

Edición
Nº6
Volumen
Nº2



Revista Hospital Rawson

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

Edición N°6, Diciembre 2025.

San Juan - República Argentina



San Juan
Gobierno

Ministerio de
Salud

HOSPITAL
RAWSON
Hospital Público Descentralizado de Alta Complejidad

Comité de Docencia
e Investigación

DIRECTORIO:

Director Ejecutivo:
Dr. Juan Pablo Gempel

Director Médico de Planificación y Gestión Asistencial:
Dr. Adrián Horacio D'Ovidio

Director Administrativo:
CPN Daniel Héctor Ferrero

Director de Personal:
Lic. Ricardo Atencio Pizarro

Gerente Administrativa:
CPN Eliana Edith Erostarbe Elizondo

Gerente Contable:
CPN Mariana Nidia Guerrero Bustos

COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Coordinadora
Dra. Cristina Muñoz

Comité Editorial
Lic. María Isabel Jelves
Dr. Sergio Rueda
Dra. Adriana Manzur
Lic. Marta Uriza
Lic. Andrea Sendra
Lic. María Laura Calívar
Bioing. Rocío Buenamaison

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*

*revistahgrsj@gmail.com
www.hospitalrawson.sanjuan.gob.ar*



Revista Hospital Rawson

Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson

Edición N°6, Volumen N°2 / Julio 2025

revistahgrsj@gmail.com

ÍNDICE

6 Prólogo

Dr. Walter E. Riveros

8 Hipoacusia en recién nacidos: incidencia y factores detectados por tamizaje auditivo

Vila, Agostina; Nefa, Leonardo; Rodríguez, Orlando; Portillo, Julieta; Lifschitz, Sebastián; Orduña, Martha; Pont, Mariela.

13 Síndrome de Guillain-Barré, variante faríngeo-cérvico-braquial en pediatría

Mereles, Eliana; Mengual, Germán; Bazán, Natacha.

17 Síndrome bronquiolar vs Insuficiencia cardíaca: a propósito de un caso

Villafaña Pechuán, Guadalupe; Tello Ruiz, Rocío Marlén; Barbieri, Mariana Paula; Herrera, Teresita; Morales Álvarez, Federico; Figueroa, María Belén.

22 Proyectil retenido en región mesoseptal: reporte de caso

Buitrago Pedreros, Luisa Fernanda; Vila Gregorini, Mariana Agostina; Peña, Mariana; García, Raúl Matías.

28 Prevalencia del diagnóstico tardío de pacientes VIH positivos

Carrizo Negri, Osvaldo Ariel.

35 Reporte estadístico de VIH en consultorio de Testeos en Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson

Gómez, Pablo; Nieva, Rodrigo; Cialella, Alejandra; Ferrari, Sandra; Ramírez, María Milagros; López, María Agustina; García, Julieta; Paredes, Zulema; Herrera, Lorena.

Próxima Edición: Julio 2026

*Recepción de trabajos a partir de Enero 2026.
Consultas y reglamento de publicación:
revistahgrsj@gmail.com*

PRÓLOGO

Me siento honrado por haber sido invitado para escribir el prólogo de la presente edición de la Revista del Hospital Dr. Guillermo Rawson; agradezco al Comité de Docencia e Investigación del mismo por hacerme partícipe de poder escribir el presente prólogo.

Objetivos como profesionales médicos.

Cuatro reglas básicas:

1)ESTUDIO CONTINUO. El médico está obligado a mantenerse al día en los conocimientos de su especialidad, para poder ofrecer a sus pacientes el mejor cuidado posible. Esto se logra cuando el médico sigue siendo estudiante de su profesión a lo largo de toda su vida.

2)DOCENCIA. La voz latina docere que significa enseñar. El hecho de que los términos "médico" y "doctor" se usen como sinónimo, no solo en el idioma castellano sino también en muchas otras lenguas, revela que la relación entre la medicina y la docencia es tan antigua como íntima. En efecto, desde los tiempos de Hipócrates el médico instruía a sus pacientes y sus familiares sobre sus enfermedades, sobre su tratamiento, sobre sus cuidados, sobre sus pronósticos. Además el médico siempre ha sido el maestro de sus discípulos más jóvenes que enseñaba el arte de curar y/o atender viéndolo actuar o aprendiendo de sus lecciones.

3)INVESTIGACIÓN. El médico tiene la obligación de contribuir al universo de la información que nos sirve a todos los miembros de la profesión para ofrecer la mejor calidad de atención a nuestros semejantes. Se debe cultivar el espíritu investigativo - científico en nuestra práctica: la ciencia se distingue por aprender de las experiencias y observaciones. El análisis sistemático de nuestra actividad médica cotidiana sugiere una rica variedad de preguntas cuyas respuestas deben investigarse, si no, sería una grave falta de ética médica.

4)MANEJO INTEGRAL. El médico debe distinguir entre la enfermedad y el padecimiento: la enferme-

dad es la causa de su malestar pero lo que viene a consultar es el padecimiento. Este último está formado por síntomas y signos del proceso patológico, más la angustia del paciente; su preocupación por su futuro inmediato y a largo plazo; sus problemas económicos; el miedo al dolor; el destino de su familia y sobre todo el miedo a la muerte. Todo esto es lo que el paciente padece y es lo que el médico debe empatizar.

Para terminar deseo hacer mención especial para mis dos hijos: Mariana e Ignacio, médicos de la institución Hospital Dr. Guillermo Rawson.

Nunca deshumanizarse en la profesión, sí ser fuertes (la fortaleza es una virtud cardinal) para poder ejercerla con gran humanismo.

Dr. Walter E. Riveros

Ex Jefe del Servicio de Anestesiología del Hospital Dr. Guillermo Rawson.

Ex Jefe de la Zona Sanitaria 3 del Ministerio de Salud Pública de la provincia de San Juan.

Ex Sub Secretario Técnico del Ministerio de Salud Pública de la provincia de San Juan.

Hipoacusia en recién nacidos: incidencia y factores detectados por tamizaje auditivo

| Vila, Agostina | Nefa, Leonardo | Rodríguez, Orlando | Portillo, Julieta
| Lifschitz, Sebastián | Orduña, Martha | Pont, Mariela

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

Correspondencia: Vila Gregorini, Mariana Agostina

E-mail: mavgregorini@hotmail.com

RESUMEN:

La hipoacusia neurosensorial congénita representa una de las discapacidades sensoriales más frecuentes en la infancia. La detección temprana mediante tamizaje auditivo neonatal permite una intervención oportuna y mejora el pronóstico comunicativo y social. El objetivo de este estudio fue determinar la incidencia de hipoacusia neurosensorial en recién nacidos atendidos en el Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson (HPDDGR) durante el año 2024, e identificar los factores de riesgo asociados. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo analítico, incluyendo a todos los recién nacidos, a quienes se les efectuó tamizaje auditivo mediante otoemisiones acústicas y potenciales evocados auditivos automatizados. De 5371 nacidos vivos, se tamizó el 57% (n=3085). Se diagnosticaron 10 casos de hipoacusia neurosensorial, con una incidencia de 3,24 por cada 1.000 nacidos vivos (IC95%: 1,24-5,25). Los principales factores de riesgo fueron prematuridad, infecciones congénitas por citomegalovirus y sífilis. Los resultados se encuentran dentro de los rangos internacionales reportados y destacan la necesidad de ampliar la cobertura del tamizaje auditivo neonatal.

Palabras clave

Hipoacusia, recién nacido, tamizaje auditivo, otoemisiones acústicas, detección temprana.

INTRODUCCIÓN

La hipoacusia neurosensorial constituye una de las discapacidades sensoriales más frecuentes a nivel global y su detección temprana es esencial para el desarrollo del lenguaje, la comunicación y la integración social. En América Latina, la incidencia estimada de hipoacusia neurosensorial congénita bilateral moderada a profunda varía entre 1 a 3 casos por cada 1.000 nacidos vivos, similar a lo reportado en regiones de altos ingresos. Sin embargo, en contextos con mayor prevalencia de factores de riesgo –como infecciones congénitas, prematuridad, hipoxia perinatal y falta

de cobertura en tamizaje neonatal–, esta cifra puede alcanzar hasta 6 por cada 1.000 nacidos vivos^{1,2}.

La hipoacusia es la pérdida parcial o total de la capacidad de percepción auditiva de las personas, el nivel de audición se mide en decibeles (dB) y según el grado de estos la pérdida auditiva puede ser clasificada en leve (20-40 dB), moderada (40-60 dB), severa (60-90 dB) o profunda (90-110 dB)³. En 1993 la declaración de consenso de la National Institutes of Health (NIH), estableció que los problemas auditivos deben ser

Hipoacusia en recién nacidos: incidencia y factores detectados por tamizaje auditivo

| Vila, Agostina | Nefa, Leonardo
| Lifschitz, Sebastián | Orduña, Martha

| Rodríguez, Orlando | Portillo, Julieta
| Pont, Mariela

reconocidos tan tempranamente como sea posible, de modo tal que el proceso de rehabilitación sea iniciado de forma precoz.⁴

Según la Organización Mundial de la Salud, existen 466 millones de personas en todo el mundo que padecen algún grado de pérdida auditiva, de las cuales 34 millones son niños. De acuerdo a resultados epidemiológicos se estima que la pérdida de audición en recién nacidos se presenta de 3 a 5 de cada 1.000 nacimientos.⁵ En Argentina la prevalencia de hipoacusia en el recién nacido y en el lactante se estima en 1.5 a 6 casos por 1.000 nacidos vivos; en neonatos la prevalencia se estima en 3 por 100 nacidos vivos.⁶

Los programas de cribado auditivo en recién nacidos se utilizan para identificar pacientes con pérdida auditiva, la detección temprana de la pérdida auditiva infantil mediante screening auditivo universal reduce los retrasos permanentes en el lenguaje y en el desarrollo. Identificar recién nacidos con pérdida auditiva permite incluirlos en programas de tratamiento temprano, idealmente dentro de los primeros 6 meses de vida, por lo cual cada vez más se trabaja en aumentar la concientización y la detección a través de programas universales de detección auditiva en recién nacidos.

Los objetivos de los protocolos de screening es la identificación adecuada de pacientes. La realización de otoemisiones acústicas (OEAs) dentro de las primeras 48 hs de vida y la respuesta auditiva de tronco encefálico (ABR) complementaria constituye una de las técnicas exploratorias más objetivas para el cribado auditivo de recién nacidos. Con la confirmación diagnóstica, un segundo objetivo es la intervención terapéutica temprana (antes de los 6 meses).

MATERIALES Y METODO

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo analítico observacional. La población estuvo conformada por todos los recién nacidos vivos atendidos en HPDDGR, San Juan, Argentina, durante el período de estudio de enero de 2024 a diciembre de 2024. Se incluyeron a los pacientes a quienes se les realizó tamizaje auditivo neonatal de forma sistemática según el protocolo institucional. Los criterios de inclusión fueron: recién nacidos vivos, con tamizaje auditivo completo y seguimiento diagnóstico en caso de tamizaje positivo. Se excluyeron los casos con datos incompletos en la historia clínica o con diagnóstico auditivo no confirmado. Se registraron las siguientes variables: número total de nacidos vivos, número de casos con diagnóstico confirmado de hipoacusia neurosensorial, lateralidad, grado de pérdida auditiva y presencia de factores de riesgo.

El protocolo de screening auditivo en la institución se realiza mediante una primera etapa antes del alta hospitalaria (entre las 36 y 48hs de vida) y consiste en la evaluación mediante otoemisiones acústicas (OEAs), si no pasa la evaluación o si el paciente presenta factores de riesgo para hipoacusia neurosensorial se aplica un nuevo control con la técnica combinada que consiste en la realización de otoemisiones acústicas, potenciales evocados auditivos automatizados (AABR) y timpanometría y pasa a evaluación por equipo de hipoacusia del HPDDGR. La segunda etapa de estudio corresponde a la realización de una segunda prueba de audición de forma ambulatoria en consultorio donde se realiza potencial evocado auditivo de tronco (PEAT) y audiometría por observación de la conducta por el equipo especializado. En la evaluación de la segunda etapa los pacientes son derivados a la etapa de

Hipoacusia en recién nacidos: incidencia y factores detectados por tamizaje auditivo

| Vila, Agostina | Nefa, Leonardo | Rodríguez, Orlando | Portillo, Julieta
| Lifschitz, Sebastián | Orduña, Martha | Pont, Mariela

seguimiento y control; o a la tercera etapa de equipamiento auditivo.

Análisis estadístico

Se calculó la incidencia de hipoacusia neurosensorial como el número de casos confirmados por cada 1.000 nacidos vivos. Se estimó el intervalo de confianza del 95% (IC95%) para la incidencia, para obtener el rango en el cual se encuentra la incidencia real de la población.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se realizaron 3085 pruebas de otoemisiones acústicas de un total de 5.371 nacidos vivos, una cobertura de 57%. De ellas, 2.570 pasaron la prueba de cribado, mientras que 515 nacidos presentaron una prueba anormal (No pasa). De los pacientes evaluados en la segunda etapa de estudio se realizó el diagnóstico de hipoacusia neurosensorial en 10 pacientes con una incidencia de 3.24 casos por cada 1.000 nacidos vivos (IC95%: 1,24-5,25).

En la clasificación de pérdida auditiva encontramos 5 casos de hipoacusia neurosensorial bilateral severa, 1 de hipoacusia neurosensorial bilateral moderada, en 2 pacientes hipoacusia neurosensorial leve, una paciente hipoacusia neurosensorial asimétrica y un paciente con hipoacusia neurosensorial unilateral. Encontramos que los factores de riesgo que presentaron fueron 3 pacientes con antecedentes de prematuros, dos casos de infección por citomegalovirus congénito, 2 pacientes con sífilis congénita y en 2 casos no se encontraron factores de riesgos relacionados para desarrollo de hipoacusia neurosensorial.

En este estudio se identificó una incidencia de

hipoacusia neurosensorial de 3.24 por 1.000 recién nacidos tamizados. Este hallazgo se encuentra dentro de los valores reportados a nivel internacional. Esto resalta la importancia de mantener y fortalecer los programas de tamizaje auditivo universal y aumentar la cobertura de evaluación de los recién nacidos vivos.

DISCUSION

La incidencia observada se encuentra dentro de los valores reportados a nivel internacional. La cobertura del tamizaje (57%) representa una limitación relevante, ya que podría sesgar la estimación real. Sin embargo, el estudio reafirma la importancia de los programas de detección auditiva universal y el rol del HPDDGR como centro de referencia provincial. El seguimiento integral y la disponibilidad de programas de rehabilitación auditiva e implante coclear refuerzan el abordaje multidisciplinario de la hipoacusia congénita. Este porcentaje de cobertura puede estar sesgado por pacientes que se retiran de la institución hospitalaria en las primeras 24hs de nacidos y no realizan los controles auditivos inmediatamente y se pierden de seguimiento, o son pacientes que realizan controles auditivos en otros centros periféricos que están equipados para el tamizaje auditivo neonatal y continúan la fase de estudio en otras instituciones. El seguimiento integral y la disponibilidad de programas de rehabilitación auditiva e implante coclear refuerzan el abordaje multidisciplinario de la hipoacusia congénita.

De las fortalezas de la investigación se pudo contar con información detallada sobre los factores de riesgo asociados a los casos diagnosticados y se realizó seguimiento de los pacientes. Se destaca que todos los pacientes diagnosticados reci-

Hipoacusia en recién nacidos: incidencia y factores detectados por tamizaje auditivo

| Vila, Agostina

| Nefa, Leonardo

| Rodríguez, Orlando

| Portillo, Julieta

| Lifschitz, Sebastián

| Orduña, Martha

| Pont, Mariela

bieron la intervención temprana de equipamiento auditivo y la rehabilitación auditiva correspondiente. El HPDDGR es centro de referencia del programa nacional de detección temprana y atención de la hipoacusia, trabajo en conjunto del servicio de otorrinolaringología, fonoaudiología y psicología se realiza el seguimiento de los pacientes. En el marco de las estrategias de rehabilitación auditiva para pacientes con hipoacusia neurosensorial profunda, la institución cuenta con un programa activo de implantes cocleares. Esta intervención está destinada a pacientes que no obtienen beneficios significativos con el uso de audífonos convencionales y cuya pérdida auditiva afecta de manera considerable su calidad de vida. La disponibilidad de esta tecnología avanzada permite brindar una opción terapéutica eficaz para la recuperación de la percepción auditiva, facilitando la integración social, educativa y escolar de los pacientes. Además, la implementación de implantes cocleares dentro de la institución demuestra el compromiso con el abordaje integral y multidisciplinario de los trastornos auditivos severos, asegurando el seguimiento pre y postoperatorio necesario para optimizar los resultados funcionales y comunicativos de los usuarios.

CONCLUSIÓN

El presente estudio evidenció una incidencia estimada de hipoacusia de 3,24 por cada 1.000 nacidos vivos. Estos resultados se encuentran dentro de los rangos internacionales reportados, aunque reflejan la necesidad de mejorar la cobertura del tamizaje en la población neonatal. La detección temprana de la hipoacusia es fundamental para favorecer el desarrollo integral del niño. Por tanto, se recomienda la implementación de programas de tamizaje auditivo uni-

versal, realizar los procesos de seguimiento y diagnóstico, y garantizar el acceso a la intervención temprana para los casos confirmados.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaramos no presentar ningún conflicto de interés.

Hipoacusia en recién nacidos: incidencia y factores detectados por tamizaje auditivo

Vila, Agostina	Nefa, Leonardo	Rodríguez, Orlando	Portillo, Julieta
Lifschitz, Sebastián	Orduña, Martha	Pont, Mariela	

BIBLIOGRAFÍA

1. Olusanya, B. O., Neumann, K. J., & Saunders, J. E. The global burden of disabling hearing impairment: a call to action. Bulletin of the World Health Organization. 2014.
2. Organización Mundial de la Salud. World Report on Hearing. WHO.2021
3. Chuit R. Epidemiología de la hipoacusia. En Diamante V, Pallares N, editores. Implantes cocleares y de tronco cerebral, Argentina primera edición 2029 Edifarma.
4. Declaración del consenso de los National Institutes of Health Vol. 11 n°1. Marzo 1993.
5. World Health Organization. Millions of people in the world have hearing loss that can be treated or prevented. 2011.
6. Ministerio de Salud. Secretaría de políticas, regulación e institutos. Subsecretaría de gestión de servicios asistenciales, Servicio nacional de rehabilitación. Disposición 82/2025.

Síndrome de Guillain-Barré, variante faríngeo-cérvico-braquial en pediatría

| Mereles, Eliana

| Mengual, Germán

| Bazán, Natacha

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

Correspondencia: Mereles, Eliana

E-mail: elianamareles@gmail.com

RESUMEN:

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía aguda de origen autoinmune. La variante faríngeo-cérvico-braquial (PCB) es rara y se caracteriza por afectación bulbar, cervical y braquial. Dada su infrecuencia como forma de presentación de este síndrome se abordará un caso de ésta.

El objetivo de esta publicación es la presentación de un caso de síndrome Guillain-Barré con variante atípica para poder sospecharla ante un caso de debilidad bulbar.

Palabras claves

Síndrome de Guillain-Barré; Faríngeo-cérvico-braquial; Polirradiculoneuropatía.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía aguda inflamatoria caracterizada por debilidad muscular flácida simétrica, de progresión rápida, asociada a arreflexia y potenciales complicaciones graves como insuficiencia respiratoria aguda, trastornos de la deglución y disautonomía¹.

En pediatría, la incidencia estimada es de 0,4 a 1,4 casos por cada 100.000 niños menores de 15 años al año, constituyendo la polirradiculoneuropatía aguda más frecuente en este grupo etario².

El SGB se considera un trastorno inmunomediado, secundario a un fenómeno de mimetismo molecular. Aproximadamente un tercio de los pacientes presentan los primeros síntomas tras una infección respiratoria alta o un episodio diarréico³.

Clínicamente, el SGB presenta diversas variantes fenotípicas. Entre ellas, la forma orofaríngea y la braquial son infrecuentes en la edad pediátrica y se caracterizan por debilidad predominante en los músculos orofaríngeos, cuello y extremidades superiores⁴.

La identificación de estas formas atípicas resulta fundamental, ya que pueden simular otras patologías neuromusculares y retrasar el diagnóstico.

El diagnóstico en pediatría puede ser particularmente desafiante debido a sus presentaciones inusuales. Se basa principalmente en la clínica y se apoya en estudios complementarios como la disociación albúmino-citológica en el líquido cefalorraquídeo y la electromiografía con velocidades de conducción nerviosa⁵. El tratamiento de primera línea incluye inmunoterapia, ya sea con inmunoglobulina intravenosa o plasmafére-

Síndrome de Guillain-Barré, variante faríngeo-cérvico-braquial en pediatría

| Mereles, Eliana

| Mengual, Germán

| Bazán, Natacha

sis, además de medidas de soporte intensivo, monitorización respiratoria y rehabilitación⁶. El objetivo de esta publicación es la presentación de un caso de síndrome de Guillain-Barré con variante atípica.

CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente masculino de 14 años, previamente sano, que consultó por iniciar 1 semana previa con cefalea intensa, mareos tras traumatismo leve en región cefálica y cervical. Paulatinamente se asocia a debilidad muscular progresiva, inicialmente en miembros superiores, acompañada de disfagia para sólidos y líquidos, disartria y debilidad de músculos faciales. Negó fiebre, síntomas respiratorios o digestivos previos.

Al ingreso se encontraba vigil, normotenso, afebril y hemodinámicamente estable. En la exploración neurológica presentó paresia facial bilateral, paresia proximal de miembros superiores, hiporreflexia y debilidad cervical, con movilidad conservada de miembros inferiores, sin oftalmoplejía, tos presente pero débil. La fuerza muscular fue progresivamente más limitada, requiriendo alimentación por sonda nasogástrica en las primeras 24 horas de internación.

Se aborda paciente realizando medidas de soporte inicial, y solicitando las siguientes pruebas complementarias: hemograma, función renal, transaminasas, proteína C reactiva, velocidad de eritrosedimentación, todas dentro de parámetros normales y tomografía axial computada (TAC) de cerebro sin contraste en la que no se evidenció presencia de lesión.

Se le realizó perfil inmunológico (ANA, anti-DNA, HIV, VDRL, hepatitis B y C) resultó negativo, al igual que anticuerpos para miastenia gra-

vis (anti-AChR y anti-MuSK). Posteriormente se toma muestra de líquido cefalorraquídeo por punición lumbar donde se constató disociación albúmino-citológica con proteinorraquia (1,79 g/L) y 4 células/mm³, glucorraquia normal (67 mg/dL).

La resonancia magnética de cerebro y médula no mostró lesiones desmielinizantes ni estructurales, informándose discreto realce de las raíces anteriores de cauda equina.

Ante la sospecha de síndrome de Guillain-Barré, variante faríngeo-cérvico-braquial, se inició tratamiento con inmunoglobulina endovenosa a dosis de 2 g/kg, por presentar regular respuesta se administra un segundo ciclo de inmunoglobulinas a igual dosis, con buena tolerancia. Posterior a la administración del tratamiento presentó mejoría gradual de la disfagia, movilidad facial y fuerza en miembros superiores, permitiendo la progresiva reintroducción de dieta oral y movilización de sus miembros superiores.

El paciente permaneció internado bajo estricto control clínico y neurológico, con recuperación parcial de la fuerza muscular y la función deglutoria, sin requerir asistencia respiratoria mecánica. Fue dado de alta con indicación de rehabilitación neuromotora y seguimiento por consultorio externo de neurología pediátrica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La variante faríngeo-cérvico-braquial (pharyngeal-cervical-brachial, PCB) del síndrome de Guillain-Barré tiene inicio subagudo y la posibilidad de solapamiento con otros síndromes anti-gangliósido y de debilidad bulbar hacen que el reconocimiento temprano sea crítico para iniciar tratamiento inmunomodulador y cuidados de soporte⁷.

Síndrome de Guillain-Barré, variante faríngeo-cérvico-braquial en pediatría

| Mereles, Eliana

| Mengual, Germán

| Bazán, Natacha

La presentación clínica de PCB representa una pequeña proporción de los SGB (aproximadamente 1-5%), y ha sido reportada tanto en adultos como en niños. El cuadro típicamente comienza con debilidad orofaríngea progresiva y debilidad proximal de miembros superiores, a veces acompañada de paresia facial bilateral; la ocurrencia en pediatría está descrita en reportes de casos y series pequeñas^{8,9}. En el caso presentado, la combinación de disfagia, disartria, paresia facial bilateral y debilidad proximal predominantemente en miembros superiores concuerda con la presentación clásica de PCB.

Al momento de establecer el diagnóstico la dissociación albúmino-citológica en líquido cefalorraquídeo (LCR) y la ausencia de lesiones estructurales en resonancia magnética (RMN) son hallazgos compatibles con SGB y sus variantes; estudios neurofisiológicos pueden mostrar patrones axonales o desmielinizantes según la variante y el momento en que se realizan las pruebas. En algunos casos se describe realce de raíces anteriores en la columna como hallazgo complementario de radiculitis/inflamación¹⁰.

La presentación bulbar obliga a descartar lesiones del tronco encefálico, miastenia gravis, botulismo, infecciones bulbares y lesiones locales de nervios craneanos. La integración de historia, examen neurológico, imágenes, pruebas de conducción/EMG y serologías suele permitir la exclusión de estos mimetizadores. En el caso presentado la RMN con realce de las raíces anteriores de cauda equina, anticuerpos para miastenia gravis negativos y la proteinorraquia fortalecen la hipótesis de SGB-PCB.

Las terapias modificadoras (inmunoglobulina intravenosa y plasmaféresis) acortan la recuperación y reducen complicaciones. El inicio tem-

prano de terapia inmunomoduladora se asocia con mejores desenlaces; en especial en variantes con compromiso bulbar/respiratorio la administración precoz de inmunoglobulina intravenosa o plasmaféresis y la monitorización respiratoria son esenciales^{6,9}.

Este caso resalta la necesidad de incluirse en el diagnóstico diferencial de la paresia bulbar/cefálica subaguda a PCB frente a disfagia progresiva con debilidad cervicobraquial, especialmente en pacientes pediátricos; la utilidad diagnóstica del LCR y de la RMN para excluir mimetizadores; y la importancia de iniciar tratamiento inmunomodulador y soporte nutricional/respiratorio sin demora. El curso favorable del paciente presentado refuerza la recomendación de tratamiento temprano y seguimiento por rehabilitación neurológica.

Síndrome de Guillain-Barré, variante faríngeo-cérvico-braquial en pediatría

| Mereles, Eliana

| Mengual, Germán

| Bazán, Natacha

BIBLIOGRAFÍA

1. Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. Lancet. 2016; 388(10045): 717–27.
2. Sejvar JJ, Baughman AL, Wise M, Morgan OW. Population incidence of Guillain-Barré syndrome: a systematic review and meta-analysis. Neuroepidemiology. 2011; 36(2): 123–33.
3. Yuki N, Hartung HP. Guillain–Barré syndrome. N Engl J Med. 2012; 366(24): 2294–304.
4. Govoni V, Granieri E. Epidemiology of the Guillain-Barré syndrome. Curr Opin Neurol. 2001; 14(5): 605–13.
5. Hughes RA, Cornblath DR. Guillain-Barré syndrome. Lancet. 2005; 366(9497): 1653–66.
6. van Doorn PA, Ruts L, Jacobs BC. Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. Lancet Neurol. 2008; 7(10): 939–50.
7. Wakerley BR, Yuki N. Pharyngeal-cervical-brachial variant of Guillain-Barré syndrome. Pract Neurol. 2015; 15(6): 445–7.
8. Danaoui K, Benouda A, El Midaoui A, El Idrissi Slitine N. Dysphagia revealing a pharyngeal-cervical-brachial variant of Guillain-Barré in a child: case report. Pan Afr Med J. 2024; 47: 176.
9. Moscona-Nissan AS, López-Hernández JC, Seidman-Sorsby A, Cruz-Zermeño M, Navalón-Calzada A. Pharyngeal-cervical-brachial variant of Guillain-Barré syndrome. Cureus. 2021; 13(10): e18788.
10. Bellanti R, Perrone C, Giannini M, Lucchi M, Perrone A, Della Corte M, et al. Guillain-Barré syndrome: a comprehensive review. Eur J Neurol. 2024; 31(1): 12–25.

Síndrome bronquiolar vs Insuficiencia cardíaca: a propósito de un caso

| Villafañe Pechuán, Guadalupe

| Tello Ruiz, Rocío Marlén

| Barbieri, Mariana Paula

| Herrera, Teresita

| Morales Álvarez, Federico

| Figueroa, María Belén

Servicio de Pediatría, Servicio de Cardiología y Cardiocirugía Infantil, Servicio de Terapia Pediátrica, Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos - Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan - Argentina

Correspondencia: Villafañe Pechuán, Guadalupe

E-mail: guadavillafane37@gmail.com

RESUMEN:

Se presenta el caso de un lactante de 1 año y 4 meses con bronquiolitis por virus sincitial respiratorio (VSR) asociado a insuficiencia cardíaca secundaria a miocarditis. La ecocardiografía, mostró dilatación ventricular izquierda, disfunción sistólica y regurgitación mitral moderada. Se instauró tratamiento intensivo con soporte ventilatorio, diuréticos, antihipertensivos e inmunoglobulina intravenosa. Evoluciona favorablemente, con mejoría de parámetros ecocardiográficos. Resaltando la importancia de la sospecha clínica de compromiso cardiovascular en lactantes con bronquiolitis, el valor de un examen físico minucioso, a fin de detectar síntomas leves que pueden quedar solapados por el cuadro clínico respiratorio.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es un estado fisiopatológico en el que la disfunción del corazón provoca incapacidad para bombear sangre en la cantidad necesaria para suplir los requerimientos metabólicos del organismo.⁽¹⁾ Se presenta con signos y síntomas de mal perfusión y congestión, como taquicardia, taquipnea, dificultad respiratoria e hipotensión.⁽²⁾

La incidencia reportada es de 0,34 - 0,87 casos por cada 100.000 niños. El 52% de éstos ocurre en el primer año de vida.⁽³⁾ La etiología es diversa, siendo la IC secundaria a cardiopatías congénitas la más frecuente, seguida por las cardiopatías adquiridas, dentro de ella las de origen infeccioso.⁽²⁾

La presentación clínica es muy diversa. El porcentaje de pacientes que no son correctamente

diagnosticados en la primera consulta médica asciende hasta el 50%.⁽¹⁾ Todo niño en IC tiene sobrecarga de volumen y en niños pequeños puede manifestarse como un incremento en la frecuencia cardíaca y trabajo respiratorio.⁽²⁾

Dentro de las cardiopatías infecciosas cabe destacar la miocarditis. Esta se define como la inflamación del miocardio y su etiología es variada e incluye procesos infecciosos, tóxicos o enfermedades autoinmunitarias⁽⁴⁾. La etiología infecciosa es la más frecuente: dentro de ésta, las enfermedades virales⁽⁵⁾. Se destacan enterovirus, adenovirus, parvovirus B19 y Herpes Virus 6. Su diagnóstico presenta dificultades por la variabilidad de presentación y la falta de instrumentos diagnósticos precisos.⁽⁴⁾

Debido a que la clínica cardiovascular es similar a la que se presenta en pacientes con infecciones

Síndrome bronquiolar vs Insuficiencia cardíaca: a propósito de un caso

| Villafaña Pechuán, Guadalupe

| Herrera, Teresita

| Tello Ruiz, Rocío Marlén

| Morales Álvarez, Federico

| Barbieri, Mariana Paula

| Figueroa, María Belén

respiratorias bajas, es importante tener en cuenta estos diagnósticos diferenciales. Las infecciones de vías respiratorias bajas de origen viral tienen un gran impacto en la salud en la población pediátrica, siendo la bronquiolitis la principal causa de ingreso hospitalario en menores de 2 años. El VRS es el causante de esta enfermedad hasta en un 90% de los casos. Estudios recientes han documentado complicaciones extrapulmonares asociadas a VSR en el que se han reportado lactantes con complicaciones cardíacas como disfunción ventricular o signos de insuficiencia cardíaca, lo que refuerza la necesidad de sospechar compromiso miocárdico en casos con evolución atípica.⁽⁶⁾

El objetivo de este reporte es destacar la importancia de considerar el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en lactantes con síndrome bronquiolar.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 1 año y 4 meses de edad, recién nacido a término (RNT)/adecuado a la edad gestacional (AEG) con antecedentes perinatológicos de madre con diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (durante el 1er trimestre del embarazo), quien cumplió tratamiento correspondiente.

Ingresa a sala de internación pediátrica por presentar catarro de vía aérea superior, presentando posteriormente episodio de fijación de la mirada con hipotonía generalizada, de 1 minuto de duración con recuperación espontánea por lo que solicita atención pediátrica. 72 horas posteriores a su ingreso comienza con signos de dificultad respiratoria asociada a registro febril por lo que se asume diagnóstico de convulsión febril

simple y bronquiolitis. Se indica tratamiento broncodilatador y oxigenoterapia por dispositivo de alto flujo (CAFO). Se valora radiografía de tórax al ingreso con cardiomegalia, Índice Cardiotorácico (ICT): 0.6 (Valor Normal: <0.5), a nivel del parénquima pulmonar opacidades bilaterales que se extienden en forma de abanico, similar a un patrón de “alas de mariposa”. Figura 1. Al examen físico hepatomegalia palpable. Evoluciona tópidamente con persistencia de taquipnea y regular mecánica ventilatoria, por lo que se solicita valoración por servicio de cardiología.

Es valorado por dicho servicio quien informa electrocardiograma (ECG) normal y ecocardiograma en el que se evidencia miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (VI) moderada. Asumiendo diagnóstico presuntivo de Miocarditis viral, por lo que indican comenzar tratamiento con diuréticos y antihipertensivos. Sugieren monitoreo continuo, control de balance hídrico estricto, presión positiva en vía aérea y pasaje de gammaglobulina por lo que ingresa a Unidad de cuidados intermedios pediátricos (UCIP).

En UCIP permanece durante 6 días, donde se inicia ventilación no invasiva (VNI) y posterior aporte de oxígeno por CAFO. Se solicitaron serologías virales con resultado negativo y dosaje de Inmunoglobulinas con posterior pasaje de Gammaglobulina en dosis única. Recibe seguimiento por servicio de Cardiología, quienes informan función ventricular mejorada respecto a estudio previo. Se recibe virológico de secreciones nasofaríngeas (VSNF) que informa positivo para VSR, por lo que se asume diagnóstico de Bronquiolitis por VSR, miocardiopatía dilatada e insuficiencia cardíaca. Presentó evolución favorable y se otor-

Síndrome bronquiolar vs Insuficiencia cardíaca: a propósito de un caso

| Villaña Pechuán, Guadalupe

| Tello Ruiz, Rocío Marlén

| Barbieri, Mariana Paula

| Herrera, Teresita

| Morales Álvarez, Federico

| Figueroa, María Belén

gó egreso hospitalario con antihipertensivos y diuréticos.

Se realiza ecocardiograma control posterior a egreso hospitalario en el que valoran ausencia de cardiopatía estructural. Por lo que asumen diagnóstico de Miocarditis sin rescate de germen. Se adjunta tablas con evolución ecocardiográfica.

DISCUSIÓN

El caso clínico descripto evidencia la necesidad de considerar precozmente el diagnóstico de IC en paciente con síndrome bronquiolar.

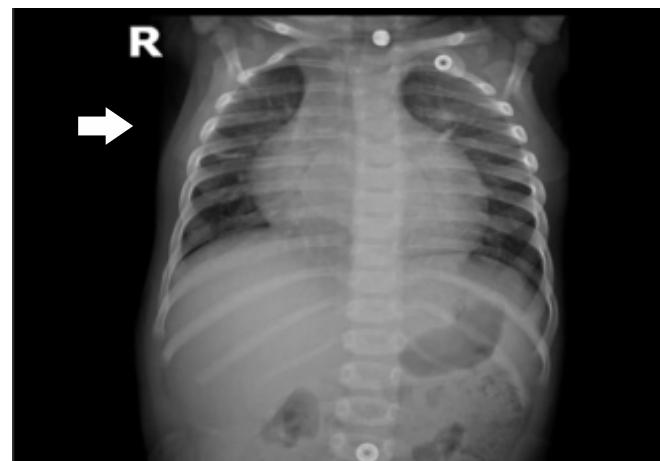


Figura 1: Radiografía de tórax con cardiomegalia e infiltrados bilaterales en alas de mariposa.

Evolución ecocardiográfica

Fecha	DDVI (mm)	Fracción acortamiento %	de MAPSE (mm)	Insuficiencia Mitral
14/08	49	18-20	-	Moderada
15/08	47	22-24	6	Moderada
18/08	42	24	10	Leve
22/08	36	36	14	Leve
29/08	35	35	12	Ausente (Válvula competente)
09/09	37	42	12	Ausente (Válvula competente)
30/09	34	40	14	Ausente (Válvula competente)

VALORES DE REFERENCIA: Diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI): Superficie corporal 0,4-0,5 = 26-29 mm. Fracción de acortamiento 25-45%, <15% disfunción severa. Mitral Annular Plane Systolic Excursion (MAPSE): 6 meses (0,13 cm), 2 años (0,2 cm).

Síndrome bronquiolar vs Insuficiencia cardíaca: a propósito de un caso

| Villafaña Pechuán, Guadalupe

| Tello Ruiz, Rocío Marlén

| Barbieri, Mariana Paula

| Herrera, Teresita

| Morales Álvarez, Federico

| Figueroa, María Belén

Especialmente cuando se evidencian hallazgos clínicos como hepatomegalia, taquicardia, taquipnea, crepitantes y signos como cardiomegalia. La presentación inespecífica de la miocarditis viral como desencadenante, puede retrasar el diagnóstico si se limita la evaluación al cuadro respiratorio inicial.

El diagnóstico etiológico de la miocarditis infecciosa se realiza mediante el aislamiento de genoma viral en el miocardio (Gold estándar) pero debido a la poca rentabilidad y alta invasividad de la biopsia endomiocárdica (BEM), la identificación de genoma viral en muestras alternativas (sangre, heces, orina, respiratoria) o los cambios serológicos compatibles se utilizan como subrogado diagnóstico (⁷). Además de sus limitaciones en términos de sensibilidad, la BEM añade un alto riesgo de complicaciones, especialmente en neonatos y lactantes. Por lo tanto, debe restringirse a situaciones en que afecte al tratamiento clínico y en centros con experiencia comprobada. (⁴)

En cuanto al tratamiento, la inmunoglobulina intravenosa se utilizó como inmunomodulador, con aparente beneficio. Si bien la evidencia aún es limitada y controversial, su uso se recomienda en casos seleccionados con disfunción severa (²). Asimismo, el manejo farmacológico con antihipertensivos y diuréticos fue clave para la estabilización hemodinámica.

Nuestro paciente evolucionó con recuperación progresiva de la función ventricular, documentada clínica y ecocardiográficamente. Por lo que en pediatría, la detección precoz de insuficiencia cardíaca en el contexto de bronquiolitis puede modificar el pronóstico y guiar un manejo más seguro.

Conflictos de Intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Síndrome bronquiolar vs Insuficiencia cardíaca: a propósito de un caso

| Villafaña Pechuán, Guadalupe

| Tello Ruiz, Rocío Marlén

| Barbieri, Mariana Paula

| Herrera, Teresita

| Morales Álvarez, Federico

| Figueiroa, María Belén

BIBLIOGRAFÍA

1. Dorado Criado M, Fabra Garrido C, Martín Sánchez J, Labrandero de Lera C, de Ceano-Vivas La Calle M. Insuficiencia cardíaca en urgencias: un reto diagnóstico. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019; 21(84):e77–e79.
2. Agrawal A, Janjua D, Zeyada AAA, Elsheikh AT. Heart failure in children and adolescents: An update on diagnostic approaches and management. *Clin Exp Pediatr*. 2023; 67(4): 178–190.
3. Cassalett-Bustillo G. Falla cardíaca en pacientes pediátricos: fisiopatología y manejo. Parte I. *Rev Colomb Cardiol*. 2018;25(4):286–294.
4. Domínguez Rodríguez F, Uribarri A, Larrañaga-Moreira JM, Ruiz-Guerrero L, Pastor-Pueyo P, Gayán-Ordás J, et al; Grupo de Trabajo de Miocarditis de la Sociedad Española de Cardiología. Diagnóstico y tratamiento de la miocarditis y la miocardiopatía inflamatoria. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2024; 77(8): 667–679. doi:10.1016/j.rec.2024.02.022
5. de Pedro del Valle S. Miocarditis en Pediatría. Manejo y posibilidades diagnósticas. Madrid: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP); 2025 May 6.
6. Gastelum-Bernal MA, Menchaca-Hernández J, Villarreal-Pérez JZ, Rivera-Carbonell AC, Tovar-Palafox SL, Córdova-García R. Gravedad y complicaciones en lactantes con infección por el virus respiratorio sincitial posterior a la pandemia por SARS-CoV-2. *Biomed Mex*. 2024; 81(2): 90–96.
7. Aboza García M, García Ascaso MT, Goycochea Valdivia WA. Miocarditis, endocarditis y pericarditis infecciosa. *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2023; 2: 329–345. Asociación Española de Pediatría. ISSN 2171-8172.

Proyectil retenido en región mesoseptal: reporte de caso

| Buitrago Pedreros, Luisa Fernanda

| Peña, Mariana

| Vila Gregorini, Mariana Agostina

| García, Raúl Matías

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

Correspondencia: Buitrago Pedreros, Luisa Fernanda

E-mail: Fernanda.bupe@gmail.com

RESUMEN:

Se presenta el caso de un paciente masculino de 17 años con herida por arma de fuego en la región malar derecha, con retención de proyectil en la base del cráneo, en relación con el tabique nasal. El cuadro cursó con hematoma extradural temporopolar derecho que requirió intervención neuroquirúrgica urgente. Posteriormente, se realizó resección endoscópica del proyectil en la región mesoseptal derecha. La evolución fue favorable, sin secuelas neurológicas ni infecciosas. Este caso destaca la importancia del abordaje interdisciplinario en lesiones faciales por proyectil, especialmente cuando coexiste compromiso craneofacial y nasosinusal.

Palabras claves

Herida por arma de fuego; proyectil retenido; región nasosinusal; manejo multidisciplinario.

INTRODUCCIÓN

Las heridas por arma de fuego en la región craneofacial representan un desafío diagnóstico y terapéutico considerable^{1,2}. La proximidad de estructuras vitales y la complejidad anatómica demandan una evaluación rápida y un manejo integral³. En particular, los proyectiles que se alojan en las cavidades nasosinusales plantean riesgos adicionales de infección, sangrado o daño neurológico⁴. Este reporte presenta el caso de un adolescente con proyectil retenido en la región mesoseptal, en el contexto de una herida facial con compromiso intracranegal, tratado exitosamente mediante un abordaje coordinado entre los servicios de neurocirugía y otorrinolaringología.

CASO CLÍNICO

Un paciente masculino de 17 años, previamente sano, fue trasladado al Hospital Público Desen-

tralizado Dr. Guillermo Rawson tras recibir un impacto por arma de fuego en la región malar derecha. Ingresó consciente, con dolor facial y sangrado nasal, pero conservando estabilidad hemodinámica y respiratoria. A la inspección se evidenció una pequeña herida de entrada en el pómulo derecho, sin orificio de salida, asociada a tumefacción y epistaxis activa.

Los estudios tomográficos iniciales mostraron un hematoma extradural temporopolar derecho con neumoencéfalo, así como la presencia de un fragmento metálico alojado en la base del cráneo en relación con el tabique nasal (*Figura 1*). Dada la localización y extensión del hematoma, el servicio de neurocirugía indicó una intervención quirúrgica urgente. Se efectuó una craneotomía frontotemporal derecha, con evacuación de los hematomas extradural y subdural, control minucioso de la hemostasia y colocación de drenaje aspirativo extracraneal. El paciente fue traslada-

Proyectil retenido en región mesoseptal: reporte de caso

| Buitrago Pedreros, Luisa Fernanda

| Peña, Mariana

| Vila Gregorini, Mariana Agostina

| García, Raúl Matías

do posteriormente a la unidad de cuidados intensivos para monitoreo neurológico y manejo posoperatorio.

Durante su estancia en cuidados intensivos permaneció estable, con adecuada oxigenación y sin signos de deterioro neurológico. Presentó un episodio de laringitis postintubación que fue tratado de forma conservadora, con resolución completa. El control por tomografía posterior evidenció la resolución del hematoma y confirmó la persistencia del proyectil metálico en la región nasosinusal derecha, lo que motivó la interconsulta con el servicio de Otorrinolaringología quienes a la rinoscopia anterior visualizaron hematoma mesoseptal, inicialmente correlacionado con espolón óseo sin evidencia de cuerpo extraño proyectil. Se solicita radiografía de control que evidencia imagen radiopaca en fosa nasal derecha (*Figura 2*).

Una vez estabilizado, se planificó la extracción endoscópica del proyectil bajo anestesia general

teniendo en cuenta síntomas, ubicación anatómica y riesgos a largo plazo. Durante el procedimiento se identificó un hematoma mesoseptal, realizándose incisión arciforme en la mucosa septal y extracción cuidadosa del proyectil (*Figura 3*), seguida de lavados abundantes y control de hemostasia. Se comprobó la permeabilidad del ostium esfenoidal y se colocó un taponaje con dedo de guante y gasa bigotera. El procedimiento transcurrió sin complicaciones y el paciente presentó una evolución posoperatoria favorable, sin signos de infección ni sangrado activo.

Durante la recuperación se mantuvo vigil, orientado y con adecuada función neurológica. Recibió apoyo del servicio de salud mental por síntomas de ansiedad reactiva. Fue dado de alta en buen estado general, con seguimiento ambulatorio por los servicios de neurocirugía y otorrinolaringología. El abordaje conjunto permitió una resolución integral del cuadro, sin secuelas funcionales ni complicaciones posteriores.

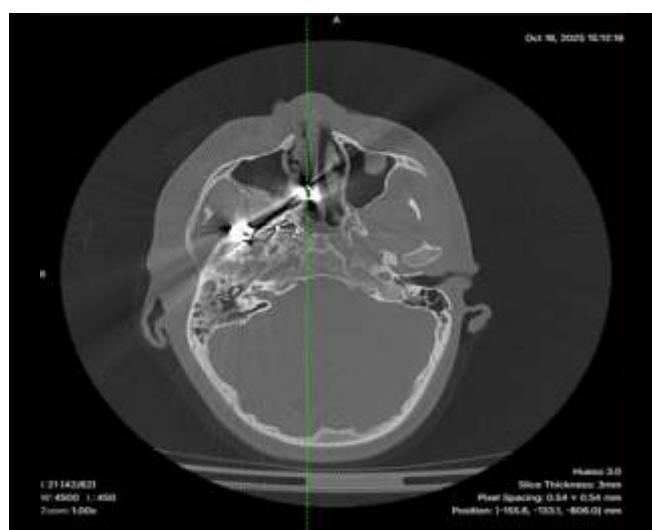


Figura 1: Tomografía axial computarizada de cráneo: Corte axial y sagital. Se identifica imagen hiperdensa metálica con artefacto por dispersión ("starburst") en hemicara derecha, que se proyecta desde la región nasal hacia el seno maxilar ipsilateral.

Proyectil retenido en región mesoseptal: reporte de caso

| Buitrago Pedreros, Luisa Fernanda

| Peña, Mariana

| Vila Gregorini, Mariana Agostina

| García, Raúl Matías



Figura 2: Radiografía anteroposterior y lateral. Se visualiza imagen radiopaca que impresiona cuerpo extraño metálico proyectado sobre la hemicara derecha, localizado en región nasomaxilar o premaxilar.

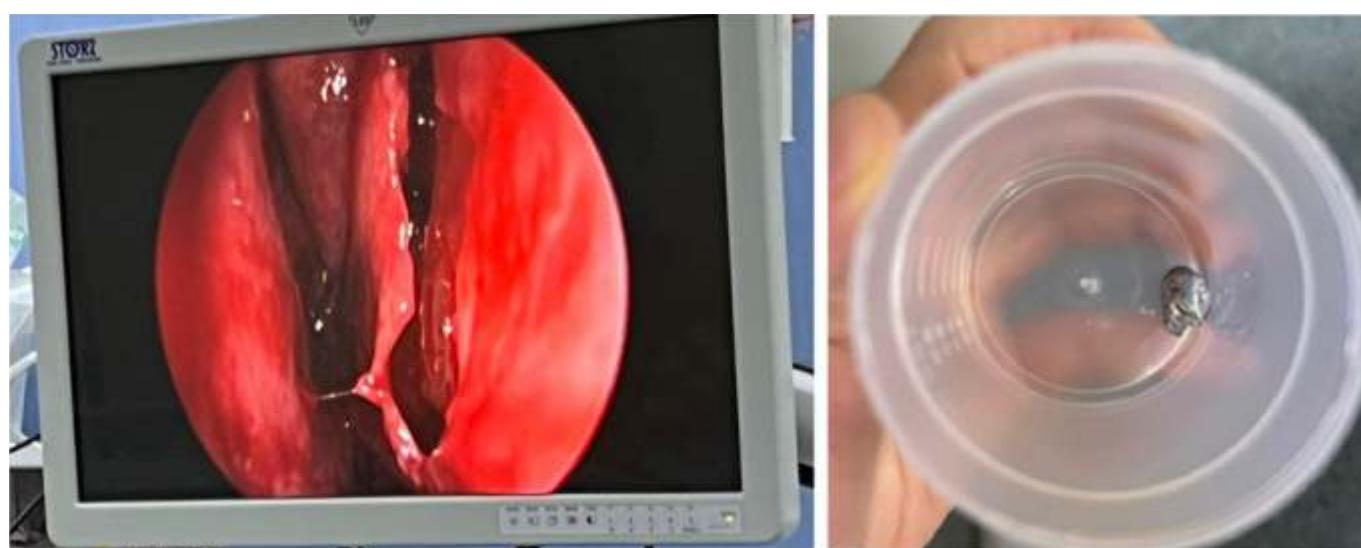


Figura 3: Incisión arciforme de mucosa mesoseptal. B. Cuerpo extraño metálico compatible con proyectil de arma de fuego.

Proyectil retenido en región mesoseptal: reporte de caso

| Buitrago Pedreros, Luisa Fernanda

| Peña, Mariana

| Vila Gregorini, Mariana Agostina

| García, Raúl Matías

DISCUSIÓN

Las heridas por arma de fuego en la región craneofacial constituyen un desafío diagnóstico y terapéutico poco frecuente, pero de gran complejidad^{1,2}. Su abordaje requiere una evaluación multidisciplinaria y una secuencia terapéutica que priorice la preservación neurológica y funcional, así como la integridad estética. Históricamente, la conducta expectante se prioriza en los casos en que el cuerpo extraño es inerte, está encapsulado por tejido fibroso, quirúrgicamente es inaccesible o no presenta migración en los controles por imagen seriada, no obstante, si hay dolor, signos de infección, compromiso de estructuras vitales o riesgo de toxicidad el tratamiento quirúrgico está indicado¹³. En el caso presentado, la combinación de lesión intracranal con retención de proyectil en región nasosinusal representa un cuadro inusual, con escasa casuística documentada en la literatura reciente³.

El manejo inicial se guió por los principios del Advanced Trauma Life Support (ATLS), asegurando la permeabilidad de la vía aérea, control hemodinámico y diagnóstico precoz mediante tomografía de cráneo y macizo facial³. La intervención neuroquirúrgica precoz fue decisiva para la supervivencia del paciente, al permitir la evacuación del hematoma extradural y la prevención de complicaciones por hipertensión endocraneana⁴.

La literatura coincide en que, una vez resuelto el cuadro neurológico agudo, la extracción del proyectil en región nasosinusal debe realizarse de manera planificada, con base en estudios imagenológicos, los cuales son esenciales para determinar el tamaño, la profundidad y la relación del

cuerpo extraño proyectil con estructuras de riesgo y bajo condiciones de estabilidad clínica^{5,13}. En el presente caso, la cirugía endoscópica permitió una extracción controlada del fragmento metálico alojado en la región mesoseptal, sin necesidad de incisiones externas ni abordajes abiertos, lo que concuerda con múltiples reportes recientes que destacan las ventajas de la cirugía endoscópica funcional frente a técnicas convencionales^{6,7}.

Estudios como el de Mirzadeh et al. (2021) y Chai et al. (2024) demuestran que el abordaje endoscópico transnasal ofrece una visualización directa de las estructuras afectadas, menor sangrado y una recuperación más rápida, incluso en localizaciones profundas u orbitarias^{8,9}. En la misma línea, Alhusban et al. (2022) y Feichtinger et al. (2007) documentaron resultados favorables con mínima morbilidad y sin complicaciones neurológicas asociadas^{10,11}. Estos autores coinciden en que la clave radica en la planificación interdisciplinaria, donde la coordinación entre neurocirugía y otorrinolaringología optimiza la seguridad operatoria y reduce los riesgos de infección o sangrado¹².

La retención de fragmentos metálicos en cavidades paranasales no es inocua. Diversos autores describen la aparición de sinusitis crónica, mucoceles o migración del proyectil cuando no se realiza extracción quirúrgica¹¹. El presente caso, intervenido en fase subaguda, evitó dichas complicaciones gracias al abordaje oportuno y al control hemostático adecuado. La técnica endoscópica utilizada, mediante incisión arciforme de mucosa septal y lavado profuso, permitió una limpieza integral del lecho quirúrgico, reduciendo el riesgo de sobreinfección y manteniendo la

Proyectil retenido en región mesoseptal: reporte de caso

| Buitrago Pedreros, Luisa Fernanda

| Peña, Mariana

| Vila Gregorini, Mariana Agostina

| García, Raúl Matías

permeabilidad de los ostiums naturales^{11,12}.

Otra dimensión relevante es el impacto psicemocional del trauma en pacientes jóvenes. Tal como recomiendan los protocolos actuales de atención integral en lesiones por arma de fuego, el acompañamiento psicológico o psiquiátrico forma parte esencial de la recuperación funcional y social³. En este caso, la intervención temprana del servicio de salud mental contribuyó a mitigar la ansiedad reactiva y favorecer la adhesión al seguimiento postoperatorio.

En conjunto, el análisis comparativo con la literatura demuestra que el manejo secuencial aplicado —neurocirugía urgente seguida de resección endoscópica planificada— se ajusta a las mejores prácticas publicadas^{5,6}. La revisión de Otolaryngology Case Reports (2025) propone un algoritmo de decisión basado en estabilidad clínica, accesibilidad del cuerpo extraño y riesgo de infección, elementos que se cumplieron cabalmente en este paciente¹³. Asimismo, Baum et al. (2022) enfatizan la necesidad de individualizar cada caso según la trayectoria balística y la relación anatómica con estructuras críticas⁷.

La evolución favorable, sin secuelas neurológicas ni estéticas, refuerza el valor del enfoque interdisciplinario en el manejo de lesiones craneofaciales penetrantes. El resultado clínico obtenido —recuperación completa y sin complicaciones— coincide con las conclusiones de series recientes que confirman la seguridad del abordaje endoscópico en lesiones por proyectil confinadas a la región nasosinusal¹².

Proyectil retenido en región mesoseptal: reporte de caso

| Buitrago Pedreros, Luisa Fernanda

| Vila Gregorini, Mariana Agostina

| Peña, Mariana

| García, Raúl Matías

BIBLIOGRAFÍA

1. Mirzadeh SM. Gunshot wound to the face with retained nasal projectile: case report and review. *Trauma Case Reports.* 2021; 35: 100497.
2. Chai YY, et al. Endoscopic removal of orbital bullet using navigation guidance: a case report. *International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery.* 2024; 10(1): 113-116.
3. Alhusban WA, et al. Endoscopic management of retained bullet fragments in the paranasal sinuses: case report. *Otolaryngology Case Reports.* 2022; 81: 101512.
4. Feichtinger M, Zemann W, Kärcher H. Removal of a pellet from the left orbital cavity by image-guided endoscopic navigation. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2007;36:358-361.
5. Viljoen J, et al. Endoscopic management of penetrating naso-orbital trauma: multidisciplinary experience and review. *Acta Otorhinolaryngologica Italica.* 2024;44(2):95-104.
6. Shah N, et al. Air-gun bullet paranasal sinuses injury in an 11-year-old male. *Journal of Surgical Case Reports.* 2022; 5:rjac229.
7. Baum K, et al. Management of ballistic injuries: systematic review. *Orthopedic Research and Reviews.* 2022;14:313-326.
8. Wardeh Alhusban W, et al. Endoscopic removal of retained projectile in the nasal cavity: case report. *Clinical Case Reports.* 2022;10:e05876.
9. Teh D, Mohamad NF, Lim E, et al. Endoscopic transnasal removal of an intraconal foreign body using an image-guided surgical system. *Computer Assisted Surgery.* 2016;21:25-28.
10. Khan-Lim D, Ellis J, Saleh H. Endoscopic transnasal removal of orbital foreign body. *Eye (London).* 1999;13:667-668.
11. Escobar D, Villacampa J, Sánchez Á, et al. Transnasal transeethmoidal endoscopic removal of a foreign body in the medial extraconal orbital space. *Case Reports in Otolaryngology.* 2016;2016:1981456.
12. Shah R, et al. Endoscopic management of retained metallic projectile in paranasal sinus: case report and review. *Trauma Case Reports.* 2021;34:100401.
13. Pinkus VP, Bady E, Williamson A IV, Richter G. To BB or not to BB: Algorithm to removal of sinonasal projectile foreign bodies. *Otolaryngology Case Reports.* 2025;36:100689.

Prevalencia del diagnóstico tardío de pacientes VIH positivos

| Carrizo Negri, Osvaldo Ariel

Servicio de Laboratorio Central del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan - Argentina

Correspondencia: Carrizo Negri, Osvaldo

E-mail: osvaldoariel89@gmail.com

RESUMEN:

Introducción

El diagnóstico tardío de VIH sigue siendo un desafío en salud pública, asociado a mayor morbilidad, mortalidad y transmisión. A nivel mundial, cerca del 46% de los nuevos diagnósticos se realizan en etapas avanzadas, y en Argentina esta proporción ronda el 30%.

Objetivo

Evaluar la prevalencia del diagnóstico tardío de pacientes VIH positivos en el Laboratorio de Referencia de la provincia, Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson, entre enero de 2019 y junio de 2024.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo y observacional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de VIH y recuento basal de linfocitos T CD4 disponible al momento del diagnóstico. Se clasificaron según los criterios de la Sociedad Argentina de Infectología en: presentación temprana (>500 células/mm 3), presentación tardía (<350 células/mm 3) y presentación con SIDA (<200 células/mm 3). Resultados: se incluyeron 563 pacientes (mediana CD4: 331 células/mm 3 ; RIC: 151-527,5). El 54% presentó diagnóstico en fases inmunológicas avanzadas (31% con sida, 23% tardío). Solo el 28% fue diagnosticado en etapa temprana, reflejando una alta prevalencia de inmunodeficiencia al momento del diagnóstico.

Discusión

El diagnóstico tardío en San Juan fue elevado, superando cifras nacionales y regionales. La mejora reciente podría vincularse a la descentralización y campañas, que deben sostenerse para alcanzar las metas 95-95-95 de ONUSIDA.

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), 88,4 millones de personas han contraído la infección y aproximadamente 42,3 millones han fallecido a causa de SIDA en todo el mundo, según datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (1,2,3) En 2024, se estimó

que 40,8 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo, con 1,4 millones de nuevos diagnósticos y 630.000 muertes relacionadas con el SIDA, datos que reflejan la necesidad de seguir intensificando los refuerzos de diagnóstico y tratamiento oportuno. (4,5)

En todo el mundo, la media de la prevalencia del

Prevalencia del diagnóstico tardío de pacientes VIH positivos

| Carrizo Negri, Osvaldo Ariel

VIH entre los adultos (de 15 a 49 años) es del 0,7 %. Sin embargo, ciertos grupos con factores de riesgo, resultaron en una prevalencia media del VIH más alta, entre ellos: el 7,6 % de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, el 2,7 % entre los trabajadores sexuales, el 7,1 % entre las personas con uso de drogas endovenosas, el 8,5 % entre las personas transgénero y el 1,4 % entre las personas privadas de su libertad. (5)

En América Latina, se reportaron aproximadamente 120.000 nuevas infecciones en 2023, lo que representa un incremento del 9% respecto a años anteriores. Las poblaciones clave, como hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero y trabajadores sexuales, concentran más del 50% de las nuevas infecciones. (6)

A nivel mundial, se estima que el 46% de los nuevos diagnósticos de VIH ocurren en etapas tardías, es decir, con un recuento de linfocitos CD4 <350 células/mm³ o con alguna enfermedad definitoria de sida. (1)

A pesar de los grandes avances significativos, aproximadamente el 12% de las personas que viven con VIH en América Latina desconocen su estado serológico, y la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) estima que un tercio recibe diagnóstico en etapas avanzadas, con un recuento de linfocitos CD4 menor a 200 células/mm³. (6,7)

“El diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ve dificultado porque en su fase aguda la infección pasa desapercibida como una viriasis común, en su fase crónica puede permanecer asintomática durante un largo período de tiempo”. (8) Esta problemática no sólo afecta a los países con bajos ingresos, sino también a aquellos de altos recursos económicos, impactando especialmente en las

poblaciones más vulnerables. (7) (10)

En Argentina, viven aproximadamente 140.000 personas con VIH. Se estima que el 13% desconoce su diagnóstico, y entre quienes lo conocen, alrededor del 30% lo recibe en etapas tardías de la infección, manteniéndose esta proporción estable en los últimos años. La distribución por género muestra que el 69% son varones cis, el 30% mujeres cis y el 1% personas transgénero. La vía de transmisión más frecuente continúa siendo la sexual, representando el 98% de los casos en 2023. (9)

ONUSIDA propone el concepto de “presentación tardía”, definido como un recuento de CD4 <350 células/mm³ al momento del diagnóstico, y “presentación con SIDA” cuando este recuento es <200 células/mm³ o se presenta una enfermedad definitoria de SIDA (7)(2).

El diagnóstico tardío es una problemática transversal, observada tanto en países de bajos como de altos ingresos. Esta situación se relaciona con múltiples factores: acceso limitado a servicios de salud, estigmatización, miedo al diagnóstico, baja percepción de riesgo y falta de implementación sistemática de estrategias de testeo. (4) (7) (8) Además, iniciar tratamiento antirretroviral (TAR) en etapas avanzadas conlleva una peor respuesta inmunológica, mayor riesgo de progresión a SIDA y una mayor mortalidad asociada. (1) (4) (7)

La Sociedad Argentina de Infectología (SADI), adopta estos criterios internacionales, principalmente los del European Late Presenter Consensus Working Group, y agrega la categoría de “presentación temprana” para quienes presentan CD4 >500 células/mm³. (13)

Por lo tanto, el diagnóstico oportuno es fundamental para maximizar los beneficios terapéuticos.

Prevalencia del diagnóstico tardío de pacientes VIH positivos

| Carrizo Negri, Osvaldo Ariel

cos del tratamiento antirretroviral (TAR) para restaurar la inmunidad, apuntando a un mejor pronóstico para las personas que viven con VIH (4) (11). En este contexto, el acceso a pruebas y asesoramiento sobre VIH/SIDA se estableció como una de las prioridades para controlar la epidemia en el mundo. (11) (4)

En 2014, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) lanzó las metas 95-95-95. El objetivo era diagnosticar al 95 % de todas las personas VIH positivas, administrar terapia antirretroviral (TAR) al 95 % de las diagnosticadas y lograr la supresión viral del 95 % de las tratadas para 2030. Estas metas buscan reducir la transmisión, mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH y controlar la epidemia como amenaza para la salud pública mundial. (1)

La detección oportuna permite aprovechar los beneficios del TAR, favorece la recuperación inmunológica, reduce la transmisión y mejora la sobrevida.

Por ello, el diagnóstico precoz es una herramienta fundamental, no solo clínica sino también epidemiológica y de salud pública. No obstante, persisten brechas en el acceso a testeo, especialmente en los grupos más vulnerables.

El presente estudio busca evaluar la prevalencia del diagnóstico tardío de VIH en muestras procedidas por el laboratorio central del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson (HPDDGR), centro de referencia provincial, que recibe derivaciones del ámbito público como privado, entre enero de 2019 y junio de 2024.

MATERIALES Y MÉTODOS

Previo a la realización del estudio de investigación se solicitó la aprobación del comité de ética y de docencia del HPDDGR. La información se

manejó de manera confidencial, garantizando el resguardo de la identidad de las personas.

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo y observacional. Se analizaron los resultados de las muestras confirmadas en el Laboratorio de Referencia provincial (Laboratorio Central - HPDDGR) en el periodo comprendido entre 01/01/2019 al 31/06/2024. Los datos se tomaron del registro del Laboratorio de Referencia y del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

Los criterios de inclusión fueron: pacientes confirmados de VIH, con recuento basal de linfocitos T CD4 al momento del diagnóstico. Se excluyeron a todos aquellos que no contaban con datos del recuento basal de linfocitos T CD4 al momento del diagnóstico.

Se registraron las variables edad, recuento basal de linfocitos CD4, etapa según recuento de linfocitos CD4 (basada en la clasificación de la SADI) al momento del diagnóstico de cada paciente.

Para clasificar la etapa de presentación nos basamos en los criterios de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) (13):

- Recuento de linfocitos CD4 >500 células CD4/mm³, "presentación temprana"
- Recuento de linfocitos CD4 <350 células CD4/mm³, "presentación tardía".
- Recuento de linfocitos CD4 <200 células CD4/mm³, "presentación con SIDA"

Los datos se volcaron en una planilla de cálculo en Microsoft Excel para su análisis. Se calcularon las proporciones de pacientes en cada presentación, así como la mediana del recuento de CD4 con su respectivo rango intercuartílico.

Además, se evaluó la evolución temporal de la presentación inmunológica al diagnóstico

Prevalencia del diagnóstico tardío de pacientes VIH positivos

| Carrizo Negri, Osvaldo Ariel

durante los años que abarca el estudio.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de un total de 563 pacientes diagnosticados con infección de VIH en el centro de referencia (Laboratorio Central - HPDDGR) entre enero de 2019 y junio de 2024. Todos ellos contaban con un recuento basal de linfocitos T CD4 al momento del diagnóstico, variable clave para clasificar la etapa de presentación de la infección.

En cuanto a las Estadísticas descriptivas, el recuento basal de linfocitos CD4 mostró una amplia variabilidad entre los pacientes al momento del diagnóstico: la mediana fue de 331 células/mm³ lo que indica que la mayoría de los pacientes se detectan con algún grado de inmunosupresión significativa. Los rangos intercuartílicos (RIC: 151-527,5), indican una gran variabilidad entre los pacientes, con casos tanto en etapas tempranas como en fases avanzadas (*Figura 1*).

Se clasificó a los pacientes en función de su recuento basal de linfocitos Cd4. (*Figura 2*). Estos resultados muestran que el 23% (128 casos) de pacientes fueron diagnosticados en forma tardía. El 31% (172) de los pacientes fueron diagnosticados en la denominada presentación con SIDA. Solo el 28% (159) accedió al diagnóstico en una etapa temprana, con buen estado inmunológico inicial. El 19% (104) restante se ubicó en una zona intermedia (entre 350- 499 células/mm³), que no cumple los criterios estrictos de presentación temprana ni tardía.

La figura 3 muestra la evolución anual de la presentación inmunológica al diagnóstico entre enero de 2019 y junio 2024. Se observa una tendencia variable, con una persistencia de diagnósticos en etapas tardías y con SIDA en todos los

años evaluados. Cabe destacar que, en 2020, coincidiendo con la pandemia por COVID-19 y las restricciones sanitarias, se observa una disminución en la cantidad total de diagnósticos y una proporción elevada de diagnósticos tardíos, lo que podría estar vinculado a la reducción del acceso a los servicios de salud y a la postergación de controles. También se observa una posible tendencia a la disminución en los casos de presentación avanzada hacia 2023 y principios de 2024. Paralelamente, la proporción de diagnósticos en etapa temprana aumentó ligeramente en los últimos años, lo que podría asociarse a la implementación progresiva del testeo hacia centros de salud periféricos y campañas comunitarias de detección masiva.

Se incluyen a continuación los gráficos elaborados para ilustrar la distribución de pacientes según la etapa de presentación, su evolución anual, así como la dispersión del recuento de CD4 al momento del diagnóstico. En la sección de tablas y figuras se detalla:

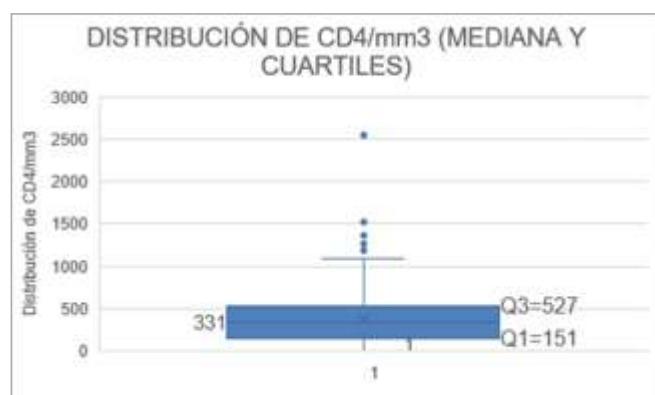


Figura 1: Distribución de CD4+ al diagnóstico. Se observa una mediana de 331 células/mm³, con un rango intercuartílico de 151-527,5

Prevalencia del diagnóstico tardío de pacientes VIH positivos

| Carrizo Negri, Osvaldo Ariel

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN NIVELES DE Cd4+ (%)

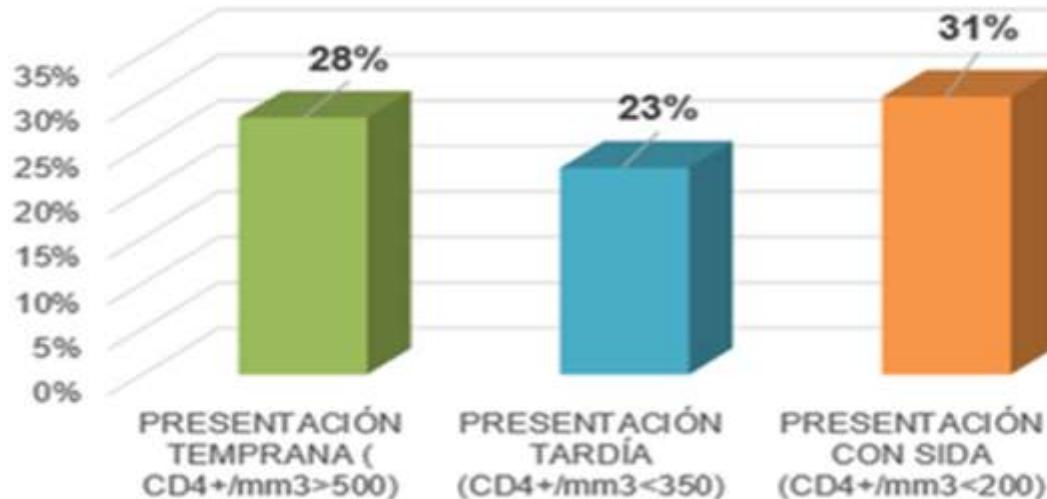


Figura 2: Distribución de pacientes según niveles de CD4+ al momento del diagnóstico. La mayoría presentó valores inferiores a 350 células/mm3, lo que indica presentación tardía

Evolución anual de la etapa de presentación inmunológica al diagnóstico de VIH (2019-2024)

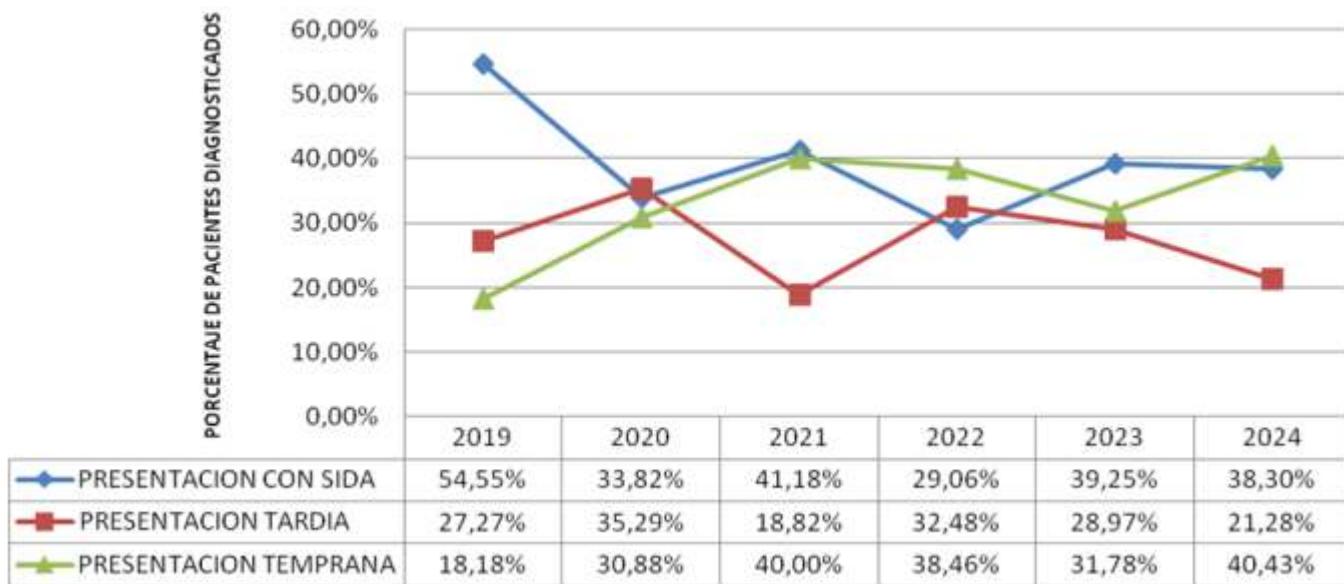


Figura 3: Evolución anual de la presentación inmunológica al diagnóstico de VIH (enero 2019- junio 2024). Se observa proporción de pacientes diagnosticados con VIH en cada año del período analizado, clasificados según etapa de presentación inmunológica: temprana (>500 células CD4/mm3), tardía (200-350 CD4/mm3) y con sida (<200 CD4/mm3). Durante todo el período se mantiene una alta proporción de diagnósticos tardíos y con sida. En 2023 y hasta julio de 2024 se observa una posible tendencia a la disminución.

Prevalencia del diagnóstico tardío de pacientes VIH positivos

| Carrizo Negri, Osvaldo Ariel

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio evidencian que una proporción significativa de los pacientes diagnosticados con infección por VIH en el HPDDGR durante el período 2019-2024 accedieron al diagnóstico en fases avanzadas de la enfermedad. En concreto, el 28% de los pacientes presentaron recuentos de CD4 inferiores a 350 células/mm³, lo que se considera como diagnóstico tardío, y el 31% presentó valores inferiores a 200 células/mm³, clasificados como presentación con SIDA.

Estos datos son consistentes con las cifras reportadas por la Organización Panamericana de la Salud, que estima que aproximadamente un tercio de los diagnósticos en América Latina ocurren de forma tardía, y que cerca del 30% a 40% de las personas inician tratamiento con inmunodeficiencia avanzada. En Argentina se calcula que el 30% de los nuevos diagnósticos también se realizan en etapas avanzadas, por lo que los hallazgos locales de este estudio se alinean con la tendencia nacional y regional, aunque muestran una proporción aún mayor de casos tardíos.

La mediana de 331 CD4/mm³ al diagnóstico, por debajo del umbral de 350, evidencia que la mayoría de los pacientes se detectan con algún grado de inmunosupresión significativa. Aunque el 28% fue diagnosticado en etapa temprana, el alto porcentaje de diagnósticos tardíos implica consecuencias negativas: peor recuperación inmunológica, mayor progresión a sida, aumento de la mortalidad y mayor potencial de transmisión. Este fenómeno podría deberse a múltiples factores como estigmatización, miedo al diagnóstico o desconocimiento de la infección, especialmente en poblaciones vulnerables.

La figura 3 aporta una visión de la evolución temporal. Si bien persiste una alta proporción de diagnósticos tardíos y con SIDA en todos los

años, se aprecia una posible tendencia favorable en 2023 y principios de 2024, con menos diagnósticos en etapa de SIDA y más en etapa temprana. Este cambio podría vincularse a estrategias como una mayor descentralización del testeo hacia centros de salud de la periferia, acercando al diagnóstico a comunidades alejadas y reduciendo tiempos de acceso y a campañas periódicas de detección, que incentivan el testeo voluntario y mejoran la percepción de riesgo en la población.

Este panorama tiene importantes implicancias clínicas y epidemiológicas. El diagnóstico tardío se asocia con peor recuperación inmunológica, mayor riesgo de transmisión del virus, progresión acelerada a SIDA y mayor mortalidad relacionada con la infección.

No obstante, el impacto de estas medidas todavía es limitado, ya que el porcentaje de diagnósticos tardíos continúa siendo alto. Para avanzar hacia los objetivos 95-95-95 de ONUSIDA, es esencial fortalecer la cobertura del testeo, así como su accesibilidad en todos los niveles del sistema de salud y sostener intervenciones educativas que reduzcan el estigma y el miedo al diagnóstico.

Este estudio también pone en evidencia la relevancia del recuento basal de linfocitos CD4 como herramienta epidemiológica, no solo para clasificar la infección, sino para evaluar la efectividad de las políticas de detección precoz. Finalmente, el leve aumento observado en la detección en etapa temprana demuestra que el objetivo prioritario del sistema de salud se está logrando, ya que esto permite un mejor control virológico, menor riesgo de transmisión y mejor sobrevida.

Al provenir de la base de datos del centro de referencia provincial, estos resultados reflejan la situación epidemiológica integral del VIH en San Juan y constituyen una herramienta fundamen-

Prevalencia del diagnóstico tardío de pacientes VIH positivos

| Carrizo Negri, Osvaldo Ariel

tal para la planificación y fortalecimiento de políticas públicas orientadas a la detección precoz y el acceso oportuno al tratamiento

En síntesis, este estudio evidencia que entre 2019 y principios de 2024 el diagnóstico tardío sigue siendo un problema de salud pública relevante en la provincia, con un posible agravamiento en 2020 debido a la pandemia de COVID-19; aunque las tendencias recientes sugieren y demuestran que la descentralización y las campañas de testeo comienzan a tener efecto positivo. Consolidar y expandir estas estrategias será clave para mejorar aún más la detección temprana y, con ello, el pronóstico individual y la salud colectiva.

Agradecimientos:

A la Dra. Alejandra Cialella, bioquímica del laboratorio de referencia; a la ex jefa del Programa Provincial de respuesta al VIH, ITS y Hepatitis virales y actual jefa del Laboratorio Central Dra. Lorena Herrera y al sector de HIV-Hepatitis del Laboratorio Central del Hospital Dr. Guillermo Rawson.

Conflicto de interés

El autor declara no presentar algún tipo de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNAIDS. Advanced HIV disease and late HIV diagnosis. 3:3–4.
2. UNAIDS.ORG. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf
3. Unidas P conjunto de las N, 2024 sobre el V. La urgencia del ahora: el sida frente a una encrucijada. ONUSIDA Actualización mundial sobre el sida 2024. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2024. ONUSIDA. 2024;
4. Antonini M, Gerin L, Melo ES, Pontes PS, Arantes LMN, Ferreira GRON, et al. Prevalence and Factors Associated With Late Diagnosis of the Hiv Infection in a Municipality of São Paulo. Texto e Contexto Enferm. 2022;31:1–16.
5. Informativa H. HOJA INFORMATIVA 2024 Personas que viven con el VIH ONUSIDA. 2024;7–8. Available from: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
6. PAHO.ORG. p. <https://www.paho.org/en/topics/hivaids>.
7. Bottaro EG, Scapellato PG, Lovera M, Barrera V. Diagnóstico tardío de VIH: diferencias entre nativos y migrantes internacionales. Estudio observacional en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Actual en Sida e Infectología. 2023;31(113):34–41.
8. Marcotegui MR, Echezuri EL, Olaiz Cl, Cruchaga MJA. Diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: oportunidades diagnósticas perdidas Late diagnosis of HIV infection : missed diagnostic opportunities. An Sist Sanit Navar An Sist Sanit Navar. 2014;37(373):329–38.
9. Ministerio de Salud. Síntesis del Boletín N° 4 | Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. 2024;
10. DHHS. Monitoring Selected National HIV Prevention and Care Objectives by Using HIV Surveillance Data — United States and 6 U.S. Dependent Areas — 2010. 2010;17(3):1–27. Available from: http://www.cdc.gov/hiv/pdf/statistics_2010_HIV_Surveillance_Report_vol_17_no_3.pdf
11. Thimbleby H. Guidelines for 'manipulative' text editing. Vol. 2, Behaviour and Information Technology. 1983. 127–161 p.
12. Siwak E, Horban A, Witak-Jdra M, Cielniak I, Firlej-Burkacka E, Leszczyszyn-Pynka M, et al. Long-term trends in HIV care entry: over 15 years of clinical experience from Poland. HIV Med. 2019;20(9):581–90.
13. Romina CF, María M, Greco M. Actualización 2021 del VII Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral Comisión de VIH e ITS. 2021.

Reporte estadístico de VIH en consultorio de Testeos en Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson

| Gómez, Pablo¹ | Nieve, Rodrigo¹ | Cialella, Alejandra² | Ferrari, Sandra¹ | Ramirez, María Milagros¹
| López, María Agustina¹ | García, Julieta¹ | Paredes, Zulema¹ | Herrera, Lorena³

Servicio de Infectología¹, Servicio de Laboratorio Central - Área VIH / Hepatitis virales² del Hospital Publico Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. Programa de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis – Ministerio de Salud de San Juan.³

Correspondencia: Pablo Gómez

E-mail: pabloraulgomezespejo@gmail.com

RESUMEN:

Introducción

Una área fundamental en el consultorio de Inclusión y Diversidad del Hospital Rawson es la de testeo voluntario, sin necesidad de pedido médico, de lunes a viernes hábiles de 14 a 17hs por la ex urgencia antigua del Hospital Dr Guillermo Rawson, donde se brinda el asesoramiento correspondiente a cada paciente.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo que analizó registros de pruebas de VIH realizadas en el Consultorio de Inclusión y Diversidad del Hospital Rawson entre 2020 y diciembre de 2024 se evaluaron datos por sexo asignando al nacer y edad, y se compararon los casos positivos con los del resto de la provincia. El análisis se realizó con Excel y Past 4.17, resguardando la identidad de los pacientes.

Resultados

Los porcentajes de diagnósticos confirmados de VIH realizados en el Consultorio de Inclusión resultaron significativos al compararlos con los demás de la provincia.

Conclusión

Este trabajo refleja la importancia global de este consultorio como centro de testeos, asesoramiento y seguimiento de pacientes. Resulta fundamental asegurar su continuidad y crecimiento.

Palabras clave

VIH, serología, epidemiología, Consultorios de Inclusión.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema serio en términos de morbilidad a escala poblacional.¹ Se estima que 39 millones de personas

viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todo el mundo al año 2023, de las cuales 2,2 millones residen en América Latina. A la misma fecha, más de 40 millones de personas habían perdido la vida debido a enfermedades

Reporte estadístico de VIH en consultorio de Testeos en Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson

| Gómez, Pablo¹ | Nieve, Rodrigo¹ | Cialella, Alejandra² | Ferrari, Sandra¹ | Ramirez, María Milagros¹
| López, María Agustina¹ | García, Julieta¹ | Paredes, Zulema¹ | Herrera, Lorena³

relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) desde el inicio de la epidemia.^{2, 11}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció las metas 95-95-95 para el año 2030: lograr el diagnóstico de 95% de las PVVIH (paciente VIH), que 95% de ellos tenga acceso a TAR (tratamiento antirretroviral) y que 95% de los usuarios de TAR logre supresión virológica.³ (3: Frescura, 2022). Debido a estas metas, los servicios de asesoramiento y pruebas para VIH resultan sustanciales, ya que permiten a las personas conocer su estado serológico respecto del VIH, siendo usualmente confidenciales.⁴

En 2013, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por medio de la Resolución CD52.R6, instó a los Estados miembros a promover la prestación de servicios de salud a todas las personas, atendiendo la diversidad de las expresiones de género y la identidad de género, a impulsar la promoción del acceso igualitario a los servicios de salud en las políticas, los planes y la legislación.⁵

En Argentina, en 2010, se inició el Proyecto de creación de Consultorios Amigables para la diversidad sexual, orientados principalmente al testeo y tratamiento de VIH y a las necesidades específicas de la población LGBTI+. En la actualidad se denominan Consultorios de Inclusión (CI) y han ampliado su oferta para comprender otras prestaciones como tratamientos de modificación corporal hormonales (TMCH) y quirúrgicos, salud mental y consejería en salud sexual.⁶

En San Juan comenzó a funcionar a partir del año 2009 un consultorio nocturno (de 20:00 a 00:00hs) en el Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson (HPDDGR) destinado a abordar la atención médica de trabajadoras sexuales y comunidad LGBTI+. Luego este consultorio se trasladó al Centro de Adiestramiento René Favaloro, dpto. Rawson, y en 2020, por iniciativa del servicio de Infectología del Hospital Rawson, en conjunto con el servicio de Laboratorio Central sector de VIH/Hepatitis virales del hospital, se realizó la reapertura de este consultorio en las instalaciones del nosocomio. Es así que, en el actualmente denominado consultorio de Inclusión y Diversidad se llevan a cabo pruebas serológicas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS): VIH, Sífilis, Hepatitis A, B y C. Además, se realiza análisis de carga viral, CD4 y análisis clínicos de rutina para pacientes con VIH; siendo una provincia con Chagas endémico se aprovecha este espacio para realizar el screening de esta patología. A todo esto se suma la atención médica especializada y asesoría inmediata según resultados obtenidos.

El testeo de VIH se realiza utilizando test rápidos de cuarta generación (inmunoensayo), provisto por el Programa Provincial de Respuesta al VIH, ITS y Hepatitis Virales. En caso de obtener un resultado reactivo, en el mismo momento se toma una nueva muestra de sangre, la cual es derivada al laboratorio de referencia para su confirmación, donde la muestra es analizada por quimioluminiscencia (equipo Alinity Abbott), un nuevo resultado reactivo lleva a confirmar el diagnóstico mediante carga viral, el laboratorio utiliza Abbott Molecular RealTime HIV-1(

Reporte estadístico de VIH en consultorio de Testeos en Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson

| Gómez, Pablo¹ | Nieve, Rodrigo¹ | Cialella, Alejandra² | Ferrari, Sandra¹ | Ramirez, María Milagros¹
| López, María Agustina¹ | García, Julieta¹ | Paredes, Zulema¹ | Herrera, Lorena³

m200sp y m200rt); en caso de ser requerido, se realiza Western Blot, para lograr llegar al diagnóstico certero.

La rapidez en el diagnóstico se logra gracias al trabajo conjunto del todo el personal que trabaja en este consultorio de forma conjunta y a la ventaja de que el laboratorio de referencia se encuentra en el mismo hospital, lo que facilita el rápido traslado y procesado de las muestras.

Dada la importancia que reviste este espacio y los servicios brindados, el objetivo de este trabajo fue realizar un análisis integral de datos históricos sobre pruebas de VIH del Consultorio de Inclusión y Diversidad del Hospital Rawson, con el fin de dar a conocer las estadísticas generales de este centro de testeos.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue retrospectivo observacional. Se evaluaron los registros históricos de testeos llevados a cabo en el Consultorio de Inclusión y Diversidad del Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson, desde su creación, en el año 2020, hasta la actualidad (registros hasta el 5 de diciembre de 2024).

Se procesaron los datos correspondientes al número de pacientes ingresados y realización de pruebas para VIH. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo, teniendo en cuenta el sexo biológico asignado al nacer y la edad de pacientes adultos.

Por otro lado, para evaluar el impacto de este centro de testeos, se compararon los resultados

de pruebas positivas para VIH (casos confirmados) obtenidas en el consultorio de Inclusión y Diversidad respecto a los demás diagnósticos de la provincia, según los datos provistos por el Laboratorio de referencia provincial, ya que el mismo confirma los resultados, tanto de centros públicos como privados.

Los datos fueron digitalizados a planillas de Microsoft Excel para ser analizados mediante el software Past 4.17 para Windows.⁷

Por el carácter descriptivo y retrospectivo del estudio, no se requirió consentimiento informado y en el proceso de análisis de datos se mantuvo protegida la identidad de los pacientes.

RESULTADOS

Estadísticas generales consultorio de Inclusión y Diversidad

Desde su reapertura hasta la actualidad, entre agosto de 2020 y diciembre de 2024, se ingresaron un total de 5.805 pacientes (*Tabla 1*), con un promedio de 1.160 pacientes por año (DE 425,39, Mediana 1.278, Rango 430-1.540). Examinando el periodo completo, se observó que año tras año se incrementó el número de personas que acudieron a realizarse pruebas serológicas, siendo 2023 el año con mayor concurrencia de pacientes hasta la actualidad, superando los 1.500 pacientes anuales (*Figura 1*).

Examinando mes a mes de cada año, concurrieron al consultorio 110 pacientes mensuales en promedio (DE 27,17, Mediana 111, Rango 31-163).

Reporte estadístico de VIH en consultorio de Testeos en Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson

| Gómez, Pablo¹ | Nieve, Rodrigo¹ | Cialella, Alejandra² | Ferrari, Sandra¹ | Ramirez, María Milagros¹
 | López, María Agustina¹ | García, Julieta¹ | Paredes, Zulema¹ | Herrera, Lorena³

Año	Nº de pacientes
2020	430
2021	1278
2022	1326
2023	1540
2024	1231
Total	5805

Tabla 1: Cantidad de pacientes ingresados por año para la realización de pruebas serológicas en el Consultorio de Inclusión y Diversidad del Hospital Rawson.

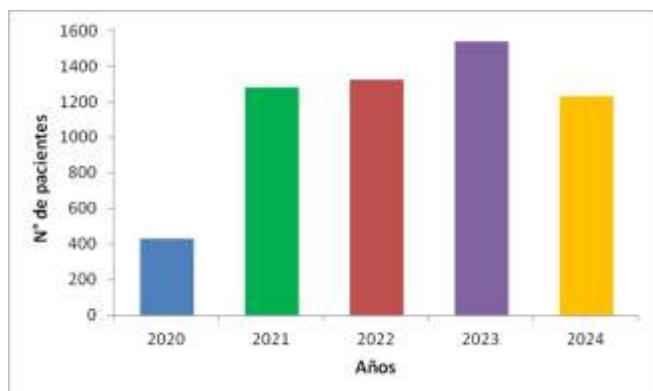


Figura 1: Cantidad de pacientes que asistieron cada año al Consultorio de Inclusión y Diversidad desde su reapertura en el Hospital Rawson.

Respecto a proporciones de sexos, la concurrencia al consultorio para realizar pruebas serológicas fue de 56% hombres y 44% mujeres. Estos porcentajes refieren al sexo biológico asignado al nacer. No se pudo diferenciar entre mujeres cis (persona que fue asignada como mujer al nacer y se identifica con ese género a lo largo de su vida) varones cis (persona que fue asignada como varón al nacer y se identifica con ese género a lo

largo de su vida) mujeres trans y varones trans, ya que esa información no estaba presente en las bases de datos. La edad promedio de los pacientes fue de 31 años (DE 8,44, Mediana 30, Rango 19-57 años).

Estadísticas VIH

Se realizaron 3.095 testeos durante todos los años de funcionamiento del Consultorio. El total de testeos por año y la tasa de positividad se presentan en la *Tabla 1*.

Comparando los números totales de casos VIH confirmados, se pudo observar cómo año tras año este número se fue incrementando en el consultorio de Inclusión y Diversidad, respecto a los derivados del resto de nosocomios públicos y privados de San Juan (*Tabla 2*).

Analizando estos números en proporciones acumuladas por año (*Figura 2*), se pudo visualizar que en 2020 y 2021 los porcentajes de testeos positivos realizados en Consultorio de Inclusión y Diversidad fueron menores al 10% respecto al

AÑO	CONSULTORIO DIVERSIDAD	OTROS CENTROS	TOTAL SAN JUAN
2020	0	113	113
2021	6	92	98
2022	34	118	152
2023	39	105	144
2024	25	99	124
Totales	104	527	631

Tabla 2: Números de nuevos casos confirmados de VIH en San Juan, por año, diagnosticados en el Consultorio de Inclusión y Diversidad del Hospital Rawson y en otros centros de salud de la provincia. Los totales para San Juan fueron obtenidos de los Boletines Oficiales Respuesta al VIH y las ITS en Argentina de los distintos años.

Reporte estadístico de VIH en consultorio de Testeos en Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson

| Gómez, Pablo¹ | Nieve, Rodrigo¹ | Cialella, Alejandra² | Ferrari, Sandra¹ | Ramirez, María Milagros¹
 | López, María Agustina¹ | García, Julieta¹ | Paredes, Zulema¹ | Herrera, Lorena³

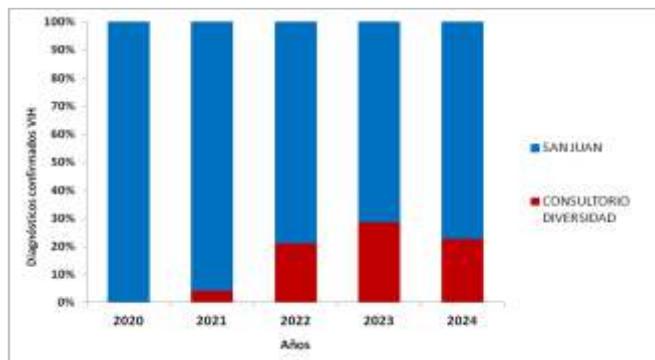


Figura 2: Porcentajes acumulados de nuevos diagnósticos confirmados de VIH en San Juan, por año, diagnosticados en el Consultorio de Inclusión y Diversidad versus el resto de centros de testeos de la provincia.

resto de nosocomios de la provincia que en ambos años superaron el 90%.

En 2022 los nuevos diagnósticos llevados a cabo en el Consultorio de Inclusión y Diversidad superaron el 20% y en el año 2023 fueron cercanos al 30%.

Para el año 2024, al 5 de diciembre, la proporción de nuevos casos de VIH detectados en el consultorio de Inclusión y Diversidad ya superó el 20% respecto a los detectados en el resto de la provincia, faltando prácticamente un mes de testeos.

DISCUSIÓN

Desde 1980 se comenzó con el diagnóstico de VIH para identificar a personas con sospecha de infección por el virus y, durante todos estos años las pruebas para su detección han tenido un marcado desarrollo y crecimiento como consecuencia del progreso en los conocimientos de los mecanismos immunopatogénicos, la relación hospedador-virus, los mecanismos de replica-

ción vírica y la respuesta inmune de cada individuo infectado respecto al curso de la infección.¹²

Los porcentajes crecientes de pruebas para VIH llevadas a cabo en el Consultorio de Inclusión y Diversidad resultan muy significativos al comparar este nosocomio con todos los demás de la provincia. Esto demuestra la importancia que reviste el Consultorio como centro de testeos y diagnósticos en la provincia. Además, debe tenerse presente que la tasa de VIH mide la cantidad de diagnósticos, no la incidencia de infecciones, motivo por el cual el aumento hallado a través de los años puede explicarse por un mejor acceso a las pruebas, un mejor reporte de los casos o, indirectamente, por un aumento de las infecciones.^{8,9,10}

En relación a la mayor concurrencia de hombres al servicio de pruebas serológicas, nuestros resultados contrastan con la bibliografía⁴, debido a que se reportaron mayores proporciones de mujeres en los consultorios de testeos.

El asesoramiento y la realización de pruebas de detección de ITS son una de las intervenciones más eficaces e importantes para gestionar las epidemias de esas patologías. En 2023, alrededor de 630.000 personas en todo el mundo murieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA¹¹, debido a la falta de acceso a asesoramiento y testeos voluntarios. Muchas otras evitan que se sepa que poseen una ITS por miedo al estigma social. Es así que se deberían propiciar los mecanismos para brindar una mayor educación sobre ITS a los jóvenes, con el fin de que comprendan la importancia de la prevención y tam-

Reporte estadístico de VIH en consultorio de Testeos en Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson

| Gómez, Pablo¹ | Nieve, Rodrigo¹ | Cialella, Alejandra² | Ferrari, Sandra¹ | Ramirez, María Milagros¹
| López, María Agustina¹ | García, Julieta¹ | Paredes, Zulema¹ | Herrera, Lorena³

bién que, aún teniendo alguna ITS, se puede gozar de una buena calidad de vida accediendo al tratamiento adecuado.

Es evidente que debido a la existencia de este espacio fue posible llevar a cabo una gran cantidad de diagnósticos, no solo de VIH, sino también de otras serologías. Por ese motivo, como equipo de trabajo estamos convencidos que es fundamental la continuidad del consultorio de Inclusión y Diversidad en el tiempo, con todas sus áreas de atención de salud actuales: centro de testeos, servicio social, atención psicológica, nutricional y médica.

Conflictos de interés

Todos los autores declaran que no existe conflicto de interés relacionado con dicho trabajo, y se compromete tal como lo indica la Ley 26.529 Capítulo I Artículo 2 inciso C (Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud) a guardar la debida confidencialidad de los pacientes.

Reporte estadístico de VIH en consultorio de Testeos en Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson

| Gómez, Pablo¹ | Nieve, Rodrigo¹ | Cialella, Alejandra² | Ferrari, Sandra¹ | Ramirez, María Milagros¹
| López, María Agustina¹ | García, Julieta¹ | Paredes, Zulema¹ | Herrera, Lorena³

BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. República Argentina. Abordaje de la sífilis en personas adolescentes y adultas. Recomendaciones clínicas para equipos de salud. Edición 2024.
2. Blamey, R, Sciaraffia, A, Piñera, C, et al. Situación epidemiológica de VIH a nivel global y nacional: Puesta al día. Rev. chilena de infectología 2024; 41(2): 248-258.
3. Frescura L, Godfrey-Faussett P, Feizadeh AA, et al. Achieving the 95 95 95 targets for all: A pathway to ending AIDS. PLoS ONE 2022; 17(8): e0272405. doi:10.1371/journal.pone.0272405
4. Obeagu, EI, Obeagu, GU, Musiimenta, E, Bot, YS y Hassan, AO. Factors contributing to low utilization of HIV counseling and testing services. Int. J. Curr. Res. Med. Sci. 2013; 9 (2): 1-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.22192/ijcrms.2023.09.02.001>.
5. Boletín Oficial de la República Argentina N°34.522. Legislación y Avisos Oficiales. Primera Sección. Ministerio de Salud. Resolución 1886/2020. Ciudad de Buenos Aires, 2020.
6. Vissicchio, F, Radusky, PD, Zalazar, V, et al. Obstáculos identificados por las personas trans en la accesibilidad a los consultorios inclusivos en la provincia de Buenos Aires. Rev. Arg. Salud Pública. 2023; 15, 87-87.
7. Hammer, Ø, Harper, DAT, Ryan, PD. PAST: Paleontological Statistics software package for education and data analysis. Paleontología Electrónica. 2001; 4(1): 9 pp.
8. Boletín N° 39 Respuesta al VIH y las ITS en Argentina. Año XXV. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2022.
9. Boletín N°40 Respuesta al VIH y las ITS en Argentina. Año XXVI. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2023.
10. Boletín N°41 Respuesta al VIH y las ITS en Argentina. Año XXVII. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2024.
11. UNAIDS. Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA para 2024.
Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.
12. García F, Alvarez M, Bernal C, Chueca N, Guillot V. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH, del tropismo viral y de las resistencias a los antirretrovirales. Rev. Enferm Infect Microbiol Clin. 2011; 29(4): 297-307. doi:10.1016/j.eimc.2010.12.006.



San Juan
Gobierno

Ministerio de
Salud

 **HOSPITAL**
RAWSON
Hospital Público Descentralizado de Alta Complejidad

Comité de Docencia
e Investigación