



Revista Hospital Rawson

Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson
Comité de Docencia e Investigación

Edición N°3. Volumen N°1
Junio 2022

San Juan, República Argentina





DIRECTORIO:

Director Ejecutivo:
Dr. Jorge Girón

**Director Médico de
Planificación y Gestión
Asistencial:**
Dra. Marianna Miguez

Director Administrativo:
CPN Mario Sanchez Linares

Director del Personal:
Lic. Ricardo Atencio Pizarro

Gerente Administrativa:
Lic. Erica Crosara

Gerente Contable:
CPN Cristina Videla

COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Coordinadora
Dra. Echegaray, Liliana

Comité Editorial
Dra. Baistrocchi, Valentina
Lic. Jelves, Isabel
Dra. Manzur, Adriana
Dr. Rueda, Sergio
Lic. Uriza, Marta
Lic. Zamora, Cristina

PRODUCCIÓN GRÁFICA:
Gabinete de Comunicación y Prensa

Publicación digital semestral del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson, que publica trabajos científicos de medicina y áreas relacionadas. El objetivo general es servir como medio de difusión y de actualización de conocimientos científicos en diferentes áreas de la salud actual.

*Hospital Dr. Guillermo Rawson
Av. Rawson 494 (Sur). Capital. I CP: 5400 I San Juan – República
Argentina. Tel. 54-0264-4294700*

resvistahgrsj@gmail.com
www.hospitalrawson.sanjuan.gob.ar



ÍNDICE

6 Prólogo

Dra. Beatriz Salanitro

7 Cetoacidosis Diabética Gestacional Euglucémica

Palmés, Carlos; Rueda, Sergio.

12 Evaluación de las Ulceras por presión en un servicio de Clínica Médica

Castro, Pamela; Riveros, Alejandra; Rueda, Sergio; Vera, Gisel.

17 Hematoma Hepático post Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica. Reporte de un caso

Almada, María Victoria; Guerra Videla, Mariana Denis; Illa Porras, Sebastián.

21 Manejo de redes sociales por parte de los profesionales de la salud y estudiantes avanzados de Medicina.

Bertoni, Liliana A.; Maldonado, María Agustina; Musu, Gabriel Varela.

27 Necrosis Esofágica Aguda asociada a lesión de Dieulafo y Esofágica: Reporte de un caso

Aubone, Micaela; Arancibia, Nicolas; Babugia, Noelia; Rueda, Sergio.

32 Signo Radiológico: "Signo del muñeco de nieve"

Morales, Sabrina Anabel; Ocampo Lopez, Victoria.

33 Tratamiento No Operatorio en trauma esplénico: Manejo multidisciplinario, reporte de caso.

Antueno, Jorge Facundo; Castilla, José Omar.

38 Valor del volumen de sangre en Hemocultivos en el diagnóstico de bacteriemia en pediatría

Bertoni, Liliana; Galdeano, Emilio; Lorenzo, Gabriela; Mengual, Marcela; Ranea, Patricia; Velasco, M. Cecilia.

Próxima Edición: Diciembre 2022

Recepción de trabajos a partir de Agosto 2022.

*Consultas y reglamento de publicación :
revistahgrsj@gmail.com*



PRÓLOGO

Agradezco al Comité de Docencia e Investigación del Hospital Rawson, participar en esta apertura, desde una mirada orgullosa, por todo el trabajo que se hace en equipo, interdisciplinario, para lograr la publicación de la Revista Científica.

La misma incentiva a investigar, actualizarse en forma continua, reflexionar sobre lo actuado, valorar los resultados, compararlos, y así publicarlos.

Es evidente el crecimiento que va adquiriendo el Hospital, la alta complejidad que avanza día a día, exigiendo una formación constante, gran esfuerzo y dedicación.

Es una realidad los cambios continuos, pero el verdadero conocimiento es saber identificar la sustancia de cada cosa, obra del entendimiento, ya lo decía Aristóteles. Este proceso consiste en reconocer causas y principios, entre las que se encuentra la causa formal y la esencia.

No dudo que este principio queda objetivado en cada trabajo que se presenta, donde los profesionales vuelcan, el conocimiento científico, basado en la evidencia.

Esta Revista es un excelente instrumento donde se comparte el arduo trabajo, con responsabilidad y visión de futuro, de los profesionales de la salud, pública y privada.

Es una invitación a leerla, compartirla y participar de ella, desde cada lugar de trabajo, servicios, hospitales, centros de salud.

Es fundamental comprometer a las Sociedades Científicas que nos nuclean a difundirla y aportar todos los valores que lleven a potenciar las publicaciones y actualizaciones científicas.

Nos permitirá tener una prestación de salud con la máxima calidad. Siendo la población quien más se beneficiará, que es nuestro objetivo principal, calidad, eficiencia y equidad en salud.

Felicitaciones al Comité docencia e Investigación por esta iniciativa, dejará su impronta en la educación continua de todos los profesionales de la Salud.

Dra. Beatriz Salanitro

Ex Directora Ejecutiva del Hospital Dr. Guillermo Rawson

Ex Jefa del Servicio de Infectología Hospital Dr. Guillermo Rawson

Cetoacidosis Diabética Gestacional Euglucémica

| Palmés, Carlos

| Rueda, Sergio

Servicio de Clínica Médica del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan - Argentina

Correspondencia: Palmés, Carlos

E-mail: ypalmes92@gmail.com

RESUMEN:

La cetoacidosis diabética es una de las complicaciones agudas, raras y graves de la diabetes mellitus (DM) tanto de tipo 1 y 2, como así también de otros tipos como la gestacional.

Las características más convencionales de este tipo de complicaciones no necesariamente presentan los criterios clásicos y existe un subtipo de cetoacidosis que cursa con niveles de glucemia normal. Esta presenta un desafío tanto diagnóstico como terapéutico que puede presentar una tórpida evolución si no se trata adecuadamente con fluidoterapia, insulina y dextrosa.

En la revisión del presente artículo se describe una serie de casos, con el fin de describir los criterios diagnósticos de cetoacidosis euglucémica, resumir la fisiopatología enfocada a la paciente embarazada, identificar los factores de riesgo para el desarrollo de esta complicación, su relación con las enfermedades infecciosas epidemiológicamente activas y enfatizar el trabajo multidisciplinario por la morbilidad materno-fetal que esta presenta.

Palabras claves:

Cetoacidosis diabética, diabetes gestacional, cetoacidosis euglucémica, SARS-COV-2, H1N1.

INTRODUCCIÓN

La cetoacidosis diabética (CAD) es una de las complicaciones agudas, raras y graves de la diabetes mellitus (DM) que se caracteriza por 1) Hiperglucemia 2) Cetonemia y 3) Acidosis metabólica con anión GAP aumentado, considerada como una urgencia médica con requerimiento de internación y monitorización continua.¹

La diabetes gestacional (DG) es una alteración de la tolerancia a la glucosa, de severidad variable, que comienza o se reconoce por primera vez más allá de las 24 semanas del embarazo. Usualmente desaparece al finalizar del mismo, aunque, las mujeres que la cursaron tienen un mayor riesgo de desarrollar DG en un próximo embarazo o DM tipo 2 a posteriori.²

La CAD euglucémica fue descrita por primera vez por JF Monro et al en 1973 en la que destacaba en una serie de casos algunos pacientes que presentaban valores de glucemia por debajo de lo esperado con manifestaciones clínicas y bioquímicas típicas de las CAD hiperglucémicas.³ Esta complicación está asociada a factores de riesgo particulares como lo son el ayuno, el embarazo y las infecciones.

El objetivo del presente artículo es reportar una serie de casos de baja incidencia, pero con necesidad de un actuar médico rápido en razonamiento y manejo multidisciplinario, por su alta morbilidad materno-fetal.

Cetoacidosis Diabética Gestacional Euglucémica

| Palmés, Carlos

| Rueda, Sergio

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Paciente de 32 años, gestante de 29 semanas, sin antecedentes que consulta de forma ambulatoria por disnea, con nexo epidemiológico, realizándose hisopado para SARS-COV-2 con resultado positivo. Por agregar fiebre, dolor abdominal y vómitos consulta nuevamente, constatándose taquipneica con saturación de 94% aire ambiente, por lo que se decide su internación en Clínica Médica con diagnóstico de COVID-19 moderado. Durante la misma se valora por analítica acidosis metabólica con anión GAP aumentado con glucemias promedio menores a 130 mg/dl, cetonemia 5,4 mmol/L y cetonuria 4+ (Tabla 1). Inicia reposición volumétrica e insulino terapia intravenosa con mala respuesta por lo que es derivada a servicio de terapia intensiva de adultos (STIA). Por empeoramiento clínico, con requerimiento de intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica, se realiza interrupción de urgencia del embarazo. La paciente presenta en internación prolongada múltiples complicaciones, con fallo multiorgánico y fallece a los 20 días desde su admisión.

CASO 2

Paciente de 31 años, gestante de 33 semanas, con

antecedentes de trombofilia que consulta de forma ambulatoria por presentar fiebre, con nexo epidemiológico, realizándose hisopado para SARS-COV-2 con resultado positivo. 72 horas posteriores al resultado consulta nuevamente por agregar disnea, constatándose insuficiencia respiratoria, por lo que se decide su internación en Clínica Médica con diagnóstico de COVID-19 moderado. Por analítica se constata acidosis metabólica con anión GAP aumentado con glucemias promedio menores a 120 mg/dl y cetonuria 4+ (Tabla 1). Inicia reposición volumétrica enérgica e insulino terapia intravenosa con buena tolerancia y respuesta efectiva a las 48 horas, con criterios de resolución de CAD. Presentó buenos controles de monitoreo fetal en el seguimiento por servicio de obstetricia y es dada de alta a los 5 días desde su ingreso.

CASO 3

Paciente de 25 años, gestante de 33 semanas, con antecedentes de obesidad que consulta de forma ambulatoria por presentar fiebre, con nexo epidemiológico, realizándose hisopado para SARS-COV-2 con resultado positivo. Realiza seguimiento ambulatorio estricto, con requerimiento de atención de urgencia en domicilio donde le colocan corticosteroides intramusculares y control por médico obstetra de cabecera. Al décimo día posterior al hisopado positivo, y por empeora-

Tabla 1: Exámenes de laboratorio al ingreso o diagnóstico de CAD y con criterios de resolución.

Variables	Ingreso / Inicio									Resolución								
	Gasometria				Ionograma			Glucemia	Cetonemia	Cetonuria	Gasometria				Ionograma			Glucemia
	pH	pCO ₂	HCO ₃	Lactato	Na	K	Cl				pH	pCO ₂	HCO ₃	Lactato	Na	K	Cl	
Caso 1	7,32	27,3	13,6	1,91	139	3,65	104	115 mg/dl	5,4 mmol/L	3+	7,33	34,8	18	1,2	138	3,66	106	156 mg/dl
Caso 2	7,34	26,8	14	1,33	140	3,74	107	84 mg/dl	Sin reactivo	4+	7,4	28,6	17,6	1,5	142	3,44	109	97 mg/dl
Caso 3	7,32	26,8	13,6	1,4	136	4,04	106	89 mg/dl	Sin reactivo	2+	7,37	34,2	19,3	1,88	140	3,93	103	82 mg/dl
Caso 4	7,33	23,9	12,2	1,12	139	4,54	109	238 mg/dl	3,3 mmol/L	4+	7,38	29,3	17,1	1,8	140	3,24	105	154 mg/dl
Caso 5	7,22	21,7	8,7	4,3	136	4,18	102	74 mg/dl	4,4 mmol/L	4+	7,33	38,4	20,1	1,8	143	3,32	109	60 mg/dl

Fuente: Creación propia con datos de las historias clínicas de los pacientes.

Cetoacidosis Diabética Gestacional Euglucémica

| Palmés, Carlos

| Rueda, Sergio

miento de la disnea, se decide su internación como complicación inmediata post COVID-19. Por analítica se constata acidosis metabólica con anión GAP aumentado con glucemias promedio menores a 100 mg/dl y cetonuria 4+ (Tabla 1). Para manejo intensivo se decide pase a STIA, donde inicia fluidoterapia, insulino-terapia intravenosa continua y reposición de bicarbonato intravenoso, con criterios de resolución de CAD a las 72hs, por lo que pasa a Clínica Médica y es dada de alta a los 6 días desde su ingreso.

CASO 4

Paciente de 39 años, gestante de 21 semanas sin controles obstétricos, con antecedentes de DM tipo 2 y obesidad que en primer control gestacional se controla glucemia capilar de 376 mg/dl por lo que se realiza analítica control que destaca acidosis metabólica con anión GAP aumentado con glucemias promedio menores a 240 mg/dl, cetonemia 3,3 mmol/L y cetonuria 4+ (Tabla 1). Ingresa a Clínica Médica para iniciar protocolo de CAD, con buena tolerancia a la fluidoterapia e insulino-terapia intravenosa, con criterios de resolución a las 24hs. Es derivada al servicio de obstetricia para seguimiento de embarazo de riesgo no controlado.

CASO 5

Paciente de 25 años, gestante de 35 semanas sin controles obstétricos, con antecedentes de DM tipo 2 y obesidad que consulta de forma ambulatoria por presentar disnea y fiebre de 72 horas de evolución, por lo que ingresa a sala de parto donde se realiza analítica que destaca acidosis metabólica con anión GAP aumentado con glucemias promedio menores a 80 mg/dl, cetonemia 4,4 mmol/L y cetonuria 4+ (Tabla 1). Es derivada a STIA donde por presentar nexos epidemiológicos, se realiza hisopado con resultado positivo para H1N1. Inicia reposición volumétrica energética e insulino-terapia intravenosa con respuesta

efectiva a las 72 horas, con criterios de resolución de CAD. Al cuarto día de internación se decide pase a Clínica Médica para control y tratamiento de Influenza, presentando a las 48 horas contracciones regulares, frecuentes y de intensidad creciente por lo que es valorada por médica obstetra quien decide ingresarla a quirófano para realizar cesárea de urgencia. En el puerperio inmediato intercorre con atonía uterina como complicación obstétrica por lo que reingresa a STIA.

DISCUSIÓN

La CAD gestacional es considerada una emergencia médica por su alta tasa de mortalidad materno-fetal, que oscila en revisión literaria entre un 5-15% y un 9-35%, respectivamente.⁴ En Argentina la DG alcanza una tasa de incidencia que va del 9,8% (Asociación Latinoamericana de Diabetes) al 25% (International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups) y que entre un 0,5-3% pueden desarrollar CAD.¹⁻⁵

Aunque actualmente los criterios de glucemia para CAD sean mayores a 250 mg/dl, solo 6% de los pacientes muestran niveles por debajo de 300 mg/dL y alrededor del 1% de los pacientes muestran niveles por debajo de 180 mg/dL. Las causas más comunes son la administración de insulina camino al hospital y el ayuno.⁶

El mecanismo fisiopatológico de la CAD euglucémica es secundario a un déficit de carbohidratos que resulta en una disminución de la insulina sérica y un exceso de hormonas contrarreguladoras. El aumento de la relación glucagón/insulina conduce a un aumento de la lipólisis, un aumento de los ácidos grasos libres y la cetoacidosis.⁷ La producción de cuerpos cetónicos en la CAD euglucémica es similar a la CAD con ácido acetoacético, ácido beta-hidroxibutírico y acetona. La acidosis metabólica con brecha anión-

Cetoacidosis Diabética Gestacional Euglucémica

| Palmés, Carlos

| Rueda, Sergio

nica resultante desencadena compensación respiratoria y sensación de disnea, así como náuseas, vómitos y anorexia. La depleción de volumen resultante de la disminución de la ingesta oral, los vómitos y la diuresis osmótica por glucosuria exacerba aún más las elevaciones de glucagón, cortisol y adrenalina, lo que empeora la lipólisis y la cetogénesis. Además, la disminución de la gluconeogénesis por parte del hígado ocurre en ayunas donde el glucógeno hepático ya está agotado, o el aumento de la glucosuria por parte de los riñones contribuye a la euglucemia.⁸

El embarazo es un factor de riesgo para CAD euglucémica debido al estado fisiológico de hipoinsulinemia y aumento de la inanición. Los niveles elevados de cortisol y lactógeno placentario dan como resultado resistencia a la insulina, y los episodios de vómitos o ayuno pueden provocar una cetosis por inanición exagerada.⁹ La alcalosis respiratoria que conduce a la pérdida de bicarbonato en la orina exacerba la acidosis.¹⁰ Estos factores, tomados en conjunto, pueden provocar inanición, euglucemia y cetoacidosis por los mecanismos descritos anteriormente.

Cabe la pena destacar que durante el diagnóstico de los casos antes presentados se cursaban brotes epidemiológicos que actualmente son relevantes: tres de las pacientes presentaban hisopados positivos para SARS-COV-2 y una de ellas para H1N1. El COVID-19 es un evento de estrés que puede desencadenar por sí solo una CAD en pacientes predispuestos. Se ha descrito una alta incidencia de infección por SARS-CoV-2 en pacientes embarazadas, con reportes de hasta un 15,4%.¹¹ Las complicaciones asociadas al COVID-19 en pacientes embarazadas están dadas por partos por cesárea y parto prematuro.¹²

COVID-19 tienen tendencia a aumentar el índice de complicaciones acumuladas. En una revisión sistemática (Gajbhiye et al), se describen las comorbilidades más comunes en mujeres embarazadas con COVID-19 las que fueron: DM (11%), trastornos hipertensivos (9%), trastornos placentarios (5%), coinfecciones (6%), hipotiroidismo (5%) y anemia (4%).¹³

Para concluir debemos resaltar lo dificultoso del manejo en este tipo de presentaciones: pacientes con alto grado de dificultad de apegos a controles de salud obstétricos, cuadros clínicos solapados por la disnea (y la sospecha epidemiológica mediada por la pandemia), DG no diagnosticadas con controles de glucemia por debajo de los esperados para CAD, la gravedad del COVID-19 al ingreso (a mayor gravedad, peor pronóstico), el requerimiento de manejo en terapia intensiva de adultos, los obstáculos de atención continua para pacientes con aislamiento respiratorio e incluso de la disponibilidad de tiras reactivas para la medición de cetonemia. Por esto debemos remarcar la importancia de tener en cuenta esta complicación rara y aguda de una de las patologías crónicas más prevalentes en el mundo.

El binomio CAD gestacional euglucémica y

Cetoacidosis Diabética Gestacional Euglucémica

| Palmés, Carlos

| Rueda, Sergio

BIBLIOGRAFÍA

1. Queensland Clinical Guidelines. Gestational diabetes mellitus (GDM). Guideline No. MN21.33-V6-R26. Queensland Health [Internet] 2021 [citado: 8 mayo 2022]. Available from: <http://health.qld.gov.au/qcg>
2. Faingold M.C. Recomendaciones para gestantes con diabetes. Conclusiones del Consenso reunido por convocatoria del Comité de Diabetes y Embarazo de la SAD. Revista SAD [Internet] 2009 [citado: 7 mayo 2022]; 43:73-81.
3. Munro JF. Euglycaemic diabetic ketoacidosis. Br Med J. [Internet] 1973 [citado: 7 mayo 2022]; (2), 578 –580.
4. Carroll MA, Yeomans ER. Diabetes Ketoacidosis in Pregnancy. Crit Care Med [Internet] 2005 [citado: 7 mayo 2022]; 33: S347-S353.
5. Gorban de Lapertosa S, DPSG-SAD Group. Prevalence of gestational diabetes mellitus in Argentina according to the Latin American Diabetes Association (ALAD) and International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria and the associated maternal-neonatal complications. Health Care Women Int. [Internet] 2021 [citado: 7 mayo 2022]; 42(4-6):636-656.
6. Kitabchi AE. Crisis hiperglucémicas en pacientes adultos con diabetes. Cuidado de la Diabetes [Internet] 2009 [citado: 7 mayo 2022]; 32 (7):1335-1343.
7. Modi A. Cetoacidosis diabética euglucémica: una revisión. Curr Diabetes Rev. [Internet] 2017 [citado: 7 mayo 2022]; 13 (3):315-321.
8. Rawla P. Cetoacidosis diabética euglucémica: un dilema diagnóstico y terapéutico. Representante de caso de Endocrinol Diabetes Metab [Internet] 2017 [citado: 7 mayo 2022].
9. Sinha N. Cetoacidosis por inanición: una causa de acidosis metabólica con desequilibrio aniónico grave en el embarazo. Cuidado crítico del representante del caso [Internet] 2014 [citado: 7 mayo 2022]; 906283.
10. Lucero P. Cetoacidosis diabética euglucémica en la UCI: Reporte de 3 casos y revisión de la literatura. Cuidado crítico del representante del caso [Internet] 2018 [citado: 7 mayo 2022]; 1747850.
11. Sutton D. Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery. N Eng J Med. [Internet] 2020 [citado: 7 mayo 2022]; 382(22): 2163-2164.
12. Parazzini F. Delivery in pregnant women infected with SARS – CoV– 2: A fast review. J Gynecol Obstet [Internet] 2020 [citado: 7 mayo 2022]; 150(1): 41-46.
13. Gajbhiye R. Pregnancy outcomes, Newborn complications and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2 in women with COVID-19: A systematic review of 441 cases. [Internet] 2020 [citado: 7 mayo 2022].

Evaluación de las Ulceras por presión en un servicio de Clínica Médica

| Rueda, Sergio

| Vera, Gisel

| Riveros, Alejandra

| Castro, Pamela

Servicio de Clínica Médica del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan - Argentina

Correspondencia: Rueda, Sergio

E-mail: sfrueda@gmail.com

RESUMEN:

Introducción

Las úlceras por presión (UPP) representan un problema de salud actual difícil de controlar. Nuestro objetivo fue evaluar el desarrollo y presencia de UPP en los en un servicio de Clínica Médica.

Materiales y Método

Estudio retrospectivo observacional, entre agosto 2021 a marzo 2022 se evaluaron los registros de enfermería de UPP. Se utilizó escala de Braden para evaluar riesgo de UPP y escala de NPUAP/EPUEAP para evaluar grado de lesión.

Resultados

Ingresaron 960 pacientes, la prevalencia de UPP al ingreso al servicio fue del 8,3%. Al ingreso el riesgo de UPP en el total fue bajo 20%, moderado 50% y alto 30%. Del total de pacientes con UPP el 62,5% eran hombres, la edad media 61,2 (DE 15,7) años. El promedio de internación 25,3 días. Las localizaciones más frecuentes fueron sacra 46%, talón 50%, hallux 15%, trocánteras 7,5% y otras localizaciones 20%; 36,2% presentaron más de una localización. El grado de UPP fue I 15%, II 8,8%, III 30% y IV 36,3%, el 53,8% requirió desbridamiento quirúrgico. La mortalidad fue del 26,3%. Del total de UPP ninguna se produjo en el Servicio de Clínica Médica, los pacientes venían del Servicio de Terapia Intensiva Adulto 32,5%, Servicio Médico de Urgencia 28,5% otros servicios 11,2% y domicilio 26,3%.

Discusión

La prevalencia de UPP fue del 8,3%, siendo todas antes del ingreso, de los pacientes que ingresaron sin UPP ninguno desarrolló lesiones demostrando la efectividad del programa de prevención de UPP.

Palabras claves

Úlceras por presión, Clínica Médica.

INTRODUCCIÓN

Se denominan úlceras por presión (UPP) a las lesiones de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o por presión asociada a cizallamiento o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente

y otro externo a él o contrapuestos del mismo paciente.¹

Se han descrito múltiples factores de riesgo para el desarrollo de UPP siendo los fundamentales la falta de movilidad, mala perfusión tisular, pérdida de la sensibilidad, mala nutrición y edad

Evaluación de las Ulceras por presión en un servicio de Clínica Médica

| Rueda, Sergio

| Vera, Gisel

| Riveros, Alejandra

| Castro, Pamela

avanzada,² características todas frecuentemente encontradas en los pacientes de un servicio de clínica médica.

Las UPP son una importante causa de morbilidad para los pacientes tanto física como emocional, aumentando la estadía hospitalaria, los costos de salud incluso la mortalidad.^{3,4} A nivel mundial se estima en más de 28 000 muertes anuales a causa de las UPP.⁴

Si bien los datos de prevalencia en nuestro medio son escasos, un trabajo reciente realizado en hospitales de toda la Argentina informa una prevalencia de UPP del 22,5% en adultos.⁵ Lo que demuestra que las UPP siguen siendo un problema de salud difícil de controlar a pesar de contar con medidas eficaces para evitarlas y de ser una de las prioridades en la seguridad del paciente y calidad de atención.⁶

Existen múltiples intervenciones para evitar el desarrollo de UPP comenzando por la valoración inicial del riesgo por parte del personal sanitario, junto con medidas activas en los pacientes de riesgo.⁶

El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar el desarrollo y características de UPP en un servicio de Clínica Médica, así como la utilidad de un programa de prevención de UPP.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio retrospectivo observacional donde se evaluaron los registros de enfermería de valoración del riesgo de UPP del Servicio de Clínica Médica del Hospital Rawson. El periodo fue de agosto 2021 a marzo 2022 inclusive.

Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron durante el periodo referido. Se excluyeron aquellos pacientes que permanecieron menos de 24 horas internados.

El servicio de Clínica Médica cuenta con 40 camas de internación, en cada paciente que ingresa se evalúa el riesgo de desarrollar UPP y se aplica un programa activo de cuidados de enfermería para evitar el desarrollo de UPP que incluye al uso de colchones viscoelásticos o colchonetas de aire, almohadones para zonas de apoyo específicas (talones, cabeza, etc) y rotación activa de los pacientes asociado el uso de parches hidrocoloides en pacientes de alto riesgo.

El riesgo de UPP se evaluó con la escala de Braden que evalúa: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas; considerando riesgo de UPP como bajo 15 a 18 puntos, moderado 13 a 14 puntos y alto ≤ 12 puntos.⁷

Para clasificar las úlceras se utilizó la escala de National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (NPUAP / EPUEAP / PPIA)⁸ Grado I: eritema que no desaparece a la presión, Grado II: úlcera que llega hasta dermis, G III: úlcera que llega hasta celular subcutáneo y Grado 4: úlcera que llega a tejidos profundos.

Los datos de variables categóricas se muestran como porcentajes, las variables continuas se presentan como media y desviación estándar (DE), en variables con gran dispersión también se muestra la mediana. Los datos fueron analizados con IBM SPSS 20.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio ingresaron 960 pacientes al servicio de Clínica Médica, de los cuales 80 presentaron UPP (8,3%). El promedio de días de internación en Clínica Médica durante el periodo de estudio fue 13,2 días.

Evaluación de las Ulceras por presión en un servicio de Clínica Médica

| Rueda, Sergio

| Vera, Gisel

| Riveros, Alejandra

| Castro, Pamela

Al ingreso el riesgo de UPP en el total de paciente fue bajo en 193 (20%), moderado en 480 (50%) y alto en 287 (30%). En los 880 pacientes que no desarrollaron UPP el riesgo era bajo en 187 (20%), moderado en 460 (49%) y alto en 233 (31%). En los 80 paciente que si presentaron UPP el riesgo era bajo en 6 (7,5%), medio en 20 (25%) y alto en 54 (67,5%) pacientes. **(Grafico 1)**



Grafico 1: Riesgo de UPP al ingreso a Clínica Medica según escala de Braden en paciente sin y con UPP

Del total de pacientes con UPP el 62,5% eran hombres, la edad media fue de 61,2 (DE 15,7, Mediana 61, rango 18-70) años. El promedio de días de internación en Clínica Médica fue 25,3 días (DE 36, Mediana 16, Rango 2-284).

Del total de UPP ninguna se produjo en pacientes originalmente internados en nuestro servicio, todos los pacientes con UPP ya las presentaban al momento del ingreso. **(Grafico 2)**

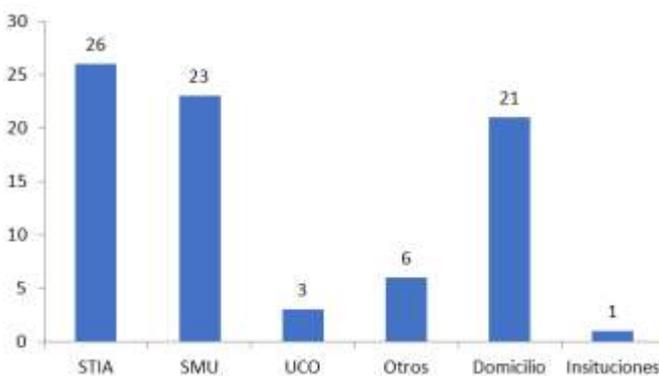


Grafico 2: Lugar de origen de los pacientes que presentaban escaras (Los números muestras n de pacientes) STIA: Terapia Intensiva de Adultos, SMU, Internación del Servicio de Urgencias, UCO: Unidad Coronaria

Las localizaciones más frecuentes del las UPP fueron sacra 37 pacientes (46%), talón 42 pacientes (50%), hallux 12 pacientes (15%), trocateras 6 pacientes (7,5%) y otras localizaciones 16 pacientes (20%). 29 pacientes (36,2%) presentaron más de una localización de la UPP.

El grado de las UPP fue I 12 pacientes (15%) II 15 pacientes (18,8%), III 24 pacientes (30%) y IV 29 pacientes (36,3%). 43 pacientes (53,8%) requirieron desbridamiento quirúrgico. En todas las lesiones que lo requirieron se realizaron curaciones avanzadas.

De los 80 pacientes con UPP 21 (26,3%) murieron y 4 permanecen internados.

DISCUSIÓN

En el presente estudio encontramos que el 8,3% de los pacientes presentaron algún tipo de UPP, aunque ninguna se generó en el servicio de Clínica Médica. Estos datos son más bajos a los descritos en un gran estudio de prevalencia de UPP en Argentina donde la prevalencia de UPP en adultos alcanzo el 22,5%, así como datos de países con similar nivel socio económico como México donde la prevalencia media de UPP alcanzó el 36% llegando al 68% en el servicio de Clínica Médica.³ Nuestros datos son similares a los de países con mayor nivel de gasto en salud como España donde la prevalencia de UPP fue de 7,9%.⁹ De todas maneras, la prevalencia de UPP en diferentes estudios a nivel mundial es muy variable.⁶ Es de destacar que uno de los principales orígenes de nuestros pacientes que ingresan con UPP es la Terapia Intensiva donde habitualmente la prevalencia de UPP suele ser mayor por las características de los pacientes, siendo en diferentes estudios entre 18.5 a 32,7%.⁹⁻¹¹

Más del 66% de los las UPP eran grados III y IV, lo que requirió curaciones avanzadas frecuentes y

Evaluación de las Ulceras por presión en un servicio de Clínica Médica

| Rueda, Sergio

| Vera, Gisel

| Riveros, Alejandra

| Castro, Pamela

desbridamientos quirúrgicos en muchos casos en más de una oportunidad, lo que produjo un aumento de la carga laboral de enfermería, aumento de los costos en productos de curación y aumento de los tiempos de intención de los pacientes, con el consiguiente retardo en la extenuación e incluso en muchos casos la necesidad de seguir con internación domiciliaria. Además los pacientes con UPP permanecieron en promedio casi el doble de días de internación que la media del Servicio (25,3 vs 13,2 días).

El 26,5% de los pacientes con UPP provenían de su domicilio, no tenemos los datos del estado previo de estos pacientes para poder definir el desarrollo de las lesiones, pero es importante que aquellos pacientes que permanecen en cama en sus domicilios, mucho de ellos con internación domiciliaria, mantengan los sistemas de prevención de UPP.

En nuestra población de pacientes que no ingresaron con UPP, a pesar de tener un 31% con alto riesgo para desarrollar UPP, ningún paciente presentó lesiones, demostrando que los programas de capacitación de enfermería y de vigilancia y cuidados activo son altamente efectivos.¹⁰ La fortaleza de nuestro estudio es conocer el riesgo de todos los pacientes ingresado en nuestro servicio, aunque no podemos saber el riesgo de los pacientes con UPP previo al desarrollo de las mismas.

Entre las limitaciones de nuestro estudio, no pudimos evaluar a la población que no desarrolló UPP para así poder determinar factores de riesgo para su desarrollo.

Podemos concluir que la prevalencia de UPP fue del 8,3%, siendo todas previas al ingreso, ninguno de los pacientes que ingresaron sin UPP las desarrolló demostrando la efectividad del programa de prevención de UPP.

Evaluación de las Úlceras por presión en un servicio de Clínica Médica

| Rueda, Sergio

| Vera, Gisel

| Riveros, Alejandra

| Castro, Pamela

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. Logroño; 2003.
<https://gneaupp.info/ulceras-por-presion-y-heridas-cronicas/>. Accedido marzo 2022.
2. Coleman S, Gorecki C, Nelson E, et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2013; 50:974-1003.
3. Stegensek Mejía M, Jiménez Mendoza A, Romero Gálvez L, Aparicio Aguilera A. Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención. *Enferm Univ*. 2015; 12:173-81.
4. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;385:117-71.
5. Etchenique S, Saiz M. Primer estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en Argentina, 2018. El primer paso para la maratón nacional de UPP. *Gerokomos*. 2020; 31:41-50.
6. Primer Consenso de Úlceras por Presión (PriCUPP). Bases para la implementación de un Programa de prevención, diagnóstico y tratamiento de las Úlceras por Presión. Coordinadores: Acad. Fortunato Benaim y Acad. Jorge Neira. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. 2017 1° Ed.
7. García F, Pancorbo H, Soldevilla J, Blasco G. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. *Gerokomos*. 2008;19:136-44.
8. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
9. Pancorbo-Hidalgo P, García-Fernández F, Torra i Bou J, Verdú Soriano J y Soldevilla-Agreda J. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*. 2014; 25:162-170.
10. Chércoles López I. Valoración de los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión en cuidados intensivos. *Gerokomos*. 2019; 30:210-6.
11. Da Silva Cardoso J, Blanes L, Augusto Calil J, Ferreira Chacon J, Masako Ferreira L. Prevalence of pressure ulcers in a Brazilian hospital: results of a cross-sectional study. *Ostomy Wound Manage*. 2010; 56:52-7.

Hematoma Hepático post Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica. Reporte de un caso

| Guerra Videla, Mariana Denis

| Almada, María Victoria

| Illa Porras, Sebastián

Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan - Argentina

Correspondencia: Guerra V. Mariana D.

E-mail: guerramarid@gmail.com

RESUMEN:

Introducción

El hematoma hepático es una complicación posquirúrgica de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica CPRE infrecuente, suele presentarse debido a una punción accidental del árbol biliar intrahepático y/o micro lesiones traumáticas en el momento de realizar la canulación con guía metálica, existiendo también múltiples factores de riesgo, donde se puede realizar tratamiento conservador o quirúrgico, dependiendo la evolución del mismo. El objetivo de esta publicación es describir un caso clínico, postquirúrgico de colecistectomía y drenaje trans cístico, con lito residual en colédoco distal, que requirió CPRE, presentando como complicación postquirúrgica un hematoma hepático.

Consideramos importante esta publicación debido a la escasez de casos publicados, sobre todo en pacientes con edad pediátrica, siendo también una complicación postquirúrgica que debe ser tenida en cuenta debido a su gravedad.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las patologías de la vía biliar podemos encontrar a la Coledocolitiasis, la cual tiene entre sus opciones terapéuticas a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. La misma es un método útil tanto para diagnóstico como para tratamiento de esta patología, desde hace varios años^{1,2}

Dentro de las complicaciones, podemos encontrar las siguientes, en orden de frecuencia: pancreatitis (1-7%), colangitis (1.4%), hemorragia (1%) y perforación duodenal (1%)³. El hematoma hepático como complicación es rara y potencialmente grave con pocos casos descritos en la literatura⁴. El mismo suele suceder posterior a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) ya sea por punción accidental del árbol biliar intrahepático y/o micro

lesiones traumáticas en el momento de realizar la canulación con guía metálica^{5,6}.

Existen factores de riesgo para presentar dicha complicación, los cuales son: número de intentos de canulación, hipertensión portal, coagulopatía, desestructuración de la papila duodenal, obstrucción de la vía biliar, entre otros⁷.

En lo que al tratamiento respecta, generalmente es conservador, con resolución favorable en la mayoría de los casos, sin embargo, se encontró en la literatura, casos en los que fue necesario realizar drenaje quirúrgico del mismo⁸.

El objetivo de esta publicación es describir un caso clínico de una paciente de sexo femenino, postquirúrgico de colecistectomía y drenaje trans cístico, con lito residual en colédoco distal,

Hematoma Hepático post Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica. Reporte de un caso

| Guerra Videla, Mariana Denis

| Almada, María Victoria

| Illa Porras, Sebastián

que requirió CPRE, presentando hematoma hepático post procedimiento, siendo el mismo el primer caso reportado en nuestro servicio y de una frecuencia excepcional.

CASO CLÍNICO

Paciente de 16 años de edad sexo femenino, con antecedentes quirúrgicos de colecistectomía laparoscópica por colelitiasis más coledocolitiasis, instrumentación de vía biliar trans cístico y coledocotomía con colocación drenaje trascístico por coledocolitiasis por imposibilidad de retirar lito, que ingresa al Servicio de Cirugía Pediátrica para realización de colangiopancreatografía endoscópica retrograda. En su primer día post CPRE, la paciente se encuentra en regular estado general, presenta dolor abdominal en región epigástrica con irradiación a hipocondrio derecho y dorso, vómitos abundantes, se realiza laboratorio control: GB 21.290, predominio neutrofílico Hb 11, Hto 30 PlaQ 371000, PCR 5.97, Amilasa 2631, Lipasa 7230, GOT 175, GPT 178, GGT 81, FAL 280, Bb Total 2.23, Dir 2.1,3 Ind 0.10, Na 130, Cloro 101, K 4.57. Se asume diagnóstico de Pancreatitis aguda post CPRE y decide pase a Servicio de terapia intermedia pediátrica. Luego de 24hs la paciente persiste en regular estado general, se valora descenso de hemoglobina y hematocrito de 2 puntos, se realiza tomografía axial computada de abdomen con contraste, evidenciando área hipodensa a nivel del hipocondrio derecho (a predominio de segmento VII - VI y parte del segmento VIII), de límites anfractuosos, asociado a presencia de líquido perihepático, en espacio parietocólico derecho, periesplénico y en fondo de saco de Douglas. La lesión mide 13.5 x 11.6 x 3.9 cm (L x AP x T), asumiendo diagnóstico de hematoma hepático post CPRE. (Figura 1) 48hs después se valora a paciente en regular estado clínico, pálida, taquicardia, se constata con laboratorio nuevo des-

censo de hb y hto de 2 puntos: GB 35730 hb: 7,7, hto: 23, PlaQ: 243000, PCT: 0,14, pcr: 539, Ur: 21, Cr: 1,05, GOT 22, GPT: 57, albumina: 2,3, TP: 70, KPTT: 22, amilasa: 511, Lip: 188, G: 94, desmejoría infectológica, por lo se realiza transfusión de glóbulos rojos, comienza a cumplir esquema antibiótico con ampicilina sulbactam. Con sospecha de sangrado activo, se realiza Hemodinamia siendo la misma no concluyente, se realiza angiotomografía: colección intrahepática heterogénea, con áreas de hipo e hiperdensas predominantemente periféricas, que se extiende desde segmento VIII, VII y VI, mide 17.3 cm x 7.1 cm. Vena porta principal y rama izquierda de calibre conservado, con adecuada opacificación. Rama derecha comprimida por presencia de hematoma con adecuada opacificación. Venas suprahepáticas de calibre y opacificación conservadas. Imagen en banda, hipodensa que no realiza tras la administración de contraste ev. localizada en segmento VI que mide 20 x 7 mm de diámetro longitudinal, la misma se continúa con la colección descrita anteriormente. Hallazgos que podrían estar en relación a laceración hepática en relación a antecedentes. Al 7° día postquirúrgico, por persistir febril, se decide realizar hemocultivos y rotar esquema antibiótico a piperacilina tazobactam y vancomicina. Al 12° día postquirúrgico, paciente continúa en regular estado general, presenta además desmejoría respiratoria, valorando derrame pleural derecho, por el cual se realiza toracocentesis, donde se informa líquido pleural con características de exudado, se coloca tubo de drenaje pleural derecho. Luego de 10 días, cumpliendo esquema antibiótico, continua con regular estado general, febril, taquicardia, palidez generalizada Informando un nuevo control de laboratorio con GB: 32200; Hb: 7, Hto: 20.39; por lo que se decide ingreso a quirófano: donde se realiza drenaje, mediante guía ecográfica, de absceso hepático, colocando drenaje multipropósito

Hematoma Hepático post Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica. Reporte de un caso

| Guerra Videla, Mariana Denis

| Almada, María Victoria

| Illa Porras, Sebastián

to, extrayendo en el acto quirúrgico 580ml y se envía muestra a cultivo. Durante el primer día post quirúrgico, la paciente se mantuvo afebril, normalizado frecuencia cardíaca, y tolerancia oral y al dolor; obteniéndose un débito de 200ml hemático por el drenaje multipropósito. Desde bacteriología, se informa cultivo positivo para *Klebsiella*, y en conjunto con infectología, se decide cumplir esquema antibiótico por 10 días con ampicilina sulbactam EV. luego del mismo, se rota esquema antibiótico a vía oral, se retiran drenajes y 24hs posteriores, por buena evolución clínico quirúrgico, habiendo mejorado parámetros de laboratorio GB 11900 (68/20/6/3) Hb 9.40 Hto 31% Plaquetas 477000 VSG PCR 23.9 PCT 0.14 Alb 3.28, se otorga egreso hospitalario.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El hematoma hepático como complicación postquirúrgica de colangiopancreatografía endoscópica retrógrada es raro y potencialmente grave. El mismo suele presentarse debido a una punción accidental del árbol biliar intrahepático y/o micro lesiones traumáticas en el momento de realizar la canulación con guía metálica. Existen factores de riesgo para presentar dicha complicación, los cuales son el número de intentos de canulación, la hipertensión portal, la coagulopatía, la desestructuración de la papila duodenal, la obstrucción de la vía biliar, entre otros. Sin embargo, nuestra paciente, no presenta ningún factor riesgo, a pesar de ello sufrió esta inusual complicación postoperatoria, en donde se debió resolver quirúrgicamente.

Consideramos importante esta publicación debido a la escasez de casos publicados, sobre todo en pacientes con edad pediátrica, siendo también una complicación postquirúrgica que debe ser tenida en cuenta debido a su gravedad.

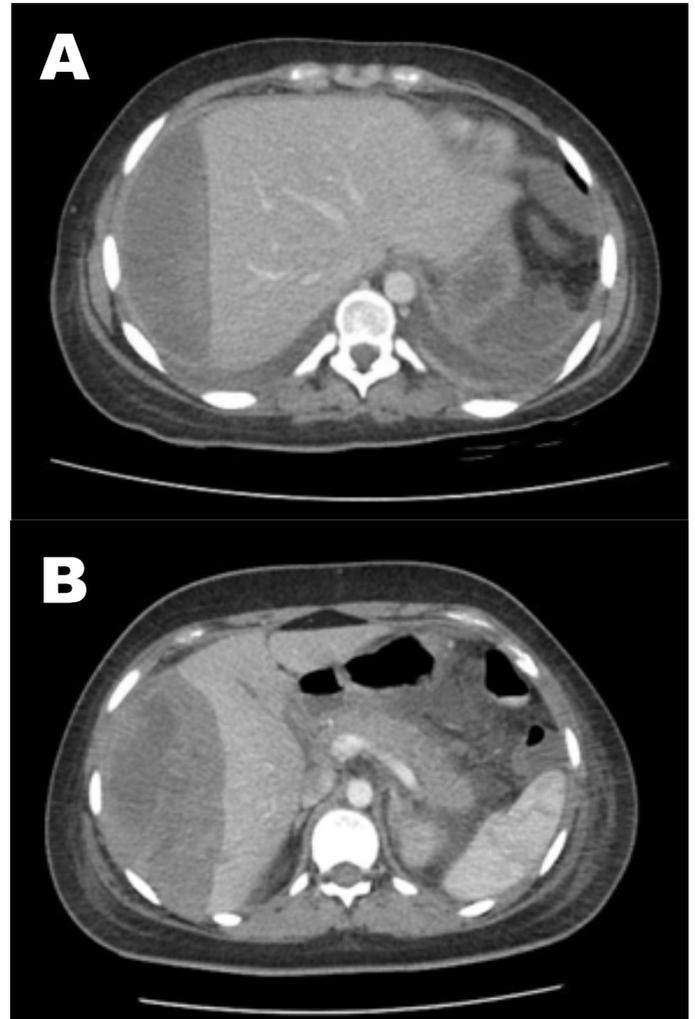


Figura 1: (A) TAC de abdomen con contraste, se evidencia imagen hipodensa en segmento VI y VII hepático. (B): Se evidencia aumento de hematoma hepático

Hematoma Hepático post Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica. Reporte de un caso

| Guerra Videla, Mariana Denis

| Almada, María Victoria

| Illa Porras, Sebastián

BIBLIOGRAFÍA

1. Tamayo GC, Javier F, Pérez B, Ailed A, Valerdi N. Hematoma subcapsular intraparenquimatoso hepático roto, una rara complicación post-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Reporte de un caso. 2018;40(2):118–22.
2. Del-Moral-Martínez M, Delgado-Maroto A, Cervilla-Sáez-de-Tejada ME, Casado-Caballero FJ, Salmerón-Escobar FJ. Hematoma hepático tras CPRE: Presentación de dos nuevos casos. Rev Esp Enfermedades Dig. 2017;109(6):470–3.
3. Carlos J, Luis J. Hematoma hepático post colangiopancreatografía retrógrada endoscópica . Presentación de un caso y revisión de la literatura Hematoma hepático post endoscópica . Presentación de un caso y . 2019;49.
4. Gárate FO, Irarrazaval J, Galindo J, Balbontin P, Manrquez L, Plass R, et al. Subcapsular hepatic hematoma post ERCP: A rare or an underdiagnosed complication? Endoscopy. 2012;44(SUPPL. 2):234–5.
5. González-Urquijo M, Rodríguez-Montalvo C, Jáquez-Quintana JO. Subcapsular hepatic hematoma: An unusual complication following ercp. Rev Cir (Mex). 2020;72(6):501–2.
6. González-López R, García-Cano E, Espinosa-González O, Cruz-Salgado Á, Montiel-Jarquín Á-J, Hernández-Zamora V. Surgical treatment for liver haematoma following endoscopic retrograde cholangiopancreatography: An unusual case. Cirugía y Cir (English Ed [Internet]. 2015;83(6):506–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.circen.2015.11.015>
7. Zizzo M, Lanaia A, Barbieri I, Zaghi C, Bonilauri S. Subcapsular hepatic hematoma after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A case report and review of literature. Med (United States). 2015;94(26):2018–9.
8. Rea-Martínez GS, Prieto-Ramos R del C, Izaguirre-Pérez ME, Monraz-Álvarez D, Cárdenas-Guerrero D, García-González R, et al. Hematoma hepático post-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con resolución quirúrgica de urgencia. Reporte de caso. Rev Endosc. 2021;33(3):103–6.

Manejo de redes sociales por parte de los profesionales de la salud y estudiantes avanzados de Medicina.

| Bertoni, Liliana A.

| Musu, Gabriel Varela

| Maldonado, María Agustina

Servicio de Pediatría Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan - Argentina

Correspondencia: Bertoni, Liliana A.

E-mail: lilibertoni@yahoo.com.ar

RESUMEN:

Introducción

Las redes sociales conectan al profesional de la salud, con pacientes y otros profesionales sanitarios. En este nuevo escenario, se corre el riesgo de ignorar normas básicas de ética profesional, entre ellas, la confidencialidad y protección de datos personales.

Objetivos

Conocer el manejo de redes sociales por parte de los profesionales de la salud y estudiantes avanzados de Medicina.

Diseño metodológico

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal a profesionales de diversas áreas de la salud y alumnos de la carrera de Medicina seleccionados al azar, mediante 271 encuestas anónimas con cuestionarios de preguntas cerradas, entre abril y junio de 2019. Para el análisis de datos se aplicaron medidas de tendencia central. La relación entre variables cualitativas se estableció con chi cuadrado. En función a los datos obtenidos se realizó una revisión del tema.

Resultados

Entre los 117 médicos encuestados, 97% utiliza profesionalmente redes sociales, 69% responden consultas médico-paciente varias veces al mes empleando este recurso y 19% lo hace diariamente. La red más utilizada es Whatsapp. Se encontró que el mayor número de profesionales médicos realizan interconsultas relativas a la profesión en forma no segura ($p=0.00007$) y sin requerir consentimiento informado para su uso ($p=0.001$). 95% de los profesionales encuestados y el 100% de los alumnos indicó no conocer normativas ético legales sobre el tema.

Conclusiones

Alcanzada la práctica profesional por los crecientes progresos tecnológicos, se debe propiciar el conocimiento y cumplimiento de normativas ético-legales en el empleo de las redes sociales.

Palabras clave

Redes sociales; profesionales de la salud.

Manejo de redes sociales por parte de los profesionales de la salud y estudiantes avanzados de Medicina.

| Bertoni, Liliana A.

| Musu, Gabriel Varela

| Maldonado, María Agustina

INTRODUCCIÓN

Las redes sociales son definidas por la RAE (Real Academia Española) como una plataforma de comunicación a través de internet para que los usuarios generen datos personales, facilitando la creación de comunidades con base en criterios comunes y permitiendo la comunicación de sus usuarios, de modo que puedan interactuar mediante mensajes, compartir información, imágenes y videos, permitiendo que estas publicaciones sean accesibles de forma inmediata por todos los usuarios de su grupo.¹

En 2011, el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información de España realizó la siguiente clasificación de redes sociales según su finalidad:

-Redes sociales de ocio: Su principal función consiste en potenciar las relaciones personales a través de la interacción entre los usuarios que buscan, fundamentalmente, entretenimiento.

-Redes sociales de uso profesional: El usuario busca, principalmente, promocionarse a nivel profesional, estar al día en su campo o especialidad e incrementar su agenda de contactos profesionales.²

Los profesionales de la salud, no quedan exentos de estas nuevas modalidades de comunicación. El uso de las redes sociales ha generado un cambio de paradigma en la comunicación entre médico y paciente, médico e institución y paciente e institución, siendo enorme su contribución a la práctica clínica. Un ejemplo, es su empleo en la realización de interconsultas médicas, acortando los tiempos de respuesta. Paralelamente, surgen nuevas problemáticas, destacándose entre ellas, las que afectan al compromiso profesional y a la ética médica, principalmente, cuando se

vulnera la privacidad y la confidencialidad de la información.³

En este contexto y al no encontrarse publicaciones de trabajos de investigación similares en los países latinoamericanos, se apreció la conveniencia de ampliar las bases del conocimiento sobre el uso de las redes sociales por parte de los profesionales de las áreas de Medicina, Enfermería, Kinesiología, Nutrición y Bioquímica, en la Provincia de San Juan, Argentina en el año 2019; centrando el estudio en la confidencialidad de la información que se comparte en estos medios, con la finalidad de elaborar, a futuro, guías conteniendo normativas éticas y legales que sean de difusión universal. Esto posibilitará que la práctica médica, a través de redes sociales, respete derechos básicos de los pacientes.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, con el fin de caracterizar el uso profesional de las redes sociales, incluyendo las áreas de Medicina, Enfermería, Kinesiología, Nutrición y Bioquímica, de servicios de salud de la provincia de San Juan, Argentina. Para ello, se realizaron encuestas anónimas con cuestionarios de preguntas cerradas. Éstas se concretaron entre los meses de Abril a Junio del año 2019. Los profesionales encuestados fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple.

Las variables estudiadas fueron: profesión, edad, sexo, tipo de red social de uso profesional utilizada, interconsultas realizadas en forma segura y con consentimiento del paciente, conocimiento de normativas ético-legales al respecto.

Se definió como interconsultas realizadas en forma NO segura: Compartir los datos del paciente sin

Manejo de redes sociales por parte de los profesionales de la salud y estudiantes avanzados de Medicina.

| Bertoni, Liliana A.

| Musu, Gabriel Varela

| Maldonado, María Agustina

utilizar chats encriptados o borrando el nombre o DNI o imágenes faciales del paciente en los estudios.

Análisis de datos: Se aplicaron medidas de tendencia central (media, mediana, modo) para el análisis estadístico descriptivo de los datos obtenidos y la relación entre variables cualitativas se estableció con prueba de Chi cuadrado utilizando la interfaz R Commander Graph Pad Prism 6 (La Jolla, CA, USA). Se estableció significancia estadística con valor de $p < 0.05$

Consentimiento Informado: Dado el carácter anónimo de las encuestas y el uso de datos no vinculables para la investigación, no se requirió consentimiento informado.

El proyecto de investigación fue presentado y aprobado por el Comité de Docencia del Hospital Dr. Guillermo Rawson de la ciudad de San Juan.

RESULTADOS

Se realizaron en total 217 encuestas en el hospital público Dr. Guillermo Rawson de la Provincia de San Juan-Argentina, de las cuales 117 correspondieron a médicos, 66 a enfermeros, 10 a kinesiólogos, 8 a nutricionistas y 16 a bioquímicos. Además, se realizaron 54 encuestas a alumnos de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica de Cuyo sede San Juan.

Se encuestaron 117 profesionales médicos, 47% (55) varones y 53% (62) mujeres. Con edades comprendidas entre los 21-35 años el 59% (69), entre 36-50 años el 29% (34), y edad mayor a 50 años el 12% (14) restante.

En cuanto al uso de redes sociales, el 51% (109) refirió utilizar Whatsapp, 21% (45) Facebook,

15% (32) Instagram, 4% (9) Twitter, 4% (9) otro tipo de red social, 3% (6) refirió no utilizar redes sociales y un 2% (4) Line. Del total de participantes médicos, el 38% (42) refirió responder consultas médico-paciente a través de redes sociales varias veces al mes, 31% (34) varias veces a la semana, 19% (21) diariamente y un 13% (14) nunca lo hace. (Figura 1)



Figura 1: Distribución de consultas médico –paciente según frecuencia de uso.

Entre los encuestados médicos, el 30% (33) respondió realizar interconsultas medicas a través de redes sociales en forma semanal, el 29% (32) en forma diaria, 27% (30) mensualmente y 14% (16) nunca las realiza. (Figura 2)



Figura 2: Distribución de interconsultas médicas según frecuencia de uso.

El 51% (57) de los médicos manifestó que en todos los casos de interconsultas vía redes socia-

Manejo de redes sociales por parte de los profesionales de la salud y estudiantes avanzados de Medicina.

| Bertoni, Liliana A.

| Musu, Gabriel Varela

| Maldonado, María Agustina

les comparte los datos en forma segura, protegiendo la identidad de los pacientes. Mientras que el 24% (27) se asegura de proteger la identidad del paciente en ocasiones y un 24% (27) restante manifestó no hacerlo nunca. (Figura 3)

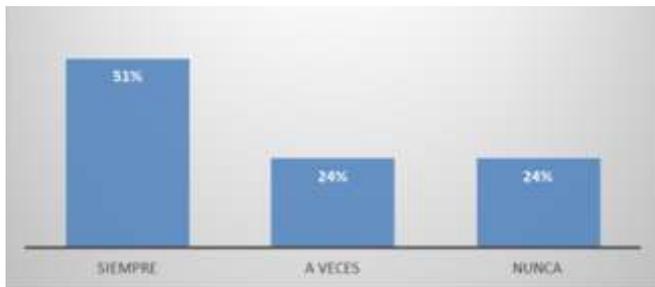


Figura 3: distribución de interconsultas profesionales según uso seguro de datos

Al momento de realizar interconsultas utilizando redes sociales, el 40% (44) refirió nunca solicitar el consentimiento del paciente para hacerlo, el 39% (43) solo a veces, el 22% (24) refirió hacerlo en todos los casos. (Figura 4)

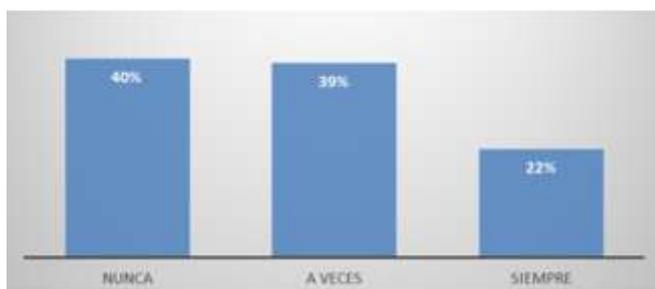


Figura 4 : Distribución de interconsultas profesionales según uso de consentimiento del paciente

Indagamos a los profesionales médicos acerca de su conocimiento de normativas éticas y legales que regulen el uso de redes sociales en la práctica profesional, encontrando que el 95% aseguró no conocer dichas normativas.

Para concluir, el 80% (94) calificó al uso de redes

sociales como una herramienta útil y beneficiosa para los profesionales sanitarios, presentando el riesgo de perjudicar el secreto profesional. El 12% (14) calificó al uso de redes sociales como perjudicial tanto para el médico como para el paciente, y el 8% (9) consideró que el uso de redes sociales es útil sin poner en riesgo el secreto profesional cuando se las utiliza.

Cuando se compararon los datos obtenidos de los profesionales médicos con los datos obtenidos de las encuestas a profesionales de otras ramas de la salud y la realización de interconsultas seguras en relación a la profesión, se encontró que mayor número de profesionales médicos realizan las mismas en forma no segura con una asociación estadísticamente significativa, en tanto que se estableció la relación en forma inversa con los profesionales no médicos. (Pearson's Chi-squared test = 18.894, df = 2, p-value = 0.00008) (Tabla 1)

Tabla 1: Relación entre interconsultas realizadas en forma NO segura según profesión

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
MÉDICOS	57	27	27
OTROS PROFESIONALES	35	7	45

Pearson's Chi-squared test = 18.894, df = 2, p-value = 0.00008

De igual forma, al establecerse la relación entre el uso de consentimiento del paciente y la profesión se encontró un menor número de profesionales médicos que lo requieren con una asociación estadísticamente significativa, en tanto que se estableció la relación en forma inversa con los profesionales no médicos. (Pearson's Chi-squared test X2: 13.13, df = 4, p = 0.010) (Tabla 2)

Manejo de redes sociales por parte de los profesionales de la salud y estudiantes avanzados de Medicina.

| Bertoni, Liliana A.

| Musu, Gabriel Varela

| Maldonado, María Agustina

Tabla 2: Relación entre interconsultas realizadas con consentimiento del paciente según profesión

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
MÉDICOS	24	43	44
OTROS PROFESIONALES	32	14	40

Pearson's Chi-squared test X^2 : 13.13, $df = 4$, $p = 0.010$

DISCUSIÓN Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Tanto en los profesionales médicos como no médicos, los resultados obtenidos demuestran que es prevalente el uso de redes sociales en la práctica profesional. Al momento de hacerlo, el 41.5% del total de profesionales encuestados siempre que comparte datos del paciente lo hace en forma segura, evitando que la identidad del paciente quede expuesta y, por lo tanto, respetando el secreto profesional. También se observa una marcada tendencia a no solicitar el consentimiento del paciente, previo a compartir su información en interconsulta a través de redes sociales.

Por este motivo, las asociaciones médicas y colegios médicos de diversos países han propuesto guías y manuales para reglamentar el comportamiento de los profesionales de la salud en las redes sociales. Es así que la organización médica colegial de España edita el "Manual de estilo para médicos y estudiantes de medicina" en el año 2014. En este manual se establece el decálogo que intenta extrapolar el código deontológico del ejercicio profesional al uso de redes sociales: proponiéndose, entre otros puntos, respetar la confidencialidad y el secreto médico, evitar consejo médico directo a pacientes virtuales, mantener una imagen virtual profesional adecuada, evitar que el uso de dispositivos tecnológicos desvíe la atención en la consulta médica, mantener una actitud responsable sobre la información médica difundida en redes sociales, mante-

ner el respeto en la interacción con compañeros o en los comentarios sobre ellos y realizar un buen uso de la publicidad médica.⁴

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud propone que, cuando se utilizan las redes sociales como herramienta de comunicación, las respuestas dadas deben ser fiables; se debe promover el diálogo bidireccional ya sea entre profesionales, profesionales con instituciones o médico-paciente; se debe establecer un compromiso basado en el intercambio de información y la recepción de ideas para garantizar la mejora continua; pueden utilizarse las redes sociales para generar debates o participar de los ya existentes; y pueden ser una herramienta eficaz en situaciones de riesgo o catástrofes para comunicarse con la población.⁵

En Argentina, el ejercicio profesional debe atenerse a las normativas del Código de Ética confeccionado por la Asociación Médica de la República Argentina. Este código, en su capítulo VIII, artículos 101º a 116º, habla del secreto médico, definiéndolo como el deber del médico de conservar como secreto todo cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de la profesión y que no debe ser divulgado. El secreto profesional es una obligación, no es ético revelarlo sin justa causa. Solo puede revelarse información del paciente con la autorización expresa del mismo. Los datos médicos de pacientes no pueden ser conectados a una red informática no médica.⁶

En cuanto al marco legal, en Argentina, la ley 26.529 de derechos del paciente en relación a los profesionales e instituciones de la salud, intenta proteger valores prioritarios del paciente, siendo estos la dignidad, libertad y autonomía. En cuanto a la información que un médico puede dar acerca de un paciente, el mandato implícito de la ley es claro: no está permitido suministrar ni divulgar información sobre la salud de las per-

Manejo de redes sociales por parte de los profesionales de la salud y estudiantes avanzados de Medicina.

| Bertoni, Liliana A.

| Musu, Gabriel Varela

| Maldonado, María Agostina

sonas; salvo autorización judicial o del propio paciente. Caso contrario, el médico responderá por los daños cometidos al revelar información reservada a los pacientes. Tanto en el Código de Ética, como en la legislación 26.529, existen grandes vacíos en cuanto al uso de redes sociales en la práctica profesional médica, dejando en claro la imperiosa necesidad de actualizar y ampliar las normativas.⁷

En el presente estudio se confirma que los profesionales de la salud utilizan las redes sociales en su ejercicio profesional, tanto para responder consultas médico-pacientes como para realizar interconsultas profesionales a colegas.

La recomendación del presente trabajo es que, atravesada inevitablemente la práctica profesional por el vertiginoso progreso tecnológico, se mantenga el uso de redes sociales en el ámbito

médico, ya que la gran mayoría de los trabajadores del ambiente sanitario las consideran una herramienta útil y beneficiosa para el médico y el paciente; evitando su uso inadecuado a través de la elaboración, conocimiento y puesta en práctica de normativas éticas y legales que propicien el resguardo de los derechos humanos y la seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). [citado 19 junio 2019]. Disponible en: <https://dej.rae.es/tema/red-social>
2. Martínez GLA, Martínez FAI, Vives VT. Las consideraciones éticas del mal uso de las redes sociales virtuales en la práctica médica. Rev. Fac. Medicina UNAM. 2016;59(3):36-46.
3. Villamizar PJ, Milena Moreno S, Moreno F. Manejo de las redes sociales electrónicas por parte de los estudiantes de medicina: el caso de la publicación de fotografías de los pacientes y el profesionalismo médico. *Biomédica*. 2016;36:140-8.
4. Gutiérrez Fernández R. Manual de Estilo para Médicos y Estudiantes de Medicina. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. 2014.
5. Uso de redes sociales en la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. OPS. 2019 [citado 19 junio 2019]. Disponible en: https://www3.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=307:uso-redes-sociales-organizacion-panamericana-salud&Itemid=234
6. Elías Hurtado Hoyo y col. Asociación Médica de la República Argentina. Código de ética para el equipo de salud: con la colaboración de la Sociedad de Ética en Medicina. 2° ed. 2012: Capítulo VIII. Art. 101-116: 57-59.
7. Medina, G. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud: ley 26529 normativa provincial. Diccionario enciclopédico de la Legislación Sanitaria. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2017. [citado 19 junio 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/derechos-del-paciente-en-su-relacion-con-los-profesionales-e-instituciones-de-la-salud-ley>

Necrosis Esofágica Aguda asociada a lesión de Dieulafo y Esofágica: Reporte de un caso

| Aubone, Micaela | Babugia, Noelia | Rueda, Sergio | Arancibia, Nicolas

Servicio de Clínica Médica Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan - Argentina

Correspondencia: Babugia, Noelia

E-mail: noeliababugia@gmail.com

RESUMEN:

La necrosis esofágica aguda (NEA) o “Síndrome de Gurlits”, es un trastorno clínico poco frecuente caracterizado por una imagen endoscópica de mucosa esofágica distal difusa, circunferencial, de apariencia negra que respeta la unión gastroesofágica.

Se reporta el caso de un paciente de 78 años de edad que ingresa por un cuadro de hepatitis isquémica, intercorre con episodio de hemorragia digestiva alta con realización de videoendoscopia que reconoce la lesión mucosa típica. Se instauro tratamiento de sostén, con favorable evolución. En la endoscopia de control se evidencia reepitelización con lesión de Dieulafo esofágica subyacente. El paciente es dado de alta en las semanas posteriores.

La NEA y la lesión de Dieulafo esofágica son patologías poco frecuentes que presentan elevada mortalidad, por lo que deben ser sospechadas y abordadas de manera eficiente para evitar complicaciones. Su asociación no ha sido descrita por lo que creemos necesario reportarlo.

Palabras claves

Necrosis esofagica, esofago negro, hemorragia digestiva alta, lesión de Dieulafo

INTRODUCCIÓN

La necrosis esofágica aguda, “esófago negro” o “Síndrome de Gurlits”, es un trastorno clínico poco frecuente caracterizado por una imagen endoscópica de mucosa esofágica distal difusa, circunferencial, de apariencia negra que respeta la unión gastroesofágica.¹

Su prevalencia ronda los 0.01%-0.2%, en tanto que la incidencia es de 0,01%-0,28%. Ocurre en la sexta década de la vida y se presenta con una relación 4:1 varones: mujeres.²

Es una patología con alta mortalidad, siendo del

32 al 58% según las comorbilidades presentes. La edad avanzada, taquicardia, anemia e hipoalbuminemia se asocia a mayor mortalidad.²

En la fisiopatología interviene la teoría de “los dos golpes”, asociándose alteraciones en la irrigación esofágica y factores lesivos locales. Entre los factores de riesgo se encuentran la diabetes (38%), la hipertensión arterial (37%), el enoismo (25%), la enfermedad renal crónica (16%), la enfermedad cardiovascular (10%) y las neoplasia maligna (10%).¹

La presentación clínica usual es la hemorragia

Necrosis Esofágica Aguda asociada a lesión de Dieulafo y Esofágica: Reporte de un caso

| Aubone, Micaela

| Babugia, Noelia

| Rueda, Sergio

| Arancibia, Nicolas

digestiva alta (HDA), hipotensión/síncope (36%), melena (33%), dolor abdominal agudo y dolor de pecho (28%), fiebre/infecciones (13%) y disfagia (12%). Un bajo porcentaje de paciente se presentan de manera asintomática.³⁻⁴

En cuanto a los exámenes complementarios la analítica sanguínea arroja hallazgos inespecíficos al igual que la radiografía de abdomen, siendo la endoscopia digestiva alta (VEDA) el estándar de oro en donde se evidencia pigmentación irregular o circunferencial de la mucosa esofágica distal con una clara demarcación de la mucosa normal en la unión gastroesofágica.¹⁻⁵

Permite la toma de biopsia para realizar diagnóstico diferencial con entidades como melanoma maligno, acantosis nigricans, esofagitis disecante superficial, deposición de polvo de carbón, ingesta de sustancias.⁶⁻⁷

El tratamiento se basa en reanimación energética con fluidos (cristaloides, transfusión de sangre y plaquetas), supresión de ingesta oral, la administración de inhibidores de bomba de protones, sucralfato, analgesia, nutrición parenteral (contraindicada la colocación de SNG) y antibiótico de amplio espectro en caso de sepsis.⁸

El seguimiento se realiza con VEDA a las 2 y 8 semanas, donde puede evidenciarse reepitelización ad integrum.⁹

La complicación más frecuente es la estenosis esofágica (35%) y la más grave es la perforación esofágica (5%).¹⁰⁻¹¹

La lesión de Dieulafoy consiste en la presencia de un vaso arterial visible endoscópicamente a nivel submucoso, que protruye a nivel mucoso a través de mínimas soluciones de continuidad, con mucosa adyacente histológicamente normal.

Es de etiología desconocida, con incidencia del 0.1-5% de las HDA. Su ubicación habitual es en la porción gástrica (75-80%), duodenal (15%) y colorrectal (5%), siendo el íleo y esófago muy raras.¹² Se presenta como una HDA indolora y masiva. El tratamiento consiste en hemostáticos mecánicos (Hemoclip y banding), esclerosantes y térmicos.¹³

El fin de este reporte es informar sobre dos patologías sumamente infrecuentes y que se presentaron de forma sincrónica en un mismo paciente, que requirieron de sospecha clínica y tratamiento urgente debido a las altas cifras de mortalidad que presentan. En la literatura no se ha reportado asociación de NEA y lesión de Dieulafoy esofágica.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 78 años con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, diabetes con neuropatía, nefropatía y retinopatía, enfermedad vascular periférica con amputaciones en pie y ACV isquémico. Ex tabaquista, que ingresa al servicio de Clínica Médica del Hospital Rawson el día 30/03 por presentar debilidad generalizada acompañado de diarrea aguda, vómitos alimenticios. Al examen físico presentaba escara en hallux derecho y amputación de 3, 4 y 5° metatarsiano, paresia braquio crural 3/5, dificultad para el habla con hipofonía y disartria y reflejo nauseoso enlentecido. El laboratorio de ingreso presentaba GOT 1684 U/L, GPT 1159 U/L, FAL 501 U/L, creatinina de 3,56 mg/dl, urea de 213 mg/dl (FG 17 mL/min/1,73 m² MDRD4), plaquetopenia 69000K/uL, albúmina 2,4 g/dL y orina patológica con 120-140 eritrocitos y 55-60 leucocitos por campo, planteando como diagnósticos presuntivos: infección urinaria, neumonía broncoaspirativa, hepatitis isquémica/viral/alcohol con hipertensión portal.

Necrosis Esofágica Aguda asociada a lesión de Dieulafo y Esofágica: Reporte de un caso

| Aubone, Micaela

| Babugia, Noelia

| Rueda, Sergio

| Arancibia, Nicolas

Durante la internación se realizaron uro, copro y hemocultivos los cuales resultaron negativos, serologías virales y autoinmunes negativas, tomografía de tórax y ecodoppler esplenoportal sin particularidades; asumiendo el diagnóstico como hepatitis isquémica, con evolución favorable. El 05/04 presentó episodio de HDA con estabilidad hemodinámica, presentando una frecuencia cardíaca de 136 L/min como único signo alterado. Se realiza VEDA de urgencia, que evidenció lesiones de coloración negruzca (hematomas) con ulceraciones desde la arcada dentaria superior (ADS) hasta la unión gastroesofágica, con impresión diagnóstica de isquemia esofágica. (Figura 1) Se retira SNG, se deja tratamiento de sostén con hidratación endovenosa, transfusión de sangre, analgesia, alimentación parenteral y antihipertensivos endovenosos.

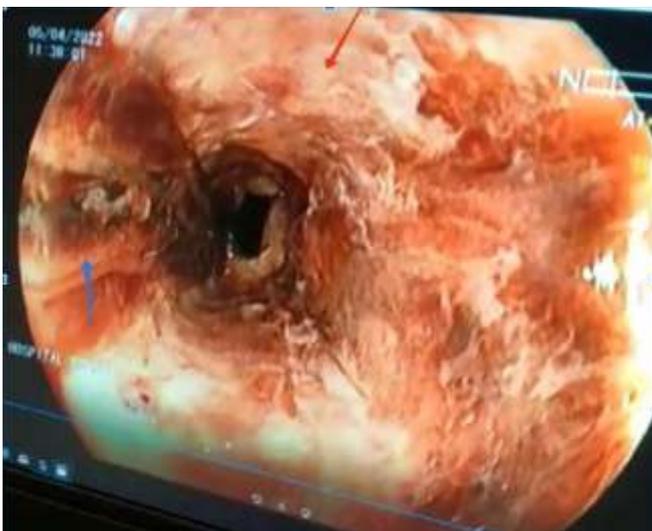


Figura N°1: Imagen endoscópica, la flecha azul señala la mucosa esofágica necrosada, de manera difusa, característica de la necrosis esofágica. La flecha roja señala trazos de mucosa sana.

Evolucionó de manera favorable, remitiéndose a los 5 días VEDA control donde presenta cambio mucoso, mucosa friable cubierta con fibrina y, en esta oportunidad, se observa la presencia de un

vaso visible único, sin sangrado activo, compatible con lesión de Dieulafoy, sobre el cual se realiza escleroterapia y colocación de clip hemostático (Figura 2).

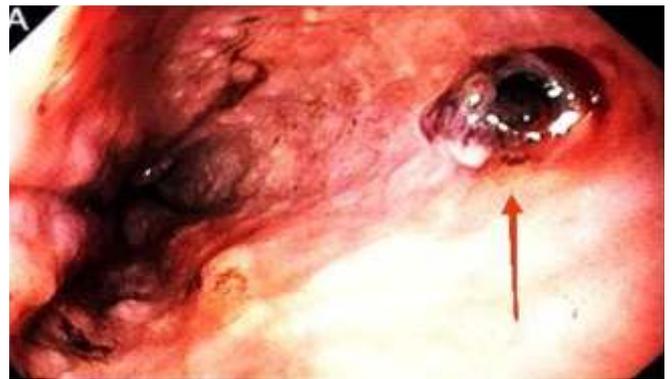


Figura N° 2: En la segunda endoscopia se aprecia la mucosa esofágica reepitelizada, sobre la misma señalada con flecha roja se encuentra un vaso sanguíneo visible correspondiendo a la lesión de Dieulafoy.

El día 05/05, por encontrarse en buen estado general, se otorga alta hospitalaria con internación domiciliaria, rehabilitación física y fonaudiológica, con seguimiento por médico de cabecera y endoscopia de control en un mes.

DISCUSIÓN

El primer caso de NEA fue descrito por Brennan en 1967 en autopsia, por Goldenberg en 1990 en VEDA y fue identificado como un síndrome por Gurvits en 2007. Desde entonces se cuenta con limitados estudios que reportan la patología, al presentar una prevalencia limitada del 0.01%-0.2%.¹

La NEA es poco conocida y, por ende, poco sospechada ante episodios de HDA. Por presentar clínica inespecífica, se suele optar por tratamiento de entidades más frecuentes (hemorragia variceal con colocación de SNG y vasopresores) lo cual aumenta el compromiso isquémico y riesgo de complicaciones. No se cuenta con directrices

Necrosis Esofágica Aguda asociada a lesión de Dieulafo y Esofágica: Reporte de un caso

| Aubone, Micaela

| Babugia, Noelia

| Rueda, Sergio

| Arancibia, Nicolas

establecidas para el tratamiento, siendo el soporte con fluidos, inhibidores de la bomba de protones, sucralfato, analgesia y nutrición parenteral la base.^{1,2,7}

En tanto que la lesión de Dieulafoy con presentación esofágica es igualmente inusual, presentándose en menos del 0.1% de los casos de HDA.¹²

En este caso en particular, la primera VEDA puso en evidencia un extenso compromiso necrótico de la mucosa esofágica, con algunos hematomas adheridos a la misma, motivo al que se atribuye la falta de identificación del vaso sanguíneo en dicha oportunidad. En la segunda VEDA, al contar con mucosa reepitelizada, se expuso el vaso sanguíneo que permitió diagnosticar la lesión de Dieulafoy.

En la literatura no se han reportado casos de asociación de las entidades nombradas, lo que resalta la particularidad de este caso, en donde el paciente no solo presentó ambas enfermedades sino que, a pesar de sus múltiples comorbilidades, tuvo una evolución favorable, sopesando la alta tasa de mortalidad que conllevan.

Concluimos que la NEA y la lesión de Dieulafoy esofágica son entidades muy poco frecuentes en la práctica clínica habitual pero su precocidad en el diagnóstico y tratamiento son fundamentales en el pronóstico de los pacientes.^{1,12}

Necrosis Esofágica Aguda asociada a lesión de Dieulafo y Esofágica: Reporte de un caso

| Aubone, Micaela

| Babugia, Noelia

| Rueda, Sergio

| Arancibia, Nicolas

BIBLIOGRAFÍA

1. Siddiqi, A., Chaudhary, F., Naqvi, H. A., Saleh, N., Farooqi, R., & Yousaf, M. N. Black esophagus: a syndrome of acute esophageal necrosis associated with active alcohol drinking. *BMJ open gastroenterology*. 2020; 7(1).
2. Jessurun, J., Cui, I., Aristi-Urista, G., Acute (gangrenous) esophageal necrosis (black esophagus). A rare form of injury with specific histologic features and diverse clinical associations with a common pathogenesis. *Human Pathology*, 2019; 87: 44-50,
3. Thomas, M., Sostre Santiago, V., Suhail, F. K., Polanco Serra, G., & Manocha, D. The black esophagus. *Cureus*, 2021;. 13: 10,
4. Khan, H., Ahmed, M., Daoud, M., Philipose, J., Ahmed, S., & Deeb, L. Necrosis esofágica aguda: una vista en la oscuridad. *Informes de casos en gastroenterología*, 2019; 13(1): 25–31.
5. Schizas, D., Theochari, N. A., Mylonas, K. S., Kanavidis, P., Spartalis, E., Triantafyllou, S., Et al. Acute esophageal necrosis: A systematic review and pooled analysis. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2020; 12(3): 104–115.
6. Gurvits, G. E. Black esophagus: acute esophageal necrosis syndrome. *World Journal of Gastroenterology: WJG*,. 2010; 16(26): 3219–3225.
7. Lopes, S., Figueiredo, P., Amaro, P., Freire, P., Alves, S., Cipriano, M. A., Et al. . Glycogenic acanthosis of the esophagus: an unusually endoscopic appearance. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 2010; 102(5): 341-342.
8. Goldenberg, S. P., Wain, S. L., Marignani P. Acute Necrotizing Esophagitis. *American Gastroenterological Association*. 1990; 98: 493-49
9. Gompertz M. G., Yunge P. B. Muñoz P. D., Bufadel M. E., Hemorragia digestiva alta secundaria a necrosis esofágica aguda. *Gastroenterología latinoamericana* 2013; 24 (3): 132-134
10. Cárcamo, C., López, J., Venturelli, A., Manejo conservador de la perforación esofágica. *Cuadernos de Cirugía*. 2005; 19: 39-46
11. Gómez, Á. A., Guerrero, D. Esofagitis necrotizante aguda (esófago negro) con estenosis compleja secundaria. *Rev Gastroenterol Peru*. 2015; 35(4): 349-54
12. Guerrero García, A., Nuñez Gómez, L., Crespo Pérez, L., Mateos Muñoz, B., de Teresa López, M. L., Albillos Martínez, A. Dieulafoy esofágico: una causa infrecuente de hemorragia digestiva alta. *Gastroenterología y Hepatología*, 2018; 41(10), 643–644.

Signo Radiológico: “Signo del muñeco de nieve”

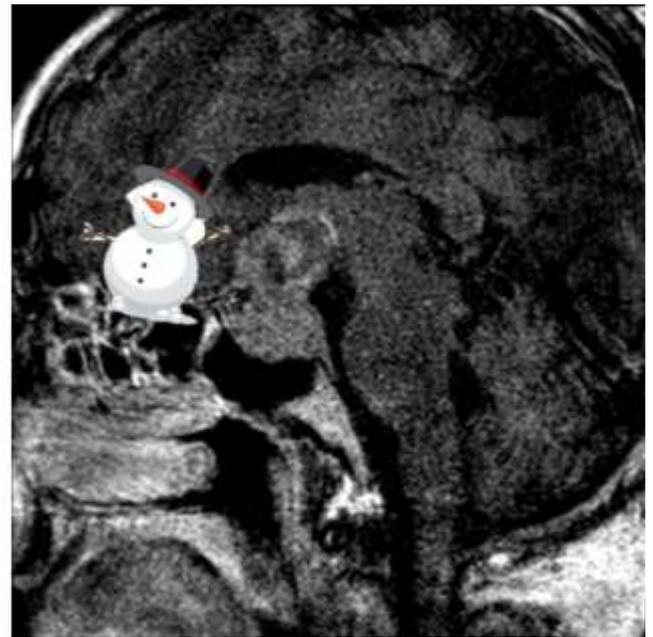
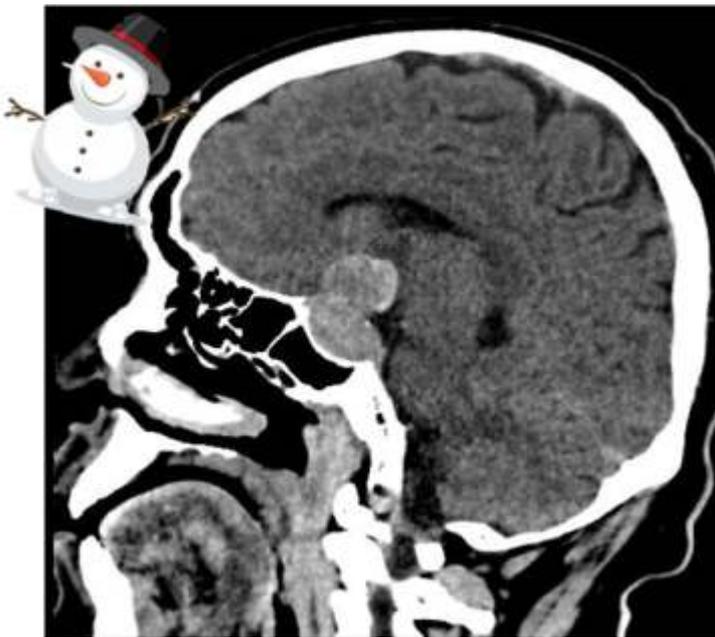
| Morales, Sabrina Anabel

| Ocampo Lopez, Victoria

Servicio Diagnóstico por Imágenes del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan - Argentina

Correspondencia: Morales, Sabrina Anabel

E-mail: sabri.morales.ok@gmail.com



Tomografía computada y resonancia magnética nuclear de cerebro corte sagital: paciente de 40 años ingresado al servicio de Neurocirugía del Hospital Dr Guillermo Rawson por presentar cefalea holocraneana asociada a vómitos, mareos y alteración de la visión.

Si bien las lesiones de la región selar constituyen un reto diagnóstico, este hallazgo ha sido tradicionalmente utilizado en neuroimágenes para describir e identificar aquellas lesiones selares que se expanden a través del diafragma de la silla turca hacia la región supraselar tanto en tomografía computada como resonancia magnética.

De acuerdo con la literatura consultada, si bien el signo del “muñeco de nieve” no es específico para el macroadenoma hipofisario, al añadir ciertos hallazgos radiológicos como: lesión de características sólidas y realce homogéneo post contraste endovenoso, éste puede ser diagnosticado con un alto índice de acierto, pudiendo dife-

renciarlo de otras enfermedades hipofisarias, como la hipofisitis linfocitaria, el meningioma de la región selar, los quistes de la bolsa Rathke o el craneofaringioma.

Los macroadenomas hipofisarios son tumores benignos, normalmente no funcionantes, mayores a 1 cm de diámetro que afecta a ambos sexos por igual, con una mayor incidencia entre la tercera y cuarta década de vida. Dado que suelen presentarse frecuentemente en la consulta médica como causa de múltiples trastornos hormonales y alteraciones del campo visual, las imágenes juegan un rol muy importante para su diagnóstico en la práctica clínica diaria.

Tratamiento No Operatorio en trauma esplénico: Manejo multidisciplinario, reporte de caso.

| Antueno, Jorge Facundo | Castilla, José Omar

Servicio Médico de Urgencias y Sección Hemodinamia, Servicio Diagnóstico por Imágenes del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan - Argentina.

Correspondencia: Antueno, Jorge Facundo

E-mail: facundoantueno@gmail.com

RESUMEN:

El entrenamiento del equipo de salud, basado en guías para el politrauma y el uso de la tomografía computada, en pacientes estables, y con la mejoría en la resolución de las imágenes obtenidas, ayudó a disminuir el número de laparotomías exploradoras innecesarias y abrió una nueva posibilidad, que es el tratamiento no operatorio. Esta nueva modalidad, incluye como herramientas: angiografía y el tratamiento endovascular (stents, coils etc), laparoscopia, drenaje percutáneo, etc. antes de llegar a la cirugía convencional. La observación clínica, control de signos vitales, escala del dolor, y laboratorio control de hemoglobina y hematocrito, tomografía control, etc., son herramientas indispensables.

Presentamos el caso de un paciente joven de 22 años, con herida de arma blanca en el polo inferior del bazo tratado con embolización selectiva y laparoscopia exploradora (para lavado de hemoperitoneo y control de órganos huecos y diafragma). El paciente presentó buena evolución, con alta hospitalaria al día 9, con conservación esplénica.

El objetivo de este trabajo es la importancia de la conservación de bazo en el trauma, sobre todo si se trata de pacientes jóvenes o pediátricos, por la disminución del riesgo de sepsis post esplenectomía. El uso de protocolos en el manejo del trauma y el entrenamiento del equipo de salud multidisciplinario son la base de los buenos resultados en la mortalidad y morbilidad, disminuyendo el número de laparotomías y esplenectomías innecesarias.

Palabras claves

Rotura del bazo, embolización terapéutica.

INTRODUCCIÓN:

El trauma es la principal causa de muerte en el rango de edad más activo-productivo de la población, entre los 25 a los 45 años. A nivel mundial, según la OMS la mortalidad por accidentes de tránsito es el 23%, con unas 16000 muertes diarias¹.

El entrenamiento del equipo de salud, basado en guías para el politrauma¹ y el uso de la tomografía computada (TC), en pacientes estables, y con

la mejoría en la resolución de las imágenes obtenidas, ayudó a disminuir el número de laparotomías exploradoras innecesarias y abrió una nueva posibilidad, que es el tratamiento no operatorio (TNO)².

Esta nueva posibilidad, incluye como opciones antes de llegar a la cirugía convencional, la observación clínica, control de signos vitales, escala del dolor, y laboratorio con curvas de hemoglobina y hematocrito, la laparoscopia exploradora y

Tratamiento No Operatorio en trauma esplénico: Manejo multidisciplinario, reporte de caso.

| Antueno, Jorge Facundo | Castilla, José Omar

hemodinamia como herramientas indispensables.

Presentamos un caso de herida de arma blanca con lesión esplénica, con un manejo TNO y conservación esplénica mediante embolización selectiva del polo inferior esplénico y la laparoscopia para lavado y evacuación de hemoperitoneo, y control de órganos huecos y diafragma.

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 22 años que ingresa por herida de arma blanca en abdomen, línea medioaxilar izquierda a urgencias. Estable hemodinámicamente, se realiza una TC sin contraste la que se interpreta sin lesión evidenciable. Sutura del sitio de ingreso del arma blanca. Luego de

4 horas de observación, aumento del dolor, y un episodio de síncope donde se constató una tensión arterial (TA) 80/50, frecuencia cardíaca (FC) 110, dolor abdominal intenso. Se aseguran 2 accesos venosos periféricos, sonda vesical, se monitoriza y se realiza una reanimación de 250 cc de solución fisiológica (SF). A los 750 cc se constató una TA 110/70 y una FC de 88. Se decide realizar TC con contraste fase arterial y venosa. Se evidencia hemoperitoneo generalizado, laceración esplénica de polo inferior de bazo de 2 cm con extravasación de contraste en fase arterial (clasificación AAST 2-3)(figura1).

Ante la buena respuesta a la reanimación inicial se activa el protocolo de TNO. Se evalúan imágenes con el servicio de Hemodinamia. Se decide

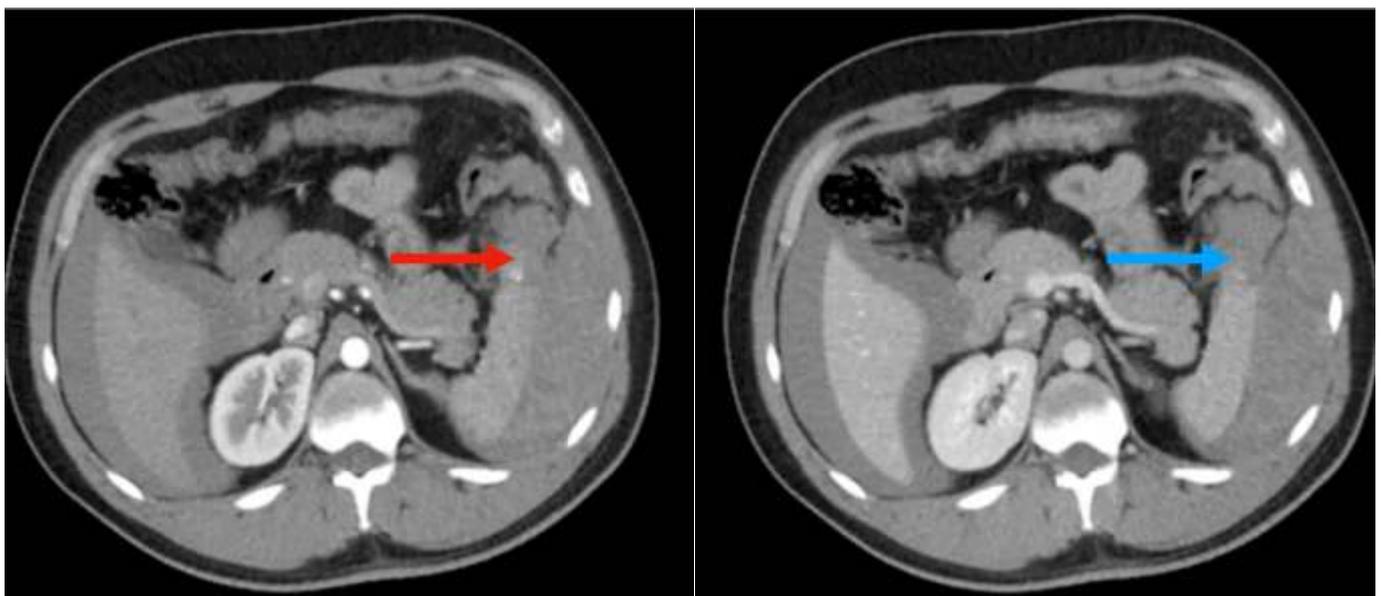


Figura 1: TC con contraste se evidencia hemoperitoneo periesplénico, perihepático. A la izquierda (Flecha roja) en fase arterial se evidencia extravasación de contraste EV. A la derecha (flecha azul) en fase venosa se evidencia lesión parenquimatosa en polo inferior esplénico.

Tratamiento No Operatorio en trauma esplénico: Manejo multidisciplinario, reporte de caso.

| Antueno, Jorge Facundo

| Castilla, José Omar

arteriografía ratificando lesión ya mencionada (figura 2).



Figura 2: Extravasación de contraste en polo inferior en angiografía.

Se procede a la embolización selectiva de polo inferior con material reabsorbible. Paciente estable durante todo el procedimiento. Embolización satisfactoria. Hospitalización en unidad de terapia intensiva (UTI). TC a 24h sin signos de sangrado activo ni aumento de hemoperitoneo, ni aparición de neumoperitoneo. Se realizó laparoscopia exploradora para lavado y aspiración del hemoperitoneo y control de órganos huecos y diafragma a las 24 horas del la embolización (figura 3 y 4).

Se aspira 1.7 L de sangre. Paciente estable regresa a UTI extubado, sin requerimiento de drogas vasoactivas. Buena evolución, se transfunden 2 unidades de glóbulos rojos (HTO 39 a 30 y Hb de 13.7 a 7.8),pase a sala común al día 3. Episodio febril día 6, se realizó pancultivo y tratamiento con antibióticos de manera empírica. TC control



Figura 3: Hemoperitoneo peri esplénico

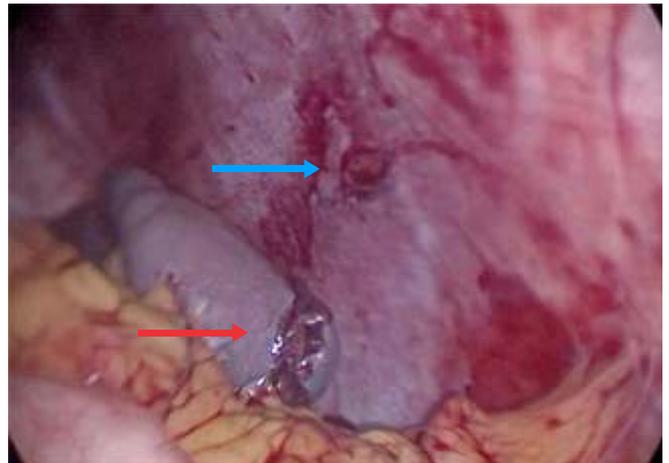


Figura 4: Lesión polo inferior de bazo por arma blanca (flecha roja) y sitio de ingreso por pared abdominal. (Flecha azul).

día 7 sin signos de pseudoaneurisma o lesiones vasculares, sin colecciones. Se retiran drenajes. Paciente con buena evolución y cultivos negativos alta hospitalaria al día 9.

DISCUSIÓN:

El TNO es la estrategia que se indica para lesiones abdominales en pacientes estables desde el punto de vista hemodinámico, con la intención de disminuir las laparotomias no terapéuticas y sus complicaciones asociadas. El giro en el manejo del trauma tiene como punto de inflexión el uso de TC con contraste endovascular en el

Tratamiento No Operatorio en trauma esplénico: Manejo multidisciplinario, reporte de caso.

| Antueno, Jorge Facundo | Castilla, José Omar

paciente estable hemodinámicamente o con buena respuesta a la reanimación inicial. La sensibilidad y especificidad en el uso de TC de lesiones por trauma abierto o cerrado en abdomen y pelvis son indiscutibles. Además de poder reconocer y clasificar el tipo o tipos de lesiones, permite reconocer sangrados activos y actuar en consecuencia³

Con toda esta nueva información y el avance tecnológico en la medicina mini invasiva surge esta opción terapéutica. El TNO ya lleva décadas de aplicación en centros de experiencia y de referencia en trauma, que brindan hoy en día parte de la evidencia científica sobre el uso de angiografía y embolización en trauma hepático, renal y esplénico, abiertos y cerrados⁴⁻⁵.

El uso de laparoscopia exploradora es parte del arsenal del TNO ya que permite descartar lesiones desapercibidas por el examen tomográfico tales como perforación del tracto digestivo, diafragma, mesenterio etc.

El manejo por un equipo de salud multidisciplinario del trauma y el TNO tiene excelentes resultados siempre basados en protocolos estrictos de indicación y contraindicación o cuando abortar el mismo. La inestabilidad hemodinámica es el principal signo a considerar⁵.

El TNO en pacientes con lesiones esplénicas es una posibilidad para reducir la esplenectomía de urgencia, disminuye también el riesgo de infección post esplenectomía que es un factor de gran importancia a considerar sobre todo en pacientes pediátricos, adolescentes y jóvenes⁶.

Conflicto de intereses: Ninguno

Tratamiento No Operatorio en trauma esplénico: Manejo multidisciplinario, reporte de caso.

| Antueno, Jorge Facundo | Castilla, José Omar

BIBLIOGRAFÍA

1. Long AM, Lefebvre CM, Carter JE et al. The golden opportunity: Multidisciplinary simulation training improves trauma team efficiency. *Journal of Surgical Education*. 2019; 76(4): 1116-1121.
2. Demetraides D, Hadjizacharia P, Salim A et al. Selective non operative management of penetrating abdominal solid organ injuries. *Annals of Surgery*. 2006; 244(4):285-293.
3. Coccolini F, Montori G, Ansaloni L et al. Splenic trauma: WSES Classification and guidelines for adult and pediatric patients. *World Journal of Emergency Surgery*. 2017; 1-26.
4. Barrillaro G. Capítulo 9 Tratamiento no operatorio de los traumatismos abdominales. En: De Garcia A, Reilly J, comisión de trauma, AAC. *Manual de Cirugía Trauma*. 2019. 119-132.
5. Roy P, Mukherjee R, Parik M. Splenic trauma in the twenty-first century: changing trends in management. *Ann R Coll Surg Engl*. 2018; 00: 1-7.
6. Schimmer JAG, van de Steeg AFW, Zuidema WP. Splenic function after angioembolization for splenic trauma in children and adults: A systematic review. 2015; article in press.

Valor del volumen de sangre en Hemocultivos en el diagnóstico de bacteriemia en pediatría

| Ranea , Patricia | Lorenzo, Gabriela | Galdeano, Emilio | Mengual , Marcela

| Velasco M. Cecilia | Bertoni, Liliana

Servicio de Pediatría Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan - Argentina

Correspondencia: Bertoni, Liliana

E-mail: lilibertoni@yahoo.com.ar

RESUMEN:

Introducción

En técnicas microbiológicas de hemocultivos, bajos volúmenes de muestra se relacionan con desarrollo de patógenos contaminantes.

Objetivo

Optimizar el diagnóstico de bacteriemia a partir de hemocultivos periféricos, correlacionando volumen de muestra por paciente según peso/volemia del mismo.

Material y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo, prospectivo, longitudinal, cuasi experimental.

Se analizaron 1293 hemocultivos realizados a los pacientes pediátricos internados en el Hospital Dr. Guillermo Rawson entre Junio y Septiembre de 2019 calculando el volumen de sangre extraído por frasco, mediante el cociente entre la diferencia de peso (pre y post inoculación de material) y la densidad de la sangre. Se establecieron tres grupos de pacientes según rango de peso / volemia estimada para cada uno: menores de 12 kg (A), 13 -49 kg(B) y mayores de 49 Kg de peso corporal (C). El proceso se repitió post capacitación del personal entre Octubre y Diciembre estableciendo el volumen necesario por frasco según volemia estimada en cada grupo de pacientes: Grupo A 2 ml de sangre por frasco, grupo B 3ml y grupo C 8-10 ml por frasco.

Se utilizaron medidas de tendencia central y Chi cuadrado para el análisis de los datos.

Resultados

En todos los grupos se aumentaron los volúmenes promedios por frasco y se logró menor desarrollo de contaminantes en la etapa post capacitación , con diferencia estadísticamente significativa ($p=0,017$)

Valor del volumen de sangre en Hemocultivos en el diagnóstico de bacteriemia en pediatría

| Ranea , Patricia | Lorenzo, Gabriela | Galdeano, Emilio | Mengual , Marcela

| Velasco M. Cecilia | Bertoni, Liliana

Conclusiones

El volumen de la muestra de hemocultivos debe intentar correlacionarse con la volemia /peso del paciente pediátrico para optimizar los resultados de la técnica.

Palabras Claves

Hemocultivos, microorganismos contaminantes, niños.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de bacteriemia a través de técnicas microbiológicas de hemocultivos en pacientes pediátricos continúa representando una herramienta diagnóstica de gran valor en práctica clínica diaria. La introducción de las nuevas vacunas en las últimas décadas en los calendarios nacionales de vacunación, ha generado cambios epidemiológicos considerables en la etiología de las bacteriemia, aún en niños pequeños. Es así como en los trabajos recientemente publicados, se han registrado un aumento en la prevalencia de gérmenes, tales como, *Staphylococcus aureus* y bacilos gram negativos, con patrones de resistencia antimicrobiana cada vez más complejos.¹

Optimizar esta técnica diagnóstica y sus resultados en la población pediátrica constituye un desafío en si mismo, dada la variabilidad impuesta por los rangos de edades y volemias y las dificultades inherentes a la extracción de la muestra. En este sentido, uno de los aspectos a considerar constituye el volumen de la misma. La posibilidad de recuperar un patógeno de sangre se incrementa con el volumen obtenido de la muestra y la carga bacteriana por ml.

Históricamente, se sostuvo que los niños no pre-

sentan bajos niveles de bacteriemia, pero estudios recientes confirman que esto es más común de lo que se creía presentándose en un 38% a 68% de los pacientes. En estos casos, obtener cantidades de sangre inferiores a ml por frasco puede incidir en un inadecuado diagnóstico. Con una carga bacteriana de <10 UFC/ml, se requieren 2 a 6 ml de sangre para un desarrollo adecuado del método.^{2,3}

Los volúmenes de sangre obtenidos, no sólo definen la sensibilidad del método si no también la posibilidad de desarrollo de patógenos contaminantes, ya que un bajo volumen de sangre se correlaciona inversamente con esta posibilidad. Esta relación estaría fundamentada por un lado, en el hecho de que a mayor volumen de sangre, mayor dilución de las concentraciones del germen contaminante y por otro, que los bajos volúmenes en general se asocian a una técnica de extracción dificultosa.⁴⁻⁵

Dado lo hasta aquí enunciado es que, como objetivo de la presente investigación, se planteó optimizar el diagnóstico de bacteriemia en pacientes pediátricos a partir de hemocultivos periféricos, correlacionando volumen de muestra por paciente según peso/volemia del mismo.

Valor del volumen de sangre en Hemocultivos en el diagnóstico de bacteriemia en pediatría

| Ranea , Patricia | Lorenzo, Gabriela | Galdeano, Emilio | Mengual , Marcela

| Velasco M. Cecilia | Bertoni, Liliana

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, prospectivo, longitudinal, cuasi experimental.

Se analizaron los hemocultivos realizados según indicación médica por MALDI-TOF a los pacientes pediátricos internados en el Hospital Doctor Guillermo Rawson entre Junio y Septiembre de 2019 calculando el volumen de sangre extraído por frasco, mediante el cociente entre la diferencia de peso (pre y post inoculación de material) y la densidad de la sangre.

Se establecieron tres grupos de pacientes según rango de peso / volemia estimada para cada uno: menos de 12 kg (A), 13 -49 kg (B) y más de 49 Kg de peso corporal (C).

Como intervención , se capacitó el personal efector a través de una instancia presencial, estableciendo el volumen necesario por frasco según volemia estimada en cada grupo de pacientes: Grupo A 2 ml de sangre por frasco, grupo B 3ml y grupo C 8-10 ml por frasco, tomando dos frascos por cada paciente de sitio de venopunciones diferentes.

Se repitió el proceso de análisis post capacitación entre Octubre y Diciembre.

Análisis estadístico: Se utilizaron medidas de tendencia central y Chi cuadrado para el análisis de los datos con Epi Info 7.2.0.1

Consideraciones éticas: La investigación se ajustó a la normativa legal vigente de Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326 para proteger la identidad de los pacientes , garantizando

anonimato y confidencialidad, recibiendo la aprobación del Comité de Docencia e Investigación del HDGR.

RESULTADOS

En las etapas de pre y post capacitación del personal de salud, se analizaron 1293 muestras de hemocultivos (691 y 602 respectivamente).

Si bien, no se alcanzaron los volúmenes propuestos para asegurar un proporcional de la volemia según peso del paciente por grupo en particular , en todos los grupos se aumentaron los volúmenes promedios por frasco.(Tabla 1)

En cuanto a los resultados de hemocultivos, no hubo diferencias en el desarrollo de patógenos de ambos grupos ($p=0,16$) pero sí menor desarrollo de contaminantes en la etapa post capacitación , con diferencia estadísticamente significativa ($p= 0,017$)

TABLA 1: Volúmenes promedio por grupo pre y post capacitación del personal efector

	< 12 Kg	12 A 49 Kg	>50 Kg
PRECAPACITACIÓN	0,82ml	0,84ml	1,7ml
POSTCAPACITACIÓN	1,30ml	2ml	4,10ml

TABLA 2: Porcentaje de desarrollo de microorganismos patógenos y contaminantes pre y post capacitación del personal efector

	PATOGENO	CONTAMINANTE
PRECAPACITACIÓN	7,5%(52 de 691)	5,7%(40 de 691)
POSTCAPACITACIÓN	6,1% (37 de 602)	3,3 % (20 de 602)
	($p=0,16$)	($p= 0,017$)

Valor del volumen de sangre en Hemocultivos en el diagnóstico de bacteriemia en pediatría

| Ranea , Patricia

| Lorenzo, Gabriela

| Galdeano, Emilio

| Mengual , Marcela

| Velasco M. Cecilia

| Bertoni, Liliana

DISCUSIÓN

A la fecha ,existen pocos consensos claros en cuanto a las cantidades optimas de sangre a extraer en los niños por muestra de hemocultivo. Como una debilidad del presente trabajo, podemos mencionar el hecho de que no se lograron obtener en promedio, los volúmenes de muestra propuestos por frasco de hemocultivo. La guía de la Sociedad Americana de Infectología (IDSA) así como la Sociedad Americana de Microbiología (ASM), recomiendan la toma de un 3 a4% de la volemia del niño en aquellos con un peso <12,7Kg, y un 1,8% a 2,7% de la volemia, en aquellos pacientes con peso > 12,8 Kg. Por lo tanto, sería razonable, obtener un volumen de sangre representativo de la volemia del niño y cercano a las recomendaciones vigentes⁶

Otro factor que influye en la sensibilidad de la muestra es el número de frascos o set obtenidos. En el presente trabajo se incluyeron todos los hemocultivos de pacientes a quienes se extrajeron dos frascos para su evaluación. IDSA y ASM, recomiendan 2 a 4 set por episodio de sepsis en los pacientes adultos. En pediatría este número se limita según el peso del paciente, a un set en niños con peso < 1 Kg y 2 set en aquellos con un peso > 1Kg. Sería importante, en este punto establecer a que pacientes por su edad y peso se los considera adultos ,a fin de definir la toma del número adecuado de sets.⁷⁻⁹

En todos los grupos de este estudio, aunque se inocularon más de 1 ml de sangre por frasco de hemocultivo, no se mejoró en forma estadísticamente significativa el desarrollo de microorganismos patógenos. Esto puede hablarnos entonces de cantidad aún insuficiente, ya que según el trabajo de Dien Bard y col, si bien un volumen

inferior a 1 ml es inadecuado para la eficacia del método ,la posibilidad de desarrollo de microorganismo en niños con baja carga bacteriana por ml, se eleva hasta 6% por ml de sangre que se suma en cada frasco.⁹

Finalmente se logró demostrar que mejorando los volúmenes promedio de sangre inoculados por frasco de hemocultivos, sumado a la capacitación del personal de salud efector , se consiguió disminuir en forma estadísticamente significativa , el desarrollo de microorganismos contaminantes. Este hecho se correlaciona con los factores de riesgo publicados para la contaminación de frascos de hemocultivos en la literatura, los bajos volúmenes y el personal inadecuadamente entrenado.⁵

Como conclusión y basados en los datos disponibles para la población pediátrica ,sobre la toma de muestras para hemocultivos y ,constituyendo este aún ,el método vigente para diagnóstico de bacteriemia en muchos centros de salud de países en vía de desarrollo, se torna necesario establecer criterios en relación a la toma de la muestra y los volúmenes necesarios según la volemia del paciente

En pacientes pediátricos el volumen de la muestra por frasco debe intentar correlacionarse con la volemia /peso del paciente.

Esto no sólo permite optimizar la técnica y el diagnóstico oportuno, sino también, disminuir el desarrollo de microorganismos contaminantes y de esta forma contribuir al uso racional de antimicrobianos.

Valor del volumen de sangre en Hemocultivos en el diagnóstico de bacteriemia en pediatría

| Ranea , Patricia | Lorenzo, Gabriela | Galdeano, Emilio | Mengual , Marcela

| Velasco M. Cecilia | Bertoni, Liliana

BIBLIOGRAFÍA

1. Hamer, D. H. et al. Etiology of bacteremia in young infants in six countries. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 34, e1–e8 (2015).
2. Kellogg, J. A., Manzella, J. P. & Bankert, D. A. Frequency of low-level bacteremia in children from birth to fifteen years of age. *J. Clin. Microbiol.* 38, 2181–2185 (2000).
3. Schelonka, R. L. et al. Volume of blood required to detect common neonatal pathogens. *J. Pediatr.* 129, 275–278 (1996).
4. Gonsalves, W. I., Cornish, N., Moore, M., Chen, A. & Varman, M. Effects of volume and site of blood draw on blood culture results. *J. Clin. Microbiol.* 47, 3482–3485 (2009).
5. Bekeris, L. G., Tworek, J. A., Walsh, M. K. & Valenstein, P. N. Trends in blood culture contamination: A College of American Pathologists Q-Tracks study of 356 institutions. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 129, 1222–1225 (2005).
6. Baron, E. J. o. et al. Executive summary: a guide to utilization of the microbiology laboratory for diagnosis of infectious diseases: 2013 recommendations by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society for Microbiology (ASM)(a). *Clin. Infect. Dis.* 57, 485–488 (2013).
7. Isaacman, D. J., Karasic, R. B., Reynolds, E. A. & Kost, S. I. Effect of number of blood cultures and volume of blood on detection of bacteremia in children. *J. Pediatr.* 128, 190–195 (1996).
8. Sarkar, S., Bhagat, I., DeCristofaro, J. D., Wiswell, T. E. & Spitzer, A. R. A study of the role of multiple site blood cultures in the evaluation of neonatal sepsis. *J. Perinatol.* 26, 18–22 (2006).
9. Dien Bard, J. & McElvania TeKippe, E. Diagnosis of Bloodstream Infections in Children. *J. Clin. Microbiol.* 54, 1418–1424 (2016).



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



c
d
comité de
docencia e
investigación