

BOLETIN N° 2 - 2019

D.I.R. Docencia e Investigación Rossi

**Hospital Interzonal General de Agudos “Profesor Dr. Rodolfo Rossi” – La Plata
Servicio de Docencia e Investigación**



Calle 37 N° 183 e/ 116 y 117 La Plata - C. P. 1900 - Buenos Aires – Argentina
Contacto Telefax: (+ 54) 0221- 424-7596 E-mail: docencia_rossi@yahoo.com.ar

AUTORIDADES

Hospital Interzonal General de Agudos Profesor Dr. Rodolfo Rossi

Directora Ejecutiva	Dra. María González Arzac
Directores Asociados	Dr. Carlos Feller, Lic. Mónica Calvo, Dr. Jorge Mauri
Jefa de Servicio de Docencia e Investigación	Lic. Cecilia Fasano
Jurado Externo XXXIII Jornadas Científicas del HIGA Rossi “Dr. Juan Fraguela”	Dra. Susana Ibañez, Dra. Leticia Huarte, Dra. Graciela Klein, Dr. Juan Fraguela
Interlocutoras XXXIII Jornadas Científicas del HIGA Rossi “Dr. Juan Fraguela”	Bioq. Silvia Goñi, Dra. Susana Cozzi, Dra. Cecilia Defeo
Secretaria y Diseño	Sra. Silvina Bruzzone
Ilustración	Dr. Marcelo Delpiano

BOLETIN N° 2
D.I.R. -Docencia e Investigación Rossi-

INDICE

EDITORIAL.

Lic. Cecilia Fasano4

RESEÑA: CONFERENCIA “EPIDEMIOLOGÍA: INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN”

Dr. Eduardo Fortunato.....6

**MEJOR TRABAJO XXXIII JORNADAS CIENTÍFICAS DEL HIGA ROSSI “Dr. Juan
Fraguela”10**

**MEJOR POSTER XXXIII JORNADAS CIENTÍFICAS DEL HIGA ROSSI “Dr. Juan
Fraguela”23**

**MENCIÓN ESPECIAL XXXIII JORNADAS CIENTÍFICAS DEL HIGA ROSSI “Dr. Juan
Fraguela”34**

EDITORIAL



Marcelo Delpiano, *Águila del Infierno*. Acrílico (2014)

EDITORIAL

Es una gran satisfacción compartir con ustedes el segundo ejemplar de este **Boletín D.I.R. -Docencia e Investigación Rossi-** destinado a publicar en esta ocasión una Reseña de la Conferencia dictada por el Dr. Eduardo Fortunato titulada: “Epidemiología: Información para la acción” así como los resúmenes de los trabajos premiados en las XXXIII JORNADAS CIENTÍFICAS DEL HIGA ROSSI “Dr. Juan Fraguela” realizadas durante los días 21, 22 y 23 de noviembre de 2018 en el Salón de Actos “Francisco Schifini” de nuestro hospital.

Se contó con una importante participación, tanto en trabajos presentados (47 trabajos) como en asistentes. Estos trabajos fueron evaluados por el Jurado Externo integrado por la Dra. Susana Ibañez, Dra. Leticia Huarte, Dra. Graciela Klein y el Dr. Juan Fraguela. La defensa de Pósters fue realizada por los autores ante las Interlocutoras: Dra. Susana Cozzi, Dra. Cecilia Defeo y Bioq. Silvia Goñi.

Agradecemos especialmente al Dr. Marcelo Delpiano por ceder sus obras para ilustrar este Boletín, quien además de artista plástico se ha desempeñado como médico en este Hospital.

Con el compromiso de sostener este espacio con una periodicidad anual, los invitamos a la lectura del segundo Boletín y esperamos con entusiasmo la continuidad del mismo.

Lic. Cecilia Fasano, La Plata marzo 2019
Jefa de Servicio de Docencia e Investigación HIGA Dr. R. Rossi

CONFERENCIA
“Epidemiología: Información para la acción”



Marcelo Delpiano, *Rompiendo el Hielo*. Acrílico (2016)

RESEÑA CONFERENCIA “EPIDEMIOLOGÍA: INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN”

Dictada por el Dr. Eduardo Fortunato el día viernes 21 de noviembre de 2018.

Médico Infectólogo. Referente del Área de Epidemiología Región Sanitaria XI - Provincia de Buenos Aires.



“Ha habido en el mundo tantas pestes como guerras,

*y sin embargo pestes y guerras
cogen a las gentes siempre desprevenidas”*

Albert Camus

Las epidemias han marcado la historia de los diferentes pueblos, por lo que siempre han fascinado a los científicos. La vigilancia epidemiológica como herramienta para la salud pública tiene como propósito el seguimiento de determinados eventos seleccionados a nivel poblacional o de grupos específicos, con la finalidad de intervenir precozmente en su prevención, investigación, control, seguimiento y tratamiento. De esta forma, aporta conocimientos integrales para la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.

En la historia Argentina hay innumerables epidemias, pero algunas han cobrado un rol fundamental desde lo social, generando una cicatriz que perdura hasta hoy.

Durante el siglo XIX eran frecuentes las epidemias de cólera, enfermedad que ha fascinado a grandes autores para dar lugar a obras maestras de la literatura como “la muerte en Venecia” de Thomas Mann y que dio paso a un hito de la epidemiología con el uso del georreferenciamiento como forma de aproximación en el estudio de una epidemia, con la clásica historia de la bomba de John Snow. En su momento sucedieron varias epidemias en nuestro país, asociadas a viajes, dando lugar a medidas novedosas para la época, aunque de índole biomédicas y que no se cumplieron.

En 1871 ocurrió la conocida epidemia de fiebre amarilla en Buenos Aires, los casos iniciaron en soldados que volvieron de la guerra de la triple alianza y aunque se detectaron casos en Corrientes no se tomaron medidas. Los casos en la ciudad capital fueron diluidos en el festejo de carnaval, lo que generó una epidemia que duró de febrero a abril. Sin acciones coordinadas desde las autoridades de salud pública durante el mes de abril se contaban 500 fallecidos por día por fiebre amarilla (para un promedio habitual de 20 fallecimientos al día por todas las causas), concentrándose en las poblaciones más vulnerables, en su mayoría inmigrantes europeos que vivían en los “conventillos”. Sin respuestas claras a la población y con la epidemia avanzando la población entra en pánico, al punto de incendiar los conventillos. A fin de abril se decretan 2 semanas de feriados, para desconcentrar la población e intentar controlar el avance de la enfermedad. Luego de la epidemia comenzaron obras de saneamiento general, pero ya se había cobrado 15000 muertes, de las cuales el 75% eran inmigrantes, de una población de 177000 habitantes (8% de letalidad).

Durante el siglo XX fue notorio lo sucedido con poliomielitis, frente a la cual el estado fue secundando a ONG que tomaron en sus manos muchas de las medidas para mejorar el pronóstico y hasta llegaron a financiar la compra de la vacuna.

En el siglo XXI la epidemia más notable fue la asociada al virus de influenza H1N1 ocurrida por un cambio mayor en la composición genética de este patógeno, con impacto a nivel mundial. Los primeros casos fueron identificados en EEUU y México en abril de 2009 e ingresó a nuestro país a través de los viajeros, como en el caso del cólera. El 25 de abril ocurre el primer caso en nuestro país y el 28 se suspenden los vuelos a México, pero la enfermedad ya estaba instalada. Se estima que ocurrieron 100.000 casos, con una mortalidad de 0,2%, menor que la esperada en la gripe estacional. Al principio se pensaba que le ocurría a aquellos que viajaran a EEUU o México, como algo lejano, por lo cual la comunidad no tomó medidas precautorias. La comunicación estaba dirigida principalmente por medios de difusión masiva y los profesionales que participaron tenían formación primordialmente asistencial y no en salud pública, similar a lo que sucedió con las epidemias de cólera. Nuestro país recibió críticas internacionales sobre la forma de manejar el impacto de esta enfermedad, por lo que se toma la decisión de mejorar la capacidad de respuesta frente a epidemias.

Desde el año 2002 se comienza en nuestro país un intento por utilizar las nuevas tecnologías para capacitar y mejorar el flujo de la información, acompañado con un desarrollo cada vez mayor de capacitación a profesionales de salud en estos ámbitos.

Hoy contamos con el SNVS 2.0 que pretende incluir como potenciales notificadores a un amplio espectro de profesionales y aprovecha mejor las tecnologías informáticas para lograr alertas más tempranas. El mundo de hoy en día brinda la posibilidad de movilizar grandes contingentes de población de un lado al otro del mundo en muy poco tiempo, facilitando la diseminación de diferentes patógenos, por lo que nos queda un gran desafío por delante para poder generar en la comunidad toda una estructura que pueda detectar y controlar tempranamente la aparición de este tipo de eventos.

Luego de 200 años de recorrido en la epidemiología moderna tenemos más conciencia de las herramientas con las que contamos, además del apoyo imprescindible de la tecnología, por lo que cada vez es más visible el rol de esta ciencia como la fuente de información para la acción.

**MEJOR TRABAJO XXXIII
JORNADAS CIENTÍFICAS DEL HIGA ROSSI
“Dr. Juan Fraguela”**



Marcelo Delpiano, *Tributo (a Rotcko)*. Acrílico (2017)

AMPLIANDO LOS LÍMITES DE LA OTOLOGÍA: ESTAPEDECTOMIA POR VÍA ENDOSCÓPICA

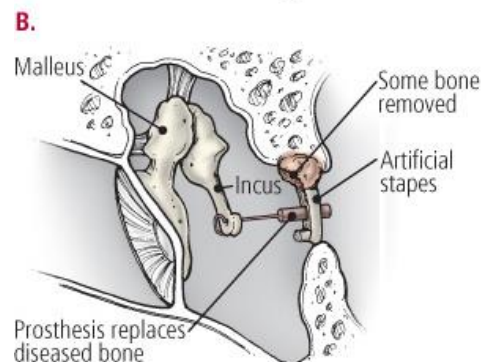
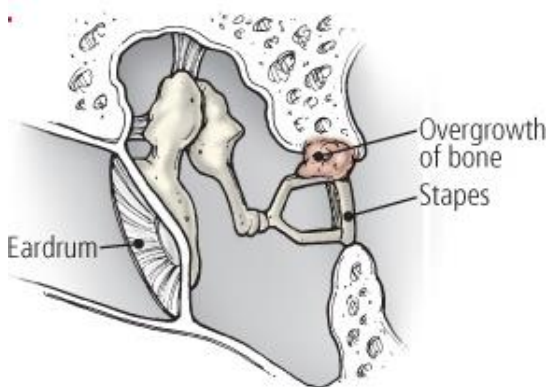
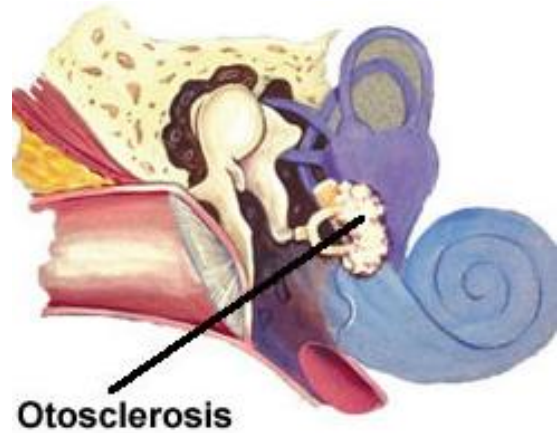
Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

Seco, Federico Alcides; Ferreyra, Laura Fernanda; Menéndez, Diego Martín; Ufano Cristian Alejandro; De Isasi Enrique; Malvasio María Cristina; Jurado Cintia; Bugiolacchio María Laura; Mateos Ramiro; Tortora Paula; Alderete, Carlos Augusto.

INTRODUCCIÓN

La otoesclerosis es una enfermedad metabólica, localizada y primaria del hueso de la cápsula ótica y la cadena osicular. Produce fijación de la cadena y consecuente hipoacusia de conducción. Se manifiesta habitualmente entre los 40 y 50 años de edad y con mayor frecuencia en mujeres. Generalmente se presenta como una hipoacusia lentamente progresiva, bilateral, asimétrica y con tímpano normal a la otoscopia.

Uno de los tratamientos es la estapedectomía que consiste en la colocación de una prótesis que reemplaza a la platina y devuelve la movilidad de la cadena osicular. La estapedectomía es considerada una cirugía de alta precisión, realizada habitualmente bajo visión microscópica. Actualmente somos el primer servicio de ORL en la ciudad de La Plata en implementar esta técnica quirúrgica bajo visión endoscópica video asistida.



OBJETIVOS

Realización de un nuevo abordaje, menor alteración funcional del oído, mejor visualización anatómica y comprensión de las estructuras por parte del cirujano en formación.



SERIE DE CASOS

Se presentan dos pacientes con diagnóstico de hipoacusia conductiva por otosclerosis tratadas mediante cirugía endoscópica videoasistida de oído.

Caso 1: Paciente femenina de 58 años con hipoacusia bilateral mixta severa progresiva, de años de evolución, reflejo estapedial negativo bilateral y otoscopia normal.

Caso 2: Paciente femenina de 30 años con hipoacusia bilateral mixta moderada en oído izquierdo y severa en oído derecho, de 15 años de evolución, reflejos estapediales negativos, usuaria de otoamplifonos sin obtención de buenos resultados auditivos.

Cirugía endoscópica de oído (CEO): El oído se mantuvo como uno de los pocos órganos del cuerpo en el que no se había hecho ningún progreso en procedimientos quirúrgicos en los últimos 30 años, especialmente en abordajes mínimamente invasivos. La introducción del endoscopio como herramienta operatoria a través del conducto auditivo ha permitido la exploración de zonas habitualmente ocultas a la visión microscópica y el redescubrimiento de una anatomía compleja de ligamentos, repliegues, y recesos que de otra forma resultaban no visibles por técnicas microscópicas clásicas.

Comparación entre estapedectomía por vía endoscópica y microscópica: *La CEO permite un ángulo de visión más amplio, mejor visualización de estructuras que son paralelas al microscopio, visión completa del tímpano y mejor comprensión de la anatomía. Además utiliza una vía de acceso natural, como el conducto auditivo externo (CAE) siendo una cirugía mínimamente invasiva con menor riesgo de sangrado intra y posoperatorio. Es de gran utilidad sobre todo en pacientes con conductos estrechos y angulados por lo que disminuye la necesidad de rebajado de la pared posterosuperior del mismo y con ello el potencial daño sobre la cuerda del tímpano. Dentro de las desventajas se describe la pérdida de la percepción de profundidad que se soslaya con el entrenamiento en simuladores. Desde el año 2017 contamos con una "caja negra" de diseño propio para entrenamiento de habilidades quirúrgicas videoendoscópicas en oído.*

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia general y visión video-endoscópica se realiza: infiltración de CAE, realización de colgajo timpanomeatal, desarticulación incudoestapedial, ablación del cuerpo del estribo, platinectomía y colocación de prótesis de reemplazo del estribo. Nuestro servicio usa habitualmente el modelo Campo Mercandino.

CONCLUSIONES

La estapedectomía endoscópica es una gran alternativa quirúrgica ya que permite una excelente visión y comprensión de la anatomía no solo para el cirujano sino también para el resto del equipo profesional en formación.

Su mayor utilidad es que permite trabajar con mejor exposición en conductos cuya anatomía implica un abordaje dificultoso bajo visión microscópica. También contribuye a disminuir el rebajado de la pared del conducto por lo que disminuye el potencial daño al nervio cuerda del tímpano. La ganancia auditiva fue similar en ambos casos a la lograda con el abordaje convencional coincidiendo con la literatura consultada. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones intra o postoperatorias.

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN ARGENTINA: ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN PATOLOGÍAS PREVALENTES

Servicio de Infectología

Pessacq Pedro, Berruezo Lorena, Rey Martin, Torre Valeria, Baldoni Nadia, Fernandez N. Ailen, Mauro Josefina, Otermin Florencia, Cremona Alberto, Mykietiuk Analia, Bertoni Guillermo.

INTRODUCCIÓN

La resistencia antimicrobiana es una amenaza real y contemporánea para la salud pública a nivel mundial y su variación entre países refleja diferencias socio-económicas, de los sistemas de salud, legislativas y culturales.

El uso inapropiado de antibióticos (ATB) exacerba los procesos de emergencia y diseminación de resistencias a los tratamientos de primera elección y la aparición de efectos adversos. Esto se debe, en parte, a prescripciones médicas inadecuadas, principalmente en infecciones de alta prevalencia, así como a la automedicación de los pacientes

OBJETIVO

Analizar la prescripción médica de antimicrobianos en patologías prevalentes, según las recomendaciones vigentes

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, observacional y descriptivo: encuesta estructurada y anónima dirigida a médicos de todo el país, distribuida por los mismos médicos, por sociedades científicas, colegios, agremiaciones y entidades afines en distintos formatos (Nov-Dic. 2017). Se simulaban 3 casos clínicos de patologías prevalentes y se consultaba por: la elección de un

tratamiento para cada caso, la disponibilidad de información actualizada para un uso racional de ATB y sobre conceptos generales de la prescripción. Se consideraron como tratamientos adecuados a los coincidentes con las recomendaciones vigentes de la SADI al momento del estudio. Se utilizó el programa Epi-Info® 7.2 para el análisis.

RESULTADOS

Se relevaron 1571 participaciones de médicos de múltiples especialidades, con representación de casi la totalidad de las provincias del país (Fig 1-2). El ámbito del ejercicio profesional se distribuyó uniformemente: 39% público, 31% privado y 30% ambos.

Se registraron datos de 4192 simulaciones de casos clínicos de 3 patologías prevalentes y se analizaron factores relacionados con la adecuada prescripción. Se evidenció que, en promedio, solo uno de cada 5 tratamientos antibióticos (22%) era adecuado (Tabla 1). Las Fig.3-4, describen el análisis de los factores intervinientes en la prescripción.

Fig. 1 Especialidades Médicas

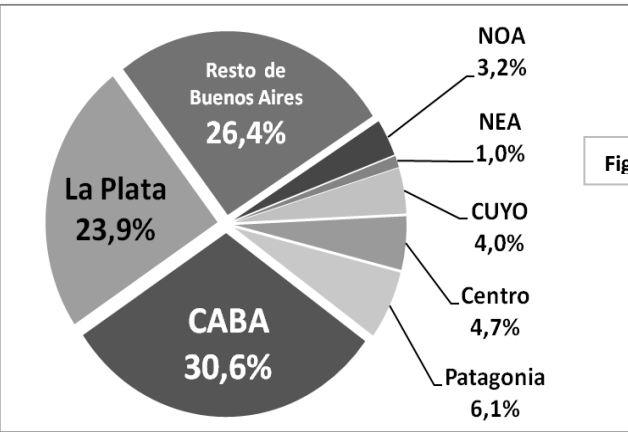
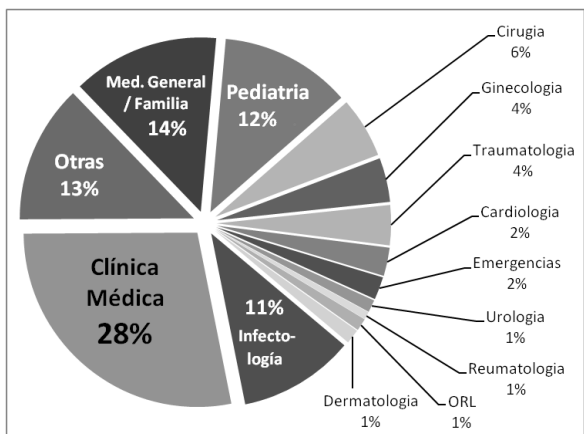


Fig. 2 Distribución geográfica

Tabla 1. Valoración de Tratamientos Indicados

Patología Simulada (encuesta)	(n)	Tratamientos Inadecuados				ATB correcto con error en duración
		Tratamientos Adecuados	Total	ATB Incorrecto	ATB correcto con error en dosis	
Faringo-amigdalitis	1361	52 (4%)	1309 (96%)	316 (23%)	960/993 (97%)	639/993 (64%)
Cistitis	1434	374 (26%)	1060 (74%)	329 (23%)	217/731 (30%)	676/731 (92%)
Forúnculo	1397	513 (37%)	884 (63%)	447 (32%)	230/437 (53%)	291/437 (67%)
TOTAL	4192	939 (22%)	3253 (78%)	1092 (26%)	1407/2161(74%)	1606/2161 (65%)

Fig 3: Análisis de factores intervinientes en la prescripción ATB (Forrest-Plot)

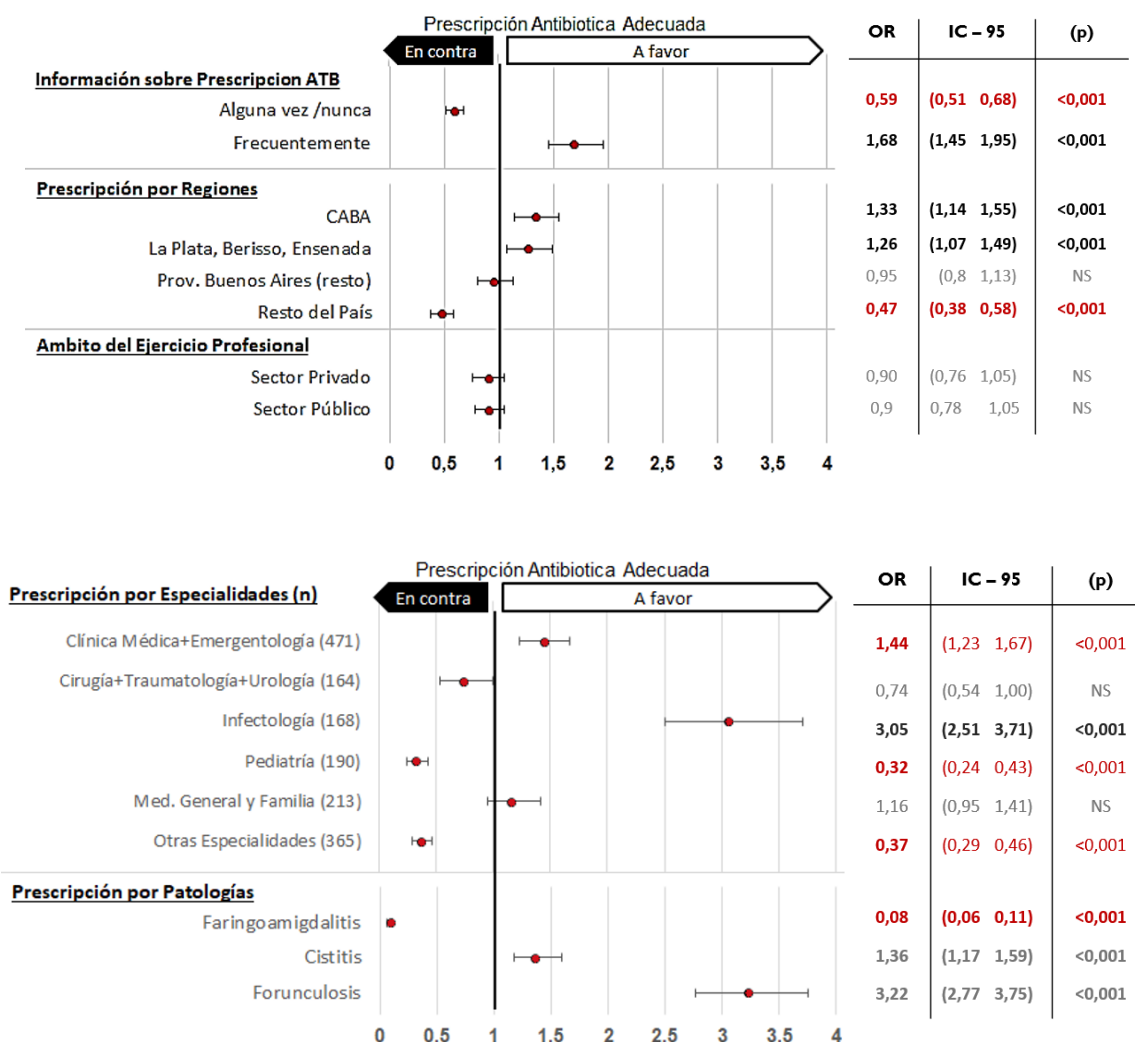
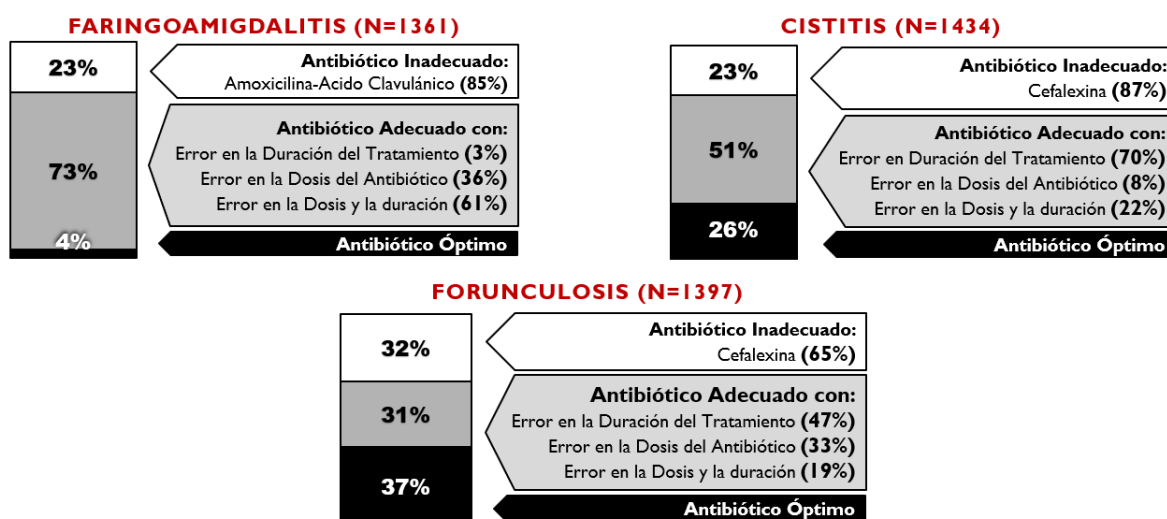


Fig 4. Análisis de la prescripción por tipo de patología (Errores mas frecuentes)



El 83% (1300) de los médicos refirió consultar siempre a sus pacientes por sus comorbilidades, 89% por episodios similares previos, 81% por embarazo o lactancia, 90% por alergias y 74% por consumo reciente de antibióticos. El 44% recuerda siempre la asesoría sobre efectos adversos, 50% eventualmente y 6% nunca.

A su vez, el 33% de los participantes refirió recibir información sobre uso racional de antimicrobianos de manera frecuente y el 92% desearía recibirla de manera sintética y práctica.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La inadecuada prescripción ATB en patologías prevalentes resulta alarmante, siendo variable en los distintos grupos.

Se evidencian numerosos errores en dosis y duración, así como elección de alternativas innecesarias o incorrectas.

Resulta indispensable fomentar la difusión de recomendaciones de tratamiento ATB actualizadas en el escenario actual de resistencia antimicrobiana para optimizar la prescripción por parte de los médicos del país.

Debe considerarse que, para el análisis de la adecuada prescripción sólo se utilizaron las recomendaciones vigentes de la SADI; las cuales están en constante actualización, a partir de estadísticas y publicaciones nacionales relevantes y bibliografía internacional. Tal es el caso de las infecciones urinarias no complicadas, donde en el estudio multicéntrico

reciente (SADI 2016-2017)³ demostró tasas de resistencias elevadas y crecientes para amoxicilina-clavulanico (R=22%), trimetoprima-sulfametoxazol (R=27%) y quinolonas (R=9%) que desalientan su elección frente a otras opciones. Por ello, tras las próximas recomendaciones la proporción de tratamientos inadecuados aumentaría.

USO DE LA ESCALA DE BOSTON PARA LA PREPARACION COLONICA: INJERENCIA EN LA TASA DE DETECCION DE POLIPOS

Servicio de Gastroenterología

Calzona Cecilia; Girotti Claudio; Alonso Andres; Delbueno Agustin; Giunta Rivas Leandro; Leiva Marina.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia del cáncer colorrectal se encuentra en aumento, actualmente ocupa a nivel mundial el 3er lugar luego del cáncer de pulmón y mama y es la 4ta causa de muerte. En Argentina tiene una incidencia de 20.4/100000 habitantes y es la 2da causa de muerte. Sólo 1/3 de los casos se diagnostica en forma precoz. La mayoría tienen una lesión preneoplásica (lesiones polipoides y no polipoides adenomatosas y serrados) y la forma más precisa para su pesquisa es la realización de la Videocolonoscopia (VCC). Para reducir la incidencia de cáncer colorrectal mediante el uso de VCC, la mucosa del colon debe estar limpia para mejorar la observación de la misma, ya que una mala preparación puede causar pólipos perdidos. La escala de preparación intestinal “Boston Bowel Preparation Scale (BBPS)” se encuentra ampliamente validada en muchos países. El BBPS es una escala de 9 puntos que evalúa la preparación intestinal. Se divide el colon en tres segmentos y se le otorga puntajes de 0 a 3 a cada uno y se suman para lograr el puntaje final.

OBJETIVO/S

Se evaluó la relación entre la tasa de detección de pólipos en el colon y la puntuación de BBPS, en estudios realizados en nuestro servicio.

- Correlación de tasa de detección de pólipos con preparación colónica
- Período febrero de 2015 a mayo de 2018
- Determinación del número de pólipos encontrados
- Comparación de resultados con guías actuales de calidad en colonoscopia (VCC)

MATERIAL Y MÉTODOS

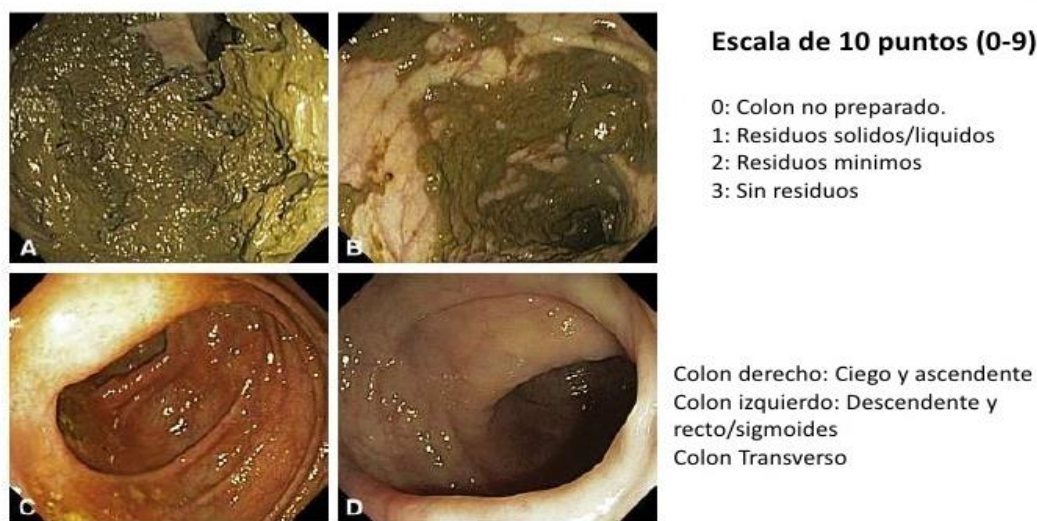
Se realizó un estudio observacional descriptivo en el HIGA R. Rossi de la ciudad de La Plata. Se revisaron las VCC realizadas desde febrero del 2015 a mayo de 2018. El endoscopista informo la preparación intestinal, intubación cecal y presencia o ausencia, número, tamaño y ubicación de cualquier pólipo. Para la VCC, se utilizaron 2 tipos de preparaciones; Polietilenglicol y Fosfatos. Las VCC fueron realizadas por 10 endoscopistas

residentes del servicio de gastroenterología, supervisados por médicos de planta con experiencia en VCC. Se calculó la media estadística de la puntuación de BBPS y se obtuvo un valor de P considerándose significativo una $P < 0.5$. Se determinó la tasa de detección de pólipos encontrados para cada puntaje de BBPS, dicotomizados en puntaje (<7 o ≥ 7), y se evaluó sus correlaciones utilizando la prueba de Chi-cuadrado.

Resultados: Se revisaron 1200 pacientes, de los cuales 554 (46.2%) eran hombres y 646 (53.8%) eran mujeres. La edad promedio fue de 58 años. El rango de edad fue de 15 a 89 años. La media de BBPS fue de 6.34, con valor de $P < 0.5$. La cantidad de pacientes con BBPS < 7 fue de 546 (45.5%), y con BBPS ≥ 7 fue de 654 (54.5%). De esos 1200 pacientes 375 tenían pólipo/s. La tasa de detección de pólipos fue de 31.25%. Dicotomizados según la preparación, para pacientes con BBPS < 7 fue de 153 (40.8%) y para pacientes con BBPS ≥ 7 fue de 222 (59.2%). La prueba de Chi-cuadrado resulto ser de 4.859, con un valor de P de 0.027 (<0.5)

DISCUSIÓN

La preparación intestinal se ha evaluado en muchos estudios. Las escalas deben estar validadas y ser confiables. Existen otras escalas, como la de Aronchick y Ottawa que puntúan la preparación intestinal como excelente, buena, regular, mala e inadecuada, sin embargo la confiabilidad interobservador de ambas es inferior a la escala de Boston. La ACG, ASGE y ESGE definen a la preparación adecuada como BBPS >5 , esto permite detectar pólipos mayores a 5mm, no afecta el intervalo de vigilancia endoscópica y presenta menor variabilidad interobservador.



CONCLUSIONES

En este estudio, se estableció la relación entre el BBPS y la detección de pólipos, evaluada estadísticamente. Hubo una correlación significativa. El número de pólipos hallados fue de 375 (31.25%). El 59.2% de estos se halló con una preparación BBPS ≥ 7 y el 40.8% con BBPS < 7 , con un valor de $P < 0.5$, evidenciándose que ante un BBPS más alto, la tasa de detección de pólipos es mayor. Por lo tanto la escala de Boston es un método aplicable,

confiable y reproducible para evaluar la preparación intestinal en colonoscopia, mostrando también una buena fiabilidad interobservador.

BIBLIOGRAFIA

- Labianca R et al. Early colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2013;24 (6):64-72.
- Hernández A et al. Cáncer de colon y lesiones precursoras: Detección y manejo. *Rev Gastroenterol Mex* 2016;81 (1):30-31.
- Douglas K. Rex et al. Quality Indicators for Colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 2015; (110):72–90.
- Hassan C et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2013; (45):142–150.
- Julio López-Pícazo et al. Indicadores de calidad en endoscopia digestiva: introducción a los indicadores comunes de estructura, proceso y resultado. *Rev Esp Enferm Dig* 2017; (109):435-450.
- Ibañez IA et al. Preparación intestinal para las colonoscopias en pacientes con diferentes patologías. *Enferm. Endosc Dig* 2016; 3 (1):45-51.
- Adike Abimbolaa et al. Is the level of cleanliness using segmental Boston bowel preparation scale associated with a higher adenoma detection rate? *Ann of Gastroenterol* 2018; 3 (1):1-8.
- Johnson D et al. Optimizing Adequacy of Bowel Cleansing for Colonoscopy: Recommendations From the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology* 2014; (147):903-924.
- James W et al. The impact of diet liberalization on bowel preparation for colonoscopy. *Endoscopy Inter Open* 2017; (5):253-260.
- Clark BT et al. Quantification of Adequate Bowel Preparation for Screening or Surveillance Colonoscopy in Men. *Gastroenterology* 2016;150(2):396-405.
- Gupta N et al. How to improve your adenoma detection rate during colonoscopy. *Gastroenterology* 2016; 151 (6):1054-1057.
- Kluge MA et al. Inadequate Boston Bowel Preparation Scale Scores Predict the Risk of Missed Neoplasia on Next Colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2018; 87 (3):744-751

EVALUACIÓN DE LA INDICACIÓN DE ENOXAPARINA PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

Servicio de Farmacia

Clavellino Lucía, Vayo Micaela Gisele, Abelenda Marialis, Canonge Carla, Cortez Daniela, Mayor María Eugenia, Metaza Julieta, Rochet María Emilia, Rubini Agustina, Gonzalez Patricia.

INTRODUCCIÓN

Las principales manifestaciones de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) son la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). Esta patología tiene gran incidencia en pacientes hospitalizados que permanecen inmobilizados por períodos prolongados. La ETV representa la tercera causa de muerte cardiovascular y se considera una de las principales causas de muerte intrahospitalaria. Existen varios factores de riesgo entre los que se encuentran el sexo, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, la inmovilización, el registro previo de ACV, los distintos tipos de cirugías a las que pueden ser sometidos los pacientes, y la edad avanzada. La mayor edad se correlaciona con aumento de la mortalidad. Las tasas son ocho veces superiores en pacientes mayores de 80 años. El pronóstico a largo plazo del paciente que ha sufrido un episodio de ETV puede complicarse debido a la aparición de trombosis recurrentes y a la

presencia del síndrome postrombótico, caracterizado por insuficiencia venosa crónica, que condiciona problemas circulatorios y alteraciones en la piel de la extremidad que puede ulcerarse y presentar gangrena. En nuestra práctica diaria, en el Hospital Interzonal General de Agudos Prof. Dr. Rodolfo Rossi (H.I.G.A. Rossi), encontramos que se indica mayoritariamente Enoxaparina, cuyo mecanismo de acción es mediante la unión a la antitrombina (enzima inhibidora de la coagulación) induciendo un cambio conformacional de la misma, que ocasiona una inactivación rápida de los factores de la coagulación. Se emplea como profilaxis en una dosis de 40 mg día por vía subcutánea. Es poco frecuente que la indicación esté basada en el protocolo existente en el hospital dado que el mismo se encuentra desactualizado y es desconocido por gran parte del equipo médico.

OBJETIVO

Evaluar la indicación de Enoxaparina como profilaxis de ETV en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos en el primer día de su internación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional prospectivo desde el 1 de Marzo al 31 de Mayo del año 2018, que incluyó a todos los pacientes con indicación de Enoxaparina como profilaxis de ETV al momento del ingreso al H.I.G.A. Rossi. Los pacientes se clasificaron en dos grupos: pacientes quirúrgicos, pertenecientes a los servicios de ortopedia y traumatología (OyT) y cirugía general (CG), y pacientes no quirúrgicos, pertenecientes al servicio de clínica médica (CM). Para evaluar las indicaciones se utilizaron tablas que contienen los scores de Caprini y Padua, para pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos, respectivamente. El score de Caprini clasifica en muy bajo, bajo, moderado y alto riesgo; y Padua en bajo y alto, siendo la indicación de profilaxis innecesaria cuando el riesgo es muy bajo y bajo. La información se obtuvo a través de consultas al personal médico, mediante interrogatorio individualizado a los pacientes y lectura de sus historias clínicas.

RESULTADOS

Durante el período de estudio ingresaron 147 pacientes con indicación de Enoxaparina, de los cuales 98 fueron pacientes quirúrgicos (67%) y 49 pacientes no quirúrgicos (33%). Respecto al grupo de pacientes quirúrgicos, 37 de ellos fueron de alto riesgo, 32 de moderado riesgo, 26 de bajo riesgo y 3 de muy bajo riesgo. Dentro del grupo de pacientes no quirúrgicos, el análisis arrojó un total de 30 pacientes con alto riesgo de presentar ETV, y 19 pacientes con bajo riesgo.

Figura 1. Gráfico de distribución de pacientes de pacientes con indicación con Enoxaparina al momento del ingreso.

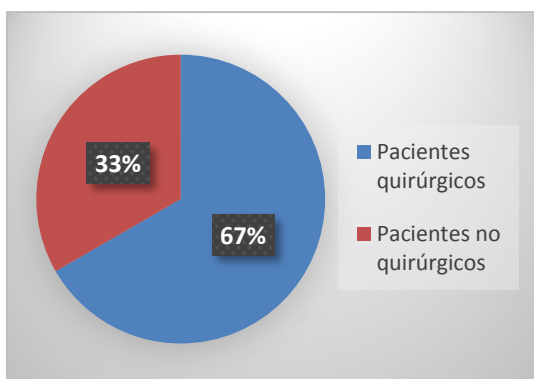
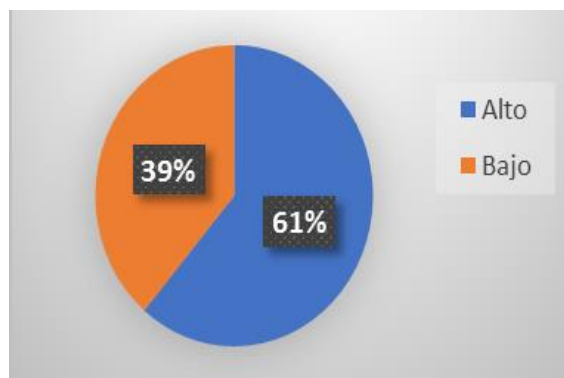


Figura 2. Distribución de los pacientes quirúrgicos según riesgo de acuerdo con el Score de Caprini.

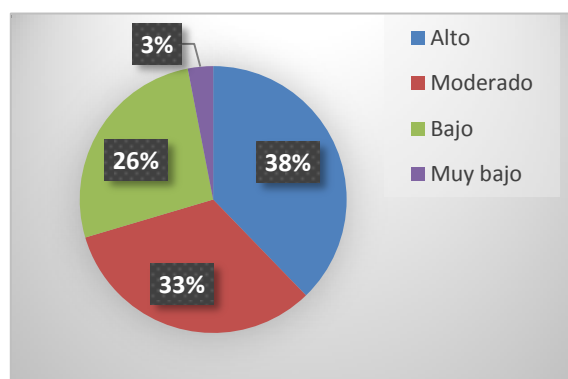


Figura 3. Distribución de los pacientes no quirúrgicos según riesgo de acuerdo con el Score de Padua.

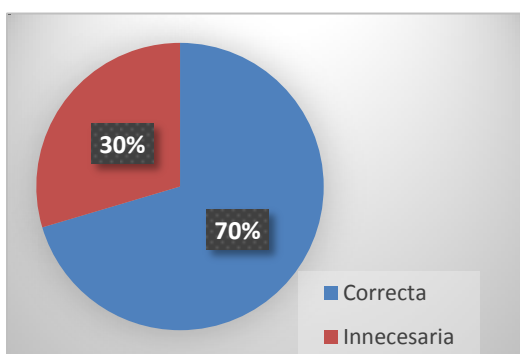


Figura 4. Distribución de indicaciones en pacientes quirúrgicos.

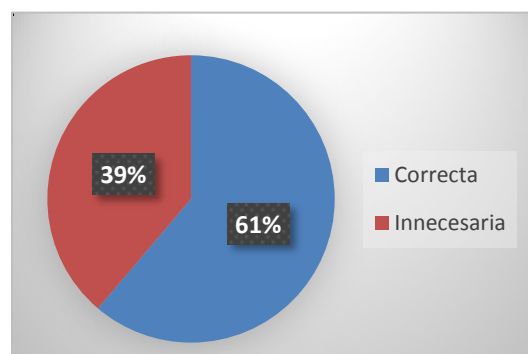


Figura 5. Distribución de indicaciones en pacientes no quirúrgicos.



CONCLUSIÓN

En base a los resultados obtenidos puede observarse que un 30% de los pacientes quirúrgicos y un 39% de los pacientes no quirúrgicos recibieron una indicación innecesaria de Enoxaparina, según los Scores de Caprini y Padua.

Discusión: Si bien el porcentaje de indicaciones correctas en ambos grupos es predominante, el referente a indicaciones innecesarias es considerable, dado que representan el 30% en el grupo de pacientes quirúrgicos y el 39% en los no quirúrgicos, similar a lo que se observa en un estudio multicéntrico realizado en Andalucía, España (M. A. Navarro Puerto, 2015). Esto evidencia la necesidad de actualizar el protocolo de prevención para ETV y difundirlo, de modo de estandarizar criterios, disminuir las prescripciones innecesarias y garantizar un uso seguro del medicamento.

**MEJOR PÓSTER XXXIII
JORNADAS CIENTÍFICAS DEL HIGA ROSSI
“Dr. Juan Fraguela”**



Marcelo Delpiano, *Matado*. Acrílico (2015)



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANTIDNA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON NEFROPATÍA LÚPICA

Servicio de Reumatología

Quispe Villanueva María Laura, Lojo María Nieves, Wernicke Verónica, Otero María José, Perak Marilina, Cortez Chavarria Judiht Sandra, Urrutia Julio Cesar, Lazzarino María Rosa

INTRODUCCIÓN

La afectación renal en el lupus eritematoso sistémico (LES) se produce en el 25-75% de los pacientes, dependiendo de la población estudiada. Se ha propuesto que los anticuerpos antiDNA doble cadena (dc) y las proteínas C3 y C4 del complemento desempeñan un papel patogénico en el proceso inflamatorio de la nefritis lúpica (NL) y se relacionan con la actividad. La prevalencia de los anticuerpos antiDNAdc se encuentra en alrededor del 70 % de los pacientes con NL.

OBJETIVO

Evaluar las características de los pacientes con NL en su presentación y su relación con el antiDNAdc.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de 80 historias clínicas (HC) de pacientes con diagnóstico de LES asistidos en el servicio de Reumatología de HIGA R. Rossi de La Plata, seleccionando aquellos con NL probada por biopsia. Se registró la edad al momento de presentación de NL, si coincidió con el diagnóstico de LES, tipo histológico, FAN, antiDNAdc, antiRo, antiLa, antiRNP, antiSm y actividad de la enfermedad mediante el score SLEDAI. Se evaluó la prevalencia de antiDNAdc en esta cohorte y las características entre los grupos: antiDNAdc positivos/negativos. Aquellas historias que omitían algunos de los datos requeridos fueron excluidas del análisis. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS Statistics 20. Se analizó la asociación de variables mediante la prueba de Chi² y en caso de p significativa se midió la fuerza de asociación con OR con intervalo de confianza de 95%. Para analizar la variable SLEDAI se utilizó test de Student considerando significativo p valor < 0,05.

RESULTADOS

De 80 HC revisadas se hallaron 34 pacientes con nefropatía probada por biopsia, de las cuales se excluyeron 10. De las 24 historias consideradas registramos 23 mujeres y un

varón. La edad promedio en la presentación de NL fue de 31 años. Se manifestó como presentación inicial en el 45,8% (11p) y en 54,2% (13 p) luego de un tiempo promedio de evolución de lupus de 1,41 años. El tipo histológico más frecuente fue la clase IV (50% =12p). El antiDNAdc se halló positivo en el 50% (12/24). Se evaluaron dos grupos de acuerdo con la presencia de antiDNAdc (Figura 1), (Tabla 1) y se vio que los pacientes con antiDNAdc (+) tenían 5 veces más chances de desarrollar artritis que los pacientes con antiDNAdc (-) OR 6 (1,01- 35,3) y 8 veces más chances de presentar GNFIV OR 9 (1,4-57). Los pacientes con antiDNAdc (+) tenían mayor actividad por SLEDAI (p =0,002).

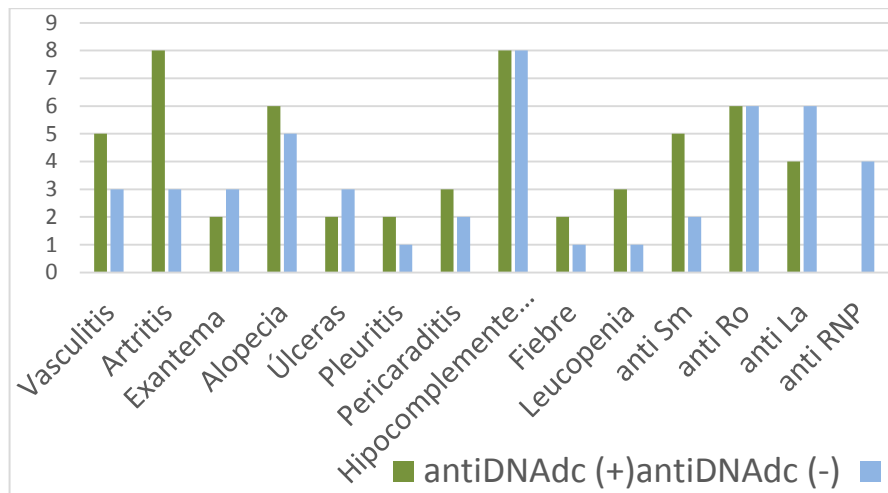


Figura 1. Características clínicas y serológicas en pacientes con NL antiDNAdc(+)/(-)

Tabla 1. Pacientes con Nefropatía Lupica				
	antiDNA (+)	antiDNA (-)	P valor	OR (IC 95%)
Pacientes	12	12		
Debut NL	4	7	0,39	
Edad a NL	30,5	32,25	0,18	
GNF I	0	2	0,47	
GNF II	1	4	0,31	
GNF III	1	1	1,00	
GNF III/IV	1	1	1,00	
GNF IV	9	3	0,014	9 (1,4-57)
GNF V	0	1	1,00	
SLEDAI	23,33	13,5	0,002	
Artritis	8	3	0,041	6 (1,01-35,3)



DISCUSIÓN

El compromiso renal durante el curso del LES suele ocurrir dentro de los 5 años del comienzo de la enfermedad y es generalmente considerado el factor más importante pronóstico, en términos de morbilidad. Hasta dos tercios de los pacientes lúpicos según la bibliografía presentan afectación renal en algún momento de la evolución de su enfermedad manifestándose desde una proteinuria leve hasta una función renal que se deteriora rápidamente. La presencia de antiDNAdc tiene mayor prevalencia en pacientes con enfermedad renal, pero su ausencia no excluye esta manifestación. En nuestro trabajo el 50 % de las NL presentó antiDNAdc negativo. No obstante, la positividad del mismo se relacionó con mayor actividad de la enfermedad, compromiso renal más severo y artritis, coincidiendo con lo reportado en otros trabajos.

CONCLUSIONES

En este grupo de pacientes la edad promedio de presentación de NL fue de 31 años, la clase histológica más frecuente fue la tipo IV (50%). La prevalencia del antiDNAdc fue del 50% y se relacionó principalmente con la presencia de artritis, GNF IV y mayor SLEDAI.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS A ENFERMEDAD CELIACA EN PACIENTES ADULTOS

Servicios de Gastroenterología, Anatomía Patológica y Laboratorio

D'Ascenzo María Virginia, Goñi Silvia, Gatii Lorena, Touneur María Gabriela, Alonso Andrés, Laguenz Martín, Calzona María Cecilia.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca (EC) es un trastorno inmunomediado de carácter sistémico provocada por una intolerancia permanente al gluten que se asocia también a otras patologías autoinmunes. La prevalencia en Argentina es de 1:167 adultos.

OBJETIVO

Analizar la asociación en pacientes con diagnóstico de EC en la adultez con otras patologías de base inmunológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han estudiado de forma retrospectiva pacientes mayores de 16 años diagnosticados de EC entre enero 2011 /2018. Se recolectaron datos referidos a los síntomas de presentación, enfermedades autoinmunes asociadas, bioquímica, resultado serológicos



de anti TTG IgA cuantificado mediante la técnica de ELISA considerando resultado positivo cuando era mayor de 20 UI/ml. Luego se procedió a la revisión de los reportes endoscópicos e histopatológicos de las biopsias duodenales según la clasificación de Marsh. Se consideró anemia como hemoglobina menor a 13 g/dL en los varones y menor a 12 gr/dL en mujeres. El diagnóstico de EC se basó en la clínica, marcadores serológicos y biopsia de intestino delgado.

RESULTADOS

Durante este período se diagnosticaron un total de 62 casos de enfermedad celíaca, de los cuales 41 (66,1 %) eran mujeres, media de edad al diagnóstico de 40,3 años (r 17-76) Síntomas más frecuentes al diagnóstico: diarrea crónica 9 pacientes (14,5%), distensión abdominal 16 pacientes (30,7%), 2 o más síntomas digestivos combinados (diarrea, distensión abdominal, dispepsia) 32 pacientes (51,6%), asintomáticos 5 (8,6%). La alteración de laboratorio con mayor frecuencia fue anemia en 15 pacientes (24,1%). Presentaban anti TTG mayor a 20 mg/dL 54 pacientes (87%). A todos los pacientes (100%) se les realizó endoscopia alta, los resultados de las biopsias duodenales fueron clasificados en Marsh 3a: 21 (33,87%), 3 b: 21 (33,87%) y 3 c: 20 (32,25%). Con antecedentes clínicos de diagnóstico de enfermedades autoinmunes se halló 16 pacientes (25,8%) Las mismas fueron: hipotiroidismo autoinmune 5 pacientes, Hepatitis autoinmune 3 pacientes, Cirrosis Biliar Primaria 3 pacientes, Diabetes Tipo 1 3 pacientes, dermatitis herpetiforme 1 paciente, alopecia areata 1 paciente.

DISCUSIÓN

Los resultados en nuestro estudio son similares a los publicados en referencia a la mayor prevalencia en el sexo femenino y en la edad media de diagnóstico de EC entre la tercera y cuarta década. La mayoría de nuestros pacientes tienen una presentación "clásica" de la enfermedad si bien esta presentación clínica es más frecuente en niños que en los adultos. (Gráfico 1) Anemia ferropénica inexplicable y/o que no responde al tratamiento con hierro (6-12 %) está descrita como una forma clínica no clásica Se debería notar, que la prevalencia de enfermedad autoinmune en nuestra población (25,8 %) fue mayor que otras series como la de Finlandia (17%)¹ o Francia (19,3%)² y coincidente con la serie de Italia (24,3%)³ Las enfermedades asociadas precedieron a la enfermedad celíaca, aunque también pueden manifestarse simultáneamente e incluso después del diagnóstico. La Dermatitis herpetiforme (1-6 %) Diabetes mellitus tipo 1 (5-8 %). Tiroiditis autoinmune (5-8 %) son las enfermedades con mayor riesgo de asociación con EC y en menor proporción puede coexistir también con trastornos hepáticos autoinmunes como la hepatitis autoinmune, la cirrosis biliar primaria y la colangitis esclerosante primaria.⁴ (Gráfico 2). Frecuentemente estos pacientes que integran los grupos de riesgo son asintomáticos para la enfermedad celíaca.

Grafico 1: Formas clínicas de presentación de Enfermedad celiaca

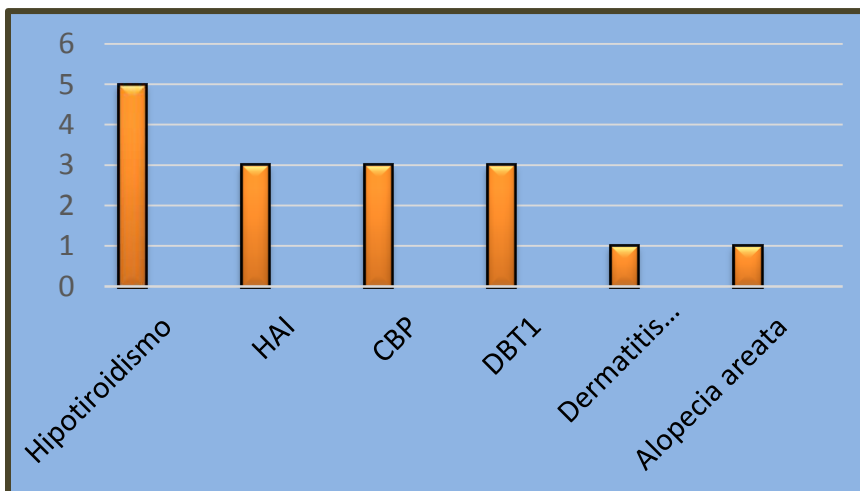
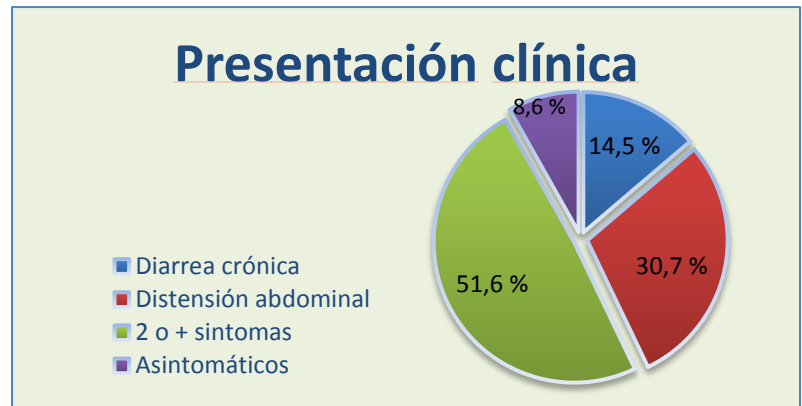


Grafico 2: Número de casos de enfermedades autoinmunes diagnosticadas en pacientes con EC

CONCLUSIONES

Dada la elevada asociación de EC con patologías autoinmunes observada, siempre se debe investigar al realizar el diagnóstico de estas patologías de base inmunológica, la posible asociación con la enfermedad celiaca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Viljamaa M, Kaukinen K, Huhtala H, et al. Coeliac disease, autoimmune diseases and gluten exposure. *Scand J Gastroenterol* 2005; 40:437–443.
2. Cosnes, J.; Cellier, C.; Viola, S.; Colombel, J.F.; Michaud, L.; Sarles, J.; Hugot, J.P.; Ginies, J.L.; Dabadie, A.; Mouterde, O.; et al. Incidence of autoimmune diseases in celiac disease: Protective effect of the gluten-free diet. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2008, 6, 753–758.
3. Stefano Bibbò, MD, Giovanni Mario Pes, MD, PhD, Paolo Usai-Satta, MD, Roberta Salis, MD, Sara Soro, MD, Bianca Maria Quarta Colosso, MD, Maria Pina Dore, MD, PhD. Chronic autoimmune disorders are increased in coeliac disease, *Medicine* (2017) 96:47,
4. “Documento de consenso de Enfermedad Celíaca” Ministerio de Salud de la Nación. Año 2017.

PENFIGOIDE DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS: CORRELACIÓN CLÍNICO PATOLÓGICA Y ROL DIAGNÓSTICO DE LA INMUNOFLUORESCENCIA DIRECTA (IFD)

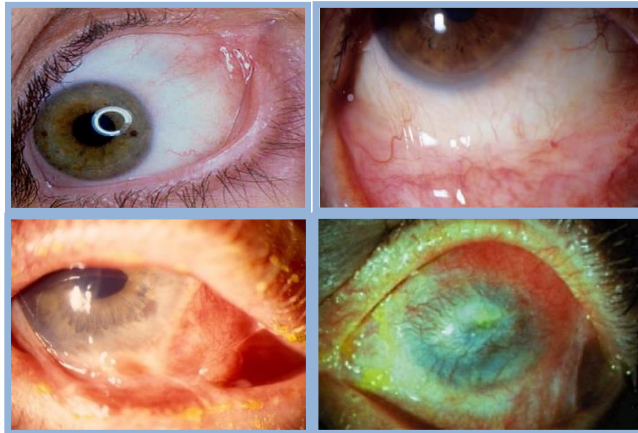
Servicios de Oftalmología y Anatomía Patológica

Cozzi Susana; Defeo Cecilia; Andrade Lucas; Ronsino Vanina; Abuin Liliana; Baglieri Natalia; Popovich Ana; Ferreiro Paula; Ferella Elsa; Marai Gladys

INTRODUCCIÓN

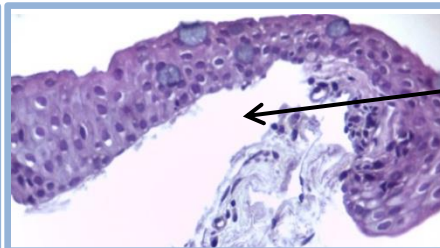
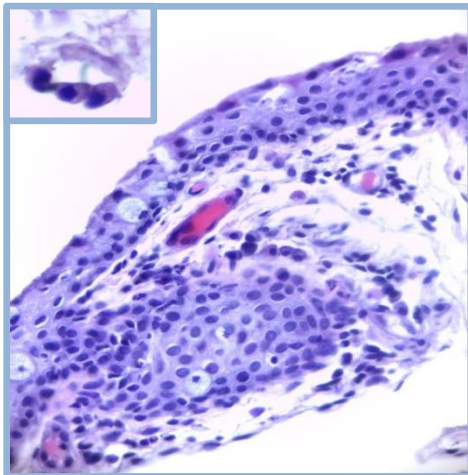
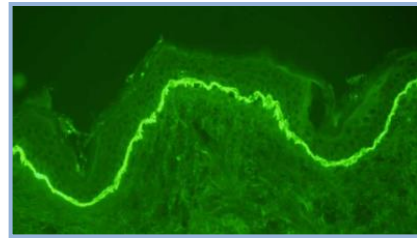
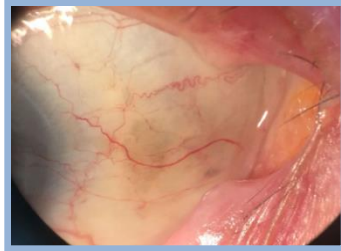
El penfigoide de las membranas mucosas (PMM) es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune, multisistémica, que se caracteriza por la presencia de ampollas subepiteliales a nivel de mucosa oral, ocular, genital, nasofaríngea, esofágica, laríngea y piel, con o sin cicatrización clínicamente observable.

Es una enfermedad poco frecuente (prevalencia en EE.UU de 1:20.000 a 1:60.000). Predomina en mujeres a partir de los 50 años y suele desarrollarse de manera progresiva con períodos de exacerbación, llegando a producir secuelas de máxima gravedad a nivel ocular, tales como órbitas congeladas y ceguera. El borramiento del pliegue semilunar, la fibrosis subepitelial, el acortamiento del fórnix y el simbléfaron, entre otros, forman parte del florido cuadro oftalmológico. Teniendo en cuenta la presencia y magnitud de las características clínico-patológicas, se estadifica a la enfermedad en 4 grados descriptos por Fóster, donde el I se corresponde con el más leve y el IV con el más grave. En cuanto a los hallazgos histopatológicos, la tinción con hematoxilina/eosina revela alteraciones inespecíficas como infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario o más específicas, como ser la presencia ampollas subepiteliales, o mastocitos. La inmunofluorescencia directa (IFD) es una técnica sencilla que permite evidenciar depósitos lineales de IgG, IgA y C3 en la zona de la membrana basal (ZMB) y confirmar el diagnóstico. Sin embargo estudios sugieren, en base a los falsos negativos, que la IFD podría ser prescindible en los casos en que la clínica avala fuertemente el diagnóstico.

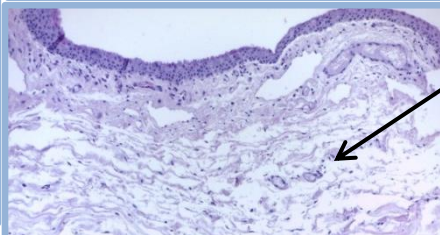


OBJETIVO

Evaluar la correlación clínico-patológica de pacientes con sospecha de PMM que asisten al Servicio de Oftalmología del Htal. HIGA Rossi, y discutir el rol de la IFD en la confirmación diagnóstica, la conducta terapéutica y el seguimiento de los pacientes.



Ampolla subepitelial



Fibrosis

MATERIAL Y MÉTODOS:

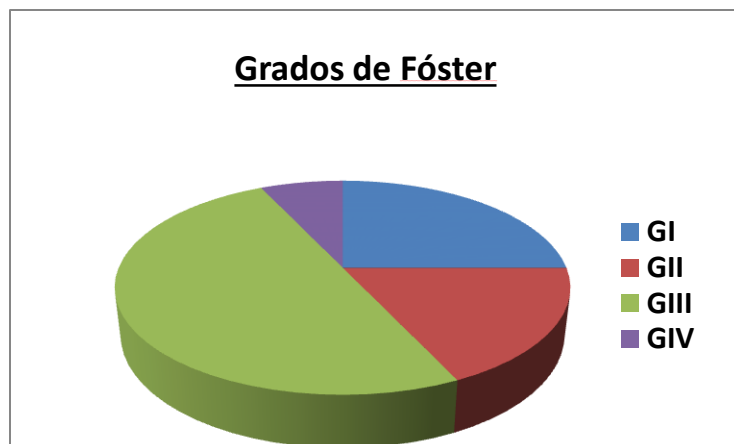
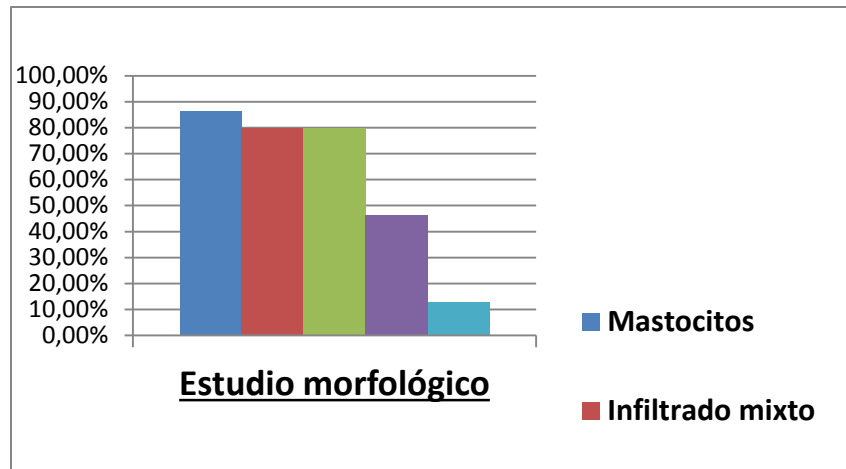
Se realizó un estudio retrospectivo con revisión de historias clínicas de pacientes con sospecha de PMM desde el 01/05/17 hasta el 01/09/18. Se incluyó un total de 28 pacientes, a los que se les realizó evaluación oftalmológica bajo lámpara de hendidura, toma de biopsia conjuntival para IFD y estudio morfológico de rutina. Las muestras para IFD se transportaron en solución fisiológica, se congelaron inmediatamente y se realizaron

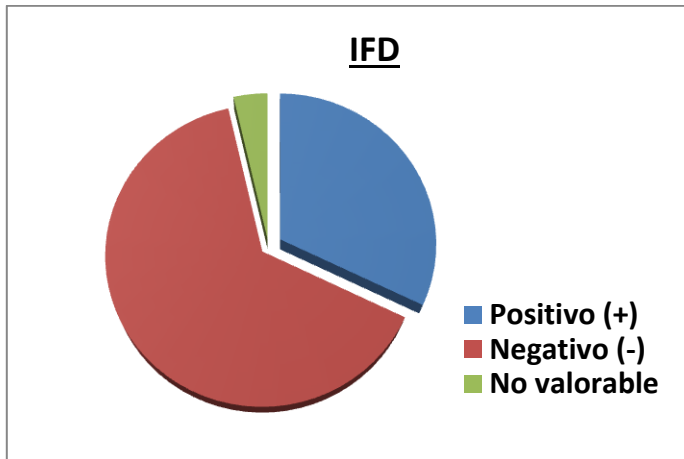


cortes de 5µm utilizando criostato. Fueron fijadas en acetona, inmunomarcadas con anticuerpos monoclonales fluoresceinados (IgG, IgA y C3) y observadas con microscopio de inmunofluorescencia. Las muestras para análisis morfológico se fijaron en formol, se procesaron con métodos de rutina y colorearon con hematoxilina y eosina. Se evaluó en forma estadística los datos concernientes al sexo, edad, estadios de Fóster y resultados inmunohistopatológicos (se consideraron presencia o ausencia de: ampolla subepitelial, infiltrado mixto, mastocitos, células caliciformes y fibrosis).

RESULTADOS

Del total de 28 pacientes, 10 (36%) fueron hombres y 18 (64%) mujeres. El promedio de edad fue de 62 años (rango de 31-86 años). 11 pacientes (39%) consultaron por síntomas de conjuntivitis crónica. Sólo 1 de los pacientes presentó compromiso mucoso extraconjuntival. 7 casos (25%) se correspondieron con un GI, 5 (18%) con un GII, 14 (50%) con un GIII y 2 (7%) con un GIV. El estudio morfológico se realizó en 15 de los 28 pacientes (en el resto no se tomó o fue insuficiente). En el mismo se observó: mastocitos en 13 muestras (86,5%), infiltrado mixto en 12 (80%), fibrosis en 12 (80%), ausencia o disminución de células caliciformes en 7 (46,5%) y ampollas subepiteliales en 2 muestras (13%). El estudio de IFD demostró positividad (+) en 9 casos (32,1%), 18 (64,3%) fueron negativos (-) y 1 (3,6%) resultó no valorable. Excepto 1 caso, todos los (+) se correlacionaron con un GIII, mientras que los (-) se correlacionaron con GI, II, III y IV.





DISCUSIÓN

La alta casuística de PMM plasmada en este estudio, se desprende del hecho de ser nuestra institución un centro de derivación oftalmológica provincial. Si bien en la Argentina no hay datos epidemiológicos, los resultados obtenidos coinciden con la bibliografía consultada.

La mayoría de los pacientes, al momento de la consulta en nuestra institución presentó un grado avanzado de la enfermedad (GIII). En contraposición con la bibliografía, la mayoría de los casos con IFD positiva coincidieron con un GIII de Fóster. A pesar de que la IFD ha demostrado confirmar un número considerable de casos, en la mayoría resultó negativa. Esto pudo deberse a la técnica de toma de biopsia, al sitio de elección de la misma, y a la conservación, entre otros, por lo que se plantea la real utilidad de la IFD en el diagnóstico y cuál sería la conducta a seguir ante resultados negativos. Los parámetros morfológicos más frecuentes fueron presencia de mastocitos, infiltrado inflamatorio mixto y fibrosis. Las ampollas fueron encontradas en una minoría de casos, tal como se describe en la literatura.

Se debe destacar el riesgo que conlleva la toma de muestra en aquellos con un proceso activo, debido a que puede generar un empeoramiento o aceleración del cuadro.

CONCLUSIÓN

Los antecedentes de peregrinaje de estos pacientes, realizando múltiples consultas por síntomas inespecíficos como ardor, quemazón y conjuntivitis crónica, es una situación recurrente en esta enfermedad. El grave impacto en la calidad de vida y sus consecuencias discapacitantes, obligan al médico a tener presente esta entidad y detectarla temprana y oportunamente. El carácter multisistémico hace necesario, en muchos casos, un abordaje interdisciplinario. La biopsia positiva por métodos de IF, apoya el diagnóstico, siendo de utilidad aún en estadios avanzados. De todas maneras, un resultado negativo no descarta el cuadro, por lo que ante la persistencia de una fuerte sospecha clínica, los pacientes deben recibir el tratamiento indicado para esta patología, incluyendo tratamiento sistémico en estadios avanzados.



BIBLIOGRAFÍA

- 1- Chan, L.S. et al. The first international consensus on mucous membrane pemphigoid: definition, diagnostic criteria, pathogenic factors, medical treatment, and prognostic indicators; 2002
- 2- Spencer. Ophthalmic Pathology. An atlas and textbook. 4th Edition
- 3- Fleming TE, Koman NJ. Cicatricial pemphigoid. J Am Acad Dermatol.
- 4- 2000 Oct; 43(4):571-91; quiz 591-4
- 5- Edson HC, Paula A. Ocular cicatricial pemphigoid: Conjunctival biopsy findings and its relationship to ocular's inflammation and scarring; 2016



MENCIÓN ESPECIAL
XXXIII JORNADAS CIENTÍFICAS DEL HIGA ROSSI
“Dr. Juan Fraguela”



Marcelo Delpiano, *Magma*, Acrílico (2018)



BÚSQUEDA DE RESISTENCIA A COLISTIN EN AISLAMIENTOS DE ESCHERICHIA COLI Y KLEBSIELLA PNEUMONIAE EN EL H.I.G.A. “PROF. DR. RODOLFO ROSSI”

Servicio de Laboratorio - Sector Bacteriología

Carbone Ruth; Torres Vanina; Cazzola Laura; González Julieta; Ardizzoli Karina.

INTRODUCCIÓN

El colistin (COL), de la familia de las polimixinas, es un antibiótico con amplio espectro contra bacilos Gram negativos. Se usa para el tratamiento de infecciones con bacterias altamente resistentes tales como Enterobacterias resistentes a carbapenemes y *Acinetobacter* spp., para el cual otras opciones de tratamiento son limitadas.

En febrero de 2016 el Servicio Antimicrobianos del INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”, Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) lanzó un alerta epidemiológico confirmando los primeros hallazgos en Argentina de Enterobacterias portadoras del gen *mcr-1* que codifica para resistencia transferible a las polimixinas (colistin y polimixina B).

La emergencia de resistencia a COL es preocupante, ya que en la práctica clínica se considera uno de los últimos, y a veces únicos, agentes efectivos para el tratamiento de infecciones con bacterias multi- resistentes.

OBJETIVO

Detectar la presencia de resistencia a COL en aislados *Escherichia coli* (*E coli*) y *Klebsiella pneumoniae* (*Kpn*) en muestras de pacientes del H.I.G.A.” Prof. Dr. R. Rossi”.

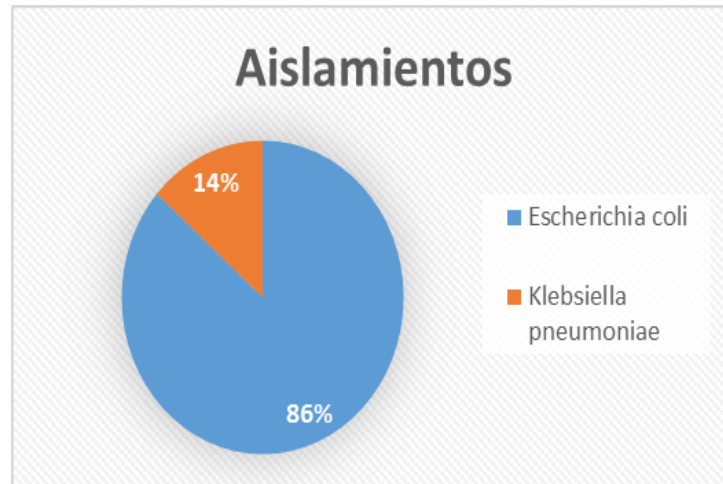
MATERIALES Y MÉTODOS

Se aislaron 111 cepas de muestras de pacientes adultos que concurren al H.I.G.A. Prof Dr. R. Rossi, desde agosto hasta diciembre de 2017. Se clasificaron los aislamientos en *E coli* o *Kpn*.

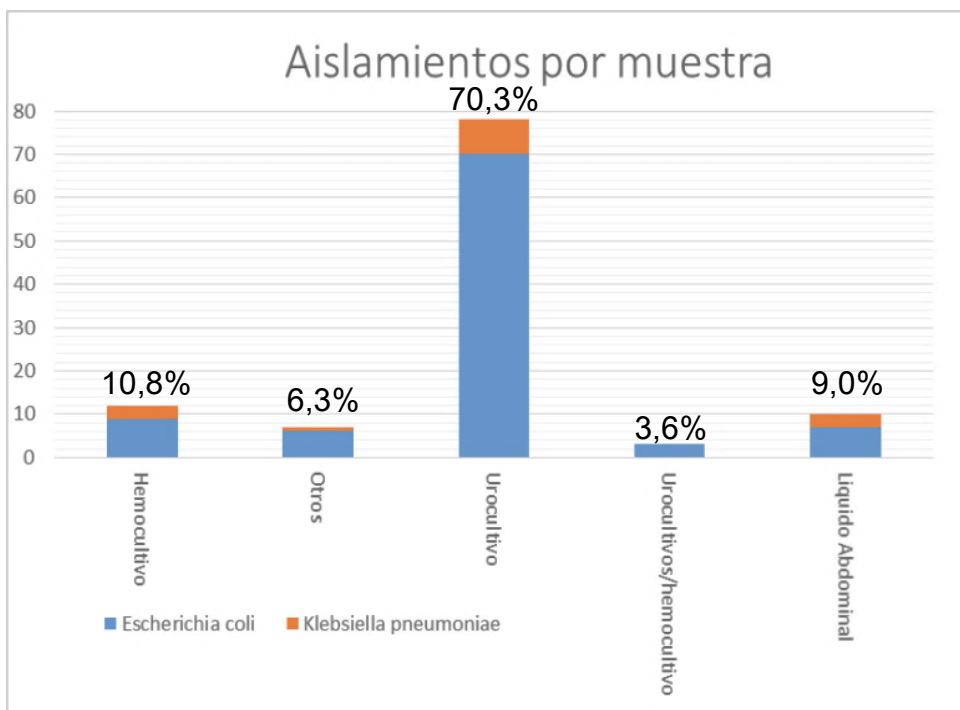
La prueba de sensibilidad a antibióticos se realizó por difusión de disco según las directrices del Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Según el LNR, halos de COL ≤ 10 mm se corresponden con valores de CIM resistente, halos ≥ 14 mm se correlacionan con sensibilidad por CIM y las cepas con halos entre 11 y 13 mm requieren definición por método de referencia o aceptado.

RESULTADOS

De las 111 cepas, 96 (86%) fueron *E coli* y 15(14%) correspondieron a *Kpn*.

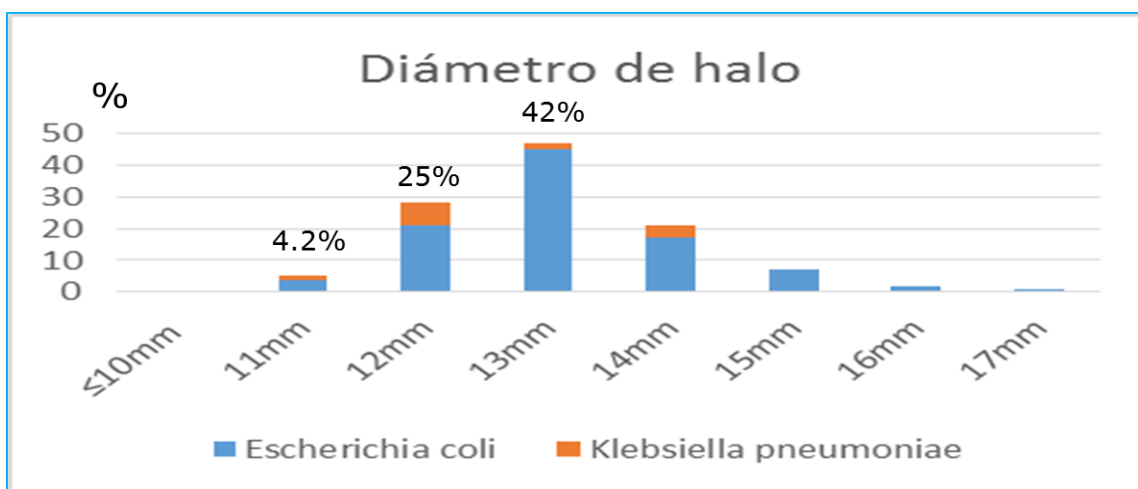


Las muestras analizadas fueron un 70.3% urocultivos, un 10.8% hemocultivos, un 9% líquidos abdominales, un 3.6% de cepas aisladas tanto de hemocultivos como urocultivos y un 6.3 % de muestras (consideradas como otros) correspondieron a líquidos retroperitoneales, partes blandas y secreciones



Del total de muestras 32 (28.8%) presentaron diámetros de halo que se interpretan como sensibles y 79 (71.2%) diámetros de halo que se interpretan como intermedio utilizando el

método de difusión con discos. De estos últimos, un 42% presentaron diámetros de halo de 13 mm.



Solo 1 cepa (1%) con diámetro de halo INTERMEDIO (por difusión con discos) presentó un halo de COL $< 10\text{mm}$ cuando se evaluó por el método aceptado, siendo este interpretado como RESISTENTE.

DISCUSIÓN

El gen *mcr-1* se informó por primera vez a fines de noviembre del 2015 en China. Se detectó la presencia del gen en 16 (1%) de 1322 muestras de pacientes, que estudiaron en un lapso de 3 años.

En septiembre de 2017, se lanzó un boletín informativo el cual desaconseja el uso del método de difusión en disco, tiras de gradiente, así como métodos automatizados para estudiar la sensibilidad a COL. Recomienda utilizar métodos de referencia o métodos aceptados.

Dentro de los de referencia se encuentran la microdilución y macrodilución en caldo, la dilución en agar y la PCR de *mcr-1*, y de los aceptados, pre difusión con tabletas. En caso de utilizarse la difusión con discos, el boletín confirma que halos de COL $\leq 10\text{mm}$ correlacionan con CIMs $\geq 4\mu\text{g/ml}$ (RESISTENTE) y halos $\geq 14\text{mm}$ correlacionan con CIMs $\leq 1\mu\text{g/ml}$ (SENSIBLE); sin embargo halos entre 11 y 13mm (INTERMEDIO) deben ser evaluados por un método de referencia o aceptado.

Durante el transcurso del trabajo se detectó una cepa (1%) de 111 con halos $\leq 10\text{mm}$ es decir con CIM a COL $\geq 4\mu\text{g/ml}$, consideradas resistentes según los puntos de corte establecidos cuando se realizó el método aceptado.

CONCLUSIÓN

El hallazgo de cepas productoras de MCR-1 debe ser considerado de alto riesgo epidemiológico. Debido a la presencia de Enterobacterias resistentes a COL en Argentina y la importancia de este antibiótico en el tratamiento de infecciones provocadas por



bacterias multiresistentes, es de vital importancia la detección y derivación al LNR de cualquier cepa de Enterobacterias con halo de COL $\leq 10\text{mm}$.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA TÉCNICA MINIMAMENTE INVASIVA VS CIRUGÍA ABIERTA EN LESIONES AGUDAS DEL TENDÓN DE AQUILES

Servicio de Ortopedia y Traumatología

Boscarino Nicolás, Capelli Pablo, Contreras Jorge, Freixa Calvo Magali, Navoni Mateos Estefanía, Pirez Silvina, Sierro Mónica, Valli Federico

OBJETIVO

Evaluar las ventajas y desventajas de la técnica mínimamente invasiva vs cirugía abierta en lesiones agudas del tendón de Aquiles.

INTRODUCCION

El tendón de Aquiles está formado por fibras de los músculos gastrocnemios y soleo. La irrigación está dada por la arteria peronea y tibial posterior¹.

La incidencia de estas lesiones ha aumentado considerablemente. En la actualidad es de un 2%. La máxima se da entre la 2° y 8° década, con pico máximo entre la 3° y la 5° décadas. Predomina en sexo masculino². Suele asociarse a actividades extenuantes. Algunos factores predisponentes son entesitis, disfunción endocrina, infecciones, uso de fluoroquinolonas y esteroides.

Aproximadamente el 9% de las lesiones ocurren en la unión musculotendinosa, el 72% ocurren en la porción media, y un 19% distalmente a la inserción tendinosa.

- 72-73% Media-
- 14-24% Distal-
- -14% Proximal

Las alternativas terapéuticas para estas lesiones pueden dividirse en conservadoras y quirúrgicas.

El tratamiento conservador incluye inmovilización con yeso o rehabilitación funcional.

Las opciones quirúrgicas son cirugía abierta y técnica mini invasiva (tratamiento endoscópico, técnica de Dresden y técnica percutánea).



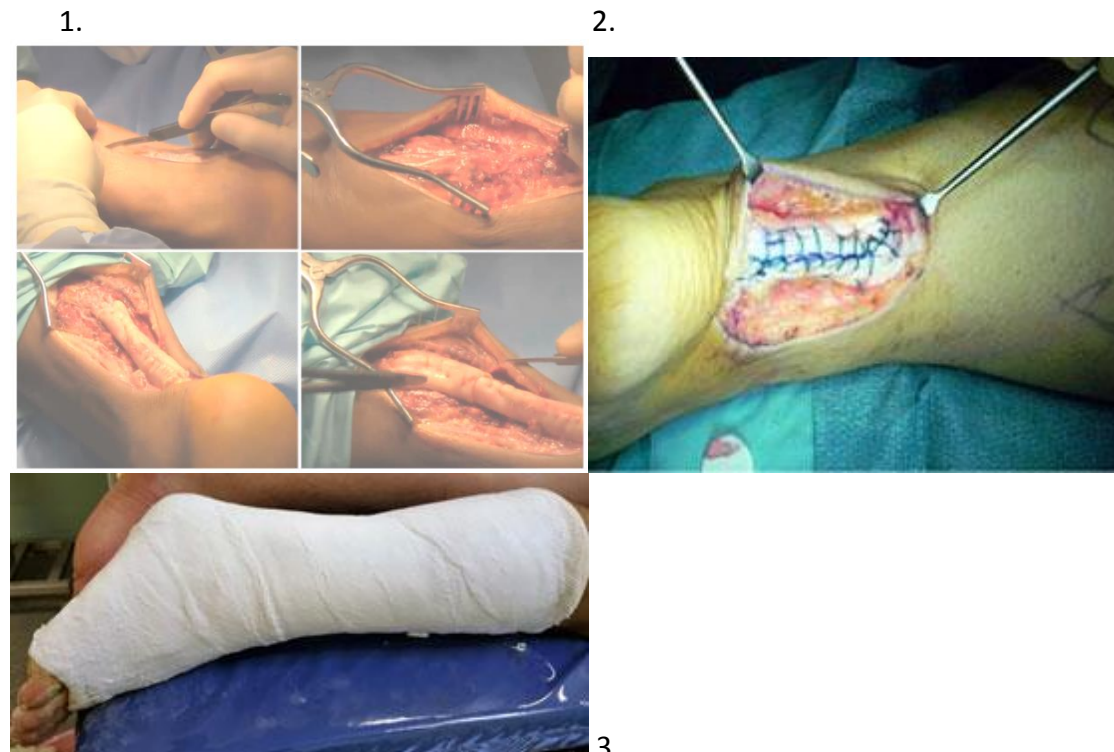
MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio comparativo retrospectivo de una serie de casos entre 2014 y 2018. Se incluyeron pacientes mayores de 15 años, independientemente del sexo y con roturas agudas (menos de 15 días de evolución).

Se evaluaron 12 casos de roturas agudas del tendón de Aquiles, tratados con técnica mínimamente invasiva (Dresden) y 8 casos de rotura aguda tratados con técnica abierta. Los criterios de exclusión fueron: uso de corticoides locales y/o sistémicos, inmunosupresores, quinolonas, re rupturas, pacientes con IRC y rotura en la unión miotendinosa.

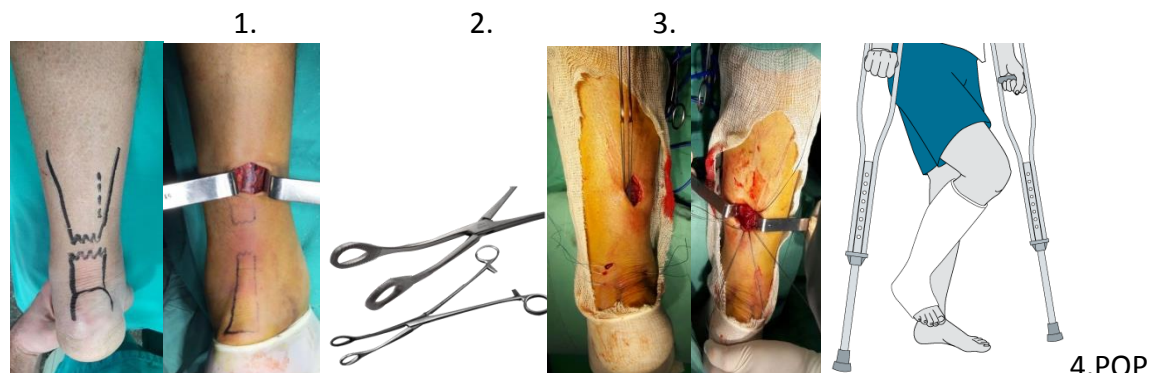
El diagnóstico se llevó a cabo mediante la anamnesis y el examen físico. Se realizó ecografía previa a la cirugía para determinar el GAP y la altura de la lesión.

Técnica abierta



Se observa vía de acceso y localización de lesión (1), Tenorrafia (2) e Inmovilización (3).

Técnica Mini invasiva (Dresden)



Se observa ubicación de lesión y acceso quirúrgico (1) Pinzas utilizadas para pasar las suturas (2); Sutures ya pasadas para el cierre (3). Inmovilización POP.



OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Comparar resultados en cuanto a movilidad de tobillo, fuerza, (Encuesta AOFAS)
- Evaluar tolerancia de carga monopodálica sobre punta de pie
- Evaluar retorno al trabajo y al deporte en ambos grupos
- Comparar secuelas en herida quirúrgica.
- Evaluar costos en ambos procedimientos
- Evaluar costos entre cirugía mini invasiva en la técnica original y la adaptada utilizada en nuestro servicio.

RESULTADOS

La totalidad de los pacientes fueron varones. Promedio de edad de 42,5 años (21-64 años). La mayoría se lesionaron durante práctica deportiva. Se disminuyó el tiempo quirúrgico y la estadía hospitalaria respecto de la cirugía abierta convencional. Se registraron un promedio de 1-2 días de internación para la técnica mini invasiva vs 1-4 para la cirugía abierta, siendo el valor del día de internación \$1232,4 lo que implica una disminución del costo del 50% utilizando la técnica mini invasiva. En ésta última la modificación incorporada al cambiar el hilo de sutura originalmente descripto: fiber wire 2 (precio aproximado \$ 3000/5000) por Ethibon 2 (por 3 suturas) precio aproximado \$ 1040 con un ahorro significativo (\$ 9000/15.000) a \$3120 por cirugía.

El puntaje de la escala AOFAS obtenido en el seguimiento fue valorado en todos los pacientes con resultados entre 90 - 100. Un solo paciente sufrió dehiscencia de la herida, evolucionando luego favorablemente. No hubo infecciones, lesiones del nervio sural ni rupturas. Los pacientes reanudaron rápidamente a su actividad laboral. El grado de satisfacción fue alto en todos ellos.

Técnica Abierta



Técnica Mini-invasiva





Arcos de movilidad obtenidos en el postoperatorio:

Flexión dorsal y Flexión Plantar.



Bipedestación en puntas de pie y apoyo plantígrado.
Se observan arcos de movilidad completa

	Abierto	Mínimamente invasivo
Tiempo Quirúrgico	60 - 90 min	45 - 60 min
Días Internación	1-4	1-2
Acceso quirúrgico	7-10cm . Invade fascia y peritendón	3-5cm fuera del área de contacto con el calzado
Aposición tendinosa	Bajo visión directa	Con sutura paratendinosa
Movilidad y carga	2do mes carga y 3er mes movilidad	Inicia carga a los 15 días Inicia movilidad 7ma semana
Complicaciones	Frecuentes asociadas a la herida	infrecuente



Tiempo inmovilización con yeso	4 semanas	2 semanas
Retorno a la actividad laboral	4 meses	3 meses
Retorno a la actividad deportiva	8 meses	6 Meses
Costo total	\$ 5000 Aprox	\$2500 Aprox

CONCLUSIÓN

En conclusión, en base a nuestros hallazgos y en comparación con la literatura revisada₃, la reparación según la técnica descrita por Amlang es una técnica reproducible con resultados funcionales similares a los obtenidos con el método quirúrgico tradicional, sin sus complicaciones₄ y con menos secuela estética.

Las modificaciones propuestas en nuestro servicio con respecto a la técnica original convierten a esta en un método aconsejable para cualquier institución, disminuyendo los costos y con los mismos resultados posoperatorios. Como puede observarse en el trabajo mencionado a continuación:

Angelo Del Buono, Andrea Volpin, et al. Minimally invasive versus open surgery for acute Achilles tendon rupture: a systematic review. British Medical Bulletin, 2014, 45–54

- 781 pacientes. 375 reparación abierta y 406 mínimamente invasiva
- El rango de movilidad resulto mejor en la mínimamente invasiva
- Con menores complicaciones
- Menor cicatriz
- Menor tiempo de internación y costo hospitalario

BIBLIOGRAFÍA

- Chen T, Rozen W, Pan WR, Ashton M, et al. The arterial anatomy of the achilles tendon: Anatomical study and clinical implications. Clin Anat 2009; 22:377-85.
- Gross C, Nunley J. Acute Achilles tendon ruptures. Foot Ankle Int 2016;37:233-9.
- Del Buono A, Volpin A, et al. Minimally invasive versus open surgery for acute Achilles tendon rupture: a systematic review. Br Med Bull. 2014;109:45 – 54 doi: 10.1093/bmb/ldt029.
- Bom C, Gil J, A Goodman A. Joint contractures resulting from prolonged immobilization etiology, prevention and management. J Am Acad Orthop Surg 2017 ; 25 (2) : 110-6.

NUESTRA EXPERIENCIA CON IMPLANTE SUBDÉRMICO COMO ANTICONCEPTIVO EN ADOLESCENTES

Servicio de Ginecología

Dra. Rego, Mónica. Dra. Tapia Ferrer Gisela. Dra. Abilleira, Elsa. Dr. Giantomasi, Héctor. Dr. Caliendo Gustavo.

INTRODUCCIÓN

El implante anticonceptivo subdérmico de etonogestrel (Implanon®) es un LARC (anticonceptivos reversibles de acción prolongada) cuyo mecanismo de acción consiste en la inhibición de la ovulación y el aumento de la viscosidad del moco cervical, que dificulta el paso de los espermatozoides por el canal endocervical. Consiste en una varilla única semirrígida de 44 mm de longitud y 2 mm de diámetro de un material plástico, acetato de etinil-vinilo (EVA), con 68 mg de etonogestrel. Su efecto dura 3 años y se coloca en la cara interna del brazo. Las más altas tasas de fracaso en la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos se han observado en las adolescentes. Esto se evidencia especialmente en aquellos que requieren una ingesta diaria, como los anticonceptivos orales o una alta motivación de las usuarias, como es el uso del preservativo. Los estudios han demostrado que el implante subdérmico es un método eficaz en la prevención tanto del primer, como del segundo embarazo durante la adolescencia. Esto se debe a las mayores tasas de continuidad por su prolongada duración (tres años) y uso independiente de la usuaria. El asesoramiento previo a la inserción del Implante es la principal estrategia para promover la continuidad de su uso. El efecto secundario más común es la alteración del patrón de sangrado. Las reacciones adversas más frecuentes son cefaleas, acné, mastalgia, dismenorrea y aumento de peso. Los cambios en los parámetros metabólicos son mínimos y sin significancia clínica.





OBJETIVOS

1) Caracterizar la población estudiada 2) Analizar el patrón de sangrado posterior a la colocación del mismo 3) Determinar los efectos adversos 4) Evaluar la eficacia y aceptabilidad de Implanon en las adolescentes.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo. Se revisaron historias clínicas de las pacientes a las cuales se les colocó un implante anticonceptivo en el consultorio de Adolescencia del Servicio de Ginecología del HIGA Prof. Dr. R. Rossi de La Plata, en el período comprendido entre enero de 2017 y junio de 2018. Se utilizaron las Historias Clínicas de Adolescencia del CLAPS-OPS-OMS y del SISC (Sistema de Información Sanitaria Centralizada) y encuesta telefónica. Las variables evaluadas fueron: edad, menarca, inicio de actividad sexual, uso de anticonceptivo anterior, ritmo menstrual, paridad y patología médica. Los patrones de sangrado posteriores a la colocación fueron monitoreados a los tres meses usando un calendario menstrual que se clasifica de la siguiente manera: amenorrea, sangrado infrecuente (1-2 episodios de sangrado en 90 días), sangrado frecuente (más de 4 episodios), sangrado prolongado (más de 14 días).

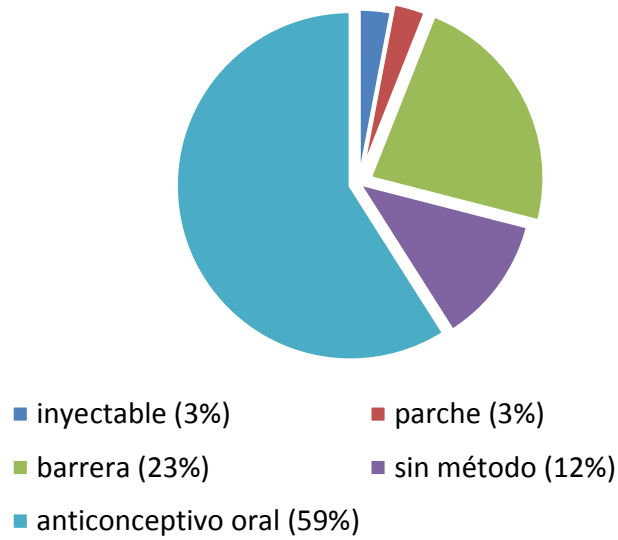
RESULTADOS

Durante el período de estudio se colocó el implante a 34 pacientes. La edad promedio al momento de la inserción fue de 18 años. (Rango 14 a 27). La edad media de inicio de relaciones sexuales fue 15,7 años.

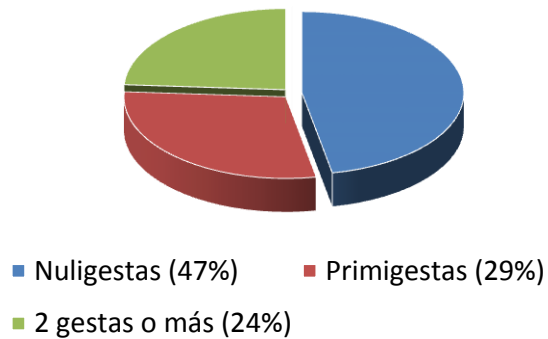
- 59% (20) había usado anticonceptivos orales previamente.
- 3% (1) inyectable
- 3% (1) parche
- 23% (8) barrera
- 12 % (4) sin método



Uso de anticonceptivo previo



Paridad

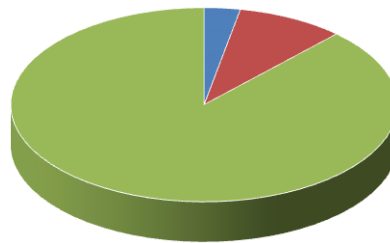


Paridad: Amamantaban al momento de la colocación 32% (11). El 47 % (16) eran nuligestas, 29% (10) primigestas, y 24% (8) habían tenido 2 gestas o más.

Presentaban patología médica previa a la colocación: 3% (1) epilepsia. 9 % (3) retraso madurativo.



Patología previa

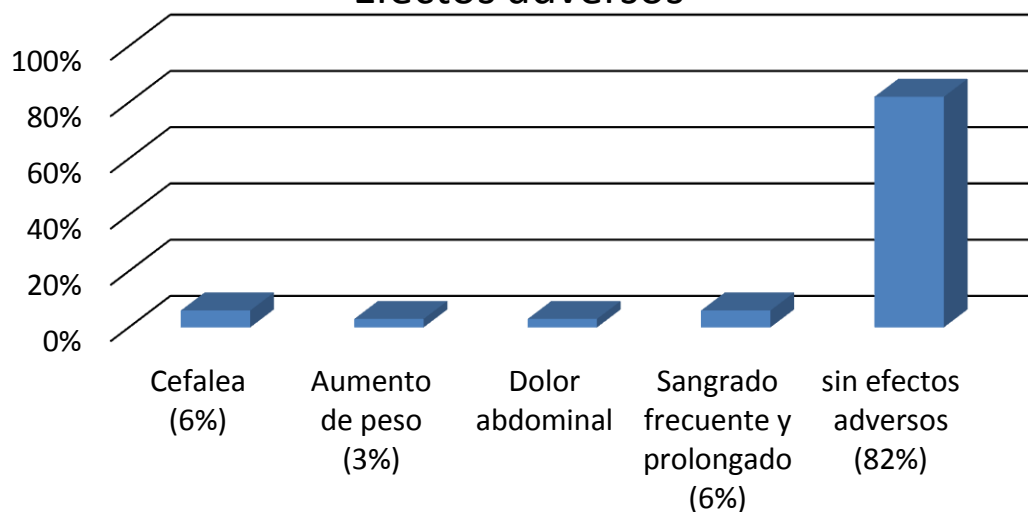


■ Epilepsia (3%) ■ Retraso madurativo (9%) ■ sana (88%)

Patrón de sangrado previo: Regular 80%(27). Amenorrea por lactancia 15% (5). Irregularidad menstrual 5%(2). El patrón de sangrado posterior a la colocación: amenorrea 71% (24), sangrado infrecuente 23 % (8), sangrado frecuente 3 % (1) y sangrado prolongado 3 % (1)

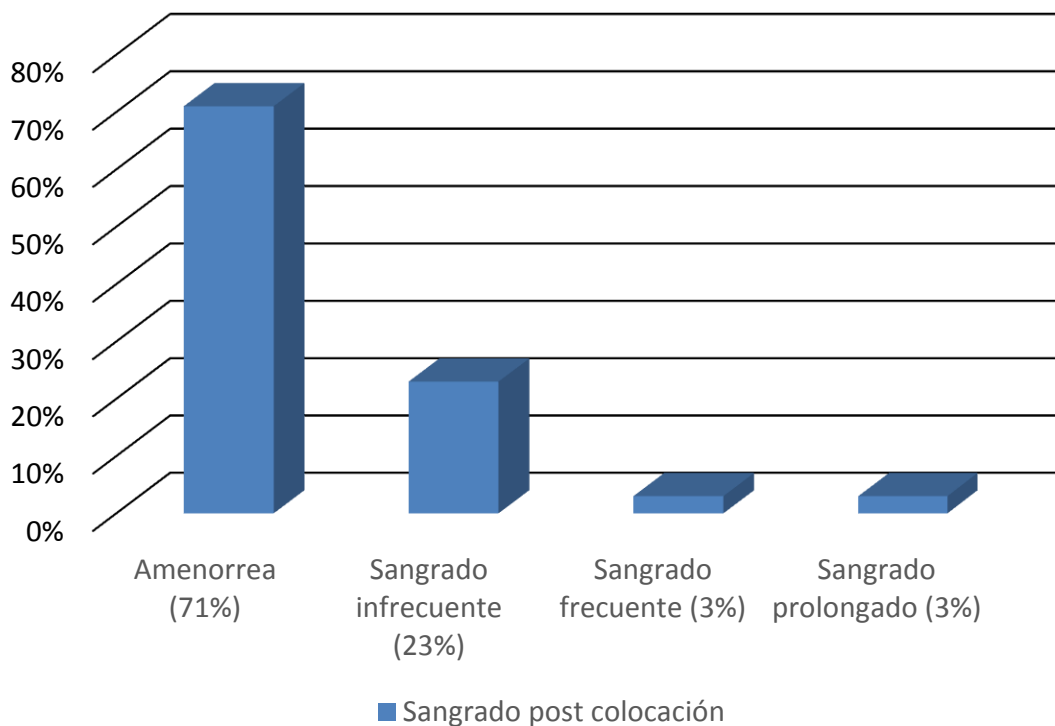
Los efectos adversos presentaron: Cefalea 6% (2). Aumento de peso: 3%(1).Dolor abdominal 3%(1) Sin efectos adversos 82%(28). Sangrado frecuente y prolongado 6%(2). La eficacia del método fue evaluada con la Tasa de embarazo, que en la población objetivo fue de 0%.

Efectos adversos



■ Efectos adversos

Sangrado post colocación



En cuanto a la aceptabilidad continúan con Implanon 91% (31) de las usuarias y se extrajó al 9 % (3). El 100% de las pacientes lo recomendarían.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La literatura presenta como principal efecto secundario la alteración del patrón menstrual en un 60 a 70% de las mujeres en el primer año de uso, y los efectos adversos son mínimos, lo cual coincide con nuestra estadística. A pesar de los efectos secundarios la tasa de continuidad presentada en los distintos estudios varía del 70 a 85% en el primer año de uso, siendo una de las más altas entre los métodos anticonceptivos. En nuestra estadística fue 91%. Al igual que en otros estudios, los patrones de sangrado más frecuentes en el primer año fueron amenorrea (71%), sangrado infrecuente (23%). Este resultado es positivo, teniendo en cuenta que estos patrones de sangrado tienden a ser mejor tolerados que los sangrados prolongados y/o sangrados frecuentes, contribuyendo así a una mayor adhesión al método anticonceptivo. Las mujeres que discontinúan el método son las que experimentan un sangrado más frecuente y prolongado (6%).

Si bien se le extrajó el implante al 9 % (3), el 100% de las pacientes lo recomendarían. Por todo lo expuesto concluimos que el implante anticonceptivo es una opción



anticonceptiva segura y eficaz para los adolescentes. La consejería es muy importante para promover la tolerancia a los patrones de sangrado y el manejo clínico adecuado cuando se presentan sangrados prolongados, asegurando así la continuidad y adherencia al método anticonceptivo.