs IGM.

Cuatro meses previos al cuadro actual, la paciente recibió diagnóstico de Dengue por clínica y analítica compatible asociado a nexa epidemiológico.

Conclusión

La PTT es un trastorno poco frecuente con una incidencia de 4-5 casos por millón de habitantes/año. Es un síndrome trombótico microvascular oclusivo grave que se caracteriza por una trombocitopenia profunda, anemia hemolítica microangiopática y síntomas de isquemia de órganos. Provocado por una deficiencia heredada o adquirida en la actividad de la metaloproteasa ADAMTS13.

Resaltamos la importancia de este caso por la baja frecuencia de asociación de dengue con PTT, la necesidad del diagnóstico oportuno y del tratamiento urgente para mejorar el pronóstico y evitar secuelas.

HOMBRE DE 43 AÑOS CON HISTORIA DE NEUTROPENIA RECURRENTE ASOCIADA A CONSUMO DE COCAÍNA

Autores: Siqueira Junior GM, Peira A, Galli F, Cachiarelli A, Ferrari MC, Cannelli MF, Terlesky Am, Pilotti FM, Trivisonno F, Miljevic JN.

Servicio de Clínica Médica: Hospital Juan Bautista Alberdi -SSPMR. Carrera de Posgrado Clínica Médica- Residencia de Pami - UDA Municipal- FCM-UNR.

Introducción

La neutropenia en usuarios de cocaína es una condición de reciente reconocimiento en distintos países. El uso de levamisol (L) antihelmíntico de uso veterinario como agente de corte representa en la actualidad el adulterante más frecuente de la cocaína. El diagnóstico de neutropenia por (L) es de exclusión, incrementando la sospecha de personas con historia de consumo de cocaína y leucopenia-neutropenia recurrente.

Caso clínico

Varón de 43 años con antecedente de internaciones previas por neutropenia febril, última 04/2023, consulta por cuadro de 4 días de dolor abdominal generalizado, continuo, de intensidad 10/10, sin irradiación, acompañado de cefalea y fiebre constatada de 38,6°C al inicio, sensación febril en días posteriores. Consultó a guardia general, 72 horas previo a la internación, donde se indica medicación inyectable y se externa con diclofenac cada 12 horas VO. Por falta de mejoría, reconsulta constatándose, neutropenia asociada. Ingres a sala de aislamiento de clínica médica para diagnóstico y tratamiento.

EF: Buen estado gral. TA: 110/70 FC: 100 FR: 18 T°: 39°C Sat O2: 94% al 0,2l- Paciente febril sin foco clínico aparente. Resto de examen físico, sin particularidades (S/P). **Laboratorio:** Hto 36,6%, Hb 13,2 gr/dl, GB 1050 mm³ PMN 0.9% (94 neutrófilos) Plaquetas 344000 mm³, glucemia 124 mg/dl, Función renal, ionograma, hepatograma normal. VES 90 mm- Serologías VIH/VHB/VHC/VDRL: No reactivas. Rx de tórax y ECG S/P. Ecografía abdominal: 2 litiasis vesiculares móviles de 9 y 10mm, resto normal. Hemocultivos y urocultivos negativos.

Evolución

Se indica Piperacilina/Tazobactam + Vancomicina (por 7 días), medidas de bioseguridad por febril y factores estimulantes de colonias de granulocitos (G-CSF) por 4 días. Por mejoría del laboratorio y permanecer afebril por 72hs, alta hospitalaria. PMN al alta 5800 mm³. Pendiente PAMO para evaluar diagnósticos alternativos a neutropenia recurrente interpretada en este caso con el probable consumo de cocaína en forma de alitas de mosca y el adulterante (L)

Discusión

El manejo de los casos con sospecha de neutropenia secundaria a (L) se basa en la utilización de ATB de amplio espectro, asociado a la utilización de (G-CSF) . Con o sin factores estimulantes, la neutropenia suele durar de 5 a 10 días, si bien se han registrado casos mortales. Es fundamental el manejo de la adicción ya que las recaídas vinculadas con la reexposición a la droga son frecuentes.

PANCITOPENIA FEBRIL AGUDA

Autores: Carrizo M, Miljevic J, Fanucci B, Coulleri M, Gallo J, Lamelza L.

Servicio Clínica Médica. Policlínico Pami I. Residencia de Clínica Médica- Facultad de Ciencias Médicas. UNR.

Introducción

La incidencia de infecciones sistémicas causada por hongos ha aumentado considerablemente en los últimos años, como consecuencia del uso de dispositivos implantados y catéteres venosos centrales, aumento de la población inmunosuprimida y mayor esperanza de vida.

Afecta a 2.000 millones de personas por año en todo el mundo provocando la muerte de mas 1.5 millones.

Los patógenos fúngicos oportunistas se han convertido en una de las principales causas de mortalidad en pacientes hospitalizados y representan un desafío para la salud pública con impacto clínico y económico.

La candidemia es la micosis invasora más frecuente en la internación.

En Argentina afecta al 2.01 % de los cuales el 50 % fallece. Su agente más frecuente es *Candida Albicans*.

Caso Clínico

Presentamos paciente de 66 años de sexo femenino con antecedentes de hipertensión arterial, hipoacusia, trastorno depresión-panico no filiado, cáncer basocelular 2022 que ingreso a nuestra institución por cuadro de astenia y vómitos de un año de evolución acompañado de pérdida de peso significativa.

Durante las primeras 48 hs se constata por laboratorio bicitopenia que rápidamente profundiza con neutropenia febril por lo que inicia tratamiento empírico con Tazonam.

Como hallazgo de imagen se constata esplenomegalia con múltiples nódulos hipocogénicos y quiste simple en hígado. Esto asociado a moniliasis esofágica por veda por lo que se agrega tratamiento antifúngico dirigido.

En contexto epidemiológico se obtiene serologías reactiva IG G para Dengue e IGM Parvovirus con resto de serologías negativas.

Evoluciona persistentemente febril durante la internación sin descompensación hemodinámica, por lo que se continua estudio solicitando ecocardiograma transesofágico el cual evidencia imagen de trombo y tomografía de torax abdomen y pelvis que agrega imágenes compatibles con candidiasis hepatoesplénica rotando tratamiento con anidulafungina junto a filgrastim y el trombopag en contexto de profundización de alteraciones analíticas.

Se solicita citometría de flujo y biopsia de médula ósea, en consenso con Servicio de Hematología e Infectología.

Habiendo transcurridos 15 días de internación la paciente falleció. Un mes después se recibe informe de PAMI la cual describe presencia de megacariocitos aumentados en número con rasgos displásicos y ausencia de serie granulocítica.

Conclusión

Analizando la complejidad de nuestro caso, podemos reflexionar que hablar de PANCITOPENIA es solo un signo de una gran diversidad de etiologías, por ello constituye una emergencia médica, donde la rapidez en nuestra actuación puede tener impacto beneficioso.

El aumento del envejecimiento poblacional, más aún nos llevará al desafío cada vez más frecuente de enfrentarnos a estas situaciones tan complejas de abordar.

ANEMIA HEMOLÍTICA Y FIEBRE EN CONTEXTO DE EPIDEMIA POR DENGUE

Autores: Vivas C, Cachiarelli A, Galli F, Zanotti F, Jourdan D, Arevalo V, Mathurin E, Ocampo C, Bettini LR, Miljevic JN.

Servicio de Clínica Médica: Hospital Juan Bautista Alberdi -SSPMR-Carrera de Posgrado Clínica Médica-Residencia de Pami - UDA Municipal- FCM-UNR

Introducción

La hemoglobina de Köln (HBB Val98Met) es la variante de hemoglobinopatía inestable más frecuente. Esta alteración promueve una elevada afinidad por el O₂ con anormal respuesta al estrés oxidativo de la membrana eritrocitaria, dando lugar a precipitados intraeritrocitarios (cuerpos de Heinz), que deforman el eritrocito, contribuyendo al proceso de hemólisis extravascular no inmune. Clínicamente se caracteriza por anemia, reticulocitosis, esplenomegalia y pigmenturia.

Caso clínico

Paciente de 25 años con antecedente de hemoglobinopatía, consulta por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por fiebre de 38,7° C, mioartralgias generalizadas y cefalea holocraneana de intensidad 7/10 de tipo pulsátil, asociada a rinorrea mucopurulenta de 24 hs de evolución. Ingres a sala de clínica médica para evaluación y tratamiento

Antecedente

Hemoglobina de Köln diagnosticada hace 4 años- Litiasis vesicular- Medicada crónicamente con ácido fólico 5mg/día-

EF: Signos vitales conservados. Ictericia cutáneo mucosa- Escleras amarillas. Esplenomegalia palpable a 5 cm por debajo del reborde costal izquierdo. Resto del examen sin particularidades.

Laboratorio:Hto 25.7 % , Hb 7.7 gr/dl, VCM 101 fl. BT 2,9 BI 2,3- LDH 2153

Evolución: Se interpreta cuadro como síndrome febril inespecífico motivo por el cual a su ingreso se solicita antigenemia para dengue (en proceso) y se indica tratamiento sintomático para el mismo. Se solicita a interconsulta a hematología quien sugiere sospecha de crisis hemolítica en contexto de proceso infeccioso motivo por el cual solicita laboratorio e indica aportes de complejo B y ácido fólico.

Para estudio se solicita ecografía abdominal que evidencia esplenomegalia, vesícula de paredes engrosadas y litiasis vesicular (sin clínica compatible con colecistitis). Por presentar síntomas respiratorios sin disnea se solicita hisopado para SARS COV-2 (negativo).

La paciente cursa internación clínica y hemodinámicamente estable, normotensa, euárdica, eupneica, afebril. Buena tolerancia oral, sin signos de sangrado.

Conclusión

Las Hb inestables son un grupo poco frecuente y poco conocido de anemias hemolíticas. Tienen un curso generalmente benigno pero cuando hay contacto con un medicamento de acción oxidante, proceso febril o embarazo se puede generar una crisis hemolítica. En los casos de Hb de Köln, la hemólisis habitualmente está bien compensada y es frecuente la presencia de reticulocitosis.

MÉTODO DE SCREENING PARA OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS EN PACIENTES HIV CON TARV

Autores: Fonseca M, Parenti PF, Mian M y Frioni S.

Cátedra de Clínica Médica, Facultad de Ciencias Médicas UNR; Servicio De HIV/Sida del Hospital Provincial del Centenario.

Introducción: Presentamos el caso de un paciente masculino de 49 años, HIV positivo, en tratamiento con TARV (Genvoya) con buena adherencia y control. Hallazgos de hipercalciuria en orina y litiasis renal asintomática. Última carga viral: <20 copias; CD4+ (Abs: 696, Rel: 30,6%).

Objetivo del reporte

Analizar el método de screening de la densitometría en pacientes con TARV y complicaciones a largo plazo como osteopenia, osteoporosis y nefrotoxicidad, principalmente del fármaco Tenofovir Disoproxil Fumarato. Se discuten los grupos de riesgo, beneficios y desventajas como diagnósticos.

Caso clínico

Paciente masculino de 49 años, HIV positivo, en tratamiento con Genvoya (elvitegravir, cobicitat, emtricitabina, alafenamide de tenofovir), con adherencia y carga viral indetectable. Presenta antecedentes de hipercolesterolemia tratado con cambios de hábitos y actividad física.

En el examen de rutina se detecta hipercalciuria en orina de 24 horas y litos ureterales asintomáticos de 6,7 mm. Exámenes complementarios incluyen DMO (densitometría mineral ósea) de columna lumbar y cadera, y un control de presión arterial con resultado normotenso. La DMO muestra osteopenia en columna lumbar y caderas:

- **Columna lumbar:** Z Score= -1.0 / T Score = -1.3
- **Cadera derecha:** Z Score = -1.2 / T Score = -1.5
- **Cadera izquierda:** Z Score = -1.0 / T Score = 1.3

Discusión

Se discute la solicitud de DMO en pacientes asintomáticos, considerando sus beneficios y limitaciones. La osteoporosis consiste en una disminución de la masa ósea y una alteración de la microarquitectura que dejan al hueso susceptible de sufrir fracturas. Los grupos de riesgo incluyen mujeres postmenopáusicas, personas con antecedentes de fracturas, tratamiento con medicamentos desmineralizantes (TDF), hipertiroidismo, insuficiencia renal, hiperparatiroidismo, enfermedades reumatológicas, y terapia crónica con corticoides. Las guías no recomiendan la DMO como primer estudio de control debido al sobretratamiento, la exposición a radiación y alto costo, especialmente en jóvenes <40 años.

El paciente fue diagnosticado con osteopenia sin fracturas patológicas. El seguimiento incluyó consultas con reumatología, clínica médica, infectología y nefrología. Se planteó iniciar tratamiento con bifosfonatos, pero se priorizó la prevención primaria y secundaria con actividad física, dieta equilibrada, evitación de tabaco y alcohol, y monitoreo constante. También se consideró la suplementación con calcio y vitamina D.

Aunque hubo divergencias sobre el inicio de bifosfonatos, se decidió proceder con buen resultado clínico. El paciente experimentó pérdida de peso, reducción de la cintura abdominal y mantuvo una adherencia óptima al tratamiento TARV, con buena tolerancia a la suplementación de calcio y vitamina D.

Conclusión

La TARV, especialmente con Tenofovir Fumarato, está asociada a desmineralización ósea en pacientes HIV positivos. El trabajo interdisciplinario es clave para abordar de forma integral la patología y sus comorbilidades. Medidas higienodietéticas y prevención son pilares del tratamiento de la osteopenia/osteoporosis. La DMO permite diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, aunque el screening en ciertos grupos de riesgo jóvenes aún está en debate. Enfatizamos la importancia del trabajo interdisciplinario en pacientes con enfermedades crónicas como el HIV y la

personalización en la medicina, generando debates que deben adaptarse no solamente a recomendaciones de las guías sino al contexto individual de cada paciente.

DEL CARIBE A ARGENTINA: CRISIS SIN ESCALA

Autor: Lucena M E.

Carrera de Posgrado Clínica médica FCM - UNR. Hospital Intendente Carrasco. Rosario, Santa Fe, Argentina.

Introducción

La enfermedad de células falciformes (ECF) o drepanocitosis es una hemoglobinopatía estructural hereditaria, a raíz de la mutación en la cadena B globina. Existen variantes genotípicas y formas de expresión diversas, siendo la crisis vasooclusiva (CVO) la manifestación más frecuente.

Caso

Varón de 29 años oriundo de Jamaica, consulta por mialgias y poli artralgia simétrica de grandes articulaciones (cadera, tobillo y rodilla), de 2 semanas de evolución asociado a impotencia funcional de miembros inferiores que limita la deambulación. Examen físico: TA 120/70 mmHg. FC 88 lpm. Sat 98% O₂l. FR 19 rpm. T36°C. Extremidades: sin signos de artritis. Fuerza, sensibilidad (superficial y profunda) y reflejos osteotendinosos conservados. Respuesta plantar flexora bilateral. Sin signos de focalidad neurológica. Sin afección esfinteriana. Testículos disminuidos de tamaño. Laboratorio: Hematocrito 30.3% Hemoglobina 11.2 mg/dl VCM 90 HCM 90 IDE 13. Glóbulos blancos 5360 /mm³ Plaquetas 111.000 mm³ VES 17 mm/h PCR <5 Glicemia 93 mg/dl Urea 12 mg/dl Creatinina 0.6 mg/dl Bilirrubina total 1.3 % (directa 0.5% indirecta 0.8%) TGO 146 UI/l – TGP 45 UI/l FAL 324 m UI/l GGT 317 UI/l – Proteína total 6.8 g/l Albumina 3.5 g/l. LDH 446 UI. Serologías HIV-VDRL-VHC-VHC no reactivas. FAN, látex y AntiCCP no reactivo. Vitamina D 6 ng/ml. Perfil hormonal: hipogonadismo, hipergonadotrófico. Radiografía de fémur: osteoformación reactiva a nivel de diáfisis, asociado a osificación de tejidos blandos circundantes. Reticulocitos relativos 2%, absolutos 6%. TIBC 144 ug%. Porcentaje de saturación 75%. Sideremia 108. Ferritina 180 ng/ml. Vitamina B 765. Ácido fólico 9.8. Frotis de sangre periférica: sin esquistocitos ni drepanociticos. Serie blancas sin alteraciones. Haptoglobina 1.6 g/l. Test coombs negativo. Electroforesis de hemoglobina: se observa banda en zona de HbS, HbE y HbC. Cadenas A1 62%, A2 1.6 % y Hb fetal 0%. RMI hepática: 5.2 miligramos Fe/gr hepático de tejido seco (formula Wood) que define sobrecarga leve de hierro según Iron Health Alliance. Fondo de ojo: deposito amarronado en limbo esclerocorneal. Se realiza diagnóstico de drepanocitosis, en contexto de CVO con afección musculo esquelética, asociado a sobrecarga de hierro.

Comentario

La hemoglobinopatía S es una variante estructural de la hemoglobina adulta normal alterando la forma de los eritrocitos lo cual condiciona hemólisis crónica y CVO que pueden afectar cualquier órgano. Es de vital importancia un correcto enfoque clínico para reforzar medidas preventivas, detectar complicaciones e instaurar un tratamiento oportuno para mejorar la calidad de vida.

Conclusión

La drepanocitosis constituye en la actualidad una entidad creciente debido al aumento de movimientos poblaciones, implicando un desafío diagnóstico en nuestro medio.

ENCEFALITIS EQUINA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CONVULSIÓN FEBRIL ATÍPICA

Autores: Torti L, Rodríguez Benassi C Monfort V, Erquicia N, Librelato G, Marilungo C.
Carrera de Especialización en Pediatría FCM-UNR.

Introducción

La Encefalitis Equina del Oeste (EEO) es una rara infección causada por un alphavirus de transmisión vectorial, a través de la picadura del mosquito (*Aedes albifasciatus*), tomando como hospedadores amplificadores a las aves y terminales a los equinos y humanos. Generalmente es asintomática o con síntomas leves inespecíficos. En niños aumenta la proporción de pacientes sintomáticos desarrollando síntomas neurológicos desde cefaleas con vómitos hasta meningitis aséptica y encefalitis. En nuestro país, en 2023 se detectó un nuevo brote de esta enfermedad en equinos; y luego en humanos. Se notificaron y confirmaron múltiples casos; distribuidos en región centro; relacionados con ambientes rurales.

Objetivos

Conocer la presentación clínica de una patología de baja prevalencia. Contribuir a la búsqueda de diagnósticos diferenciales ante un paciente convulsivo

Descripción

Paciente de 3 meses de edad, sin antecedentes de jerarquía. Presenta cuadro clínico de 48 horas de evolución caracterizado por irritabilidad y registros subfebriles; agrega convulsiones tónico-clónicas en hemicuerpo derecho, por lo que consulta en hospital de referencia de su localidad. Allí repite episodio que cede con uso de benzodiazepinas, realizan estudios complementarios sin hallazgos patológicos y solicitan derivación a nuestra institución. A su ingreso se evalúa paciente febril con sensorio alternante y rigidez de nuca asumiendo cuadro como sospecha de meningoencefalitis y convulsión febril atípica. Se amplían estudios complementarios, realizando punción lumbar con citofisicoquímico con hiper celularidad e hiperproteínoorraquia, filmarray y cultivos de líquido cefalorraquídeo y cultivos de sangre.

Inicia antibioticoterapia, antiviral y corticoterapia, hasta la negativización de dichos cultivos. Se solicita resonancia encefálica visualizándose edema citotóxico paraventricular derecho con realce leptomeníngeo y electroencefalograma con espigas temporales bilaterales. Presenta múltiples episodios de similares características, resumiendo cuadro como status convulsivo requiriendo impregnación con fenitoína y levetiracetam. Ante persistencia clínica se decide repetir punción lumbar con cultivo y filmarray negativos, suspendiendo aciclovir. Por detectar al reinterrogatorio foco epidemiológico positivo, se amplía búsqueda virológica para EEO, Encefalitis del Nilo Occidental y Encefalitis de Saint Louis en suero y líquido cefalorraquídeo. Ante favorable evolución clínica, se decide otorgar alta a la espera de resultados de serologías, continuando seguimiento con Neurología e Infectología; quien recibe posteriormente positivo en suero: IgM a EEO.

Conclusión

La EEO es una patología no habitual que requiere consideración en el diagnóstico diferencial del paciente convulsivo. Su tratamiento se basa en el sostén clínico, por lo que es fundamental generar estrategias de prevención para evitar su transmisión, especialmente en áreas rurales teniendo en cuenta el aumento de la exposición al vector secundario al cambio climático y migración poblacional.

Bibliografía

1. SADI (2024) Encefalitis equina. Documento. Disponible en: <https://www.sadi.org.ar/publicaciones/item/1729-encefalitis-equina-documento>
SADI (2024). Alerta epidemiológica encefalitis equina. Disponible en: <https://www.sadi.org.ar/novedades/item/1725-alerta-epidemiologica-encefalomielitis-equinas>

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO (FOD) EN PERSONA CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE INFECCIÓN POR VIH

Autores: Calvante Rodriguez, L.; Almeida F.P.; Olives, M.P.; Montechiarini, M.; Macazzaga, M.F.; Kóbila M.C.; Linfossi J.; Severini J.M.; Trivisonno, F.M. y Miljevic, J.N. Servicio de Clínica Médica: Hospital Juan Bautista Alberdi -SSPMR. Carrera de Posgrado Clínica Médica- Residencia de PAMI- UDA Municipal- FCM-UNR.

Introducción

A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos la FOD sigue siendo un problema relevante en muchos pacientes infectados por el VIH. Es conocida la relación entre linfocitopenia CD4 y > probabilidad de infecciones oportunistas (IO) así como también, entre, prevalencia de ciertas infecciones endémicas, como TBC e histoplasmosis.

Caso clínico

Hombre de 33 años de edad. Diagnóstico reciente VIH, CV 348.000 copias/ml, CD4 190 mm³ consulta a guardia por FOD de 45 días de evolución que responde a Paracetamol. Hace 7 días agregó vómitos, diarrea acuosa y epistaxis que se autolimita.

Antecedentes

B24 - (TARV) de 2 semanas - (lamivudina, tenofovir, dolutegravir) – Ex ADVI a cocaína- Actual: marihuana y tabaco- Etilismo. **EF:** SV al ingreso TA 120/80 mmHg, FC: 105 lpm, FR 18 cpm, Tra 38.5°C, Sat O2: 96% al 0.2l. Paciente vigil, ubicado globalmente. Examen cardio-respiratorio sin alteraciones. SNC y SNP sin particularidades. Se palpan adenopatías cervicales bilaterales y retromandibular izquierda, móviles e indoloras. Hepatomegalia a 4 cm de borde inferior hepático y polo de bazo palpable. **Evolución:** FOD + bicitopenia en paciente B24 de reciente diagnóstico e inicio de TARV coinfección con VHC. Al ingreso hemocultivos para gérmenes comunes x 2 (negativos), para hongos y BAAR x 3 (negativos), Galactomanano, serología para dengue, Ag urinario para histoplasmosis y látex para criptotococos, negativos. TAC de tórax, abdomen y pelvis: hepatoesplenomegalia y adenomegalias de bordes hiperdensos y centro hipodenso en mediastino, retroperitoneo y mesenterio - Ecografía región cervical izquierda, conglomerado ganglionar. FSP macroplaquetas, n° de 35.000 mm³. A 10 días de internado por persistencia de Sme febril y síntomas respiratorios se solicita Rx de tórax (sin alteraciones destacables) se decide ATB empírico con Vancomicina-Piperacilina/Tazobactan x 9 días- Por continuar el Sme febril se deriva a Efactor de > complejidad para su estudio del cual se retira con alta voluntaria y vuelve a ingresar por hemorragia digestiva alta. En dicha internación se arriba al diagnóstico de TBC por BAL y al poco tiempo falleció.

Discusión

Desde el inicio de la pandemia las IO han sido la principal causa de morbilidad y mortalidad de las personas infectadas con el VIH. La introducción del TARV redujo drásticamente su incidencia, no obstante, en nuestra región, continuamos reportando casos de IO en personas con VIH en varias situaciones: Falla en el sistema de salud, falta de adherencia al TARV, fracaso terapéutico o voluntad propia de no recibir el tratamiento y otras.

HISTOPLASMOSIS BUCAL

Autores: Duri A, Azeredo Tonelli Munhoz R, Cronognetti L, Calamante N, Ferrari MC, Kóbila MC, Trobbiani GP, Pilotti FM, Trivisonno FM, Miljevic JN. Servicio de Clínica Médica: Hospital Juan Bautista Alberdi-SSPMR-Carrera de Posgrado Clínica Médica-Residencia de Pami- UDA Municipal- FCM-UNR

Introducción

La histoplasmosis es una de las micosis sistémicas de > prevalencia, en pacientes B24 con recuento de LT-CD4 < 100 cel/ml. Las formas diseminadas, se generan a partir de la reactivación de una infección latente. En algunos casos, las lesiones orales pueden ser la primera o única manifestación de la enfermedad, pudiendo asentarse en la lengua, paladar y mucosa bucal.

Caso clínico

Paciente de 34 años, B24 - CV 212.000- LCD4 110/ ml derivado por histoplasmosis en cavidad bucal (4 meses de evolución) .Sin síntomas constitucionales. Diagnóstico de VIH (2015) en TARV. Abandonó medicación por intolerancia, reanuda terapia antiretroviral (TARV) julio 2023. Antecedente de Sme febril inespecífico por lo que cursó internación 3/1/23 en HEEP, solicitando alta voluntaria-

EF: Regular estado gral. **SV:** PA: 120/80 mmHg; **FC:** 106 lpm, **FR:** 14 cpm, **T°:** 37.1°C, **Sat O2:** 99% al 0,2l- En cavidad bucal lesiones ulcerativas en lengua y placa blanquecina en paladar duro, con fondo necrótico. No se palpan adenopatías- Lesiones hiperocrómicas excavadas con bordes redondeados infrapatelar bilaterales, pápulas y excoriaciones por rascado. En región anal, condilomas acuminados. **Laboratorio:** Hto 38,4% Hb 12,8 gr/dl. GB 5200 mm³, Plaquetas, 264.000 mm³-Glucemia, Función renal, hepatograma e ionograma y RFA Normal. **Serologías:** VDRL ,Toxoplasmosis IgG, VHC y VHB, CMV IgM: (NR) y CMV IgG: Reactivo(R). Epstein Barr IgG: (R) IgM: (NR)- Chagas Ac (HAI): (NR)- Rx de tórax y senos normales, ECG S/P- Examen micológico de lengua: elementos levaduriformes, compatible con **histoplasma capsulatum (HC)**. Hemocultivo micológico (+) galactomanano de HC en orina: positivo , Ac para aspergilosis y paracoccidiodomicosis (-) Espudo para BAAR x 2 negativo.

Evolución

Internación por 17 días por cuadro de histoplasmosis en cavidad bucal: tratamiento por 14 días con anfotericina B liposomal. Seguimiento de itraconazol 200 mg VO cada 12 hs. Con mejoría clínica de la cavidad bucal, no se evidencian lesiones en paladar y lengua como al ingreso. Evoluciona asintomático. Se decide alta hospitalaria y control por ambulatorio.

Discusión

A pesar de la disponibilidad de TARV de alta eficacia (TARVAE) y su accesibilidad, las infecciones oportunistas siguen siendo aún, causa de morbi-mortalidad en pacientes con infección por el VIH. Factores como presencia de inmunodepresión grave establecida cuando se comienza el TARVAE, resistencia viral a la acción de diferentes fármacos ARV, falta de accesibilidad para estudios de resistencia, mala adherencia al tratamiento y a los controles, situación socio-económica-sanitaria, consumo perjudicial de sustancias y otras circunstancias, favorecen esta problemática.

INFECCIÓN DISEMINADA POR KPC EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO CON RESISTENCIA CAMBIANTE

Autores: Wicky D, Angelucci Lombardi C, Pendino M A, Reitu V, Abdala B, Suligoy J, Perez D. Posgrado. Clinica Medica. FCM-UNR.

Introducción

Las infecciones por microorganismos KPC representan una amenaza, son cada vez más frecuentes, presentan alta morbi-mortalidad, su manejo es complejo. No hay consenso actual sobre tratamiento, pero está claro que depende de condiciones de huésped y origen de la infección. Por todo esto, conocer los mecanismos geno y fenotípicos de resistencia ayuda en la toma de decisiones.

Objetivos

Resaltar la capacidad creciente de las enterobacterias KPC de generar resistencia intratratamiento y demostrar la importancia de contar con test fenotípicos y genotípicos para prescribir un tratamiento eficaz.

Desarrollo

Mujer de 30 años con leucemia linfoblástica aguda recaída, internada por neutropenia febril secundaria a quimioterapia. Se presentó con fiebre sin foco, se realizaron cultivos y se obtuvo *Klebsiella Pneumoniae* en urocultivo, sensible a meropenem, que completó por 7 días. Días después, recurre la fiebre y profundiza la neutropenia, se toman nuevos cultivos con desarrollo de KPC sensible a amikacina, CAZ-AVI, tigeciclina, en urocultivo, hemocultivos y exudado vaginal, se indicó amikacina y tigeciclina. Persiste febril y agrega lesión de piel (tibial) eritemato-violácea con centro úlcero-necróticas; con ecografía que descarta colección, se recultiva con rescate en hemocultivos, retrohemocultivo, y cultivo de lesión, de KPC resistente a CAZ-AVI, sensible a amikacina, tigeciclina. Por no tener respuesta clínica esperada con biterapia dirigida, se solicita test genotípico que informa disminución de la concentración inhibitoria mínima (CIM) con la combinación de CAZ-AVI y amikacina por lo que se indica dicho plan antibiótico. Presenta tórpidamente evolución de lesión de piel, se recultivó la misma y crece de ella KPC resistente a CAZ-AVI y amikacina, sensible a tigeciclina y doxiciclina, se dirige tratamiento con esta última, presentando buena evolución clínica y finalmente alta hospitalaria. Esta paciente tuvo rescate de KPC en múltiples sitios con resistencia cambiante, por lo que fueron muy importantes los test fenotípicos y genotípicos para la toma de conductas.

Conclusiones

Las infecciones por KPC pueden afectar a diferentes órganos y sistemas, presentan mal pronóstico con alta morbimortalidad y gran resistencia antibiótica con capacidad de mutar velozmente. Es difícil en la práctica diferenciar colonización de infección en pacientes inmunosuprimidos con escasas manifestaciones clínicas y analíticas. En el caso de nuestra paciente hubo focos infecciosos claros, con cultivos positivos y resistencia intratratamiento que obligó a modificar con dinamismo los esquemas terapéuticos. El mecanismo de resistencia no parece tener relación con el uso previo de antimicrobianos, sino con la mutación del gen *bla-kpc*.

MUCORMICOSIS PULMONAR

Autores: Rodríguez AR, Meres B, Re M, Rocchetti NS, Gattino SP, Settecase CJ.

Unidad De Cuidados Intensivos. Hospital Eva Perón. Granadero Baigorria. Santa Fe. Argentina.

Introducción

La mucormicosis es una infección oportunista de rápida progresión y significativa mortalidad (40-50%). *Rhizopus arrhizus* y *Rhizopus microsporus* son las especies más frecuentes en humanos. Producen infecciones rinocerebrales, orbitosinusales o pulmonares, por inhalación de esporas; infecciones locales por inoculación percutánea o del tracto digestivo por ingestión.

Caso

Paciente masculino de 51 años de edad, con antecedentes de tabaquismo, EPOC, internación 39 días en clínica por mucormicosis pulmonar (3 esputos + *Rhizopus* sp). Tomografía de tórax: lóbulo superior derecho cavidades de paredes engrosadas, con contenido heterogéneo en su interior, lóbulo inferior múltiples formaciones nodulares, derrame pleural laminar. En tratamiento con Anfotericina Liposomal. Ingres a UCI en postoperatorio de lobectomía derecha, en AVM. Examen Físico: Ta 100/60 FC 70 FR22 Sat90% Hipoventilación derecha, 2 tubos de avenamiento pleural. Laboratorio Hb 9.8 g/dl Hto 29.7 % Plaquetas 494000 xmm³ Gb 48600 xmm³ Urea 29 mg% Creatinina 0.80 mg% Ph 7.36 Pco₂ 43mmHg Po₂ 123mmHg Bicarbonato 24 mEq/l Exc Base -1.5 mEq/l Sat98.6

%Na133 mEq/l K 3.6 mEq/l Lactato 1.6 mmol/l VES 52 mm/h PCR 6 mg/dl; anatomía patológica: esporas micóticas. Complica con fistula broncopleurales, shock séptico, se inicia Vancomicina, Meropenem, Colistin y realiza toilette quirúrgica, falleció al día 15.

Discusión

Los mucorales se encuentran en el suelo, la madera y restos orgánicos. Causan infecciones fatales en inmunocomprometidos o diabéticos mal controlados. Fiebre, hemoptisis e infarto tisular son característicos en afectación pulmonar. Radiológicamente se observa: consolidación, nódulos o cavitación. Generan angio invasión, trombosis y necrosis tisular por lo que es necesario el desbridamiento quirúrgico para asegurar buena penetrancia del antifúngico.

Conclusión

La afectación pulmonar por mucoral es una infección poco común, con elevada mortalidad que requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno.

NOCARDIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Piombino D, Rojas S, Dipolito R, Vilariño B, Ceschini G, Botarelli A,

Institución: Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Alvarez". Ciudad: Rosario, Santa Fe. País: Argentina.

Tipo: Reporte de caso clínico.

Palabras claves: nocardia- inmunodepresión. Categorías: Infecciones pulmonares en inmunodeprimidos.

Introducción

Nocardia es un actinomiceto aerobio, parcialmente ácido alcohol resistente, gram positivo ramificado, que puede causar infecciones localizadas y también enfermedad diseminada conocida como nocardiosis. Es una infección oportunista donde los principales factores de riesgo son inmunodepresión y comorbilidad pulmonar crónica subyacente aunque un tercio de los pacientes infectados son inmunocompetentes. Son consideradas saprofitos ambientales.

No existe mucha información sobre la prevalencia de la enfermedad. Se estima que en Estados Unidos se dan 1.000 casos nuevos anuales, aunque estos datos pueden estar infraestimados.

Las manifestaciones clínicas dependen del órgano afectado, siendo la afectación pulmonar la más frecuente. Se caracteriza por su capacidad de diseminación, especialmente al SNC. Pueden presentar una evolución y curso clínico muy variable, con sintomatología inespecífica como febrícula, hiporexia, astenia y pérdida de peso, de aparición subaguda, por lo que el retraso diagnóstico es frecuente.

Caso clínico

Paciente con antecedente de DBT, HTA, acv con paresia braquiocrural derecha 4/5 secular, cirugía prostática por HPB y plaquetopenia con sospecha PTI en tratamiento con corticoide a altas dosis hace 6 meses. Consulta por cuadro de un mes de evolución caracterizado por tos con expectoración hemoptoica y fiebre.

Examen físico TA 120/90 mmHg, FC 75 lat/min, FR 18 ciclos/min, T° 37,8, Sat O2 92% (con O2 al 0.2l) mucosas secas, paresia braquiocrural derecha.

Laboratorio: Hto 37.8%, hb 13,4 mg/dl, gb 12400mg/dl, plaquetas 82000 mg/dl, glicemia 358 mg/dl, creatinina 0,3 mg/dl, Na 124 mg/dl, k 3,7 mg/dl, Hb glicosilada 12.

Por síndrome febril se toman cultivos hcx2 con rescate de candida albicans y urocultivo con rescate de k. pneumoniae. Ecocardiograma fey 58% con retardo en relajación VI, fondo de ojo s/p.

Rx de tórax radiopacidad y cavitación en campo pulmonar derecho. TAC tórax con contraste múltiples imágenes cavitadas confluentes, de paredes gruesas e irregulares en hemitórax derecho. imágenes de diseminación al azar en ambos hemitorax.

Se solicita esputo para BAAR con ZN débil y genxpert negativo descartando Mycobacterium TBC pero no pudiendo descartar mycobacterias atípicas u otras bacterias ácido alcohol resistentes débiles. Se realiza examen microscópico a partir del cultivo mediante técnica de Kinyoun modificada donde se observan colonias filamentosas ramificadas e inmóviles, aspecto “collar de perlas”. Se realiza técnica MALDI-TOF obteniendo finalmente rescate de nocardia cyriaciageorgica.

Conclusión

La importancia de este caso radica en paciente con inmunosupresión e infección poco frecuente de tipo oportunista, con diagnóstico difícil por bajo índice de sospecha de este germen en nuestro medio. Para el diagnóstico es fundamental la sospecha clínica, manejo multidisciplinario y realizar estudio microbiológico dirigido y específico por lo cual requiere comunicación fluida con equipo de microbiología para rescate de dicha bacteria.

NOCARDIOSIS EN ARGENTINA

Autores: Prestera J, Baldomà M, De Bessa Macedo SJ, Budde C, Maurino J. Copello Facundo Ezequiel H. Posgrado. Clinica Medica. FCM-UNR

Introducción

La especie Nocardia, se trata de un actinomiceto aerobio, parcialmente ácido alcohol resistente, gram positivo, saprófito del suelo y agua. La Nocardiosis afecta principalmente al pulmón, mientras que las formas diseminadas se encuentran en pacientes inmunocomprometidos o con patología pulmonar previa. Afecta más a hombres (3:1). En nuestro país es frecuente en la selva tucumano-oranense o yungas.

Caso Clínico

Paciente masculino de 48 años, con antecedentes de Cáncer de parótida derecha y tabaquista, consulta por cuadro de cuatro días de evolución caracterizado por toracodinia bilateral que se exacerba con la inspiración y los movimientos, acompañado por disnea clase funcional III y sensación febril.

Signos vitales: TA: 110/70 mmHg FC: 86lat/min FR:16resp/min T:36,2°C SpO2: 96% (0,24%). Al examen físico: Desviación de la comisura labial hacia la derecha. Lagofthalmos derecho. Hipoventilación generalizada con rales crepitantes basales en campo pulmonar derecho. En antebrazo se observa pápula eritematosa, con costra central necrótica. Mughet oral. Escleras ictericas. Laboratorio: Hto: 41,9% Hb:14,6g/dl Leucocitos:2630/mm3 Neutrófilos 86% Linfocitos:9.9% Plaquetas:85000/mm3. VES:27 PCR:427 Glicemia:94mg/dl Urea:48mg/dl Creatinemia:0,8mg/dl Na:133meq/l K:5meq/l Cl:94meq/l BT:1,8mg% BD:0,8mg% BI:1mg% TGO:19UI/l TGP:46UI/l FAL:483UI/lGGT:123 LDH:575UI/l EAB: PH 7,51 P02:50mmHg PCO2:33mmHg SAT:89% HCO3:-28meq/l EB:4,2 RX de tórax: Radioopacidad homogénea basal derecha y paracardiaca izquierda. Fondo de sacos libres. Serología HIV, HVB, HVC, VDRL y hemocultivos negativos. TAC de tórax: Condensación subpleural el lóbulo superior izquierdo, con imágenes aéreas de cavitación en su interior compatible con neumonía necrotizante. En lóbulo inferior izquierdo y pulmón derecho se constatan imágenes nodulares algunas sólidas y otras cavitadas. Se realiza broncofibroscopia con toma de biopsia: sector inflamatorio mixto, histiocitos activos con tendencia a la agrupación (granuloma malformado). Espudo para gérmenes comunes y cultivo de partes blandas donde se desarrolla Nocardia Cyriaciageorgica. Se interpreta el cuadro como Nocardiosis diseminada con afección pulmonar y cutánea, que presento buena evolución al tratamiento dirigido con Trimetoprim sulfametoxazol e Imipenen.

Comentario

La Nocardiosis es una patología infrecuente que ha ido en aumento en los últimos años. Resulta

importante tener un alto índice de sospecha en pacientes inmunocomprometidos con afección pulmonar, con el fin de realizar exámenes microbiológicos oportunamente y dirigir su tratamiento.

Conclusión

Presentamos este caso clínico, por su alto índice de mortalidad, alcanzando las formas diseminadas en inmunocompetentes hasta un 50% y un 85% en inmunocomprometidos.

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD POR HIPERSECRECIÓN DE IGE CON HISTOPLASMOIS DISEMINADA Y ASPERGILOSIS PULMONAR

Autores:Monti MA, Catalano FR, Martini LA, Spolli RE, Dell'Elce CE, Beduino FE, Vada JO .
Posgrado. Clínica Médica FCM-UNR

La histoplasmosis diseminada se presenta con mayor incidencia en pacientes inmunocomprometidos a diferencia de la población general y su coinfección con aspergilosis es poco común. El Síndrome Hiper-IgE es una rara inmunodeficiencia primaria que predispone a infecciones micóticas. Presentamos el caso de un joven de 25 años con diagnóstico de Síndrome de Hiper-IgE e histoplasmosis diseminada, que intercorre con aspergilosis pulmonar.

Nuestros objetivos son reportar un caso de histoplasmosis diseminada en un paciente predispuesto y describir sus manifestaciones clínicas; Reportar un caso de coinfección de histoplasmosis y aspergilosis pulmonar; Y destacar la baja frecuencia de rescate de histoplasma en un micetoma pulmonar. Se trata de Varón de 25 años de edad con antecedente de Síndrome de Hipersecreción de IgE, en seguimiento por histoplasmosis diseminada de 4 años de evolución, que consulta por fiebre y síntomas respiratorios. Al examen físico presentaba placas faríngeas, adenopatías cervicales y lesiones en piel. Hipoventilación generalizada, con rales crepitantes en campo medio-basal derecho. Presentaba un laboratorio con anemia, leucocitosis y aumento de reactantes de fase aguda. Se le realiza una TAC Tórax donde se encuentra una imagen cavitada en lóbulo superior derecho, que presenta en su interior una lesión sugestiva de micetoma, y patrón micronodulillar bilateral. Se toman 2 hemocultivos y un cultivo de esputo negativos.

Por sospecha coinfección micótica versus micetoma por histoplasma se realiza lobectomía del lóbulo superior derecho. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica concluye histoplasmosis pulmonar (granuloma necrotizante) en contexto de histoplasmosis generalizada, con colonización secundaria de la cavidad por estructuras micóticas compatibles con aspergillus. 2 meses luego consulta por dolor abdominal asociado a diarrea. Se realiza TAC de abdomen que evidencia signos de invaginación ileocólica. Se realiza hemicolectomía derecha de urgencia, y el análisis anatomopatológico demuestra histoplasmosis intestinal. Posteriormente ingresa nuevamente por dolor abdominal, por lo cual se realiza ecografía y TAC de abdomen que demuestran hepatoesplenomegalia, con un laboratorio que evidencia un aumento de las transaminasas y FAL interpretándose el cuadro como hepatitis granulomatosa por histoplasma, confirmada por biopsia hepática.

Como conclusión presentamos el caso de un paciente con inmunodepresión primaria que presenta histoplasmosis pulmonar crónica y diseminada con compromiso cutáneo, ganglionar, intestinal y hepático, que complicó con una coinfección por aspergillus a nivel de una cavidad pulmonar. El Síndrome de Hiper IgE, es una inmunodeficiencia primaria que suelen cursar con infecciones oportunistas, siendo comunes las infecciones pulmonares recurrentes. La histoplasmosis diseminada en pacientes con inmunosupresión es una entidad de difícil tratamiento, y la coinfección micótica no es frecuente.

PACIENTE JOVEN MASCULINO CON MENINGOCOCCEMIA SIN MENINGITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Angulo MA, Rivosecchi M, Córdoba PA, Niemiz M, Savino S, Sagardoy L, Buffoni ME.
Posgrado. Clínica Médica Hospital Provincial de Rosario. FCM-UNR.

Introducción

La infección causada por *Neisseria Meningitidis* es responsable de cuadros de meningitis y sepsis en niños y adultos jóvenes. Puede presentar cuadros de neumonía, pericarditis, artritis, meningitis, meningococcemia o shock séptico.

Caso Clínico

Varón de 36 años tabaquista, consulta por cuadro de 4 días de evolución de poliartalgias aditivas, asimétricas, de grandes y pequeñas articulaciones, acompañado de fiebre y odinofagia.

A su ingreso presentó leucocitosis con aumento de VES y PCR, hisopado faríngeo para *st. pyogenes* negativo, y se solicita exudado uretral para *chlamydia* y *gonococo* que no se realiza por negativa del paciente. Se solicitan ecografías articulares que descartan derrame, se toman dos hemocultivos de los cuales en uno de dos se obtiene el desarrollo de *Neisseria Meningitidis* (serotipo C). Con este hallazgo y para descartar compromiso meníngeo se realiza punción lumbar con citofisicoquímico que no presenta alteraciones; a pesar de lo cual se ingresan muestras para cultivos y filmarray con resultados negativos. Buscando causas o factores de riesgo, entre ellos, posible inmunodeficiencia, se solicita recuento de inmunoglobulinas que descarta hipogammaglobulinemias y serologías para VIH y otras enfermedades de transmisión sexual que resultan negativas. Se decide iniciar tratamiento dirigido con Ceftriaxona que completa por siete días, interpretándose cuadro como meningococcemia sin meningitis con buena respuesta clínica.

Conclusiones

Se presenta el caso de un paciente adulto joven con meningococcemia sin meningitis, siendo esta forma de presentación poco frecuente dentro de este grupo poblacional. La enfermedad meningocócica usualmente está relacionada con trastornos de la inmunidad (infección por HIV, hipogammaglobulinemias, entre otros) y factores de riesgo como el etilismo y el tabaquismo; de los cuales nuestro paciente sólo presentaba este último.

PERICARDITIS TBC EN PACIENTE VIH +

Autores: Silva Marques FB, Calvante Rodrigues L, Vivas C, Jourdan D, Calamante N, Bravo Toro ZS, Trobbiani GP, Bettini LR, Sacripanti JD, Miljevic JN.
Servicio de Clínica Médica: Hospital Juan Bautista Alberdi -SSPMR. Carrera de Posgrado Clínica Médica- Residencia de Pami - UDA Municipal- FCM-UNR.

Introducción

La pericarditis (PC) por TBC se da en el 1% de los casos, con mortalidad cercana al 40%. En zonas endémicas, la TBC provoca cerca del 50% de los casos de PC constrictiva. En personas VIH (+) con PC, en el 85% de los casos TBC es la causal. La PC sintomática es de baja frecuencia (3% de los pacientes VIH (+)) y más común en pacientes en fases avanzadas de la infección y se presenta como PC aguda o taponamiento cardíaco (TPC).

Caso clínico

Hombre de 26 años, B24 (transmisión vertical) TARV irregular, consumo problemático de sustancias, herida de arma de fuego en muslo derecho, situación de calle, internado hace 1 mes por

infección respiratoria. Alta voluntaria en 24 hs. Consulta por Disnea CF III, Síndrome febril persistente y tos con expectoración mucopurulenta de 15 días.

EF: Mal estado gral-SV: PA: 120/70 mmHg- FC: 130 lpm, FR: 40 cpm, T°: 37°C, Sat O2: 97% AA. Orofaringe congestiva. ACV: Taquicardia. AR: Taquipnea -MV disminuido en ambas bases, sin ruidos agregados. Abdomen: Dolor a palpación de ambos hipocondrios y epigastrio, sin defensa. No visceromegalia- PP (-) bilateral. MMII S/P. Neurológico: Normal-Laboratorio: Hto 29% , Hb 9,2 gr/dl- GB 6830 mm3- PMN/Mon: 70,8/17, PlaQ 108.000 mm3, Urea/creat: 25/0.6 mg/dl; Iono: 137/3.8/108 mEq/l, Hepatograma: S/P, LDH 481 UI/l, Proteína T/ Alb: 6,4/2,8 gr/dl. VES 105 mm. CV 71.100 cp , CD4: 206 mm3. Pro-bnp: 2063 pg/ml- Hemocultivos x 2 GC (-).Ecografía abdominal: Normal- Rx de tórax: Radioopacidad paracardiaca derecha, derrame pleural basal bilateral. ICT aumentado: 0.50. **ECG** : FC: 122 - Ritmo regular y sinusal - P: 0.04 - PR: 0.16 - Eje eléctrico: 60° - QRS: 0.08 - QT: 0.32 - T de ramas asimétricas/positivas, negativas en DII,DIII y de V4 a V6. Trastorno en la repolarización de V4 a V6- Liquido Pleural: GB 470 /mm3 / PMN10 % / Mn 90 % / Glucosa 105.85 mg%/ Proteínas 2.19 g% / albúmina 1.1 g% / PH: 7.52 / LDH 221 mUI/ml- ADA(-) ECC: En pared inferior de VD derrame localizado severo, con imágenes loculadas de aspecto crónico. VCI severamente dilatada, 29mm. Colapso inspiratorio muy disminuido. Doppler: variación respiratoria de onda E mitral y presencia de onda S aumentada, sugieren diagnóstico de constricción - El paciente se deriva a Efecto de III N, por riesgo de progresión a TPC. BAL: geneXpert (+).

Discusión

La PC TBC debe ser diagnosticada y tratada en forma temprana por riesgo de TPC en la fase aguda y porque puede convertirse en una pericarditis constrictiva. La enfermedad avanzada, su situación de calle, consumo activo, TARV irregular, baja adherencia a controles con el sistema de salud son condiciones que se asocian a mayor probabilidad de TBC pericárdica en este colectivo.

SÍFILIS: UNA ENFERMEDAD ANTIGUA QUE CRECE EN FORMA ALARMANTE

Autores: Carrillo Gonzalez, C.; Araújo De Souza Fonseca, Z.A.; Braga Nascimento, L.K.; Montechiarini M, Olives MP, Bianco L, Linfossi J, Cannelli MF, Pilotti FM, Miljevic JN.

Servicio de Clínica Médica: Hospital Juan Bautista Alberdi - SSPMR. Carrera de Posgrado Clínica Médica - Residencia De PAMI - UDA Municipal - FCM - UNR.

Introducción

Según el Ministerio de Salud, los casos de sífilis pasaron de 12.131 en 2021 a 32.293 en 2023, año donde se registró la mayor cantidad de contagios de las últimas 3 décadas. Si bien esta es una tendencia que se replica a nivel internacional, esta curva de crecimiento exponencial es muy preocupante en términos de Salud Pública.

Caso clínico

Paciente que consulta por pérdida de peso de 10 kg y lesiones cutáneas a predominio palmo-plantar de un mes de evolución acompañado de hiporexia, diarrea acuosa, acolia, coluria y registros febriles intermitentes constatados que se autolimitaron. Agrega, leve Odinofagia, ganglios a nivel cervical indoloros e ictericia cutáneo-mucosa. Foco positivo para ETS (falta de protección). EF: TA: 170/80 FC: 115 FR: 16 T°: 36.4°C Sat O2: 98% al 0,2l. Vigil, ubicado globalmente. Datos positivos al EF: Ictericia cutáneo mucosa, y nódulo tiroideo izquierdo de 4 x 3 cm, consistencia fibroelástica, no doloroso y de movilidad leve. Adenopatías cervicales e inguinales bilaterales, móviles, elásticas no dolorosas. Lesiones maculares generales, redondeadas a predominio palmo-plantar. **Ecografía:** abdominal normal- Tiroidea: Lóbulo izquierdo de mayor tamaño . Nódulo sólido, heterogéneo, voluminoso (40 mm) con macrocalcificación en su interior y adenopatías múltiples 10 y 13 mm del lado derecho y de 26 y 12 mm, derecho.

Datos positivos de laboratorio: TGP/ TGO: 134/222; BT/D/ I: 6,11/ 4,4/ 1,71 mg/dl; FAL/ GGT: 1137/606;

Orina: pigmentos biliares. **TP:** 17,1´´ - **KPTT:** Normal. **THS:** 0.015 Mui/L, **T4 libre** 4,175ng/dl.

Evolución

Por cuadro clínico y antecedentes de foco + para ETS se solicitan serologías Hepatitis A, B y C Virus de E- Barr, CMV y FAN: (-); VDRL: (+) 1/128 Dils y prueba treponémica (*). Sífilis secundaria con hepatitis colestásica, poliadenopatía y lesiones maculares eritematosas y descamativas generalizada a predominio palmoplantar. Se indica Penicilina BZT.- Por cuadro de hipertiroidismo y nódulo tiroideo se indica propranolol/ metimazol y PAAF bajo ecografía de nódulo tiroideo que resultó con histología benigna.

Conclusión

Según la OPS el crecimiento exponencial la sífilis puede atribuirse insuficiente concienciación sobre la enfermedad, disparidad en el acceso a los servicios de salud y el estigma persistente que puede influir negativamente a las personas para buscar asistencia médica. Por lo tanto, todo contacto con el sistema de salud de personas sexualmente activas de todas las edades y nivel socioeconómico debe ser tomado como una oportunidad única para el ejercicio activo de la concientización acerca de la problemática de las ITS.

TUBERCULOSIS DISEMINADA EN PACIENTE VIH NEGATIVO ¿LINFOCITOPENIA IDIOPÁTICA (LCI)?

Autores: Araújo De Souza Fonseca ZA, Carrillo Gonzalez , Calamante N, Dato Victoria, Kóbila MC, Olives MP, Trobbiani GP, Severini JM, Chiarotti PI, Miljevic JN.

Introducción

En 1992, CDC establece los criterios diagnósticos de LCI: Rto de linfocitos T CD4+ < a 300 células/m³, o menos de 20% del total de linfocitos en ausencia de infección por VIH u otra condición que conlleve a inmunosupresión. El espectro clínico va, desde casos asintomáticos hasta cuadros clínicos de enfermedades definitorias de SIDA.

Caso clínico

Paciente de 35 años perteneciente a comunidad Qom, consulta por cuadro de dos semanas de evolución de fiebre, tos con expectoración mucopurulenta, disnea progresiva CF III, dolor abdominal difuso, cólico y diarrea disenteriforme. Antecedente de tumor de cabeza y cuello con resección total. Padre fallecido de TBC en 2023. No realiza tratamiento supervisado en CS. Internación previa por TBC diseminada y peritoneal 2023. Mala respuesta al tratamiento antibacilar.

Estudios previos: TSH, cortisol y ácido úrico normal- PxE Hipoalbuminemia e hipergammaglobulinemia- Ag criptococo sangre (-), inmunodifusión para hongos (-), Serologías: VDRL, VHB, VHC, VIH no reactivos. Hemocultivo para BAAR y micológico (-), L. pleural GeneXpert negativo- HTLV I y II: Ac (-) . PL -LCR: Normal- Último recuento de CD4 89 Cél/ul y Linfocitos totales 178 Cél/ul- **TAC tórax:** lesiones nodulares y micronodulares, ambos campos pulmonares, de ápices a bases, algunos con centro hipodenso, moderado derrame pleural bilateral de mayor jerarquía a izquierda, atelectasias pasivas del parénquima. Hepato-esplenomegalia heterogénea multinodular de mayor compromiso en bazo. Persisten colecciones en el cuello, istmo y cola pancreática y adenopatías retroperitoneales de rango no megálico. Próstata aumentada de tamaño. Heterogénea. Vesícula seminal derecha con contenido líquido 60 x 40 mm de aspecto inflamatorio-infeccioso- Lesiones nodulares en cara anterior del hemicuerpo vertebral derecho en D11.

EF: SV: TA 90/60 mmHg, FC 100 lpm, FR 30 cpm - T°: 37.8°C Sat O2: 94% al 0,21-Vigil, lúcido, dificultad para anamnesis- A nivel malar izquierdo deformidad (zona de resección de tumor) A. resp. Disminución generalizada del MV- Rales crepitantes bibasales- Buena mecánica respiratoria- Hepatoesplenomegalia no dolorosa. Resto de EF sin particularidades. **Laboratorio al ingreso:** Ane-

mia inflamatoria- VES aumentada- hiponatremia-hipopotasemia. Aumento de FAL, GGT, LDH y TP con transaminasas normal - Urea 56 y Creat 1,46 mg/dl- Espudo para BAAR Primera y segunda muestra: **Positiva**-Se envía a cultivo y evaluación de resistencia. **Evolución:** En tratamiento con cuádruple asociación. Cuatro comprimidos al día, persiste cuadro febril prolongado.

Conclusión

La LCI es una entidad rara con pocos casos en la literatura mundial. No se conoce un tratamiento específico para esta enfermedad, salvo el control de infecciones y profilaxis según el conteo de CD4 + y recomendaciones extrapoladas de las personas infectadas por VIH.

ZÓSTER DISEMINADO CON COMPROMISO NEUROLÓGICO: UNA PRESENTACIÓN GRAVE

Autores: Crognoletti L, Martini S, Castro M, Arias Y, Díaz G.
Residencia Clínica Médica. PAMI II. FCM-UNR.

Introducción

El VVZ se reactiva para producir zóster que puede complicarse con neuralgia posherpética, zóster sin herpes y otros trastornos multisistémicos. Además, puede diseminarse centralmente para producir vasculopatía, meningitis, encefalitis y mielopatía con o sin erupción. El zoster diseminado incluye afectación cutánea extensa (por ejemplo >2 dermatomas contiguos, lesiones que afectan a ambos lados del cuerpo o dermatomas no contiguos) y/o afectación visceral; en la mayoría de los casos ocurre en personas inmunocomprometidas.

Caso clínico

Mujer de 85 años con antecedentes de DBT, HTA y Chagas consulta por cuadro caracterizado por síndrome confusional agudo, somnolencia y paresia braquial izquierda. Al examen físico se constatan lesiones vesiculares en ramillete localizadas en miembro superior izquierdo con dolor intenso de las mismas y vesículas dispersas en cuero cabelludo, región frontal izquierda, tronco y raíz de miembros inferiores. Se constata paresia braquial izquierda 4/5, con dolor a la movilización activa y pasiva. En el laboratorio se constata plaquetas 140.000/mm³ y urea 69 mg/dl, resto sin particularidades. Se realiza PL con presión de apertura normal, LCR c. roca, glucorraquia no consumida, proteinorraquia 2,18 g/l, recuento celular 60/mm³: MN 40% y PMN 60%.

Se inicia tratamiento empírico con aciclovir, ceftriaxona, ampicilina y dexametasona. Se recibe resultado de filmArray positivo para virus varicela zoster, por lo que se suspende antibióticos y corticoides. Se realiza tratamiento del dolor con opioides y pregabalina. Se solicita RMI donde se descarta compromiso medular y EMG que informa disminución de reclutamiento de unidades motoras de C5 y C6 izquierdas compatibles con lesión neurogénica periférica/plexial. Se interpreta como meningoencefalitis a varicela Zoster asociado a plexopatía braquial por lo que se reinicia corticoides a dosis de plexopatía junto al complejo B.

Comentario

La paresia motora segmentaria afecta con mayor frecuencia a los miembros superiores comprometiendo los dermatomas C5 y C7 y coexiste en aproximadamente el 0.5 a 5% de los pacientes con herpes zóster. Se debe a la diseminación del virus de los ganglios de la raíz dorsal hasta el asta anterior de la médula espinal. Es de destacar, que el zoster diseminado se describe con mayor frecuencia asociado a complicaciones como meningoencefalitis a varicela zóster, cuando los dermatomas afectados son los más cercanos al encéfalo.

Conclusión

La asociación de las 3 manifestaciones nos impulsó a la presentación de este caso. Nos plantea la importancia del diagnóstico temprano debido a la alta probabilidad de trastornos neurológicos y mortalidad elevada. Se informan secuelas a largo plazo de encefalitis por VVZ, incluidos trastornos convulsivos y secuelas neuropsicológicas entre el 10% y el 50% de los pacientes que sobreviven a la enfermedad. La mortalidad de la encefalitis asociada al herpes zoster oscila entre el 10 y el 20%.

LO QUE OCULTA LA FALLA RENAL: UN RETO DIAGNÓSTICO

Autores: Vogel I Gallo J, García A, Pedemonte P, Pizzurno V, Carrizo M.
Grado. Clínica Médica. FCM-UNR

Introducción

La leucemia de células plasmáticas (LCP) es una neoplasia muy infrecuente y agresiva, caracterizada por la presencia de altos recuentos de plasmocitos circulantes en sangre periférica.

Representa el 1-2% de todas las gammopatías monoclonales clasificándose en dos formas: 1) LCP primaria: se presenta “de novo” en fase leucémica, sin evidencia de mieloma múltiple (MM); representando el 60-70% de los casos. 2) LCP secundaria: cuando aparece como consecuencia de la transformación leucémica de un MM previo, representando el 30-40% de los casos.

Suele seguir un curso fulminante con una sobrevida entre 8 y 12 semanas a pesar de tratamiento oportuno.

Caso Clínico

Presentamos el caso de una paciente de 78 años con antecedentes de HTA, DBT tipo 2 no insulino requiriente, ex tabaquista y depresión.

Ingresa por cuadro de 48 hs de evolución caracterizado por disnea progresiva, niega fiebre, tos y otros síntomas acompañantes. Al examen físico se encontraba con mal estado general, regular mecánica respiratoria, hipoventilación bibasal y roncus bilaterales. En el laboratorio: anemia normocítica normocrómica (hto: 20.3 % y hb 7.2 g/dl), leucocitosis 36200/mm³ (N: 50%, L: 47%), plaquetopenia (55000/mm³), uremia 251 y creatinina de 16 mg/dl, pH 7,19 y bicarbonato 12, 2 meq/L. Se interpretó inicialmente como una acidosis metabólica por falla renal aguda oligúrica asociada a insuficiencia respiratoria.

Se decide su pase a terapia intensiva con vinculación a ARM y hemodiálisis diaria. Intercurrió con neumonía asociada a ventilador para lo cual completó tratamiento con meropenem, vancomicina y colistin. Por bicitopenia y leucocitosis se realizó FSP con presencia de células plasmáticas mayor a 20% e inmunofenotipo por citometría de flujo con resultado compatible con LCP, iniciándose corticoides a la espera de tratamiento oncológico específico. Por estabilidad clínica pasa a sala general, evolucionando afebril, persistencia de oligoanuria, en diálisis trisemanal, con requerimiento de oxígeno a bajo flujo. Presentó mala evolución, con insuficiencia respiratoria y depresión del sensorio y finalmente falleció.

Conclusión

La insuficiencia renal aguda como forma de presentación de la LCP es muy frecuente, como en este caso. Interesa la presentación ya que nuestra paciente mostró similares características a las descritas en la literatura; tratándose de una entidad inusual y altamente agresiva, con un pronóstico ominoso a pesar de tratamiento específico oportuno.

NEFRITIS INTERSTICIAL AGUDA A FÁRMACOS DE USO HABITUAL, UNA PATOLOGÍA POCO SOSPECHADA

Autores: Nardelli FJ, Gómez MC, Alfano S, Ceschini G, Tavella D, Castricini J y Botarelli A.
Residência Clínica Médica HECA -Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez”. Rosario, Santa. Argentina.

Palabras claves: Nefritis. Diclofenac. Insuficiencia renal. Categorías: Nefrología. Farmacología.

Introducción

La nefritis intersticial aguda (NIA), como causa de insuficiencia renal aguda (IRA), representa entre el 5 al 27% de los casos, con un aumento de su incidencia en los últimos años. La principal

etiología se debe a la hipersensibilidad a fármacos, seguido de infecciones y enfermedades autoinmunes. Tras la exposición al hapteno puede evolucionar de forma aguda, con IRA o de manera crónica. La latencia desde el consumo del fármaco es de 1 semana a 9 meses. Los antibióticos, inhibidores de la bomba de protones y antiinflamatorios no esteroideos (AINES), suelen ser los principales desencadenantes.

En el 75% de los casos los síntomas suelen ser inespecíficos y sólo el 25% se manifiesta con la tríada clásica de fiebre, rash y eosinofilia, por lo que la sospecha debe estar siempre presente y más aún por el fácil acceso a fármacos considerados inocuos.

Caso clínico

Mujer de 33 años, obesa, tabaquista. Consulta por cuadro 4 días de fiebre, mialgias, cefalea y vómitos. Relata consumo esporádico de diclofenac e inicio reciente de metformina.

Examen físico TA 145/70 mmHg FC 80 lpm FR 18 ciclos/min SatO₂ 98%. Afebril. Mucosas secas, PVC >10cmH₂O. Abdomen doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho. Laboratorio: Hto 34,8% Hb 12,1 g/dl GB 6200/mm³ Pla_q 84000/mm³ Glicemia 84 mg/dl Creatinina 7,8 mg/dl Urea 129 mg/l Na 129 mEq/l K 3,5 mEq/l Cl 90 mEq/l Bilirrubina Total 7,6 mg/dl Directa 6,3 mg/dl Indirecta 1,3 mg/dl TGO 4940 UI/l GPT 6190 UI/L FAL 248 UI/L Colinesterasa 7843 TP 23,1 KPTT 57,7 pH 7,33 pCO₂ 37,8 mmHg HCO₃ 19,8 mEq/l EB -5,4 Proteínas Totales 5,5 Albúmina 2,9 VES 15 mm/h CPK 396 UI/l Orina Densidad 1015 pH 6. Proteínas ++ Hemoglobina + Hematíes ++ FeNa 4,81%. IPC en orina: 1,6l. C3 y C4 consumidos. Perfil inmunológico, serologías y enfermedades endémicas negativas. Ecografía abdominal: Hígado de tamaño aumentado, riñones sin particularidades. Ecocardiograma: Aurícula izquierda levemente dilatada.

Evoluciona con hipertensión severa y progresión de IRA, con requerimiento de diálisis. Por falta de mejoría se realiza biopsia que informa, edema difuso tubulointersticial, mínima fibrosis intersticial y leve a moderado infiltrado linfomonocitario disperso con aislados eosinófilos. Glomérulos conservados. Inmunofluorescencia negativa. Se inicia corticoterapia normalizando la función renal.

Conclusión

Se decide presentar este caso, debido a la alta prevalencia de NIA asociada a fármacos de uso cotidiano, la dificultad para identificar los mismos y la latencia entre el consumo y manifestación clínica, como fue el caso de nuestra paciente. Se recalca la importancia de la biopsia, ya que permite confirmar el diagnóstico, evaluar la reserva renal e iniciar corticoterapia temprana, reduciendo así la morbimortalidad y la progresión a insuficiencia renal crónica ya que se ha descrito una recuperación completa en más del 75% de los casos a los 6 meses de iniciado el tratamiento.

PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA COMO PUNTO DE PARTIDA DE FÍSTULA RENO - PULMONAR.

Autores: Trabachino F, Carrizo M, Zacchino C, Gallo J, Pizzurno V, Coulleri M.

Introducción

La pielonefritis xantogranulomatosa se da por el infiltrado de macrófagos cargados de lípidos por una infección crónica del parénquima renal, cuya frecuencia es del 0,6% de las pielonefritis. Una de las complicaciones es la fistula, siendo la renopulmonar infrecuente.

Caso Clínico

Mujer de 81 años con antecedentes de HTA, ICC, ex tabaquista de jerarquía y alérgica a la penicilina; consulta por cuadro de 12 hs de evolución caracterizado por temblor, sensación subjetiva de fiebre y disnea. Al examen físico, vigil, lúcida, con palidez cutáneo - mucosa. FC: 96 lpm, FR: 16 rpm, temperatura: 37°C, TA: 110/70 mmHg, saturación de O₂: 95% (FiO₂ 0,21%). Murmullo vesicu-

lar disminuido a predominio de hemitórax izquierdo, aislados rales, sin signos de dificultad respiratoria. Miembros inferiores sin edemas. Resto sin particularidades. Laboratorio: Hto 24,6%, Hb 8 mg/dl, VCM 77,5 f/l, HCM 25,2, creatinina 1,11 mg/dl. Orina color amarillo, turbia, densidad 1020, ph 6, sangre ++, células +, leucocitos +++, piocitos +++, hematíes +, bacterias +++. Rx. de tórax con radiopacidad en base pulmonar izquierda con borramiento de saco homolateral. Se interpreta el cuadro como neumonía aguda de la comunidad y se instauro tratamiento con levofloxacina. Por sedimento urinario patológico se solicita urocultivo con rescate de E. coli ble, junto a servicio de infectología se decide continuar con igual esquema antimicrobiano. Ecografía renovesical: riñón izquierdo hidronefrótico, aumentado de tamaño, escaso parénquima y litiasis de 14 mm. TAC de abdomen y pelvis sin contraste informa hidronefrosis crónica izquierda por estenosis pieloureteral, tejido densidad partes blandas desde polo superior del riñón hidronefrótico a hemidiafragma con consolidación basal suprayacente que se interpreta como litiasis coraliforme con signos de pielonefritis crónica xantogranulomatosa y fistula renopulmonar. Se realizó nefrectomía con toma de biopsia, la cual confirmó el diagnóstico. Se otorgó alta por buena evolución.

Discusión

Resaltamos la importancia de considerar dicha complicación frente a un paciente que presenta clínica respiratoria y antecedentes de litiasis renal, dado que es un diagnóstico presuntivo que no suele tenerse en cuenta en primera instancia.

La pielonefritis xantogranulomatosa es una pielonefritis crónica de rara aparición. Interesa la exposición de este caso clínico, dada la baja frecuencia con la que se presenta y más aún su complicación, siendo la fistula renopulmonar una rara manifestación de la misma.

Referencias Bibliográficas

1. Dra. Arriaga D. Dr Donoso A, Dr Cruces Pablo R; Dr Verdugo J. Fístula nefrobronquial en paciente pediátrico. Caso clínico. Arch Argent Pediatr 2014;112(4):e156-e159
2. R. Embún Flora , J.J. Rivas de Andrésa , I. Royo Crespoa , E. Ramírez Gila , F.J. García Tiradoa , P. Martínez Vallinaa y A. Borque Fernandob. Fístula nefrobronquial secundaria a pielonefritis crónica xantogranulomatosa como causa de absceso pulmonar y hemoptisis persistente. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-fistula-nefrobronquial-secundaria-pielonefritis-cronica-13094705>
3. S.A. Gil-Villaa,* , J.G. Campos-Salcedo b , M.Á. Zapata-Villalba b , J.C. López-Silvestre b , C.E. Estrada-Carrasco b , L.A. Mendoza-Alvarez b , C. Díaz-Gómez b , J.L. Reyes-Equihua b , H. Rosas-Hernández b , J.J. Torres-Gómez b , E.I. Bravo-Castroa , R. Dicochea-Badilloa , J.A. Castelán-Martínez a , J.J. Islas-Garcíaa , I.A. Alonso-Martínez a , J.S. Izquierdo-Lunaa , O. Gómez-Abrahama , D. Ayala-Careagaa , C.A. Reyes-Morenoa y D.A. Cisneros-Poirethe Pielonefritis xantogranulomatosa, un diagnóstico complejo: reporte de un caso. Revista Mexicana de Urología. 2015.

EVALUACIÓN DE PATOLOGÍAS REUMATOLÓGICAS EN LA COMUNA DE COLONIA BELGRANO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Autores: Santolaya IB, Moine G, Klaus Mac Kellar K, Blando NG, Londero LJ, Rau G, Merce L, Nicola M, Gallo C, Cichillitti L, Gatica A, Abdala B, Lucci F, Carbone D, Palatnik M, Cortese N, Ruffino JP, Ringer A, Abdala MA.

Posgrado. Carrera de Especialización en Reumatología FCM-UNR.

Introducción

Las manifestaciones musculoesqueléticas constituyen un motivo de consulta habitual en la población en general, particularmente en personas mayores de 50 años. Dada la extensión territorial de la provincia de Santa Fe, en algunas localidades el acceso a la correcta evaluación, diagnóstico y tratamiento de estas patologías puede verse truncado por diferentes motivos. Entre ellos, las distancias a grandes ciudades donde se concentra la mayor proporción de reumatólogos y profesionales afines. Es por ello que desde la Carrera Nacional de Reumatología junto a la Facultad de Ciencias Médicas (UNR) participamos en una salida hacia la comunidad de Colonia Belgrano de la Provincia de Santa Fé en el año 2023 con el fin de detectar y caracterizar las afecciones musculoesqueléticas más prevalentes de dicha población.

Objetivo

- Describir los motivos de consulta en un consultorio reumatológico realizado el día 21 de Noviembre del año 2023 en la comuna de Colonia Belgrano, provincia de Santa Fe.

Objetivo secundario

- Describir las características demográficas de los pacientes evaluados en el consultorio antedicho.

Diseño y Metodología

Estudio observacional, descriptivo .

A través de campañas en medios de difusión, se invitó a la población adulta de la región a concurrir al centro sanitario de la localidad de Colonia Belgrano (Santa Fe, Argentina), para ser evaluados desde el área reumatológica el día 21 de Noviembre del año 2023.

Se evaluó a dicha población, por un grupo de reumatólogos matriculados y en formación a través de historia clínica completa y examen físico de los pacientes.

Se registraron los datos demográficos y relacionados al motivo de consulta en una base de datos mediante el programa Google Sheets, siendo los mismos anonimizados y codificados. Para clasificar los diagnósticos se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades Edición 10, de la Organización Mundial de la Salud. Los resultados fueron resumidos mediante estadística descriptiva.

Resultados

Se evaluaron en total 69 pacientes siendo la mayoría de sexo femenino (n=50) con una mediana de edad de 66 años y un rango de 28 a 90 años.

Respecto a los motivos de consulta en la población estudiada, se pudo observar que la poliartralgia (n=22) y gonalgia (n=14) fueron las razones más frecuentes por las cuales los pacientes se acercaron a la consulta y evaluación clínica. Los diagnósticos más frecuentes recabados y clasificados según el sistema CIE 10 fueron: poliartritis (n= 26), gonartrosis (n=14), trastornos de tejidos blandos (n=14), entre otros. Sólo dos pacientes evaluados tenían diagnóstico de patología autoinmune.

Conclusión

Como actores importantes en la salud pública, entendemos que ciertas enfermedades relacionadas con el tejido músculo esquelético, pueden afectar la calidad de vida de las personas, por lo cual nos parece fundamental el acercamiento a la población para detectar las principales

miso neurológico, pudiendo ser potencialmente graves. Destacamos la importancia de un diagnóstico preciso y seguimiento para evitar secuelas permanentes, ya que existe escasa bibliografía sobre su manejo oportuno.

Conclusión

Presentamos este caso por ser una patología infrecuente que debe ser considerada en pacientes jóvenes entre los diagnósticos diferenciales de lumbalgias crónicas.

MIOPATÍAS: UN RETO MÉDICO PARA LA ANAMNESIS.

Autores: Trabachino Ft, Zacchino C, Finucci B, Shocron G, Buffarini G, Miljevic J.
Policlinico Pami 1 - Facultad De Ciencia Médicas - UNR

Introducción

La anamnesis es la parte de la historia clínica que actúa como puente entre el médico y el paciente. Mediante la palabra nos acercamos a un diagnóstico, como en este caso las miopatías. Estas son enfermedades que causan daño o disfunción muscular, y entre sus causas se encuentran las genéticas, las inflamatorias, las producidas por sustancias y las infecciosas. Entre estas últimas mencionamos la triquinosis, una enfermedad transmitida por el parásito *Trichinella* spp por la ingestión de carne o derivados, crudos o mal cocidos, fundamentalmente de cerdo.

Caso Clínico

Hombre de 29 años con hábito de consumo de sustancias (marihuana/cocaína/alcohol), sin otros antecedentes de jerarquía, consulta por cuadro de 5 días de evolución caracterizado por mialgias, sensación subjetiva de fiebre, coluria y noción de foco para dengue positiva hace 15 días. Al interrogatorio dirigido niega actividad física extenuante y contactos cercanos con síntomas semejantes. Al examen físico, paciente vigil, orientado globalmente. Temperatura: 38,1°C, FC: 123 lpm, TA: 140/80 mmHg, saturación de O₂: 99% (FiO₂ 0,21%), FR: 18 rpm. Abdomen globuloso, blando, depresible, doloroso en hemiabdomen superior, sin visceromegalias. RHA +. Puño percusión negativa bilateral. Laboratorio: Hto 44,4, Hb 15,7, GB 14290 (N 66% E 18.5% M 11.8%), plaquetas 458000, VES 49, PCR 55, glucemia 99, creatinina 0,8, TGO 1059, TGP 769, FAL 181, CPK 84672, LDH 4208, proteínas totales 6,3, albúmina 3,3. Orina color ámbar, turbia, densidad 1020, proteínas +++, leucocitos +, células +, piocitos -, hematíes ++, gérmenes +++. Rx. de tórax sin particularidades. ECG: extrasístoles supraventriculares aisladas. Ecografía abdominal con esteatosis hepática y riñones sin cambios. Se realizaron hemocultivos (negativos) y serologías para ITS no reactivas. Mediante analítica, se descartaron leptospirosis y dengue.

Frente al reto diagnóstico se realizó nueva anamnesis al paciente logrando recabar la información de haber ingerido carne porcina previamente a su ingreso, por lo cual se solicitaron anticuerpos para Triquinosis resultando ELISA reactivo y Western Blot positivo (Instituto Nacional MALBRÁN). Se indicó tratamiento antibiótico y antiparasitario. El paciente solicitó alta voluntaria continuando controles de manera ambulatoria.

Discusión

El interés de este caso clínico radica en que se trató de un caso positivo aislado de triquinosis, sin evidenciar brote epidemiológico, y en la importancia de la anamnesis en el abordaje clínico de los pacientes; ya que fue la repregunta constante lo que nos permitió la sospecha diagnóstica.

Las miopatías poseen múltiples causas. Sin embargo, no debemos dejar de considerar a la triquinosis como causante de las mismas, más aún en nuestra población, ya que el hábito del consumo de carne es parte fundamental de nuestra cultura.

Referencia Bibliográfica

1. Guía para la prevención y el control de la triquinosis/trichinellosis en la República Argentina. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recursos/guia-para-la-prevencion-y-el-control-de-la-triquinosistrichinellosis-en-la-republica>
 2. Guía rápida sobre triquinosis. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/09/triquinosis_-_guia_rapida.pdf
 3. Informe Epidemiológico Provincia de Santa Fe. Disponible en: https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/276726/1437538/file/Informe_epidemiologico_SE%2026_2024.pdf
-

UN DUELO AUTOINMUNE EN EL CUERPO

Autores: Sosa B, Solis J, Grassi J, Cortez E, Rubiolo M y Toni P.

Posgrado. Carrera de Especialización en Clínica Médica Hospital Roque Sáenz Peña- Municipalidad de Rosario.

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) agrupa a la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), caracterizadas por la inflamación crónica del tracto gastrointestinal. Se asocian a enfermedades hepáticas autoinmunes (EHI), como la colangitis esclerosante primaria (CEP) y la hepatitis autoinmune (HAI). Presentamos el caso de un paciente con el objetivo de discutir las implicancias clínicas de esta asociación, explorar las posibles interacciones entre las vías patogénicas y resaltar los desafíos en el diagnóstico y manejo terapéutico.

Caso

Varón de 24 años sin antecedentes patológicos, consultó por cuadro de cuatro meses de evolución de ictericia generalizada asociado a diarrea acuosa no disenteriforme, pérdida de peso y dolor abdominal. Examen físico: TA 110/70 mmHg, FC 74 l/m, FR 16 c/m, T 36,7°C, Sat 99 % AA. Ictericia cutáneo mucosa. Se palpa hepatoesplenomegalia leve. Laboratorio: BT 7,1 mg%; BD 6,2 mg%; TGO 263 u/l; TGP 285 u/l; FAL 1041 u/l; LDH 262 mUI/ml; PCR 19 mg/l; Albúmina 2,7 G%; Serologías: VHC, VHB, HIV, VDRL, no reactivas. Perfil inmunológico: Látex ar 12.50 (N), FAN reactivo título 1/320 patente moteado, C3 148 (N), C4 17 (N); Anti LKM, Antimitocondriales, ANCA P y Ac. anti musculo liso, Anti-mieloperoxidasa: no reactivos. ANCA C reactivo título 1/80; Ac anti-proteinasa 3 reactivo >100 UA/ml. PXE: Hipoalbuminemia y discreto aumento policlonal de globulinas. Ecografía abdominal: Hígado difusamente heterogéneo de ecogenicidad y dimensiones aumentadas. Bazo: parénquima homogéneo de tamaño aumentado. RMI de abdomen con colangiografía: dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con patrón de saculación, arrosariado y hepatoesplenomegalia con signos de hipertensión portal. VEDA: normal. Colonoscopia y biopsia compatibles con colitis ulcerosa. Se deriva al Servicio de Gastroenterología para realización de punción biopsia bajo TAC arribando al diagnóstico de síndrome de superposición (SS) CBP-HAI. Se inició tratamiento con prednisona, mesalazina y ácido ursodesoxicólico con buena respuesta.

Comentario

La EII asociada a EHI se ha descrito hace varios años con especial asociación con CU. El síndrome de superposición es poco frecuente y se da en el 1% de los casos. Es importante destacar el riesgo a largo plazo de cirrosis hepática, colangiocarcinoma y carcinoma colorrectal. Nuestro caso subraya la necesidad de la sospecha clínica temprana, monitoreo cercano y estrategias terapéuticas personalizadas para mejorar los resultados clínicos en estos pacientes.

JORNADA DE EVALUACIÓN DE PATOLOGÍAS REUMATOLÓGICAS EN EL DEPARTAMENTO USHUAIA, TIERRA DEL FUEGO 4 AL 7 DE JUNIO DE 2024

Autores: Klaus Mac Kellar, KE, Moine GU, Santolaya, IV, Blando, NA; Londero, LU, Nicola, MA; Gallo, CA, Cichillitti, LU, Rau, Gi, Merce, LI, Gatica, MA, Abdala, BR, Lucci, FR, Picotti, CA, Bertoletti, FE; Palatnik, MA, Cortese, MA, Cuadranti, NA, Martinez, MA, Carbone, DI, Ringer, AR, Ruffino, JU, Abdala, MA. AL.

Filiación: Servicio de Reumatología Hospital Provincial del Centenario. Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario (UNR).

Introducción

Como parte de la currícula de la Carrera Postbasica de Especialización en Reumatología de la UNR y con el fin de dar a conocer y promover el conocimiento de diferentes patologías reumatológicas, el servicio realiza tareas en terreno en otras localidades, fuera del área hospitalaria habitual (Hospital Provincial del Centenario).

Esta presentación describe una actividad realizada en el departamento Ushuaia (Tierra del fuego), enmarcada en la “1ª Jornada Interresidencia Fueguina en Reumatología”, donde participó nuestro equipo y servicios asistenciales públicos y privados locales y de zonas aledañas, con residentes en formación en Clínica Médica y Médicos Generalistas.

Las actividades que se realizaron fueron:

- Evaluación de pacientes en consultorio.
- Presentación y discusión de casos clínicos, metodologías diagnósticas y tratamientos.
- Se dictaron clases de actualización de las principales patologías reumatológicas a cargo del Dr. Prof. Marcelo Abdala y equipo.
- Charlas informativas para pacientes a cargo de residentes de nuestro servicio.

Objetivos

- Describir los motivos de consulta en un consultorio reumatológico realizado los días 4, 5, 6 y 7 junio del año 2024 en departamento Ushuaia, Tierra del Fuego.
- Describir las características demográficas de los pacientes evaluados en el consultorio antedicho.

Materiales y Métodos

Se trata de un estudio descriptivo, observacional. La población seleccionada fueron personas mayores de 18 años en adelante, con motivos de consulta relacionados a patologías reumatológicas, que consultaron los días 4, 5, 6 y 7 junio del año 2024 en los consultorios destinados para este proyecto en “Clinica San Jorge” de la localidad de Ushuaia y “Centro Asistencial Médico de la Localidad de Tolhuin”, Ushuaia, Tierra del Fuego.

Se realizaron entrevistas a pacientes que previamente fueron convocados e invitados a participar mediante la difusión entre las diferentes instituciones locales de salud y los medios de comunicación. Además se realizó interrogatorio, examen físico, solicitud de complementarios y conducta terapéutica.

La información fue registrada en una base de datos en forma anónima, codificando los datos filiatorios; fue recabada por reumatólogos especialistas y en formación, acompañados por residentes de clínica médica de las instituciones que visitamos.

Para clasificar los diagnósticos se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades Edición 10, de la Organización Mundial de la Salud. Los resultados fueron resumidos mediante estadística descriptiva. Las variables cualitativas fueron descritas con frecuencias absolutas y relativas y las cuantitativas resumidas mediante mediana y rango.

Resultados

Se evaluaron un total de 119 pacientes, la mayoría fueron mujeres (84,03%), donde el grupo etario predominante fue entre los 41 y 60 años. Respecto de los motivos de consultas registrados las más frecuentes fueron artralgias (39,50%), gonalgias (8,4%) y lumbalgias (8,4%).

Los diagnósticos recabados mediante la clasificación según CIE-10 más frecuentes fueron,

poliartrosis con un 20,17%, coxartrosis 9,24%, gonartrosis 8,40% y artritis reumatoidea 6,72%.

Dentro de estos diagnósticos, un 43,70% se encontraban con tratamiento específico, el mismo porcentaje de pacientes no tenía tratamiento y un 12,6% abandono tratamiento o desconoce.

Se pudo observar además que la mayoría de estos diagnósticos eran realizados por especialistas en Clínica Médica/Generalistas 72,27% y el 27,7% por reumatólogos.

Patologías codificadas mediante CIE-10	Porcentaje
M15. POLIARTROSIS	(20,17%)
M16. COXARTROSIS	(9,24%)
0: SIN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	(9,24%)
M17. GONARTROSIS	(8,40%)
M05. ARTRITIS REUMATOIDEA	(6,72%)
M18. RIZARTROSIS	(5,88%)
M81. OSTEOPOROSIS SIN FRACTURA PATOLOGICA	(5,88%)
M65. SINOVITIS Y TENOSINOVITIS	(5,04%)
M79.FIBROMIALGIA	(5,04%)
I73. SME DE RAYNAUD	(3,36%)
G65. SME DE TUNEL CARPIANO	(3,36%)
M41.ESCOLIOSIS	(2,52%)
M75. LESIONES EN HOMBRO	(2,52%)
M47. ESPONDILOSIS	(1,68%)
M34. ESCLEROSIS SISTÉMICA	(1,68%)
M45. ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	(1,68%)
M32. LES	(1,68%)
M07. ARTROPATÍAS PSORIÁSICA	(1,68%)
M08. ARTRITIS JUVENIL	(0,84%)
M35. COMPROMISO SISTEMICO DEL TEJIDO CONJUNTIVO	(0,84%)
D68 SAF	(0,84%)

Conclusiones

Como parte importante de la comunidad sanitaria y de salud pública, entendemos que el correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades relacionadas con el aparato músculo esquelético y locomotor, pueden afectar la calidad de vida de las personas, con impacto en la productividad y desarrollo de la población observada. Por lo que nos parece fundamental el acercamiento, para detectar las principales problemáticas y el desarrollo de estrategias que nos permitan contribuir a su bienestar.

DIVERSIDAD SEXUAL: ATENCIÓN EN LA CONSULTA DERMATOLÓGICA DIARIA

Autores: Estrella, V y Godoy, NC.
Catedra de Dermatología. FCM-UNR.

Se presentan cuatro pacientes varones trans, con lesiones de acné en cara y tronco; hormonizados con testosterona, lesiones de cicatrices por mastectomías, y alopecia androgénica; dichas manifestaciones cutáneas son las más frecuentes en la población trans.

Nuestros pacientes son consultantes atendidos en el servicio de dermatología, y se trabaja conjuntamente con clínica médica, endocrinología y salud mental. La población Trans tiene menor acceso a la salud. Aprovechamos la consulta dermatológica para acercarlxs a lxs demás especialistas. Por esto mismo queremos compartir el abordaje interdisciplinario y la mirada integral e inclusiva.

Bibliografía

1. Borisonik, Diego L. y Bocca Lucía (2017). *Hablar de diversidad sexual y derechos humanos: guía informática y práctica*. Contribuciones de Eduardo Otero Torres. 1ª. Ed. Ciudad Autónoma de Bs.As.; Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaria de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. ISBN 978-987-4017-26-0.

CONSULTORIO DE “GÉNERO Y DIVERSIDAD SEXUAL” DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS DE ROSARIO (CEMAR)

Autor: Dalmaso S.
Centro de especialidades médicas ambulatorias (CEMAR).

Introducción

En las últimas décadas se han producido en Argentina importantes avances normativos relacionados con las denominadas temáticas de género y diversidad sexual. Fruto de la incansable lucha sostenida por los movimientos sociales se arribó a leyes tendientes a reconocer derechos fundamentales que abogan para que, de forma individual, sea garantizado el ejercicio de la ciudadanía, y, colectivamente, se alcance un mayor grado de justicia social. Sin embargo, si se expresa ese progreso en términos de “lucha” es porque él mismo ha encontrado (y aún encuentra) resistencias. Por un lado, la plena implementación de esas leyes continúa siendo irregular en todo el territorio nacional, y por otro lado existen personas y organismos que se oponen sistemáticamente a ese proceso, obstaculizando. La medicina cumplió un rol fundamental en la regulación y control de los cuerpos y la sexualidad, y durante mucho tiempo fue uno de los pilares que contribuyó al sostén de la norma cultural de sexo-género, principalmente a través de la patologización.

Objetivos

Caracterizar las experiencias en torno a la atención de salud, barreras y facilitadores de las personas que asisten al Consultorio de Género y Diversidad del CEMAR (CGDC). Objetivo ampliado: Luego de haber realizado ese recorrido inicial se estableció una reapertura para repensar el consultorio y las redes de atención en salud para las personas dentro del colectivo de identidades disidentes de la cisheterosexualidad, estableciendo líneas de abordaje prioritarias a profundizar.

Modalidades de trabajo

Trabajo de investigación.

Resultados

El CGDC se constituye en un lugar reconocido y tiene una valoración positiva por parte de la comunidad. La concurrencia es mayoritariamente de personas que se identifican dentro del espectro trans, de un amplio abanico etario. El promedio es de 30 años (la media de 28 años), y el principal motivo de consulta es la terapia hormonal; esto se evidencia en la caracterización social del espacio (en la forma de expresar su nombre): “el consultorio trans amigable” o “el consultorio de hormonización”. Concurren aproximadamente 500 personas. Se advierte que las consultas específicas, relacionadas con la identidad sexual, se constituyen como el punto central de contacto con el sistema de salud. En relación a las necesidades generales de salud se pudo observar que existe un desconocimiento del funcionamiento de la red, que predomina un contacto poco frecuente o nulo con los espacios sanitarios. Sin lugar a dudas la conformación de un espacio de atención en salud específico para la población travesti-trans en el año 2007 fue una propuesta de avanzada y que brinda una respuesta reconocida por la comunidad. Nos encontramos ahora ante la necesidad de dar otro paso, que retome y continúe el espíritu de vanguardia, en vistas de avanzar en la garantía del pleno acceso a la salud de las personas que forman parte del colectivo de sexualidades disidentes, desde una perspectiva integral, interdisciplinaria e interinstitucional, y bajo la estructura de una política pública.

SALUD INTEGRAL TRANS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. RECONQUISTA, SANTA FE, 2016

Autoras: Ronchi Virgolini CC, Blanco RL, Pividori M, Torres J y Ganchier V.
Reconquista-Santa Fe.

Presentación

La Ley Nacional 26743, de Identidad de Género fue sancionada el 9 de mayo de 2012. Pese al marco legal las identidades trans/ no binarias siguen siendo expulsadas o referenciadas a servicios de salud como guardia e infectología por estigmatización social (promiscuidad, enfermedades de transmisión sexual, agresiones en la vía pública por trabajo sexual, adicciones), incluidos el personal de los equipos de salud y demás instituciones.

Como equipo de salud escuchamos la solicitud de “colocación de hormonas” y como veníamos atendiendo complicaciones por inyección de sustancias de relleno para adecuar los cuerpos a las identidades autopercebidas, recibimos la demanda como una necesidad sentida por este grupo poblacional.

Objetivo general

- Acompañar en el proceso integral de transición mediante la Hormonización Segura.

Objetivos específicos

- Capacitarnos como equipo de salud en salud integral trans.
- Crear espacios amigables de atención a la población trans y sus familias.
- Difundir la ley en un intento de disminuir la discriminación por el desconocimiento de la misma.
- Motivar el compañerismo entre las mismas y generar amistades entre lxs chicxs trans y así lograr un fortalecimiento de la comunidad y de su futuro.

Modalidad de trabajo

Relato de Experiencia

Resultados previstos

- Recibimos capacitaciones sobre la temática.
- Garantizamos tratamientos de hormonización en el marco de la salud integral trans conforme a los protocolos vigentes.
- Participamos de reuniones con distintos servicios del HCR y efectores de salud dando a conocer el marco legal de nuestro trabajo para garantizar así el Trato digno a esta población.
- Trabajamos en la actualización de datos de sistemas informáticos conforme hayan realizado el cambio registral.
- Incremento del número de efectores que incorporaron la perspectiva de género a su trabajo diario de la ciudad y de la región norte del departamento General Obligado y Vera.
- Acompañamiento en la creación del grupo Aquelarre, conformado por colectivo LGBT+ como así también de las actividades que genera.
- Conformación del grupo familias diversas.

Resultados no previstos

- Trabajo articulado con organizaciones y otras instituciones.
- Participación de la creación de registro único del listado para cirugías de adecuación corporal.
- Producción del primer foro disidente y feminista del norte santafesino.
- Creación del consultorio de consejería en HCR.

Lecciones aprendidas

- Escuchar activamente al otro, tomarse el tiempo para conocer cómo se desarrolla su vida cotidiana.
 - La importancia del trabajo/construcción interdisciplinario e interinstitucional articulado junto a las personas involucradas.
 - Salir del consultorio como área de confort y aprender a replantearnos nuestras prácticas.
-

HETEROAGRESIVIDAD Y ALUCINACIONES: LA INTERDISCIPLINA TIENE LA PALABRA

Autores: Pezza R, Amaro Costa F, Almeida FP, Macazzaga MF, Ferrari C, Bravo Toro ZS, Trobbiani GP, Chiarotti PI, Pilotti FM, Miljevic JN. Servicio de Clínica Médica: Hospital Juan Bautista Alberdi -SSPMR. Carrera de Posgrado Clínica Médica- Residencia de Pami - UDA Municipal- FCM-UNR.

Introducción

Numerosos trastornos clínicos se manifiestan como crisis subjetiva, tal es el caso de la disminución rápida del nivel sérico de sodio, como el descenso sostenido por debajo de 120 mEq/l. Manifestaciones como somnolencia, agitación e irritabilidad, desorientación y debilidad son frecuentes en caso de hiponatremias severas.

Caso clínico

Paciente de 70 años internada en efector de III nivel hace 9 días, externada hace 24 hs, por hiponatremia severa, sintomática, con requerimiento de Na por 72 hs, derivada por SIES desde Hosp- Agudo Ávila, donde cursó internación durante 24 hs por conductas desorganizadas, alucinaciones y episodios de heteroagresividad física, a la guardia gral de nuestro efector.

Antecedentes

HTA, anemia crónica, Dengue (serología +) hace dos meses. Tratada con enalapril 10 mg/día.

EF Buen estado gral. **SV** conservados- **Vigil**, orientado globalmente. Glasgow 15/15. Resto de EF sin particularidades (S/P).

Evolución

Paciente de 70 años de edad con diagnóstico de ingreso de descompensación psicótica que presenta hiponatremia euvolémica severa (Na < 120mq/l) con Osmolaridad U < 100 mosmol/l. Se sospecha SIADH, Sin respuesta a restricción hídrica- Se sospecha Insf. Suprarrenal, se solicita Cortisol en 2 ocasiones, valores intermedios y ACTH disminuida se plantea, probable Hipopituitarismo. Otras hormonas del eje Hipotálamo-hipofisiario: no concluyentes- Se trata con hidrocortisona, fludrocortisona, levotiroxina y risperidona con rta parcial- Por Ac- anti-FI y Cel-parietales (+) Vit. B12 < 170 pg/ml y Homocisteína 14 mmol/l sugerentes de deficiencia de Vit B12 (se comienza tratamiento suplementario) -TAC y RMI cráneo: atrofia cerebral- En RMI signos de focos de isquemia crónicos- Silla turca parcialmente vacía. VEDA: gastropatía difusa (pendiente biopsia)- VCC normal- TAC abdominal-pelviana y Ecografía abdominal: Normal- Por mejoría gral del cuadro clínico se indica alta, pauta de alarma y control por C. externo.

Conclusión

La convicción de que en muchas ocasiones el síntoma no guarda relación lineal con una causalidad específica y objetiva, sino que pueden confluir en él, más de una causa, reivindica la necesidad de fomentar el trabajo interdisciplinario y en equipo. La categorización, de “problema subjetivo” y la reducción emergente de la práctica clínica que resulta, en “derivación” al equipo de salud mental, o el enfoque inverso, sin un paréntesis que facilite la reflexión y se pueda abrir a distintas miradas y a una atención más integral, no pocas veces, es iatrogénico tanto para la persona, tanto para el equipo de salud.

INTERNACIONES EN SALUD MENTAL – UN TIEMPO DE OPORTUNIDADES

Autores: Quintero NV, Podestá EO, Cocconi PM.

Hospital de Niños Víctor J. Vilela. Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Introducción

El Hospital de Niños Víctor J. Vilela inserto en la estructura de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, a partir del diagnóstico de situación y en consonancia con la legislación vigente en materia de políticas públicas en salud mental y derechos humanos crea en el 2022 un área específica para la internación y tratamiento de pacientes que presentan manifestaciones de crisis y/o urgencias subjetivas. Las crisis representan un emergente del estado de malestar, son parte de un proceso de salud-enfermedad-atención cuidado. Proceso continuo de intervenciones que no deben ser aisladas. Cuanto más adecuado y oportuno sea el modo en que se aloje ese primer momento crítico, tendremos más posibilidades de abordar el malestar, trabajando para que la internación sea una oportunidad, un punto en el proceso de atención, apostando a que se transforme en acontecimiento.

Objetivo

Desarrollar modos de abordaje interdisciplinario para los padecimientos de salud mental en un hospital general.

Resultados previstos y no previstos. Lecciones aprendidas

En estos dos años los resultados del trabajo muestran que las internaciones han sido en su mayoría pacientes de género femenino en edad promedio 13 años. Con estadía media de 7 días. Entre los motivos frecuentes de consulta se han observado episodios de excitación psicomotriz, autolesiones y crisis de angustia. Sin embargo los diagnósticos al alta han sido variados evidenciando un posicionamiento teórico epistemológico en la construcción del diagnóstico.

Esta nueva espacialidad nos ha permitido profundizar una clínica ampliada que apuesta a transformar el sufrimiento en posibilidad de movimiento vital. La posición de todo el equipo se funda en el sostenimiento de prácticas que permitan hacer frente a la estigmatización y discriminación que sufren los niños y niñas en situación de vulnerabilidad, desamparo y sufrimiento psíquico. Una práctica que apuesta a generar un vínculo que se sostiene con la fuerza del detalle y la ternura. Como equipo decimos que ninguno de quienes habitamos el espacio queda fuera del abordaje, todos somos parte en un marco democrático para la toma de decisiones, transmisión de información y construcción de coordenadas de trabajo.

Conclusiones

El abordaje interdisciplinario es el lugar donde podemos pensar lo que no sabemos. Creamos entre todos otro modo, que es diferente cada vez, hablamos de las internaciones en plural, no hay un universal, hay un dispositivo “la internación” que se habita por un sujeto, haciendo de la misma y de cada vez una nueva vez.

La internación será realmente terapéutica si el paciente y sus familiares en el transcurrir de la misma, puedan ubicarla como parte de un proceso de atención. Apostamos a pensar intervenciones capaces de conmovir algo de la posición subjetiva del sujeto y su entramado familiar dándole lugar a la pregunta ¿qué va a hacer con eso que le pasa?

LA INSERCIÓN DE LA RESIDENCIA INTERDISCIPLINARIA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA EN EL EMPLAZAMIENTO DE UN NUEVO SERVICIO: EL CENTRO TERRITORIAL DE SALUD MENTAL LA POSTA NORTE

Autores: Basso S, Bornicent V, Imoberdorf C, Teper I. RISAMC Rosario

Introducción

La Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N°26.657, sancionada en 2010 y reglamentada en 2013, tiene como objetivo principal garantizar el pleno goce de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Entre estos, el derecho de todas las personas a vivir en comunidad. Para ello, dicha ley promueve la transformación y/o sustitución definitiva de los hospitales monovalentes por servicios de atención comunitarios y territoriales, así como también la creación de dispositivos intermedios con anclaje en la comunidad.

En este sentido es que se instituye en la provincia de Santa Fe, el primer Centro Territorial de Salud Mental, con el objetivo de “fortalecer y acompañar, además del acceso a la salud, el acceso a derechos y apoyos específicos para habitar, socializar y trabajar”, de aquellxs usuarixs y situaciones de mayor complejidad. La creación del Centro Territorial de Salud Mental (CTSM) La Posta Norte, se da en el marco del Plan Provincial de Salud Mental 2022-2028, el cual “tiene como propósito lograr la efectiva transformación del modelo de atención y cuidados en salud mental y adicciones en un modelo de atención de salud integral y comunitaria con perspectiva de Derechos Humanos.”

En consonancia con lo expuesto y en el marco nacional de la creación de nuevas Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental Comunitaria, nace en la Ciudad de Rosario en el año 2022, nuestra residencia que se emplaza en el proyecto de creación de un nuevo servicio, el CTSM. En este sentido queremos relatar nuestra propia experiencia como primera cohorte de la RISaMC Rosario teniendo por desafío en nuestra formación la construcción de un nuevo servicio inexistente en la provincia.

Para ello recorreremos conceptos e interrogantes claves que atraviesan nuestras prácticas, a saber, la noción de complejidad en salud mental comunitaria, la continuidad de cuidados, la toma a cargo de situaciones, la urgencia y la crisis, entre otras.

SITUACIÓN DE SALUD MENTAL Y SU ACCESO EN EL TERRITORIO. UNA MIRADA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA, LA SALUD COMUNITARIA Y LA INTERDISCIPLINA

Autores: Alberdi J; Cejas VS; Gerhäuser MV, Sawczuk L, Cordone R, Fernandez SA, Oitana O. Carrera de especialización en Medicina General y Familiar de la FCM-UNR. Centro de Salud Ena Richiger. Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Introducción

Se presenta una descripción del abordaje de una paciente con una problemática de salud mental en el centro de Salud Ena Richiger de la Municipalidad de Rosario, ubicado en el distrito Norte, abordado desde la atención primaria de la salud.

Se problematiza el proceso de atención y el recorrido de la paciente en el sistema de salud, con una mirada en la accesibilidad como encuentro entre sujetos y servicios, pensando la inter institucionalidad como clave, ante la complejidad de situaciones marcadas por el ámbito barrial, socio ambiental y familiar.

Se reflexiona sobre las propuestas que tuvo la paciente desde las diferentes instituciones por las que transitó y cuáles fueron las dificultades y aciertos que se observaron en estas intervenciones, así como los resultados de las mismas.

Se aborda el presente caso de forma interdisciplinaria; con intervenciones desde enfermería, medicina general, terapia ocupacional, trabajo social, psicología, psiquiatría, etc. Entendiendo a la interdisciplina como un posicionamiento amplio y necesario, no solo para el trabajo específico de cada núcleo, sino también como parte necesaria de un abordaje integral; donde los trabajadores compartimos un campo de acción, un sentido de trabajo.

Se describe cuáles fueron las redes de apoyo interinstitucionales con las que se trabajó esta situación y se sigue trabajando en la actualidad, como parte estratégica del proyecto terapéutico.

DAR A LUZ: SOBRE LO ESENCIAL Y LO INVISIBLE

Autores: Grigioni A, De Candia Lf.

Alida Grigioni, Médica Especialista en Med. Gral. y Fliar. Docente 4to año Clínica Médica UNR-FCM - UDA HECA.

Introducción

Explorar la visibilidad de las prácticas de violencia obstétrica en las y los médicos en espacios de formación de posgrado en la ciudad de Rosario, durante el periodo 1/11/2021 a 1/2/2022. Proyecto aprobado por el Comité de Bioética FCM-UNR: Expte-CUDIN.º39164/2021 según Resolución N.º 4606/2022 El acompañamiento del embarazo, parto y puerperio de las personas gestantes (y sus familias) debe ser integral, longitudinal y debe incluir aquellas intervenciones sanitarias que respetan la fisiología de la gestación, que son precisas y están científicamente validadas; que respeten la cultura y las creencias de cada familia y potencien su autonomía, la toma de decisiones y su libre desarrollo. La violencia obstétrica (Ley N° 26.485) es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las personas con capacidad de gestar, expresada en el trato deshumanizado, el abuso de medicalización y la patologización de los procesos naturales; es una forma más de violencia de género. Generar acompañamientos libres de violencia implica también generar herramientas necesarias para prevenirla, e intervenciones capaces de promover el reparo en aquellos casos consumados. En este sentido la formación médica de posgrado se convierte en un espacio crucial de intervención en la cadena de reproducción del saber y en la reproducción de las violencias institucionales. Uno de los aspectos fundamentales de un problema de salud es su visibilidad, especialmente, por parte de aquellos actores que poseen capacidad para intervenir sobre él.

La violencia obstétrica en las instituciones de salud de la ciudad de Rosario podría caracterizarse como un problema poco estructurado, con múltiples y poco claras determinaciones, con gran impacto y magnitud poco visualizado o con marginal espacio en la agenda pública. Por lo tanto, Identificar el nivel de visibilidad que poseen los médicos en formación de posgrado, sobre este problema podría constituirse en la piedra fundamental de intervenciones transformadoras de los servicios de salud. Se realizó un diseño metodológico combinado cuanti-cualitativo, prospectivo y descriptivo, exploratorio de corte transversal. Constando de un análisis cualitativo de contenido de los planes de estudio de las carreras de posgrado seleccionadas. Y de tipo cuantitativo mediante una encuesta estructurada distribuida por nexo.

Se incluyeron médicos en segundo año o superior de formación de posgrado en las Carreras de especialización en Medicina General y Familiar, Toco ginecología y Pediatría de la UNR; y de reciente egreso de dicha formación de posgrado (hasta doce meses), con un N=102.

Resultados

- A. Conocimiento de la VO como problema de salud: el total de los encuestados respondieron reconocer la VO. En dos de los tres planes de estudios analizados se encontró contenido específico de posgrado al respecto.
- B. Visibilidad de la VO como usuarios de servicios de salud: no hubo diferencias según la condición de maternidad en la visibilidad. No pudo analizarse según la condición de paternidad debido a no haber encuestados que se identificaran como padres. La población encuestada fue mayoritariamente mujeres, 87%, dicho porcentaje se mantuvo en los demás ítems analizados según identificación de género, a excepción de la variable naturalización de la VO.
- C. Intervención en VO: del total de encuestados que respondieron haber sido testigos de VO hacia gestantes durante su atención sanitaria, no hubo quien respondiera que si realizó denuncia de VO. Un encuestado respondió reconocer los mecanismos de atención a víctimas de VO.
- D. Visibilidad de la VO: 48 encuestados respondieron haber sido testigos de VO a gestantes durante su atención sanitaria, 79.6 % por profesionales médicos y enfermeros. En este total se mantuvo la distribución por sexo (88% mujeres).
- E. Naturalización de la VO en el proceso de formación médica de posgrado: Del total de encuestados, el 11.1% respondió que no fueron testigos de VO a gestantes durante su atención sanitaria; de ellos, 3 dijeron que en su lugar de trabajo las mujeres no pueden elegir el libre movimiento y la posición vertical durante el trabajo de parto y que no se les permite acompañamiento

durante todo el proceso de atención/estadía en la institución. En esta muestra, la distribución por sexo fue distinta al resto de las preguntas, siendo 50% mujeres 50% varones, distribuidos 60% pediatras y 40% generalistas.

Discusión

Se ha analizado el conocimiento de la Violencia obstétrica como un problema de salud, relacionando el grado de conocimiento técnico sobre la misma - relevado en la encuesta, mediante el reconocimiento de los mecanismos de denuncia y atención de las víctimas- el marco legal y la presencia o no de la misma en los planes de estudio de las carreras incluidas. Este análisis permite asociar que en aquellas carreras en donde no se encontró detallado en plan de estudios la VO, la visibilidad fue menos frecuente. En cuanto a las acciones e intervenciones en VO, el análisis nos permite asociar la nula intervención y el desconocimiento de los medios para las mismas. Con relación a la naturalización de la VO, se ha analizado la misma y se puede deducir que estas prácticas, no solo no están siendo reconocidas como una amenaza a los derechos de la persona gestante, sino que su negativa a su vez no se entiende como una vulneración y mucho menos como un problema institucional. Pudiendo inferirse una relación entre estas prácticas institucionales y el peso del factor institucional, es necesario pensarlo en dos tiempos, en donde uno corresponde a la falta de conocimiento académico, técnico-científico acorde, y otro en donde, ese conocimiento no se reconoce en la práctica clínica, ni en la práctica institucional, negándose dicha preparación, y preparando el camino para el proceso de naturalización de prácticas violentas.

Conclusión

Según la ley de parto humanizado y las directrices para una experiencia positiva de parto, el acompañamiento a lección de la gestante en el proceso de atención sanitaria, y la posibilidad de optar por la posición para transitar el trabajo de parto y parto (parto vaginal), son derechos. Sin embargo, quienes no han visibilizado en su institución ninguna práctica que pudiera reconocer como violencia obstétrica, han dado cuenta que estas prácticas no están garantizadas en las mismas. Los profesionales en formación de posgrado pueden ser actores de cambio, de intervención y de prevención de las violencias; o pueden ser parte de la historia natural de las violencias y su normalización institucional.

HISTORIZACIÓN DE MARINA Y SU RELACION CON EL CENTRO DE SALUD

Autores: Acosta M, Eberhardt M, Guerrero MJ, Ianni P, Migolla A, Schmutz M.
Posgrado. Carrera de Especialización en Medicina General y Familiar FCM-UNR.

Marina tiene 24 años, nació en Resistencia, Chaco. Actualmente vive con Javier de 61 años, su pareja desde hace 4 años, su hijo Franco Agustin de 6 años, (hijo de una pareja anterior con quien no tiene relación) y su hijo Jonathan de 2 meses. Cursó hasta tercer grado de la escuela primaria en Chaco. Viven en zona de referencia de nro CDS. Ella recibe la AUH y Javier realiza changas pero me cuenta que últimamente le cuesta más realizar trabajos que demanden esfuerzo, algunas veces Marina trabaja con él. Junto a la TS gestionamos pensión por discapacidad para Javier ya que es secuela de ACV, tiene DBT, EAo y disminución de agudeza visual. No contaba con controles de salud previo a 2022. En la HC no figuraba su hijo Franco. Marina a veces se refiere a él como Franco y otras lo llama Agustín. Franco, con 5 años no estaba escolarizado por lo cual, también en conjunto con TS iniciamos trámites para anotarlo a la escuela del barrio. Consultaron conmigo por primera vez en abril de 2023 porque Marina tenía un laboratorio con SubBeta + y estaba en tto por ITU luego de una consulta por guardia en HEEP, donde también le diagnosticaron litiasis biliar. Me cuentan que estaban buscando un embarazo.

Ella tenía 23 años y Javier 60. Ambos tuvieron 2 consultas previas en CDS con otra doctora. Marina tuvo en ocasiones anteriores atenciones esporádicas en otro CDS al cual estaban adscriptos su madre y 2 hnos. Actualmente su madre vive en Chaco. El control del primer embarazo de Marina transcurrió allí. Me cuenta que tuvo Chagas y recibió tto en la niñez-adolescencia, no recuerda con qué fármaco ni

por cto tiempo. En control de laboratorio de Chagas tiene dos pruebas negativas de 3. (IC con infecto).

Marina se muestra tímida y ante algunas preguntas que realizo lo mira a Javier esperando que él responda. También refiere que tuvo un aborto luego de su 1° embarazo.

En las posteriores consultas se diagnosticó sífilis e indicó tratamiento con Peni para ambos. También presenta una bacteriuria asintomática persistentemente a pesar del tto. que luego negativiza. (¿Dificultad para cumplir con esquema de tto?, mejora luego de cambiar ATB y esquema de administración).

Siempre asiste acompañada de Javier. En las sucesivas consultas de control de embarazo noto que si bien Marina se encuentra abierta al diálogo las preguntas abiertas no funcionan por lo que comienzo a utilizar preguntas más directas y me ayuda involucrar en las mismas a Javier. Esto me permite re- interrogar acerca de los atc obstétricos de Marina y me cuentan que tuvo más de un aborto, pero no me sabe precisar cuántos, por este motivo solicito laboratorio para trombofilia que resulta positivo para Ac lúpico. Derivo a ARO y hematología.

De ARO vuelve con una caja de enoxaparina, sin contra- referencia y según me dice el dr. de ARO le dijo que yo le indicaría cómo usarla. Iniciamos con dosis profiláctica y me comunico con hema- to para continuar seguimiento. Junto a enfermería capacitamos a Javier para realizar los inyecta- bles. A las 24 semanas recibo PTOG alterada. La derivación a ARO se ve obstaculizada por barreras: geográficas, administrativas, y económicas.

Marina y Javier asisten a todos los controles de embarazo conmigo, con hematología y con ARO, asisten con frecuencia al CDS porque además del control de embarazo consultan por Javier y por Franco. Me cuentan que en las consultas con segundo nivel a Javier le preguntan si es el padre de Marina. Hacia el final del embarazo se programa cesárea por presentación podálica. A las 39 sema- nas nace Jonathan en un htal donde no la conocen, ya que en el lugar donde realizó controles no hay disponibilidad de camas. Allí solicitan ELISA para Chagas a Marina que es +, pero no realizan Microstrout a Jonathan antes del alta. Le realizan OEA que es negativo bilateral. A pesar de esto y de los antecedentes perinatales no citan para nuevo control.

A Marina le colocan implante AC y le suspenden enoxaparina antes del alta.

LISTA DE PROBLEMAS:

1. Dificultades económicas.
2. Dificultades para comprender indicaciones y para lograr una comunicación fluida.
3. Dificultades en su relación y modo de vincularse con su hijo mayor, Franco.
4. No cuenta con familia ampliada u otras redes de apoyo. Dependencia de su pareja para toma de decisiones.
5. Barreras geográficas, económicas y administrativas.
6. Prejuicios acerca de la diferencia de edad en la pareja (mirada del otro que puede afectar el modo de atención)

PROYECTO TERAPÉUTICO:

1. Gestión junto a TS de pensión para Javier y ayuda para mejoras de las condiciones de la vi- vienda. Acompañamiento de salud dado que Javier no tenía controles de salud previo a 2022.
2. Hablamos con Marina junto a TS para conocer posibilidades de intercambio con otras perso- nas en espacios barriales, biblioteca. (Ampliar redes) Posibilidad de completar escolaridad.
3. Trabajo con TS y SM para acompañar la escolarización de Franco, gestión de espacio de juego en club barrial, colonia de verano en vacaciones.
4. Trabajo en conjunto con TS y SM para fortalecer el vínculo con Franco.
5. Completar acompañamiento de salud (hematología, infectología) luego del embarazo.
6. Incluir a Marina y Jonathan en el dispositivo de desarrollo infantil.

“Los agentes productores y consumidores (pacientes) son tanto portadores de necesidades macro y mi- cro políticamente constituidas como instituyentes de necesidades singulares que atraviesan el modelo instituido en el juego del trabajo vivo o muerto al cual están vinculados. En la micropolítica del proceso de trabajo, no cabe la noción de impotencia, si el proceso de trabajo está siempre abierto a la presencia del trabajo vivo en acto es porque puede ser atravesado, siempre, por las diferentes lógicas que el trabajo vivo comprende.” Esto nos obliga y empuja como trabajadores de la salud a poner permanentemente en juego nuestra creatividad para inventar nuevos procesos de trabajo. Teniendo como eje de nuestro saber la vida del otro, el modo en que el otro expresa sus deseos, (¿qué es lo que no conozco de él?). ¿Qué se pone en juego en el encuentro? Fortaleciendo, en fin, con nuestros “maletines tecnológicos” (por nosotros y en nuestra relación con el otro constituidos y formados) nuestro núcleo cuidador.

Bibliografía:

1. Merhy, Emerson (2021) Salud: cartografía del trabajo vivo. Ed revisada. Remedios de Escalada de la UNLa- Universidad de Lanús.
 2. Merhy, Emerson (2017) Micropolítica del cuidado en salud. <https://youtu.be/OsatzwZSBB0>
 3. Merhy, Emerson (2019) “Las configuraciones tecnológicas en el trabajo en APS. La práctica clínica en el territorio”. <https://www.youtube.com/live/2hu-UF7WQdQ?si=1c7oSJ8flqwr-hVA>
-

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: DESAFÍOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Autores: Ovando M A, Rius A y Sprovieri Rabonissi P A.
Posgrado. Carrera de Especialización en Pediatría. FCM-UNR.

Introducción

Este caso clínico nos convoca a la reflexión. Reflexionar sobre las redes que vamos tejiendo a lo largo de nuestra trayectoria como profesionales del campo de la salud, cualquiera sea nuestro rol y nuestra disciplina. Nosotros junto a Maria, en quien se centró la atención de este caso, esperamos poder repensar nuestras prácticas en relación a garantizar el derecho a IVE y como está tramada la red para acceder a los derechos sexuales reproductivos en la ciudad de Rosario.

Maria, vecina del CAPS N°94 Empalme Graneros (Centro de salud de la Red Provincial), de 31 años, desde su última gesta eligió como MAC la LTB, método al que no accedió por falta de disponibilidad. Ha tenido que optar por MAC disponibles en el centro de salud atravesando cambios de los mismos en varias ocasiones por falta temporal de los recursos. Esto derivó en un embarazo no deseado, a la solicitud por parte de la paciente de la interrupción del mismo a través de la práctica de AMEU, negándose a la práctica ambulatoria, lo que da pie a la discusión de este caso.

Discusión

A partir de esta discusión podemos jerarquizar la importancia de tener una articulación fluida entre los profesionales y los equipos de los distintos niveles de atención por los que circulan los usuarios de nuestra ciudad, así como también contar con los recursos necesarios para poder llevar a cabo las prácticas que nos competen y poder acompañar adecuadamente y de manera integral los procesos de salud enfermedad atención de las personas.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE ROSARIO

Autores: Eliceche S, Basualdo F, Bianchi A.
Posgrado. Carrera de Especialización en Pediatría. FCM-UNR.

Introducción

La adolescencia es un periodo de cambios físicos, cognitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva. La OMS la divide en temprana (10 a 13 años), media (14 a 16) y tardía (17 a 19). Tener un hijo en la adolescencia es un evento relevante por el impacto sobre los hitos de transición, y aumenta la morbimortalidad materno infantil.

Objetivos

Determinar la prevalencia de embarazadas entre 13 a 19 años cuyos hijos nacieron en el Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria del 1/1/22 al 31/12/23, y describir características de las adolescentes y recién nacido.

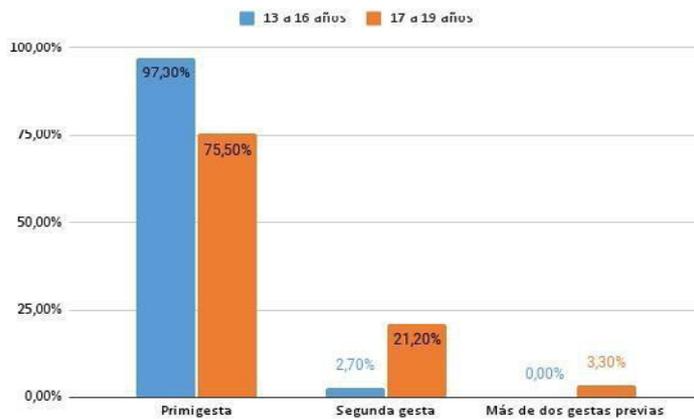
Método

Estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo. La fuente primaria de información fueron historias clínicas de adolescentes de 13 a 19 años cuyos hijos nacieron en dicha institución. Los datos se procesaron en Microsoft Excel y se analizó los mismos.

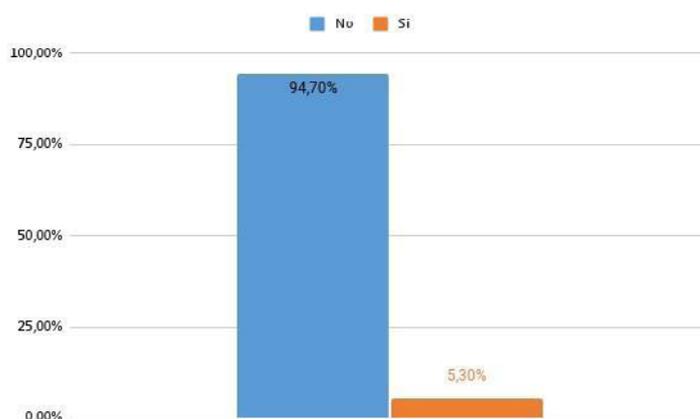
Resultados

Hubo 2855 partos, 380 eran embarazos adolescentes. Para el análisis se dividió en Grupo 1, pacientes de 13 a 16 años (n:74), y Grupo 2 de 17 a 19 años (n:306), con la finalidad de visibilizar la diferencia entre adolescencia temprana y media (grupo 1) con la tardía (grupo 2).

Gestas previas



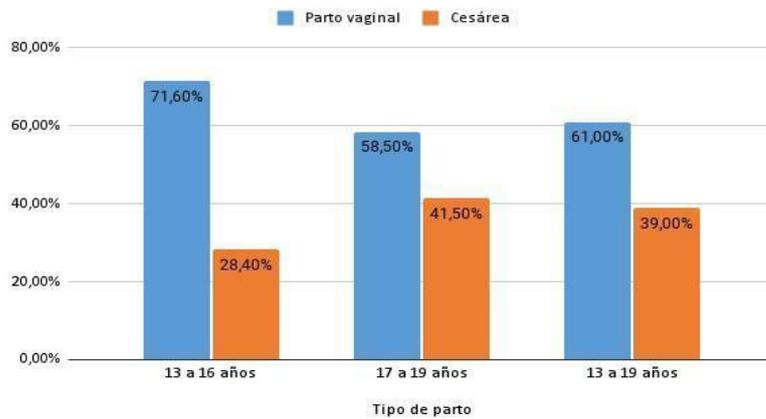
Abortos



Patologías durante el embarazo

La más prevalente fue infección de tracto urinario (n:42), seguida de sífilis (n:21); e hipertensión arterial gestacional (n:15).

Tipo de parto



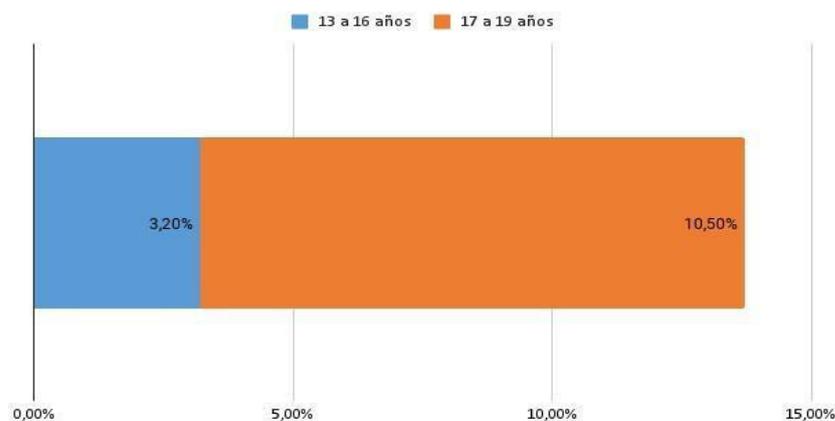
Causa de cesárea

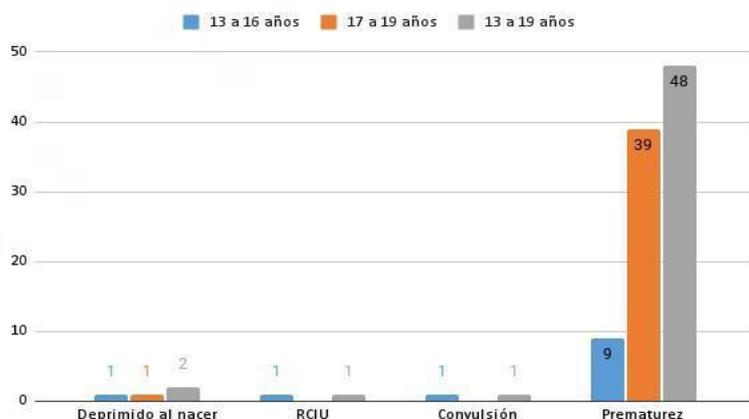
148 partos fueron por cesárea, causas más frecuentes falta de progresión (25%), bradicardia fetal (12%), imposibilidad de asegurar bienestar fetal (8,5%) y preclamsia grave (8,5%).

Edad gestacional



Ingreso a Neonatología





Discusión

El propósito fue analizar variables maternas y del recién nacido en la población adolescente, con el fin de concientizar la prevención del embarazo y visibilizar los riesgos que conlleva. En el año 2022 en Santa Fe, un 10% de los embarazos eran de menores de 20 años. Esta media coincide con nuestro estudio (partos adolescentes 13,3%). Las patologías maternas más prevalentes fueron infección urinaria, sífilis, hipertensión arterial, preeclampsia y amenaza de parto prematuro, datos que concuerdan con la literatura. Un 39% finalizó por cesárea, 35 pacientes tuvieron indicación de la misma por falta de progresión del trabajo de parto. Esto puede deberse a que, si bien la biología hace posible el embarazo en adolescentes, aún no han culminado su maduración completa. En la bibliografía se halló que en los hijos de madres adolescentes aumenta el riesgo de prematuridad, lo que se vio reflejado como primera causa de ingreso a Neonatología.

Conclusión

Como conclusión, es fundamental el abordaje integral por un equipo interdisciplinario, para una adecuada promoción de la salud sexual y reproductiva. Como pediatras acompañamos en el inicio y transición de esta etapa, nuestro rol es dar herramientas para prevenir el embarazo, disminuir la morbimortalidad y proteger sus derechos sexuales y reproductivos.



FCM

Facultad de
Ciencias Médicas

Más Universidad Pública, Más Futuro