



# HIGA PROF. DR. RODOLFO ROSSI

XXXV Jornadas Científicas  
"Dr. Juan Fraguela"  
/// **Boletín N° 4**





## **AUTORIDADES**

### **Directora Ejecutiva**

Dra. María Cecilia Jaschek

### **Directores Asociados**

Lic. Cecilia Fasano

Dr. Guillermo Marti

Dra. Violeta Hernández

Cra. Gladys Cárdenas

### **Producción y diseño editorial**

CS. Ivana Soto

CS. Débora Villalba

Lic. Emiliano Cabana Bezpálov

### **Docencia e Investigación**

Dra. María Celina Méndez

Dra. Gabriela Ranchilio

Sra. Silvina Bruzzone

### **Jurado Externo**

Dra. María González Arzac

Dra. Cecilia Calzona

Dr. Carlos Feller

# Índice

- p.4 **Editorial.**
- p. 6 **Conferencia: “La comunicación como herramienta de gestión para la salud pública”. Lic. Cristian Scarpetta.**
- p. 8 **Mejores trabajos.**
- p. 17 **Mejores posters.**
- p. 24 **Menciones especiales.**

# EDITORIAL

Los días 3, 4 y 5 de noviembre de 2021 se realizaron las XXXV Jornadas Científicas “Dr. Juan Fraguera” del HIGA Rossi. Todos conocemos la importancia de la investigación y la divulgación científica, particularmente en el campo de la Salud y en el momento histórico que nos toca transitar. Luego de un año, donde los Servicios tuvimos dificultades para elaborar trabajos científicos, el 2021 nos sorprendió con la valiosa participación de 33 trabajos presentados. Lo destacado no fue sólo el esfuerzo de documentar y difundir las experiencias dentro del Hospital sobre un tema tan relevante y que nos atraviesa desde 2020 como es la pandemia por SARS Cov-2, sino el significativo número de trabajos que abordaron otros temas de importancia, y que a veces quedan postergados ante la inmediatez de las circunstancias.

Otro de los grandes desafíos que presenta nuestro tiempo es que los problemas de salud son cada vez más complejos, difíciles de abordar a través de una mirada disciplinar única. La práctica interprofesional supone convocar distintas experiencias profesionales para resolver problemas y participar en la toma de decisiones, reconociendo las distintas perspectivas y la responsabilidad compartida. Esta forma de trabajo se vio reflejada dentro del Hospital a través de las presentaciones en las Jornadas, actividad que no sólo apoyamos, sino que también estimulamos desde el Servicio de Docencia. Tenemos la convicción de que la formación y las prácticas interprofesionales determinan una atención de Calidad en Salud.

De la mano de esto, también es prioritario en el ámbito de la Salud -y al interior de nuestro Hospital- la cuestión de cómo nos comunicamos. Todo transmite un mensaje, en forma verbal y no verbal, los gestos, la actitud, los silencios o los tonos de voz. Revisar nuestras prácticas preguntándonos qué queremos comunicar, cómo lo hacemos, con quién y para qué lo hacemos forma parte de la mejora en la calidad de los Servicios de Salud. Durante la apertura de las Jornadas, con la presentación de la charla “La comunicación como herramienta de gestión para la Salud Pública” la intención del Servicio de Docencia fue abrir un espacio de diálogo y reflexión acerca de la comunicación, para ir construyendo juntos una conversación que nos lleve a vínculos más simétricos, sólidos y equilibrados.

Para finalizar, creemos que la investigación estimula el pensamiento crítico, promueve la solución de problemas reales y contribuye a la toma de decisiones. Por este motivo impulsamos la participación de todos los Servicios del HIGA Rossi, para una investigación de mayor calidad y humanidad.

**Gabriela Ranchilio - María Celina Méndez**



# Conferencia

*“La Comunicación como herramienta de gestión para la Salud Pública”*

**Lic. Cristian Scarpetta. Director Provincial de Comunicación y Prensa del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.**

La Dirección provincial de Comunicación y Prensa del Ministerio de Salud es algo inédito, un área que no existía hasta esta gestión, y haberla creado demuestra el lugar que pensamos que hay que darle a la comunicación en salud. Su objetivo es que cada uno de los hospitales construya herramientas de comunicación que ayuden a mejorar su gestión. Es necesario concebir la comunicación como una herramienta, un recurso para construir. Entenderla de esta manera nos va a permitir trabajar mejor y optimizar ese trabajo, para que la gestión hospitalaria sea mucho más eficiente.

Hemos tomado desde el principio la necesidad de construir una especie de “gobernanza” sobre los hospitales, teniendo en cuenta que no existía un Área de Comunicación que los incluyera, para terminar con la fragmentación de la gestión de la salud de la provincia. Sin ningún tipo de criterio a la hora de comunicar, teníamos ante la pandemia una situación comunicacionalmente caótica en los hospitales. Esta gobernanza comunicacional es para aplicar un método de trabajo común. No se aborda la comunicación de manera fortuita o sin planificación previa, existe un método. Y ese método se inicia con algo que es fundamental: un diagnóstico para entender la situación en la que estamos.

Dentro de este hospital se ha creado por primera vez con Débora, Emiliano e Ivana un equipo de comunicación que va a avanzar en lo que llamamos “diagnóstico comunicacional”, conducido por los directores y con el acompañamiento del Ministerio, para identificar cuáles son las necesidades particulares de este espacio. Por un lado hay que

gestionar la comunicación externa, para que se gesten mecanismos para la comunicación con cada una de las personas que vienen al hospital; y por el otro la comunicación interna, donde vamos a encontrar herramientas para que cada una de las áreas tenga una vinculación más directa y articulada entre sí. Para ello hay que tener en cuenta las condiciones materiales existentes.

Este gobierno se encontró con una situación inédita al asumir: la pandemia. En este marco, el primer elemento a tener en cuenta es el diagnóstico que mencionamos: esto significa analizar qué situaciones extraordinarias se estaban presentando para establecer una estrategia acorde. Sin diagnóstico hay muchas probabilidades de cometer errores, que derivan de decisiones intempestivas. El segundo elemento fue ver qué condiciones había dentro de cada uno de los hospitales para poder llevar adelante nuestros objetivos. Esta es la lógica que nosotros queremos implementar: hacer un diagnóstico, definir qué queremos, qué necesitamos y que tenemos para concretarlo.

Con el primer diagnóstico se estableció la necesidad de planificar una comunicación interna y otra externa dentro de los hospitales provinciales para la mejor gestión de la pandemia. Respecto del segundo elemento, las condiciones materiales para la concreción del plan comunicacional, haremos un trabajo conjunto: la evaluación de propuestas que pueden llevarse a cabo en una primera etapa y otras que van a tener que consensuarse en el tiempo. Eso significa trabajar sobre las condiciones de factibilidad. Y eso es lo que se hizo rápidamente en la pandemia con el tema de la comunicación: tratar de entender que la única manera de concretar las cosas es atendiendo las condiciones reales. Como no podíamos implementar rápidamente la creación de equipos de comunicación que se encargaran de gestionarla en cada uno de los hospitales, hubo



# Conferencia

## “La Comunicación como herramienta de gestión para la Salud Pública”

que crear otro mecanismo en función de las cosas concretas que sí podíamos manejar, que en ese momento era el vínculo con los directivos.

Cuando diagnosticamos nos dimos cuenta de que ahora existía un 75% de directoras y directores nuevos, y que estaban en un vínculo político con el Ministerio. Con este recurso pudimos indicar cuál era el principio del plan de comunicación de la pandemia. Eso es lo que significa la construcción de la gobernanza de los hospitales.

Ahora entramos en una etapa de diagnóstico para entender cuáles son las necesidades comunicacionales de cada hospital, y al hospital Rossi lo vamos a tomar como uno de los modelos pilotos para implementar los equipos de comunicación. La búsqueda consiste en ir en la dirección de mejorar comunicacionalmente la gestión, para mejorarla y optimizar recursos, entendiendo estos dos momentos como los momentos que van a venir. La comunicación es una ciencia y una herramienta. No tiene que ver con “periodistas informando” lo que un área de un hospital está haciendo, tiene que ver con generar mecanismos para que la comunicación externa e interna de la institución sea fluida y eficaz.

En cuanto a la comunicación externa, hablamos de encontrar los caminos para que el hospital tenga cada vez más trascendencia en la escena pública y tenga la posibilidad de poder profundizar todo lo que tiene para ofrecer. Es decir, poder hallar mecanismos no sólo para publicitar lo que el hospital hace concretamente sino también construir canales con organizaciones sociales y otras instituciones, para articular y potenciar lo que queremos hacer. Con un hospital cada vez más fuerte tenemos muchas más posibilidades de articular campañas de prevención, de poder acercar políticas públicas que muchas veces cuesta hacer llegar a la comunidad. Parte de esta estrategia es

conformar un plan de comunicación externa en donde vayamos profundizando estos objetivos.

La pandemia es una situación que inevitablemente iba a tener un mecanismo propio y nos plantea la necesidad de ir cambiando las estrategias permanentemente, e incluso repensar el vínculo con los medios de comunicación tradicionales. Pero lo importante más allá de relatar lo que fue la gestión de la pandemia es proponerles y presentarles el Área de Comunicación del hospital. Queremos agradecerles a la gestión y a Cecilia Jaschek todo lo que han hecho para poder habilitar esta posibilidad, que es algo que todavía no ocurre en todos los hospitales. Algunos han tomado la decisión de hacerlo y otros no, porque todavía están en otro tipo de proceso y tienen otro tipo de prioridades. Sabemos que esto no forma parte de una prioridad dentro de la gestión de un hospital por las complejidades que tiene que enfrentar diariamente, pero si habilitamos este espacio vamos a poder mejorar muchas de las cosas que hacen al funcionamiento del día a día.

Para finalizar, desde el Ministerio queremos agradecerles que nos hayan dado la oportunidad a nosotros, desde el Área de Comunicación, de poder contarles esto que es sumamente importante y es poner en marcha una nueva etapa para la gestión hospitalaria. Esperamos contar con la mejor predisposición de ustedes para que las cosas funcionen y estamos seguros de que, a la larga, los resultados van a ser sumamente positivos para todos.



# Mejor Trabajo

“Evaluación de la limpieza de cajas e instrumental quirúrgico”

**Autoras: Cortez Daniela, Pedrini Marcela.**

## INTRODUCCIÓN

El Servicio de Esterilización recibe, acondiciona, procesa, almacena y distribuye textiles, equipamiento biomédico e instrumental quirúrgico, con el fin de garantizar la seguridad biológica de estos productos para ser utilizados con el paciente. Después del proceso de limpieza los instrumentos quirúrgicos deberían encontrarse completamente libres de residuos inorgánicos y orgánicos, sobre todo proteínas para ser esterilizados.

Los restos de tejidos y sangre que son comúnmente encontrados en los instrumentales quirúrgicos hospitalarios pueden dejar residuos de proteínas en las superficies, representando continuos riesgos en la transmisión de priones. El límite superior de contaminación de proteínas aceptable después de someterse al proceso de limpieza de un instrumento quirúrgico es de 5 ppm (1).

Si bien existen protocolos de limpieza del material quirúrgico, la evaluación de dicho proceso suele realizarse a través de la inspección visual al ser recibidas en la central de esterilización, encontrándose muchas veces residuos. Es por esto por lo que se decidió estudiar el grado de limpieza del material recibido en la Central de Esterilización.

## OBJETIVO

Evaluar la limpieza del material (cajas e instrumental quirúrgico) proveniente del quirófano del hospital y del material recibido en carácter de préstamo de ortopedias externas que ingresan para cirugías programadas, en la Central de Esterilización del Hospital Rossi de La Plata.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacio-

nal, prospectivo, transversal durante 4 meses (01/09/2020 al 31/12/2020) en la Central de esterilización del Hospital Rossi de La Plata.

**1- Criterio de selección del material a evaluar:** Se determinó realizarlo sobre aquellos instrumentales que revistan de mayor dificultad en el proceso de limpieza, como son los dispositivos de superficies pequeñas, rugosas, instrumental canulado, pliegues. Se eligieron dos piezas de instrumental pertenecientes a cada caja para ser evaluadas. En el caso de cajas de instrumental con bandejas internas, fueron también hisopadas como material de estudio, tanto las bandejas inferiores como superiores y las tapas de las cajas de instrumental.

**2-Inspección visual:** se considera sucio o no conforme, cuando se observa materia orgánica o inorgánica adherida a la superficie de los materiales. Se rechaza el material.

**3-Control de suciedad:** se utilizó una gasa embebida en alcohol 70°. Se frota la gasa en la superficie de los materiales a evaluar. Luego se observa el estado de la gasa realizando la siguiente determinación cualitativa: si la gasa se encuentra oscura, con restos de suciedad visible, se considera que el material no cumple con el control y se rechaza.

**4- Determinación cuali-cuantitativa del nivel de proteínas:** Se realiza con lápiz de detección para proteínas y Auto\_Lectora para sistema de monitoreo de higiene, en donde se colocan los lápices de determinación durante 10 minutos y a 60° para obtener resultados cuantitativos.





# Mejor Trabajo

## “Evaluación de la limpieza de cajas e instrumental quirúrgico”

En el caso de cajas grandes y bandejas, adoptamos las recomendaciones y técnicas de hisopado de acuerdo con la Norma ISO 15883-1 de 2009, la cual establece que se requiere frotar sobre una superficie plana de aproximadamente 10 cm<sup>2</sup> con el hisopo y deslizarlo 10 veces en cada dirección para evaluar el límite aceptado de contaminación. (2)

En piezas de instrumental pequeñas, canulados y de difícil acceso, se adoptaron las recomendaciones y técnicas de hisopado del memorándum técnico de salud HTM 01-01 del Departamento de salud del Reino Unido. (1)

### RESULTADOS

- Se realizaron 193 hisopados, de los cuales 186 muestras fueron positivas a la presencia de proteínas, (96,37%) y solo 7 muestras resultaron negativas (3,63%), indicando ausencia completa de proteínas en superficie. Los valores fueron obtenidos automáticamente con Auto Lectora para sistema de monitoreo de higiene (mini Pro-Auto-reader incubator).

- De las 186 muestras positivas, 48.93% (91) estaban dentro del límite de aceptación <5ppm, 28,49% (53) dieron > 5ppm y 22,58% (42) fueron “error de determinación”, según el fabricante debe interpretarse como nivel de proteínas superior al límite máximo detectable por la incubadora 20 ppm.

La determinación cuantitativa se realizó para confirmar los resultados obtenidos en el control de suciedad y de inspecciones visuales realizadas, ya que dicho límite es posible determinarlo cualitativamente.

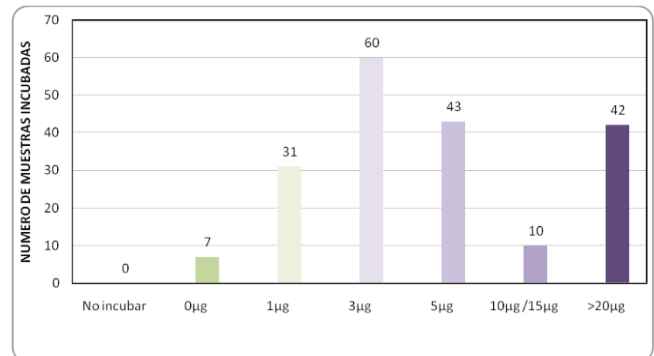


Gráfico 1. Valores de detección de proteínas

- **Análisis de las muestras rechazadas:** de las 113 muestras totales internas (Hospital Rossi), 49 fueron rechazadas (43,36%), por exceder el límite máximo de proteínas en superficie (>5ppm). De las 80 muestras totales externas (ortopedias), 46 fueron rechazadas (57,50%), por exceder el límite máximo de proteínas en superficie (>5ppm).

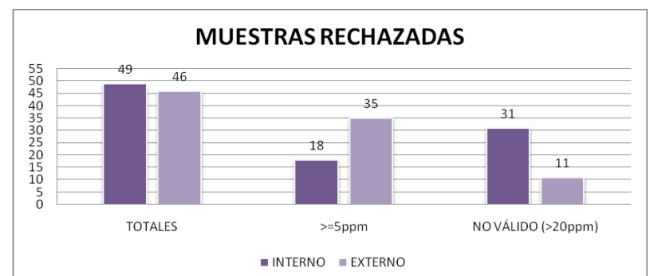


Gráfico 3. Muestras rechazadas según origen

### DISCUSIÓN

Los resultados indican que el proceso de lavado tanto en proveedores externos de material quirúrgico como en nuestro hospital no está validado, tomando como criterio de limpieza la agudeza visual, no objetivando la contaminación existente.

En nuestro hospital se realiza de manera manual pudiendo representar limitaciones en la correcta limpieza, ya que se requiere entrenamiento del personal que lo realiza, tiempo y recursos necesarios. La evidencia científica determina que el lavado automatizado



# Mejor Trabajo

## “Evaluación de la limpieza de cajas e instrumental quirúrgico”

es más eficaz en la disminución de la carga microbiana en un 95% en comparación con el lavado manual. Otro estudio demuestra que la limpieza, descontaminación e instrucciones de manipulación de instrumentos varían según el tipo de instrumental y fabricante, por lo que recomienda a toda institución de salud el lavado automático por ser un proceso completo y estandarizado.

*lápiz para la detección de proteínas de superficie y alérgenos.*

### CONCLUSIÓN

Se observó un alto número de cajas e instrumental quirúrgico recibidos que no cumplían con los criterios de limpieza, tanto de origen interno, como externo.

La incorporación de las nuevas técnicas, como el lápiz de detección de proteínas o de contaminación residual, permite realizar una validación del proceso de lavado, tanto automático como manual, controlando desde el inicio el tratamiento del material quirúrgico.

Se plantea como desafío para la mejora continua la evaluación del impacto en la implementación de un proceso de control de limpieza en la admisión de cajas e instrumental quirúrgico, en la tasa de incidencia de las infecciones del sitio quirúrgico en nuestro Hospital.

### BIBLIOGRAFÍA

1. *Health Technical Memorandum 01-01 (2016) Management and decontamination of surgical instruments (medical devices) used in acute care. Department of Health, London, United Kingdom.*
2. *ISO 15883 (2006) Washer-disinfectors -- Part 1: General requirements, terms and definitions and tests. Geneva, Switzerland.*
3. *Revista de la AAFH. Volumen 7. Revista 1. Julio 2020. Nuevas tecnologías para implementar un protocolo de control de limpieza para instrumentos en préstamo. Bronberg, Rosana; Lemmello, Antonela.*
4. *Prospecto PRO 1 MICRO TERRAGENE, sistema de*



# Mejor Trabajo

*“Expresión clínica del COVID-19 mediante parálisis oculomotoras”*

**Servicio de Oftalmología. Servicio de Emergencia. Servicio de Clínica Médica. Faretta Martina, Cardozo Laura, Lauglé Claudia, Raquiar José, Valeiras Andrea**

## INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 se identificaron los primeros pacientes diagnosticados con la enfermedad denominada COVID-19, la cual es causada por un nuevo virus respiratorio, el coronavirus SARS-CoV-2. El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a esta enfermedad como pandémica dados los múltiples contagios a nivel mundial. La COVID-19 presenta como vía de contagio a la vía respiratoria, también puede ser transmitida por fómites mediante el contacto humano a través de las manos y distintas superficies, aunque ésta última no es una forma común de transmisión.

En base a las primeras evidencias de los hospitales locales de Wuhan los síntomas más comunes de COVID-19 son la fiebre (83% -99%) y tos seca (59,4% -82%) en el inicio de la enfermedad, seguidos por astenia y disnea. También se sabe que los coronavirus, en especial el SARS-CoV y el SARS-CoV-2, no siempre están confinados al tracto respiratorio, sino que pueden afectar otros órganos como por ejemplo el Sistema Nervioso Central (SNC) y el aparato digestivo. En cuanto al cuadro clínico de la enfermedad, la principal manifestación es la neumonía. También se han registrado cuadros de gastroenteritis, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDR), coagulación intravascular diseminada (CID), hepatitis, insuficiencia renal, y distintos cuadros neurológicos como anosmia, ageusia, polineuropatía, miopatía, encefalopatía necrotizante hemorrágica aguda y encefalomielitosis.

En paralelo al aumento del número de casos de COVID-19 a nivel mundial, la investigación y análisis sobre esta enfermedad, han crecido exponencialmente, permitiendo tanto la difusión del conocimiento como la colaboración entre expertos sobre la temática. Hasta la fecha, la literatura ha consistido predominantemente en informes de casos clínicos, series de casos y protocolos sistemáticos para tratar esta enfermedad mortal de una plétora de especialidades con estudios observacionales y aleatorizados más amplios que recién ahora comienzan a surgir. En abril de 2020 se llevó a cabo uno de los primeros análisis sistematizados sobre las implicancias oftalmológicas de la COVID-19 en el que fueron identificadas 21 publicaciones, la mayoría de ellas estudios originales, donde se describió principalmente a la hiperemia, quemosis y queratoconjuntivitis como parte del cuadro clínico. En junio de 2020, de 21364 artículos analizados, 215 (1%) estaban enfocados a las manifestaciones oculares de la enfermedad; la mayoría de ellas hacían referencia al compromiso de la superficie y solo uno estaba relacionado con las POM. Una de las últimas revisiones sistematizadas de este año describe principalmente a las alteraciones que involucran a la superficie ocular, como ya fue mencionado anteriormente.

Sin embargo, las implicancias oftalmológicas de este síndrome aún no han sido bien descritas. Tanto los ojos como las lágrimas como puerta de entrada y fuentes de contagio han sido objeto de debate por parte de algunos autores<sup>10-12</sup>. La conjuntivitis es la única manifestación oftalmológica del SARS-Cov-2 confirmada hasta el momento<sup>1</sup>. No obstante, se han reportado series de casos de POM y retinopatías<sup>1</sup>. A pesar de que los mecanismos patogénicos aún son discutidos, la retinopatía podría deberse algún tipo de vasculopatía o por el estado de hipercoagulabilidad de estos pacientes, mientras que, en el caso de las POM, éste podría deberse a un mecanismo neu-



# Mejor Trabajo

## “Expresión clínica del COVID-19 mediante parálisis oculomotoras”

pático directo o bien por una reacción inmune aberrante. La evidencia de lesión neurológica ha sido descrita en pacientes con SARS-CoV-2, potencialmente derivadas de la diseminación hematogena y/o diseminación retrógrada neuronal<sup>13</sup>.

En la guardia del Servicio de Oftalmología del HIGA R. Rossi se observó un aumento notable de consultas por POM coincidiendo con los meses de incremento exponencial de contagios, desde el mes de agosto de 2020 donde en Argentina se registraron 9000 casos diarios, hasta el mes de octubre cuando dicho número aumentó a 17000. Por lo tanto el objetivo del presente trabajo ha sido analizar la importancia de las parálisis oculomotoras (POM) como criterio diagnóstico aislado y pesquisa de la infección por SARS-CoV-2, ofreciendo un referente teórico para los oftalmólogos y médicos en general acerca de cómo el virus afecta al sistema ocular, siendo ésta una manifestación atípica de la enfermedad.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de una serie de casos, en pacientes que concurrieron a la guardia general y oftalmológica del HIGA R. Rossi, entre el 15 de septiembre al 15 de noviembre del 2020, por presentar signos y/o síntomas compatibles con POM de uno o más pares craneales (PC) asociados o no a otro criterio diagnóstico para COVID-19. Se confeccionó un protocolo de estudio, el cual fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de nuestro hospital. Los pacientes firmaron un consentimiento informado (CI) de participación según las normas de nuestra institución. Se incluyeron a todos los pacientes que consultaron por: diplopía, lagofthalmos, ptosis, desviación ocular aguda uni o bilateral, de reciente aparición, asociado o no a otra sintomatología, y que pudieron completar el protocolo. Se excluyeron aquellos pacientes con POM que no asistieron a los controles.

La recolección de datos comprendió la realización de anamnesis completa, examen oftalmológico, evaluación de la MOE, reflejos pupilares y visión cromática. Complementariamente se indicó análisis de laboratorio: hemograma completo, glucemia, eritrosedimentación (ERS) y proteína C reactiva, así como también hisopado nasofaríngeo para realizar el test de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de SARS-CoV-2. A los pacientes con resultado negativo para dicha técnica se les solicitó serología para IgG 21 días después. Se solicitaron neuroimágenes de encéfalo y órbita por resonancia magnética (RMN) con enfoque en nervio óptico o tomografía computada (TC) de encéfalo y órbita, ambas con y sin contraste. De los datos obtenidos se emplearon como variables de estudio, la edad, sexo, motivo de consulta, síntomas asociados, comorbilidades, tiempo de evolución desde la presentación del cuadro clínico hasta la consulta, ojo afectado, par craneal involucrado de acuerdo a la evaluación de la MOE y reflejos pupilares, PCR y serología para SARS-CoV-2. Se analizaron también la presencia o ausencia de signos imagenológicos asociados.

El seguimiento de los pacientes se realizó cada 15 días (respetando el período inicial de aislamiento obligatorio) durante 2 meses realizando reevaluación oftalmológica completa en cada consulta haciendo especial hincapié en la MOE. Los datos se recolectaron en una hoja de cálculos (Excel) y se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables previamente descritas.

### RESULTADOS

Durante el período de estudio, concurrieron a la guardia del HIGA R. Rossi 20 pacientes presentando un cuadro clínico compatible con parálisis oculomotora. Del total, 3 pacientes fueron excluidos por no cumplir con alguno de los criterios del protocolo. De los 17 pacientes incluidos en el estudio,



# Mejor Trabajo

## “Expresión clínica del COVID-19 mediante parálisis oculomotoras”

11 (64,7%) fueron de sexo masculino y 6 (35,3 %) de sexo femenino. El rango de edad fue entre 21 y 62 años, con un promedio de 47 años. El motivo de consulta más frecuente fue la diplopía en 11 de los 17 pacientes (65 %), seguido de dificultad en la oclusión en 6 de ellos (35 %). El tiempo desde la presentación de los síntomas hasta la consulta fue en promedio 48 hs (2 hs a 7 días). Se observó que el ojo más comprometido fue el derecho, con una prevalencia del 58,82% (10 pacientes). Se observa que el 47% sufrió la afectación del VI par. (tabla 1).

Par craneal	Pacientes	Porcentaje(%)
VI	8	47
VII	6	35
III	2	12
III/IV	1	6

**Tabla 1**

De los 17 pacientes el análisis del hisopado nasofaríngeo por PCR reveló 9 casos positivos y la serología para IgG de los 8 pacientes restantes, resultó positiva en 3 de ellos, representando estos 12 casos el 70,6% del total. De estos 12 pacientes positivos para SARS-CoV-2, el 66% presentaron síntomas asociados al momento de la consulta, entre ellos cefalea, fatiga, odinofagia, y mialgias siendo estos últimos los menos frecuentes. Ninguno presentó fiebre. El 33% restante no tuvo ningún síntoma asociado a los de la POM (Tabla 2)

### Síntomas

Cefalea	8
Astenia/ Fatiga	2
Odinofagia	1
Mialgias	1
Fiebre	0
Ninguno	4

**Tabla 2. Síntomas asociados en pacientes con resultado positivo para SARS-CoV-2 Pacientes + (12).**

Respecto a la presencia de comorbilidades en los pacientes, solo 4 de ellos presentaban enfermedades crónicas asociadas. Las mismas se encontraban bajo tratamiento médico al momento de la presentación de los signos y síntomas. Se realizó un control clínico y de laboratorio que confirmaron valores dentro la normalidad para las mismas en el transcurso de la presentación de la POM. Del total de la muestra, las neuroimágenes fueron normales en 16 pacientes (94%), mientras que tan sólo en 1 (6 %) se hallaron signos imagenológicos en una RMN de encéfalo y órbita compatibles con Síndrome de Miller Fisher, variante oftalmológica del Guillain Barré. Cabe destacar que este paciente resultó ser negativo para ambas pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2. Ningún caso requirió internación, ni al momento del ingreso ni durante la evolución de la enfermedad y todos (100% de los mismos) evolucionaron a la resolución completa de la POM entre las 4 a 6 semanas desde la primer consulta.



# Mejor Trabajo

*“Expresión clínica del COVID-19 mediante parálisis oculomotoras”*

## DISCUSIÓN

La expansión del SARS-CoV-2 a nivel mundial ha llevado al personal de salud del mundo entero a dedicarse de manera casi exclusiva a la detección y tratamiento de la COVID-19 desde su declaración como enfermedad pandémica por parte de la OMS. Hasta el momento el diagnóstico clínico de la COVID-19 se basa en la historia epidemiológica, las manifestaciones clínicas, neurológicas, y en la confirmación de la exposición al SARS-CoV-2. Podrían en un futuro no muy lejano incorporarse otros criterios diagnósticos dada la gran variedad de presentaciones de este nuevo coronavirus.

La técnica de PCR en tiempo real y las técnicas de secuenciación genómica son las dos pruebas más empleadas para confirmar el diagnóstico de SARS-CoV-2 en la nasofaringe y las secreciones respiratorias. Sin embargo, la detección de este coronavirus debe mejorarse, ya que se han descrito casos de falsos negativos. En el contexto actual, debe plantearse el diagnóstico de COVID-19 en toda persona que presente fiebre, tos seca, fatiga y disnea, pero no se descarta que puedan incorporarse nuevos síntomas como típicos de la enfermedad. Hasta el momento la única complicación oftalmológica confirmada por el SARS-CoV-2 ha sido la conjuntivitis, aunque se han descrito series de casos de POM y posible retinopatía en pacientes que transitan o transitaron la enfermedad.

A lo largo del tiempo, se han relacionado algunos de los coronavirus conocidos con diferentes entidades neurológicas. Se ha sugerido que el virus MERS-CoV (coronavirus del Síndrome respiratorio de Oriente Medio) puede causar daño neurológico a través de mecanismos inmunomediados, probablemente debido a una respuesta inflamatoria o a una infección vírica. Algunos estudios sugieren que el inicio de los síntomas neurológicos, habitualmente posterior al de los respiratorios, apoyaría la hipótesis de la implicancia de los procesos

inmunológicos. En la misma línea, el primer caso de infección por SARS-CoV con complicaciones neurológicas se describió en 2003. A partir de allí diferentes estudios han demostrado la capacidad de invasión del sistema nervioso del SARS-CoV-17. El parecido entre las estructuras de este y el SARS-CoV-2 hace sospechar que su patogenidad y mecanismo de invasión del sistema nervioso pueden ser similares.

Las descripciones iniciales de personas que padecen COVID-19 y que presentan síntomas neurológicos y oftalmológicos plantean importantes cuestiones. En primer lugar, cuáles son los mecanismos patogénicos que subyacen tras el daño neurológico, si guardan relación con factores específicos individuales del huésped o si se deben a factores asociados con neurovirulencia y neurotropismo del SARS-CoV-2. Algunos síntomas como la cefalea, son manifestaciones inespecíficas de la infección viral de este coronavirus, pero en ciertos casos podrían orientar a patologías más graves, como meningitis o encefalitis. El mismo inconveniente se plantea al momento de la evaluación de los pacientes con parálisis oculomotoras como única manifestación. El patrón más repetido es el de una limitación de la abducción (parálisis del VI PC), seguido de la afectación incompleta del III PC. Al igual que en nuestro trabajo, los estudios referenciados muestran una prevalencia de afección sobre el sexo masculino, coincidiendo el rango de edad de los mismos y el tipo de POM predominante (VI PC). En los casos descritos hasta el momento en la literatura, algunos de los pacientes desarrollaron la POM presentando también ataxia e hiporreflexia, por lo que fueron diagnosticados de síndrome de Miller-Fisher. Este hecho difiere de nuestro estudio, donde solo un paciente desarrolló este cuadro.





# Mejor Trabajo

## “Expresión clínica del COVID-19 mediante parálisis oculomotoras”

Hasta el momento se cuestiona el mecanismo patogénico por el que el SARS-CoV-2 induce oftalmoplejía (neuropático directo vs. reacción inmune aberrante). El estado protrombótico que genera la infección puede ser un mecanismo causal, a través de microembolias en los nervios oculomotores. El grado real del tropismo por la superficie ocular y por el sistema nervioso central y periférico del SARS-CoV-2 todavía se debe dilucidar.

En nuestro estudio observamos que respecto al mismo período de tiempo elegido (15 de septiembre al 15 de noviembre) pero del año 2019, hubo un incremento de tres veces en la cantidad de consultas por POM por guardia, lo que motivó la investigación de una probable relación con la enfermedad COVID-19. Dicho aumento en la prevalencia de las POM coincidió con los meses de la mayor cantidad de casos registrados en nuestro país en el 2020, donde acorde a los datos del Ministerio de Salud, en el mes de agosto de ese año los casos diarios totales en Argentina eran cerca de 9000, y ascendieron hasta el mes de octubre hasta aproximadamente 17000. El motivo de consulta más frecuente fue la diplopía seguido del lagofthalmos, ya que 6 de nuestros pacientes presentaron afectación del VII PC. El síntoma considerado criterio diagnóstico mayor en la definición de caso sospechoso asociado a las POM fue la cefalea, junto con odinofagia y mialgias, en comparación con la mayoría de los trabajos publicados donde la sintomatología respiratoria fue la predominante. La mayoría de los pacientes estudiados (16 de los 17) presentaron compromiso de un solo para craneal, prevaleciendo el motor ocular externo. En el único paciente que tuvo compromiso de más de un PC (III y IV) y que fue negativo tanto para PCR como para IgG, se hallaron signos imagenológicos en la RMN de encéfalo y órbita compatibles con Síndrome de Miller Fisher. En ningún caso se requirió internación pudiendo ser las POM una de las manifestaciones de

las formas leves a moderadas de la enfermedad.

La limitación principal de la mayoría de los estudios referenciados, al igual que el presente, está en relación a que sus diseños son series de casos, y por tanto, tienen una baja evidencia científica. Es difícil establecer la causalidad del virus en todas las manifestaciones oftalmológicas mencionadas. Además, la variedad de la epidemiología clínica ha podido generar falsas asociaciones. La situación tan excepcional que hemos vivido ha propiciado la publicación de trabajos sin doble revisión (revisión por pares o «peer review») para generar información rápidamente. Los aspectos relacionados con el grado de respuesta inmune, el diagnóstico y el tratamiento de la COVID-19 necesitan ser evaluados en profundidad en investigaciones futuras.

Como fuera publicado por Wang y Col a fines del 2020, existen diversos síntomas neurológicos potencialmente asociados al COVID-19, resaltando como en el presente trabajo, la importancia de considerar y explorar “neuro-invasión y autoinmunidad en el contexto de la asociación entre neuropatías craneales y COVID-19”. Con el fin de garantizar un manejo óptimo del paciente neurológico, el estudio continuo de los algoritmos de diagnóstico y tratamiento será esencial para actualizar y adaptar estos enfoques a medida que evoluciona la pandemia. Las declaraciones de consenso y las pautas de la sociedad probablemente requerirán un refinamiento continuo basado en datos específicos emergentes de la COVID-19. Finalmente, los patrones de práctica óptimos probablemente variarán ampliamente con configuraciones matizadas basadas en la prevalencia regional y en los recursos de atención médica disponibles.

### CONCLUSIÓN

Es importante destacar en nuestro estudio el hallazgo de la positividad para SARSCoV-2 ya sea



# Mejor Trabajo

## “Expresión clínica del COVID-19 mediante parálisis oculomotoras”

por PCR como por serología. Esto nos lleva a concluir que la presentación de parálisis oculomotoras acompañada o no de otros criterios diagnósticos de la enfermedad, debe ser considerada para solicitar la pesquisa de una probable infección por SARS-CoV-2 y así indicar el aislamiento del paciente hasta tanto se descarte la misma.

Debido a la ausencia de fiebre y síntomas respiratorios estos pacientes pueden desconocer su enfermedad, siendo portadores asintomáticos contagiosos durante el período de incubación representando una importante fuente oculta de propagación del virus. Por tanto, el personal de salud debe indagar sobre el historial médico de cada paciente con más detalle y no encuadrar a la enfermedad sólo dentro del espectro de manifestaciones hasta el momento conocidas y realizar una anamnesis por demás exhaustiva, sobretodo en pacientes con presentaciones atípicas de la enfermedad como consideramos que podrían ser las POM.

### REFERENCIAS

1. Pérez-Bartolomé F, Sánchez-Quirós J. Manifestaciones oftalmológicas del SARS-CoV-2: Revisión de la literatura. *Arch Soc Esp Oftalmol*. Published online 2020. doi:10.1016/j.oftal.2020.07.020
2. Li YC, Bai WZ, Hashikawa T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients. *J Med Virol*. 2020;92(6):552-555. doi:10.1002/jmv.25728
3. Wilson MP, Jack AS. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in neurology and neurosurgery: A scoping review of the early literature. *Clin Neurol Neurosurg*. 2020;193:105866. doi:10.1016/j.clineuro.2020.105866
4. Jin Y, Yang H, Ji W, et al. Virology, epidemiology, pathogenesis, and control of covid-19. *Viruses*. 2020;12(4). doi:10.3390/v12040372
5. Nasiri N, Sharifi H, Bazrafshan A, Noori A, Karamouzian M, Sharifi A. Ocular Manifestations of COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Ophthalmic Vis Res*. Published online 2021:103-112. doi:10.18502/jovr.v16i1.8256
6. Guan W, Ni Z, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382(18):1708-1720. doi:10.1056/nejmoa2002032
7. Connors JM, Levy JH. COVID-19 and its implications for

*thrombosis and anticoagulation*. *Blood*. 2020;135(23):2033-2040. doi:10.1182/BLOOD.202006000

8. Siedlecki J, Brantl V, Kreutzer T, Priglinger S. COVID-19: Ophthalmological Aspects of the SARS-CoV 2 Global Pandemic. Published May 6, 2020. Accessed April 13, 2021. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1164-9381.pdf?articleLanguage=en>
9. Pascual-Prieto J, Narváez-Palazón C, Porta-Etessam J, Gómez-de-Liaño R. COVID-19 epidemic: Should ophthalmologists be aware of oculomotor paresis? *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2020;95(7):361-362. doi:10.1016/j.oftal.2020.05.002
10. Seah IYJ, Anderson DE, Kang AEZ, et al. Assessing Viral Shedding and Infectivity of Tears in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients. *Ophthalmology*. 2020;127(7):977-979. doi:10.1016/j.ophtha.2020.03.026
11. Arora R, Goel R, Kumar S, et al. Evaluation of SARS-CoV-2 in Tears of Patients with Moderate to Severe COVID-19. *Ophthalmology*. 2021;128(4):494-503. doi:10.1016/j.ophtha.2020.08.029
12. Sawant OB, Singh S, Wright RE, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 in human post-mortem ocular tissues. *Ocul Surf*. 2021;19:322-329. doi:10.1016/j.jtos.2020.11.002
13. Costello F, Dalakas MC. Cranial neuropathies and COVID-19: Neurotropism and autoimmunity. *Neurology*. 2020;95(5):195-196. doi:10.1212/WNL.0000000000000921
14. Ostia Garza P, Fuentes Cuevas M. Síndrome de Guillain-Barré variedad Miller-Fisher. Reporte de un caso. *Arch Inv Mat Inf*. 2011;3(1):30-353. <http://www.medigraphic.com/maternoinfantil>
15. Lantos J, Strauss S, Lin E. COVID-19 – Associated Miller Fisher Syndrome : MRI Findings. Published online 2020:1-3.
16. Carod-Artal FJ. Neurological complications of coronavirus and COVID-19. *Rev Neurol*. 2020;70(9):311-322. doi:10.33588/RN.7009.2020179
17. Casas E, Barbosa A, Rubio-García E, et al. Parálisis facial periférica aislada en un paciente con COVID-19. *Rev Neurol*. 2020;71(1):40-41. doi:10.33588/RN.7101.2020229
18. Hung ECW, Chim SSC, Chan PKS, et al. Detection of SARS Coronavirus RNA in the Cerebrospinal Fluid of a Patient with Severe Acute Respiratory Syndrome. *Clin Chem*. 2003;49(12):2108-2109. doi:10.1373/clinchem.2003.025437
19. Bohmwald K, Gálvez NMS, Ríos M, Kalergis AM. Neurologic alterations due to respiratory virus infections. *Front Cell Neurosci*. 2018;12:386. doi:10.3389/fncel.2018.00386
20. Pascual-Goñi E, Fortea J, Martínez-Domeño A, et al. COVID-19-associated ophthalmoparesis and hypothalamic involvement. *Neurol Neuroimmunol neuroinflammation*. 2020;7(5):1-4. doi:10.1212/NXI.0000000000000823





# Mejor Poster

“Situación de Hepatitis B en el HIGA Rossi”

**Residencia de bioquímica, Servicio de Laboratorio HIGA Rossi.**

**Rivera Amelia, Ferranti Samantha, Farah, Azul, Guzzetti Pilar, Bernal Natalia, Giannandrea Nadia, Jaime Hernández María Luz, Perea Agustín, Lambertucci Mauro, Benigni Lorena.**

## INTRODUCCIÓN

La hepatitis es una enfermedad caracterizada por producir inflamación del hígado y puede deberse a múltiples causas tales como infecciones, consumo de alcohol, drogas, medicamentos, enfermedades autoinmunes, etc.

En el caso de las hepatitis virales, los agentes etiológicos más probables son los virus hepatotropos como el virus de la Hepatitis A (VHA), B (HBV), C (VHC), D (VHD) y E (VHE) aunque otros virus también podrían comprometer al hígado.

Las hepatitis virales son un problema creciente de salud pública en el mundo, tanto por la carga de enfermedad y muerte que representan como por los recursos de salud y económicos que consumen, fundamentalmente en el tratamiento de personas con hepatitis crónica (1).

La infección por el HBV conduce a un amplio espectro de enfermedad hepática que va desde hepatitis aguda (incluyendo insuficiencia hepática fulminante) hasta hepatitis crónica, cirrosis y carcinoma hepatocelular. (2). Más del 60% de los casos de hepatitis B cursan de manera asintomática y el riesgo promedio de cronicidad es de un 5% (1).

La prevalencia mundial de infección crónica por HBV es elevada, superior a la infección por VHC y virus de la inmunodeficiencia hu-

mana (HIV), con alrededor de 257 millones de personas infectadas y variaciones según región geográfica. En Latinoamérica se estima que aproximadamente 4 millones de personas están infectadas por HBV, siendo Argentina considerada de baja prevalencia (1%-2%)(3).

Según el boletín sobre las hepatitis virales en la Argentina del 2019 las tasas de notificación de hepatitis B para el total del país muestran una tendencia en ascenso hasta el año 2015, con una mediana de 434 casos anuales. Los casos notificados en los últimos 10 años muestran una tendencia en ascenso en la población comprendida entre 20 y 59 años, y un muy bajo número de casos en menores de 20 años, producto de la introducción de la vacuna contra la hepatitis B en el recién nacido al calendario nacional de vacunación. Se registra un mayor número de casos en individuos de sexo masculino respecto del femenino, entre los años 2009 y 2018.

El diagnóstico de laboratorio de la hepatitis B en la población general comienza con la determinación del antígeno de superficie del HBV (HBsAg) y del anticuerpo del core del HBV (antiHBc) IgG o total (IgG e IgM). Otras determinaciones necesarias para arribar al diagnóstico son el anticuerpo de superficie del HBV (antiHBs) y la carga viral para HBV. El presente trabajo se realizó teniendo en cuenta el algoritmo de diagnóstico y notificación a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) de hepatitis B en población general del Ministerio de Salud de la Nación (5).

La tasa de coinfección por HBV es elevada entre los individuos infectados con HIV debido a que ambos virus comparten similares vías de transmisión. La prevalencia varía marcadamente entre los diferentes grupos de riesgo. En áreas con baja endemicidad de HBV, como Argentina, tanto HBV como HIV son adquiridos usualmente en adultos a través



# Mejor Poster

## “Situación de Hepatitis B en el HIGA Rossi”

de relaciones sexuales no protegidas o transmisión percutánea. A nivel mundial, la prevalencia de coinfección HIV/HBV varía entre 5%-15%. En Argentina las tasas de coinfección reportadas varían del 4,28% al 14, 5%.

La historia natural de la infección por HIV no se modifica sustancialmente en presencia de coinfección con HBV, ni tampoco se observan diferencias en la respuesta virológica y recuperación inmunológica con el tratamiento antirretroviral (TARV). Por el contrario, la evolución crónica de la infección por HBV se modifica en pacientes HIV positivos con mayor riesgo de progresión a fibrosis, cirrosis y menor tiempo hasta la descompensación hepática y aumento del riesgo de carcinoma hepatocelular (CHC).

La probabilidad de desarrollo de enfermedad hepática severa es mayor con antecedentes de enoismo, edad avanzada y cuanto menor sea el recuento de linfocitos CD4+. La tasa de mortalidad atribuible a la enfermedad hepática es más alta en hombres con un conteo de células CD4+ menor a 100/cm<sup>3</sup>. En presencia de una inmunodeficiencia, la posibilidad de resolución viral es menor, con mayor probabilidad de portación crónica.

La influencia de la infección por HIV en la evolución de HBV se evidencia como una tasa de portación crónica cinco veces mayor respecto a los pacientes inmunocompetentes. Una posible explicación de esta mayor cronificación es la inmunosupresión asociada al HIV. La mayoría de los pacientes infectados con HIV no presentan una respuesta inmune significativa a HBV.

En algunos estudios la coinfección HIV/HBV se asoció a mayores niveles de replicación de HBV y una tasa mayor de reactivación, en comparación con pacientes solo infectados con HBV. La reactivación de HBV ha sido relacionada con la depleción de linfocitos CD4+.

Desde que se introdujo el TARV, se evidenció una marcada disminución en la morbimortalidad de los pacientes, los que ante la prolongación de su sobrevida, empezaron a presentar las complicaciones crónicas de las coinfecciones con virus hepatotropos, convirtiéndose la enfermedad hepática en una de las primeras causas de morbimortalidad en los países desarrollados. En años anteriores se realizaron trabajos en donde se estudió la situación epidemiológica respecto a HIV y sífilis en la población que concurre al HIGA Rossi. Teniendo en cuenta que comparten vía de transmisión, se propuso estudiar la situación de hepatitis B en esta institución.

### OBJETIVOS

- Evaluar el número de casos de hepatitis B aguda, crónica y oculta por año, en el período comprendido entre enero de 2014 y diciembre de 2019.
- Estudiar la distribución por edad y sexo.
- Estudiar el estatus infeccioso del total de casos por cada año.
- Evaluar la coinfección con HIV en los casos de hepatitis B aguda o crónica en el período estudiado. Estudiar la relación entre la carga viral de hepatitis B y el recuento de linfocitos CD4+ en los pacientes que presentan coinfección HBV/HIV.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de tipo observacional descriptivo. La población incluyó 11.980 solicitudes de serología para hepatitis B, correspondientes a todos los pacientes que acudieron al Servicio de Laboratorio del HIGA Rossi de La Plata en el período comprendido entre enero de 2014 y diciembre de 2019. Dentro de la población estudiada un 51,84% correspondió al sexo femenino, y el rango etario fue de 14 a 100 años.



# Mejor Poster

## “Situación de Hepatitis B en el HIGA Rossi”

Se recolectaron los datos del sistema informático del laboratorio “LIS” accediendo a las planillas de trabajo correspondientes al sector de inmunoserología. Se excluyeron aquellas solicitudes cuyas muestras no se pudieron procesar debido a hemólisis, falta de muestra u otro motivo.

Se clasificaron a los pacientes según distintos estatus infecciosos teniendo en cuenta el “Algoritmo de diagnóstico y notificación a través del SNVS: hepatitis B en población general” del Ministerio de Salud de la Nación (2019):

### Estatus infeccioso

HBsAg	AHBc	IgM AHBc	AHBs	CV	Resultado final
NR	NR				SIN CONTACTO
R	R	R			INFECCIÓN AGUDA
R	R	NR	NR		INFECCIÓN CRÓNICA
			R		INFECCIÓN RESUELTA
				DETECTABLE	INFECCIÓN OCULTA
NR	R	NR	NR	NO DETECTABLE	CORE AISLADO
NR	NR	NR	R		VACUNADO
R	NR				INFECCIÓN PROBABLE

### NR: No Reactivo. R: Reactivo

Se definió como caso confirmado a todo paciente con resultado final de INFECCIÓN AGUDA, INFECCIÓN CRÓNICA O INFECCIÓN OCULTA, que no tenga historial anual para dicha patología o que haya cambiado su estatus infeccioso en el último año.

Se revisaron los históricos anuales de cada paciente cuya solicitud no pudo ser englobada en los estatus infecciosos antes definidos, con el fin de clasificar los mismos. En caso de no haberse podido recategorizar, se definieron como casos no concluyentes. Para evaluar la coinfección entre Hepatitis B y HIV se recopilaban los datos de serología para HIV de todos los casos de hepatitis B confirmados. De los pacientes que presentaron coinfección, se buscaron datos de carga viral para Hepatitis B y recuento de células CD4+ en el libro de derivaciones al Instituto Biológico Dr. Tomás Perón.

Las muestras de suero fueron procesadas en el equipo Architect i1000. El análisis de datos fue realizado en el programa informático “Microsoft Excel” y los cálculos estadísticos en el programa Graph Pad 8.0.

### RESULTADOS

Se evaluó el número de casos de hepatitis B aguda, crónica y oculta por año en el período estudiado, observándose los resultados en los gráficos 1 y 2. En el gráfico 2 se aplicó análisis estadístico de regresión lineal a cada una de las curvas, lo que evidenció una tendencia al descenso en ambos casos.

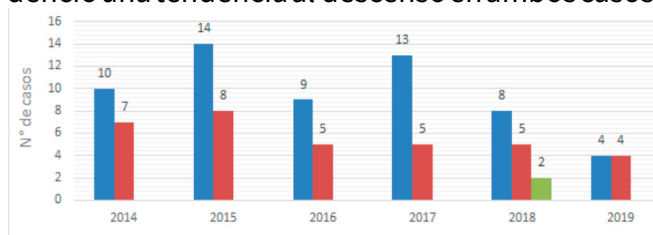


Gráfico 1: Distribución de número de casos confirmados de HBV aguda, crónica y oculta por año

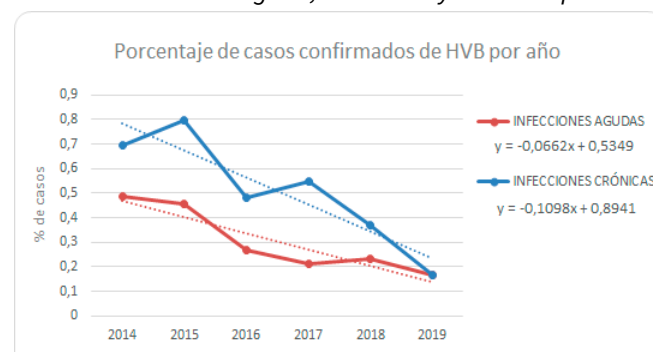


Gráfico 2: Porcentaje de casos confirmados de HBV aguda y crónica respecto al total de solicitudes por año. Se excluyeron las infecciones ocultas por presentarse sólo dos casos en el año 2018. Se muestran las pendientes correspondientes a la regresión lineal en ambos casos.

En cuanto a la distribución por rango etario los resultados obtenidos se muestran en el gráfico 3, por su parte, la distribución por sexo se muestra en el gráfico 4 y la tabla 1. El análisis estadístico de los datos mostrados en el gráfico 4 se realizó utilizando el test Mann Whitney para infecciones agudas y el test T para infecciones crónicas.



# Mejor Poster

“Situación de Hepatitis B en el HIGA Rossi”

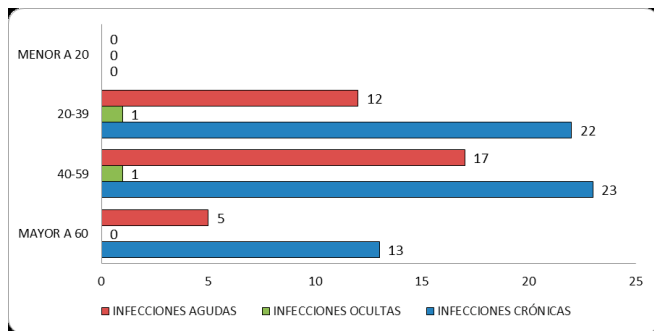


Gráfico 3. Distribución de casos confirmados de HBV aguda, crónica y oculta según rango etario. Número total de casos confirmados (N): 94.

Año	Infección Aguda		Infección crónica		Infección Oculta	
	F	M	F	M	F	M
2014	2	5	3	7	0	0
2015	0	8	3	11	0	0
2016	3	2	2	7	0	0
2017	10	4	5	8	0	0
2018	0	5	3	5	1	1
2019	1	3	1	3	0	0

Tabla 1. Número anual de casos confirmados de HBV aguda, crónica y oculta según sexo. F: femenino, M: masculino.

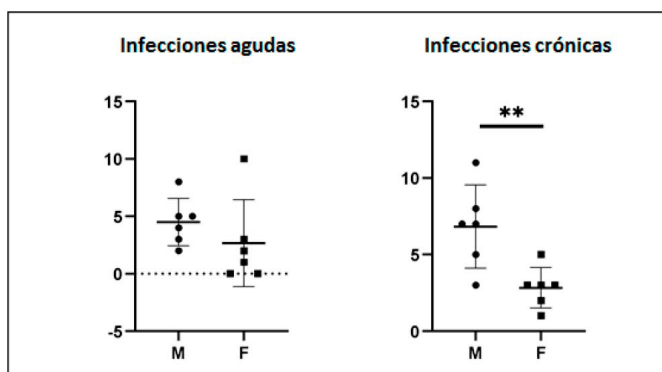


Gráfico 4: Distribución según sexo de los casos de infección aguda y crónica de hepatitis B en todo el período estudiado. \*\*Diferencia estadísticamente significativa entre los grupos M y F ( $p < 0.01$ ).

En el estudio de los estatus infecciosos, los casos no concluyentes respecto del total de solicitudes

fueron: 23,25% en 2014; 17,78% en 2015; 21,40% en 2016; 18,94% en 2017; 19,58% en 2018 y 30,50% en 2019, para un total de 1441, 1755, 1874, 2371, 2160 y 2379 solicitudes respectivamente. A partir de los casos concluyentes, se obtuvieron los resultados mostrados en el gráfico 5, el cual a fines ilustrativos fue separado en gráficos A y B para una mejor visualización de los datos.

## Tablas A y B

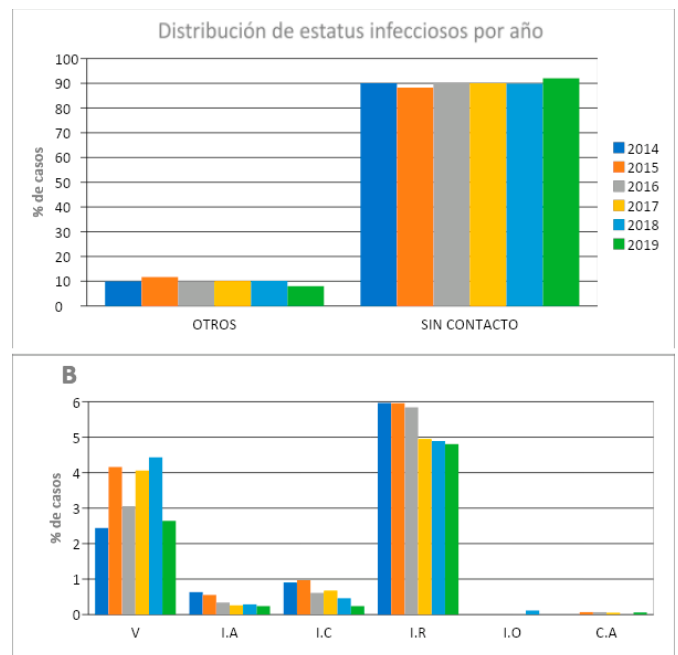


Gráfico 5: Distribución porcentual anual de solicitudes de HBV según estatus infeccioso. En 5A se muestran los casos sin contacto y otros, que incluyen a vacunados (V), infección aguda (IA), infección crónica (IC), infección resuelta (IR), infección oculta (IO) y core aislado (CA). En 5B se muestra la distribución de los estatus mencionados anteriormente.

Respecto al estudio de coinfección entre HBV y HIV, no se observaron casos para las infecciones agudas y ocultas, mientras que para las infecciones crónicas se encontraron 6 casos (10, 3%) en todo el período estudiado. Los datos detallados para cada año se observan en la tabla 2.



# Mejor Poster

“Situación de Hepatitis B en el HIGA Rossi”

AÑO	Inf. crónica	Coinfección HBV-HIV
2014	10	0
2015	14	2
2016	9	1
2017	13	1
2018	8	0
2019	4	2
TOTAL	58	6

**Tabla 2. Número de casos de coinfección entre HBV crónica y HIV por año.**

En cuanto a la relación entre la carga viral de hepatitis B y el recuento de linfocitos CD4+ en los pacientes que presentan coinfección HBV/HIV no se encontraron datos suficientes para evaluar el objetivo propuesto.

## DISCUSIÓN

A partir de los gráficos 1 y 2 podemos observar un bajo número de casos de Hepatitis B aguda, crónica y oculta por año respecto del total de solicitudes, lo que se correlaciona con los datos de prevalencia a nivel nacional, siendo ésta de un 1-2% (3). Observándose en general una prevalencia de hepatitis B crónica por sobre los casos de hepatitis B aguda y oculta, siendo esta última muy poco frecuente en nuestra población (2 casos en el año 2018).

En el gráfico 2 se puede observar una tendencia al descenso en el número de casos desde el 2014 al 2019, mostrando una discordancia con el Boletín sobre las hepatitis virales en la Argentina del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Argentina 2020(4) en el que no se observa ninguna tendencia.

En la distribución de los casos por edad puede observarse que en todos los grupos correspondientes a mayores de 20 años hay un mayor número de casos de hepatitis B crónica que agudas. A su vez, en los grupos de 20-39 y 40-59 años el número total de casos es superior a los hallados en el grupo de mayores de 60 años; y en ambos grupos se reportó un caso de hepatitis B oculta.

En el grupo correspondiente a menores de 20 años no se registraron casos, tal como se reportó en el Boletín de Hepatitis en Argentina del año 2019, donde se relaciona este hecho con la introducción al calendario nacional de vacunación, la vacuna contra la hepatitis B en el recién nacido a partir del año 2000 (4,11).

Respecto a la distribución según sexo, se observa un comportamiento heterogéneo año a año, como se puede ver en la tabla 1. Sin embargo, en todo el período estudiado se observa un predominio estadísticamente significativo del sexo masculino respecto del femenino en casos de hepatitis B crónica. En los casos de hepatitis B aguda, no se observa diferencia significativa entre ambos sexos (gráfico 4).

En cuanto al estudio de estatus infecciosos, los casos no concluyentes respecto del total de solicitudes fueron mayores al 17% en todos los años. Consideramos que dentro de este grupo se encuentran todas aquellas solicitudes que no siguen el algoritmo vigente para la población general, como embarazadas y pacientes en diálisis, así como también aquellas solicitudes que por diversas causas no se pudieron clasificar en los estatus definidos.

Dentro de los casos concluyentes, en todos los años se observó aproximadamente un 90% de casos sin contacto con el VHB. Debido a la gran diferencia entre este grupo y el resto de los estatus, se





# Mejor Poster

## “Situación de Hepatitis B en el HIGA Rossi”

decidió agrupar a los mismos dentro de la categoría otros, como se observa en el gráfico 5A. Por otro lado, en el gráfico 5B se muestra la distribución porcentual de casos vacunados, infección aguda, infección crónica, infección resuelta, infección oculta y core aislado, observándose un claro predominio de infecciones resueltas y vacunados con una distribución similar en todos los años. A su vez, en este gráfico se puede observar un porcentaje menor al 1% de infecciones agudas y crónicas para todos los años, al igual que lo observado en los gráficos 1 y 2. En todo el período estudiado, se encontraron sólo 2 casos de infecciones ocultas y un caso de core aislado.

Se encontró un 10,3% de coinfección entre hepatitis B crónica y HIV en todo el período estudiado, mientras que para infecciones agudas y ocultas no se registró coinfección. En este sentido, en la bibliografía consultada no se encontraron reportes de tasas de coinfección HIV/HBV en población de pacientes con HBV. El hecho de haber encontrado en nuestro estudio casos de HIV en población con hepatitis B crónica podría relacionarse con lo planteado por León Bratti y otros autores acerca de un aumento de 5 veces en la cronificación de la HBV en la población con HIV(7, 8, 9).

Si bien se propuso estudiar la relación entre la carga viral de hepatitis B y el recuento de linfocitos CD4+ para evaluar la influencia de la infección por HIV en la evolución de la hepatitis B, no se hallaron datos suficientes para llevarlo a cabo.

### CONCLUSIÓN

En la población que asistió al laboratorio del HIGA Prof. Dr. Rodolfo Rossi con solicitud de serología para hepatitis B entre enero de 2014 y diciembre de 2019 se observó un bajo número de casos de infecciones ocultas, agudas y crónicas, apreciándose en las últimas dos una disminución a lo largo del período estudiado.

En las infecciones agudas y crónicas el mayor número de casos se observó en la población de edad comprendida entre 20 y 60 años. Solo en las infecciones crónicas hubo un predominio del sexo masculino, mientras que en las agudas no predominó un sexo sobre el otro. Al estudiar los estatus infecciosos se concluyó que el 90% de la población no presenta contacto con el virus de la hepatitis B mientras que los casos de infecciones agudas, crónicas y ocultas fueron menores al 1%. La coinfección entre HBV crónica y HIV en la población estudiada fue del 10,3%.

### BIBLIOGRAFÍA

1. *Guía para los equipos de salud: Hepatitis virales*. Ministerio de Salud de la Nación. 2016
2. Liang TJ. Hepatitis B: the virus and disease. *Hepatology*. 2009;49(5 Suppl): S13–S21. doi:10.1002/hep.22881
3. Calanni, L; Cohen, E.M; Gañete, M, et al. Manejo de hepatitis virales en pacientes HIV. *Guías de Práctica Clínica. SADI*. 2018
4. *Boletín sobre las hepatitis virales en la Argentina*. Ministerio de salud y desarrollo social, Argentina. 2020.
5. Ministerio de Salud de la Nación. Algoritmo de diagnóstico y notificación a través del SNVS: hepatitis B en población general. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/algoritmos>
6. Cassino, L. *Coinfección HIV-HBV en regiones genómicas reguladoras*. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Universidad de Buenos Aires. 2011.
7. Laufer, N; Quarleri, J; Bouzas, M; Perez, H; Salomon, H; Cahn, P. *Coinfecciones por HBV y HCV en pacientes HIV positivos en la “era HAART”*: nuevos desafíos. *Medicina (Buenos Aires)* 2007; 67: 82-91
8. Levy, V; Grant, R; Cabezas, C. *Manejo de la coinfección por virus de hepatitis B y VIH en el Perú*, *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2007; 24(4)
9. León-Bratti, M. *Coinfección de hepatitis B e infección por VIH, AMC*, vol 50, (Supl. 3) 2008
10. Thio, C; Seaberg, E; Skolasky, R et al. HIV-1, hepatitis B virus, and risk of liver-related mortality in the Multicenter Cohort Study (MACS), *Lancet* 2002; 360: 1921–26
11. Stecher, D; Katz, N; Vizzotti, C. *Hepatitis B en Argentina. Situación actual y estrategia de vacunación universal para su control y eliminación*. *Actualizaciones en SIDA e infectología*. Buenos Aires 2014; 22(83):18-21



# Mejor Poster

*“Evaluación del Proyecto de optimización para procedimientos microquirúrgicos aplicado a cirugía de catarata en el servicio de oftalmología del HIGA Prof. Dr. R. Rossi”*

2017/2018 y aquellos intervenidos en el periodo

**Autores: Pin Hidalgo, Gustavo; Valeiras, Andrea; Cardozo, Laura Andrea; Alvarado Baissetto, Thomas; Malbran, Juan Ramón; Faretta, Martina; Settecase, Florencia; Martínez Peterlin, Alejo; Rodríguez, Joaquín.**

2019/2021. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables recolectadas en una tabla de Excel, estas fueron: edad, sexo, agudeza visual (AV) mejor corregida antes y al mes de la cirugía.

## INTRODUCCIÓN

La catarata es la causa más frecuente de pérdida reversible de la visión y de ceguera en el mundo. La cirugía sigue siendo el único tratamiento disponible en la actualidad para la rehabilitación visual de estos pacientes. En la actualidad la facoemulsificación es considerada el último avance importante en la cirugía de catarata, convirtiéndose en la técnica quirúrgica preferida a nivel mundial.

A partir de Julio 2019 en el servicio de Oftalmología HIGA Rossi se aplicó un método sistematizado de enseñanza y aprendizaje en el proyecto de optimización de microcirugía de catarata. La aplicación del mismo consistió en un modelo con base teórica y práctica, con observación constante por parte del instructor quirúrgico, entrenamiento en wet lab y en simulador virtual. En este trabajo intentaremos demostrar los resultados obtenidos con la implementación del mismo.

## OBJETIVO

Evaluar los resultados en la agudeza visual final de los pacientes operados una vez implementado el Proyecto de optimización para procedimientos microquirúrgicos en cirugía de catarata. Comparar los mismos con los obtenidos en el periodo previo a su implementación.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo comparativo observacional, analizando las historias clínicas de pacientes operados de catarata en el servicio de oftalmología del HIGA R. Rossi entre el periodo

## RESULTADOS

Del total de ojos intervenidos (214 ojos), 102 corresponden al periodo (1) 2017/2018, con edad promedio de 57 años (64% masculinos, 36% femeninos); y 112 al periodo (2) comprendido entre 2019/ 2021, con edad promedio de 63 años (48% masc, 52% fem). Con respecto a la agudeza visual mejor corregida (AVMC) final, se observó que el 62% de las cirugías en el Periodo 1 obtuvieron una AV >7/10 en contraste con el 81% del periodo 2.

## DISCUSIÓN

En virtud de la observación de los datos de los grupos de AVMC inicial y final del primer período el 62 % de los ojos lograron una AVMC final mayor a 7/10. En el segundo período, se observó que más del 80% de los ojos intervenidos lograron una AV mayor a 7/10. Es decir, comparativamente luego de implementar el sistema de optimización se obtuvo una notable mejoría en la AVMC final superior al 20% además el grupo 3 que es el de menor AVMC se vio reducido en el periodo 2 de del 37 al 18 % casi 20 % menos, esos parámetros nos hacen inferir con certeza que los resultados han sido satisfactorios para los pacientes operados comparados con la bibliografía científica específica.

## CONCLUSIÓN

El Proyecto de optimización para procedimientos microquirúrgicos aplicado a cirugía de catarata del hospital HIGA Rossi, ha demostrado mejorar los resultados de AVMC final en estos pacientes, considerando al mismo una estrategia de aprendizaje segura y eficaz para el médico cirujano en formación.



# Mención especial

*“Experiencia del consultorio de salud sexual integral: interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Hospital Prof. Dr.R. Rossi de La Plata”*

## **Autores:**

**Achucarro Maria, Cereijo Joaquin, Flain Daniela, Kette Maria, Izzo Maria, Larreche Verdier M.Sol, López Bonanni, Andrea, Niosi Paula, Ordoñez Alfonsina, Parisi Regina, Quevedo Ana, Rego Mónica, Rodríguez Belén, Salí Brenda, Salvi Victoria, Silva Pamela, Tapia Ferrer, Gisela, Vayo Gisele.**

## **INTRODUCCIÓN**

El 30 de diciembre de 2020 fue sancionada en el Congreso de la Nación la Ley Nacional N° 27.610. Conforme a esta, las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la IVE hasta la semana 14 inclusive, del proceso gestacional, sin más requisito que la sola expresión de su voluntad, acompañado únicamente del consentimiento informado. Fuera del plazo mencionado corresponderá la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) practicada con el consentimiento de la persona y la acreditación de causales realizada por el personal de salud. El derecho a la IVE contribuye también a reducir las inequidades en salud, de género y socioeconómicas, porque mejora el acceso a la salud de todas las personas con capacidad de gestar, en especial de los sectores más vulnerables. La consejería es un espacio de información y acompañamiento que tiene como objetivo que la persona pueda tomar decisiones autónomas, con la información adecuada para evaluar las diferentes opciones. Esta información es actualizada y brindada en lenguaje y con formatos accesibles, con materiales de soporte como folletos. La entrevista interdisciplinaria permite detectar el estado subjetivo, en el cual la persona consulta para trabajar sus inquietudes, necesidades y posibilidades de atravesar este proceso. El tratamiento para llevar a cabo una IVE e ILE es Misoprostol que provoca la expulsión de su contenido. La baja tasa de efectos secundarios (vómitos, diarrea, fiebre y cefalea), su

bajo costo, su estabilidad a temperatura ambiente y su alta efectividad para la interrupción del embarazo (88% administrado correctamente) ha hecho que sea una droga ampliamente usada. La mayoría de los fallos de la farmacoterapia se pueden atribuir a su mala utilización. Por esta razón es de suma importancia la consolidación de los equipos de salud que contribuya a garantizar este derecho con información confiable y garantizando el acceso y acompañamiento en todo el proceso.

## **OBJETIVO GENERAL**

Describir y analizar la experiencia como equipo de salud sexual en la atención de aquellas personas que se acercan con la necesidad de interrumpir su gesta.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Demostrar la edad promedio de las personas atendidas.
- Discriminar el porcentaje de personas mutualizadas y cuáles no.
- Registrar Edad Gestacional en la primera consulta.
- Detectar el tiempo promedio de expulsión desde el momento que realizó el tratamiento.
- Analizar el porcentaje de éxito del tratamiento, evaluado por necesidad de segundo tratamiento y derivación por falla del mismo.
- Analizar las distintas vías de administración y efectos adversos.
- Evaluar el proceso de atención del equipo de salud.
- Distinguir cuál es el método anticonceptivo elegido postratamiento.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo sobre 57 pacientes que concurrieron al consultorio de Salud Sexual por IVE, en el período entre el 20/01/2021 al 18/08/2021. Se utilizaron Historias





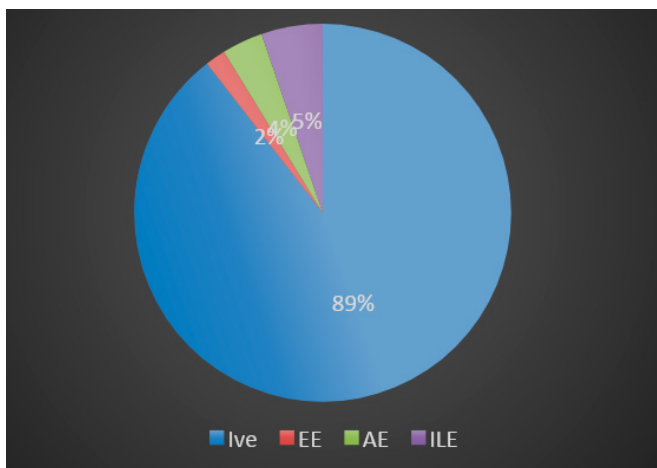
# Mención especial

*“Experiencia del consultorio de salud sexual integral: interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Hospital Prof. Dr.R. Rossi de La Plata”*

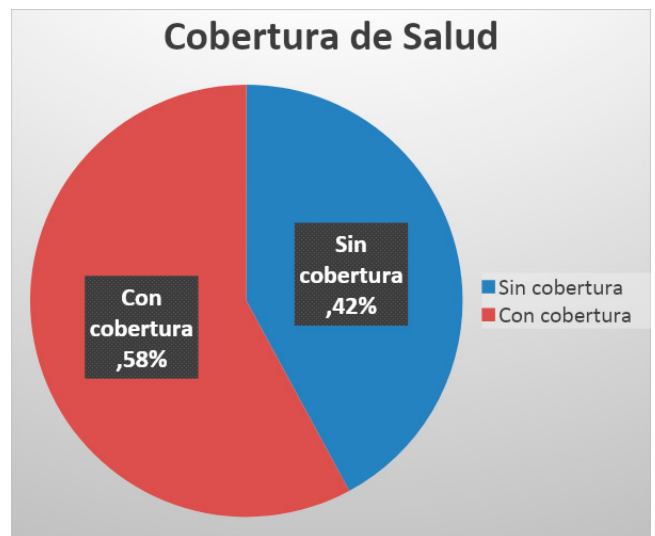
Clínicas confeccionadas específicamente para IVE. A las personas ingresadas se les indicó Misoprostol 800 µg cada 3 horas (total 12 comprimidos). Luego de la dispensación de Misoprostol, se realizaron encuestas semi-estructuradas personalizadas y anónimas por whatsapp. Para ello se utilizaron herramientas digitales donde se registraron: la vía de administración utilizada (sublingual o vaginal); tratamientos completos; los diferentes efectos secundarios y se calificó la atención del equipo de salud como: mala, buena, muy buena y excelente.

## RESULTADOS

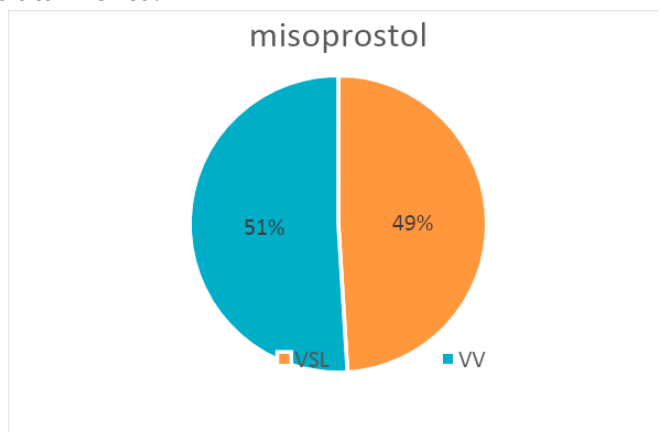
- La edad promedio de las pacientes fue 27 (16-44).
- Del total de pacientes que consultaron por IVE:
  - 89% (51) correspondieron a IVE.
  - La edad gestacional (EG) promedio fue de 7 (5-16) semanas.
  - 2% (1) embarazo ectópico,
  - 4% (2) aborto espontáneo
  - 5% (3) ILE.



- 51 pacientes fueron tratadas con misoprostol. Al 49% (25) se indicó misoprostol sublingual (VSL) y 51% (26) vía vaginal (VV).
- El periodo de expulsión fue dentro de las 12 a 18 horas desde el momento del inicio del tratamiento.
- No se presentaron complicaciones graves.



- No presentaban cobertura de salud el 42% (24).
- Se necesitó segundo tratamiento en el 9% (5)
- 4% (2) se derivó por falla del segundo tratamiento.

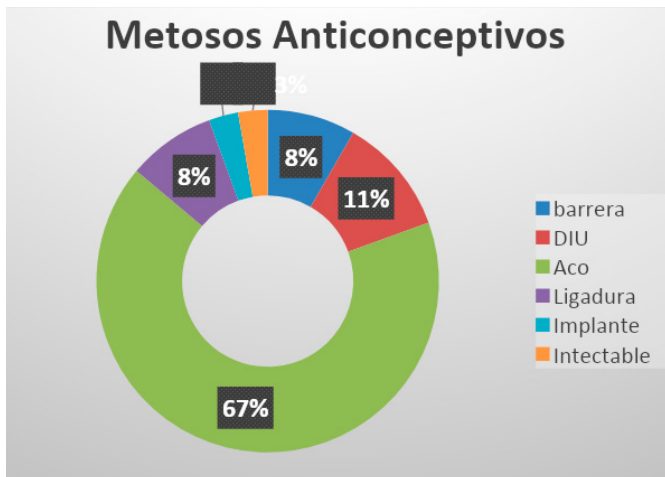


- Se le entregó anticoncepción post procedimiento al 63% (36) de las personas.
- De las cuales eligieron: barrera 8% (3). Diu 11% (4) Aco: 67% (24), Ligadura 8% (3), Implante 3%(1)



# Mención especial

“Experiencia del consultorio de salud sexual integral: interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Hospital Prof. Dr.R. Rossi de La Plata”.

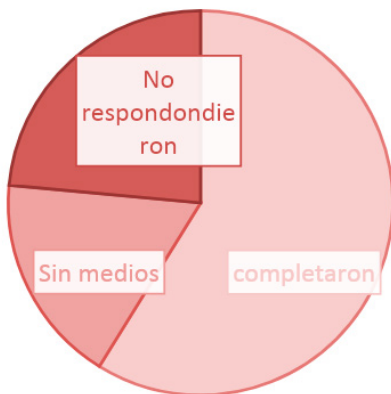


El 59% (30) completó la encuesta, 18%(9) no tenía medio de contacto y 23%(12) no respondió. De las que se obtuvo respuesta el 23% (7) presentaron efectos adversos con la VSL y 7%(2) con la VV.



inequidades en el acceso a prestaciones de salud sexual y reproductiva. El aborto con misoprostol es seguro y eficaz, con tasas de expulsión de entre el 72% y el 91% a las 24 horas, el tiempo promedio de 10 a 15 horas desde la inducción hasta el aborto y tasas de complicaciones graves de menos del 1%. La experiencia vivida en el consultorio de Salud Sexual ha sido satisfactoria, hemos tenido un buen desempeño como equipo, pensando en la accesibilidad a la demanda, ya sea de manera telefónica, whatsapp e instagram, con respuesta rápida a la solicitud de turnos. La organización del consultorio fue adecuada al beneficio de la persona demandante, realizando en el mismo día ecografía ginecológica, atención integral inmediata y resolución en el día. Coincidimos con la literatura en tiempo promedio de expulsión con el uso de misoprostol y el porcentaje de eficacia del mismo, al igual que el porcentaje de complicaciones leves. Experimentamos una gran demanda de personas del ámbito privado, lo que demuestra la falta de compromiso y organización del mismo ante la ley N° 27.610, al igual que las farmacias oficinales donde solicitaron la medicación dichas pacientes. Una limitación que se presentó durante la recolección de los datos fue la falta de medios de comunicación por parte de algunas personas para realizar la encuesta. Los resultados obtenidos en el transcurso de este

## Encuesta



La calificación de la atención fue: 73% (22) excelente, 14% (4) buena y 13% (4) muy buena. El 90% (27) de las encuestadas refirió haber recibido suficiente información durante la dispensación.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La ampliación del acceso al aborto seguro que el nuevo marco normativo establece es una ventana de oportunidad para mejorar los indicadores de morbi-mortalidad, así como para reducir las



# Mención especial

*“Experiencia del consultorio de salud sexual integral: interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Hospital Prof. Dr.R. Rossi de La Plata”*

trabajo son por demás positivos, consolidando la necesidad de trabajar en equipo para abordar las diferentes y desiguales situaciones que llegan al sistema público de salud. Garantizando no solo un derecho elemental, sino también con los recursos al servicio, el acceso al mismo.



# Mención especial

*“Mortalidad en pacientes infectados por Sars Cov-2 en una unidad de trasplante de médula ósea en la ciudad de La Plata”*

**Autores: Baldoni, Nadia Lucía; Castillo Arrollo, Yanidad Elsa; Cooke, Bettina; Cuellar, Sergio Uriel; Fernández, Nadia Ailén; Miceli, Celina Raquel; Pessacq, Pedro; Otermin, Florencia.**

**Servicio: Infectología, Unidad de Trasplante de Médula Ósea**

## INTRODUCCIÓN

La COVID-19 causada por el coronavirus SARS-CoV-2 fue declarada pandemia por la OMS el 11 de marzo de 2020. Al momento actual ha infectado más de 100 millones de personas en todo el mundo, ocasionando más de 4 millones de muertes.

Los pacientes con enfermedades oncohematológicas y receptores de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) presentan un deterioro de las defensas inmunitarias tanto por la enfermedad subyacente como por el tratamiento, lo cual predispone a infección más grave y excreción viral prolongada.

## OBJETIVOS

Estimar la prevalencia de COVID-19 en esta población, definir cuadro clínico de la enfermedad, la necesidad de ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI) y determinar la mortalidad atribuible en pacientes sintomáticos y asintomáticos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, longitudinal y observacional en la Unidad de Trasplante de Médula Ósea del Hospital Interzonal General de Agudos Prof. Dr. Rodolfo Rossi, en la Ciudad de La Plata, desde abril de 2020 a septiembre de 2021. Se evaluaron variables como: edad, sexo, enfermedad de base, estadio de la enfermedad, comorbilidades, tratamiento quimioterápico, prevalencia de COVID-19, cuadro clínico de infección y mortalidad. Se definió como caso de COVID-19 a aquellos

con una reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) positiva para SARS-CoV-2 en hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo.

Se realizaron pruebas diagnósticas para COVID-19 en todo paciente que se internaba para tratamiento quimioterápico, receptores de TCPH, sintomáticos y asintomáticos, y en todo paciente con sospecha de infección por coronavirus. Los positivos se internaban fuera de la unidad de trasplante para disminuir el riesgo de contagio dentro de la unidad cerrada, y eventualmente postergar la quimioterapia o el TCPH. Se definió el grado de gravedad de la enfermedad según lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación.

## RESULTADOS

Se realizaron 214 hisopados.

Pacientes sintomáticos respiratorios: 86 (40%).

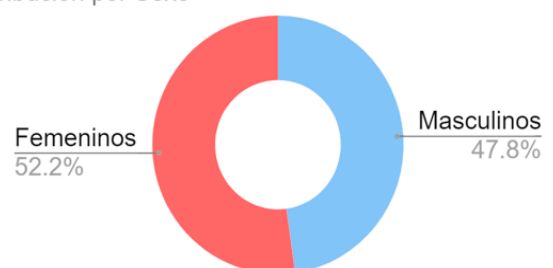
Pacientes asintomáticos 128 (60%).

Pacientes sintomáticos: 15 (17%) positivos para Sars-CoV-2. De estos, 8 desarrollaron enfermedad leve, 2 enfermedad moderada y 5 enfermedad severa. Cuatro pacientes ingresaron a UCI y 3 requirieron ARM.

Mortalidad: 5 pacientes (33%); la mayoría con enfermedad grave.

Pacientes asintomáticos: 8 (6%) positivos para Sars-CoV-. Mortalidad: 0%.

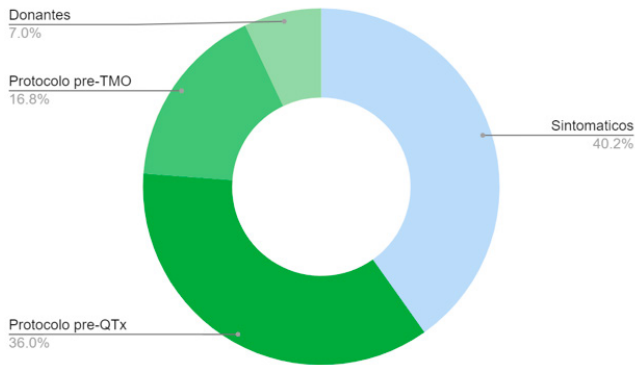
Distribución por Sexo



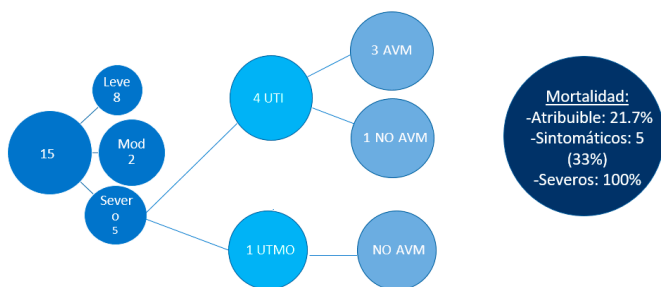
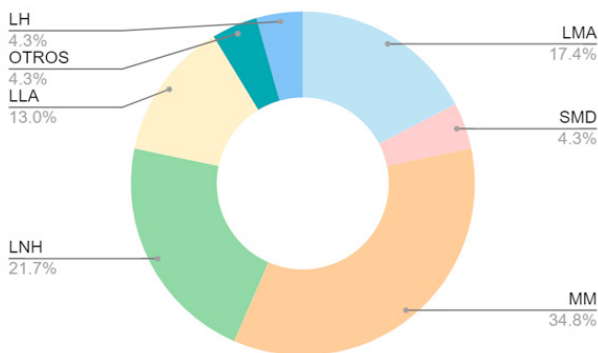


# Mención especial

“Mortalidad en pacientes infectados por Sars Cov-2 en una unidad de trasplante de médula ósea en la ciudad de La Plata”



## Enfermedad de Base



## DISCUSIÓN

Se identificó un número elevado de pacientes asintomáticos y con enfermedad leve. La mortalidad fue baja en la población incluida. Es importante la detección temprana y universal en todo paciente oncohematológico y futuro receptor de trasplante, porque determina el sitio de atención inicial hospitalaria y define el momento de someter al paciente a tratamiento inmunosupresor. Si bien este estudio fue realizado en un único centro,

los resultados son similares con lo descrito en la bibliografía.

## CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados podemos ver que en estos pacientes el desenlace de la enfermedad se asemeja a lo documentado en series multicéntricas, en donde se informa una mortalidad entre 30.6% y 37%. Concluimos que esta población por sus características tiene mayor riesgo de enfermedad grave o crítica en contraste con pacientes inmunocompetentes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Monica Fung, Jennifer M Babik; COVID-19 en huéspedes inmunodeprimidos: lo que sabemos hasta ahora; *Clinical Infectious Diseases*; Volumen 72; Estados Unidos; 27 de junio del 2020.
2. Jennifer A. Belsky, Brian P. Tulio, Margaret G. Lamb, Rouba Sayegh, Joseph R. Stanek, Jeffery J. Auletta; COVID-19 en pacientes inmunodeprimidos: una revisión sistemática de pacientes con cáncer, trasplante de células hematopoyéticas y órganos sólidos; *Colección de emergencias de salud pública de Elsevier*; Estados Unidos; 4 de febrero de 2021.
3. Recomendaciones sobre Covid-19 en trasplante de células progenitoras hematopoyéticas; *Sociedad argentina de infectología*; Versión 2; 27 de Julio 2021
4. S.A.D.I., INCUCAI, Sociedad Argentina de trasplante; *Pandemia de coronavirus 2019-2020; Comisión de infecciones en trasplantes de órgano sólido SADI/SATI/INCUCAI*; 10 de marzo 2021.
5. Lee LY, Cazier JB, Angelis V, Arnold R & otros COVID-19 mortality in patients with cancer on chemotherapy or other anticancer treatments: a prospective cohort study. *Lancet*. 2020 Jun 20;395(10241):1919-1926. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31173-9. Epub 2020 May 28. Erratum in: *Lancet*. 2020 Aug 22;396(10250):534. PMID: 32473682; PMCID: PMC7255715
6. Regalado-Artamendi I, Jiménez-Ubieto A, Hernández-Rivas JÁ, & otros. Risk Factors and Mortality of COVID-19 in Patients With Lymphoma: A Mul-



# Mención especial

“Mortalidad en pacientes infectados por Sars Cov-2 en una unidad de trasplante de médula ósea en la ciudad de La Plata”

*ticenter Study. Hemasphere. 2021 Feb 10;5(3):e538. doi: 10.1097/HS9.00000000c00000538. PMID: 33604516; PMCID: PMC7886434.*

.7. Herrera Fabiam, Bues, Florencia, Rojas Rocío, Temporiti elena, Videla Cristina, Dupont Juan, Bonvehi Pablo. *Infección por Sars-Cov2 en pacientes con neoplasias hematología y trasplantes. Sección Infectología, Departamento de Medicina Interna, Laboratorio de Virología, Departamento de Análisis Clínicos, Sección Hematología, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), Buenos Aires, Argentina*

8. Passamonti F, Cattaneo Ch, Arcaini L, et al. *Clinical characteristics and risk factors associated with COVID-19 severity in patients with haematological malignancies in Italy: a retrospective, multicentre, cohort study. Lancet Haematol 2020.*

9. Lee L, Cazier J-B, Starkey T. et al. *COVID-19 prevalence and mortality in patients with cancer and the effect of primary tumour subtype and patient demographics: a prospective cohort study. Lancet Oncol 2020; 21: 1309- 16.*





# Mención especial

*“Miositis necrotizante inmunomediada asociada a anticuerpo anti partícula de reconocimiento de señal”.*

**Autores: Reitich, Abel Gaston; Dus Orieta, Nicolás Benjamín; Ibáñez, Giuliano; Urrutia, Julio Cesar; Wernicke Verónica Cecilia; Sancholuz Fernando; Lojo, María Nieves.**

## INTRODUCCIÓN

Las Miopatías Inflamatorias Idiopáticas (MII) conforman un grupo heterogéneo de patologías cuya incidencia anual es de 2,1 a 7 por millón, correspondiendo el 20% a Miositis Necrotizante Inmunomediada (MNIM), afectando con mayor frecuencia a personas en la quinta década de la vida.

El European Neuromuscular Centre divide este síndrome en tres subtipos:

1. Miopatía anti-Partícula de Reconocimiento de Señal (anti SRP).
2. Miopatía anti-Hidroxi Metilglutaril Coa Reductasa (anti HMGCR) con o sin antecedentes de exposición a estatinas.
3. MNIM sin anticuerpos asociados.

Su presentación clínica consiste en debilidad muscular proximal, manifestaciones sistémicas como el compromiso cardíaco, alteraciones miopáticas en el electromiograma, elevación de las enzimas musculares, anticuerpos característicos y biopsia muscular con necrosis y escasa inflamación, que sigue siendo el gold standard para el diagnóstico. Los objetivos del tratamiento son eliminar la inflamación, restaurar el rendimiento muscular y mejorar así la calidad de vida.

## OBJETIVO

Describir un caso de Miositis Necrotizante Inmunomediada en una paciente adolescente.

Tabla 1

ESTUDIOS	RESULTADOS	
	Inicio	Alta
TGO (VN: 5-34 UI/ml)	732	202
TGP (VN <55 UI/ml)	461	218
CPK (VN: 30-200 UI/ml)	19.348	4275
LDH (VN: 125-220 UI/ml)	3.468	741
Test de la gota seca para miopatía metabólica	Negativo	
EMG	Patrón miopático proximal	
RNM corporal total en STIR	Hiperintensidad de músculos de cintura escapular y pélvica, pared toraco-abdominal y región lumbar.	
Biopsia de deltoides	Degeneración aislada fibromuscular sin infiltrados PMN o linfocíticos	



# Mención especial

*“Miositis necrotizante inmunomediada asociada a anticuerpo anti partícula de reconocimiento de señal”*

Al examen físico: parámetros vitales estables, sin alteraciones cutáneas, decúbito obligado, hipoventilación bilateral en bases pulmonares, debilidad muscular de miembros a predominio proximal con imposibilidad de despegarlos del plano de la cama, sin sostén cefálico. Además, presentó rigidez articular con dolor a la movilización y posición en flexión de codos, caderas y rodillas. Se realizaron estudios complementarios (Tabla 1 y Fig 1).

Con alta sospecha de MNIM y ante la gravedad del cuadro, se comenzó tratamiento: 3 pulsos de Metilprednisolona de 500 mg/día, continuando con Meprednisona 40 mg/día, Metotrexato 20 mg/sem subcutáneo, Ac Fólico 10 mg/sem y rehabilitación. Luego del tratamiento presentó mejoría lenta de la clínica junto con una rápida recuperación de los valores de laboratorio (ver cuadro adjunto). Se otorga alta médica con derivación para seguimiento en su lugar de residencia. Posterior a la misma se recibió resultado de serología para MNIM con anti SRP y anti RO52 positivos. Actualmente presentó rebrote con elevación de enzimas y compromiso cardiológico por lo cual se asoció tratamiento con Rituximab con buena respuesta y tolerancia al mismo.



Figura 1. resonancia nuclear magnética en secuencia STIR. Se observa hiperintensidad en músculos proximales (edema en músculo y partes blandas (flechas). Líquido en la bursa subcudricipital del lado izquierdo (Triángulo)



## DISCUSIÓN

Consideramos relevante comunicar el caso de esta paciente adolescente, debido a la baja frecuencia con que se produce en dicha franja etaria y, en consecuencia, a la escasa bibliografía al respecto. Los pacientes jóvenes con anti SRP positivo, poseen peor pronóstico que los adultos, lo que determina la importancia de comenzar una terapéutica adecuada de manera rápida ante la sospecha clínica. Si bien la biopsia muscular continúa siendo el gold standard, solo el 30% presenta necrosis, no siempre es un método accesible y no debería retardar el inicio del tratamiento en pacientes con compromiso grave y alta sospecha. Los recientes criterios de clasificación del European Neuromuscular Centre adjudican mayor importancia a los anticuerpos que a la biopsia para el diagnóstico, debido a su mayor utilidad para clasificar el subtipo de miopatía y establecer pronóstico. Esta tendencia también está siendo adoptada por otros grupos de estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pinal-Fernandez, Iago, Maria Casal-Dominguez, and Andrew L. Mammen. "Immune-mediated necrotizing myopathy." *Current rheumatology reports* 20.4 (2018): 1-10.
2. Bertorini, Tulio, Kelly Meza, and Natalia Chunga. "Miopatías autoinmunes: revisión de diagnóstico y manejo." *Anales de la Facultad de Medicina*. Vol. 80. No. 3. UNMSM. Facultad de Medicina, 2019.
3. Bay LB, Denzler I, Durand C, Eiroa H, et al. Enfermedad de Pompe infantil: Diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr* 2019;117(4):271-278.
4. Vulsteke, Jean-Baptiste, et al. "Detection of myositis-specific antibodies." *Annals of the rheumatic diseases* 78.1(2019):e7-





# Mención especial

“Nuestros números en pandemia: Estadística de una sala de internación general”.

## Autores:

**Pedro D´amico, Luciana Spizzirri, Francisco Tabelione, José Raquiar, Silvia González, Fernando Sancholuz.**

## OBJETIVO

Analizar la evolución de la pandemia de COVID-19 en una sala de internación de un Hospital de La Plata.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de los casos admitidos, con tratamiento y seguimiento médico de acuerdo a recomendaciones vigentes en cada período de la pandemia con análisis focalizado en la mortalidad.

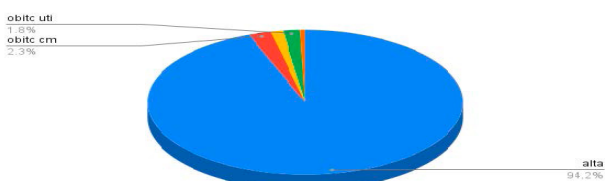
## RESULTADOS

	2020	2021
<b>INTERNADOS</b>	399	413
<b>CONFIRMADOS</b>	88 (22%)	188 (45%)
<b>INTERNADOS EN CM</b>	89%	80%
<b>INTERNADOS EN UTI</b>	11%	20%
<b>MORTALIDAD</b>	4,8% (21% UTI)	13,4% (79% UTI)
<b>ALTAS</b>	94,2%	84%
<b>PROMEDIO DÍAS INTERNACION</b>	12,9	18,4

### EVOLUCIÓN GLOBAL

<b>POSITIVIDAD</b>	<b>34%</b>
<b>MORTALIDAD</b>	9%
<b>ALTAS</b>	89%

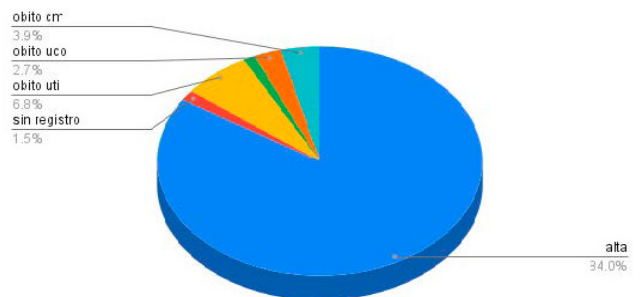
### Evolución 2020



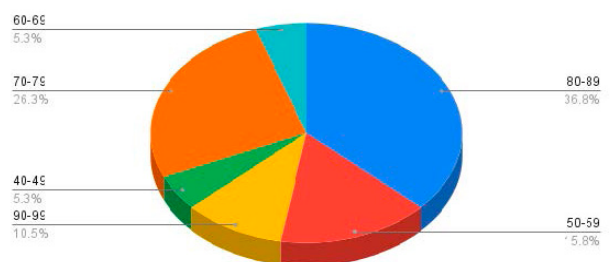
## CONCLUSIONES

Durante el 2021 se observa una alta tasa de positividad (prácticamente el doble respecto a 2020) un

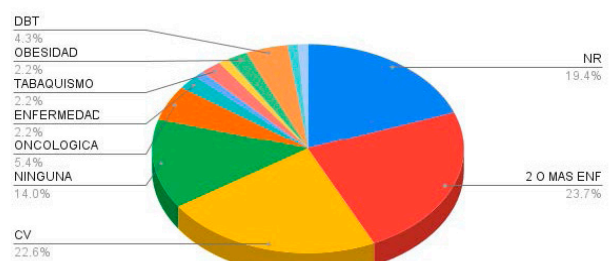
### Evolución 2021



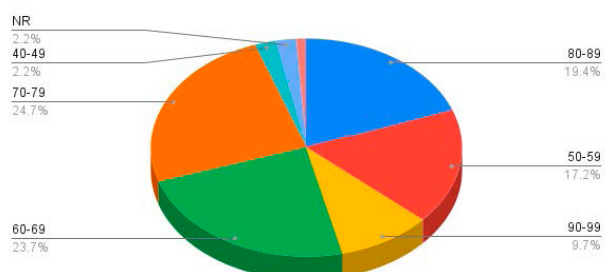
### RANGO ETARIO OBITOS 2020



### Recuento de COMORBILIDADES AGRUPADAS



### MORTALIDAD GLOBAL 2020/2021



desplazamiento en la curva de incidencia hacia edades más tempranas, tal vez por el impacto de la vacunación, mayor número de casos moderados-severos respecto a 2020, con una elevada tasa de derivación a unidades de cuidados intensivos, internaciones más prolongadas y elevada mortalidad.



**2022**