

Hospital Municipal de Agudos
Dr. Leónidas Lucero

PROPIEDAD Y EDITOR RESPONSABLE

Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero".
Estomba 968, CP 8000.
Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires.
Tel: (0291) 4598484.

AUTORIDADES HOSPITALARIAS

Director General: Gustavo Adolfo Carestía
Dirección de Innovación Tecnológica y Educación: Facundo Leandro Arnaudo
Jefe de Departamento de Docencia e Investigación: Analía Verónica Ocampo

COMITÉ EDITORIAL

Director: Analía Verónica Ocampo
Director Editorial: Lucía Lamponi Tappatá
Secretario de Redacción: Claudia Pasquaré

COMITÉ DE REDACCIÓN

Patricia Barberio
José Ignacio Giangreco Dueña
Antonela Arnaldi

COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO

Adolfo Quispe Laime
Pilar Carral
Gustavo Rodríguez Gil
Hernan Perez Teysseyre
Lucia Lamponi Tappatá

DISEÑO Y ASESORAMIENTO TÉCNICO

Juan Manuel Arbotti
Luciana Caserta

IMAGEN DE PORTADA

Javier Herrera

SECRETARIO

José Ignacio Giangreco Dueña

ÍNDICE

CARTA AL EDITOR	4-6
El lado oscuro de la investigación científica <i>Dr. Gustavo Carestía, Director General del Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero".</i>	
EDITORIAL	7-8
Día Mundial del Cáncer de Piel - 13 de junio <i>Unidad de Dermatología</i>	
ARTÍCULO ORIGINAL	9-19
Caracterización clínica-epidemiológica de las personas atendidas por intento de suicidio en el Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", año 2023. <i>Lic. García Myriam Mabel, Técn. Giangreco Dueña María Antonela, Bioq. Carral Pilar, Bioq. Lobo Mariana Monserrat, Adm. Diomedi Silvana Soledad.</i>	
ARTÍCULO ORIGINAL	20-25
Diseño e implementación de un sistema de expediente electrónico para compras sostenibles: un enfoque para la reducción del uso de papel en un hospital público <i>Dra. Marta del Valle; Lic. Marcelo Andreocci; Mg. Elba Silvina Gherardi</i>	
SERIE DE CASOS	26-32
Anticuerpos anti- citoplasma de neutrófilos asociado al consumo de cocaína <i>Schenkel, Verónica Vanesa; Oliva, Melina Soledad</i>	
REPORTE DE CASO	33-37
Injuria renal aguda como forma de presentación de una disección aórtica <i>Med. Biaggioni, Martin Alejandro; Med. del Valle, Julián; Med. Doiny Cabré, Lucía; Med. Ortega, Vanesa Alejandra.</i>	
NORMAS PARA AUTORES	38-41

El lado oscuro de la investigación científica

**Dr. Gustavo Carestía, Director General
del Hospital Municipal de Agudos
“Dr. Leónidas Lucero”.**

Hablemos de la ética en la investigación. Los avances tecnológicos y la mejora en la salud de la población han sido posibles, en gran medida, gracias a los descubrimientos científicos. En un contexto donde predomina el paradigma positivista, el método científico se erige como la piedra angular del conocimiento y el desarrollo humano¹.

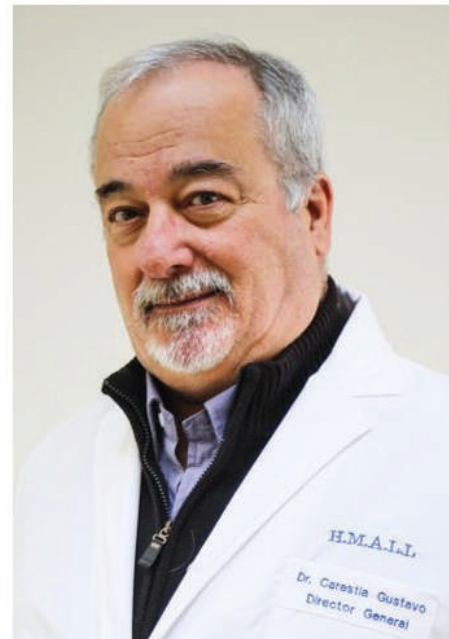
En este sentido, es esencial confiar en que toda investigación se realiza con rigor científico y metodológico, y de una manera ética. Confiamos en que los investigadores actúan con honestidad, transparencia, objetividad e imparcialidad durante todo el proceso. También confiamos en que un comité de ética en investigación ha evaluado, aprobado y supervisado adecuadamente el proyecto y las competencias del equipo investigador. Finalmente, confiamos en que quien firma un trabajo, realmente lo ha realizado.¹

Existe una responsabilidad ética en el desarrollo del conocimiento científico, especialmente en la investigación biomédica, que beneficia a la humanidad al ser la base de los avances diagnósticos y terapéuticos.

Cuando hablamos de ética en la investigación, nos referimos a un conjunto de principios y normas que rigen el comportamiento de los investigadores, asegurando que sus estudios se realicen de manera responsable, justa y respetuosa con la dignidad, los derechos y el bienestar de los participantes y la sociedad en general.²

Algunos principios fundamentales incluyen:

- Respeto por las personas
- Beneficencia
- No maleficencia
- Justicia



Algunas normas esenciales son:

- Consentimiento informado
- Confidencialidad y privacidad
- Minimización de riesgos
- Evitar sesgos y conflictos de intereses
- Revisión ética por comités especializados

Prácticas no éticas en investigación:

Las prácticas no éticas en investigación pueden tener graves consecuencias para todos los participantes, para la sociedad y para la integridad de la investigación misma.

Algunas prácticas no éticas en investigación son:^{3,4}

- Falta de consentimiento informado: No obtener el consentimiento libre e informado de los participantes antes de involucrarlos en la investigación.

- Engaño o manipulación: Engañar o manipular a los participantes sobre la naturaleza o propósito de la investigación.
- Riesgos no justificados: Exponer a los participantes a riesgos físicos o psicológicos no justificados.
- Confidencialidad violada: Revelar información personal o confidencial de los participantes sin su consentimiento.
- Sesgos y conflictos de intereses: Permitir que sesgos personales o conflictos de intereses influyan en la investigación.
- Fabricación o falsificación de datos: Crear o alterar datos para apoyar conclusiones falsas.
- Plagio: Presentar el trabajo de otros como propio.

La investigación científica es un motor del progreso, una herramienta invaluable para expandir el conocimiento y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, a lo largo de la historia, han surgido prácticas que, en lugar de contribuir al avance, lo distorsionan, comprometiendo tanto la integridad de los hallazgos como la confianza del público en la ciencia. Las prácticas no éticas en investigación son una amenaza tangible que debemos afrontar con firmeza y transparencia.

Un ejemplo alarmante de falta de ética es la manipulación de datos. Este comportamiento, que incluye la fabricación, falsificación o alteración de resultados, no solo distorsiona el conocimiento científico, sino que también pone en riesgo la salud y seguridad de las personas. Los investigadores que ceden a la tentación de fabricar resultados sacrifican la verdad por el éxito personal, dañando la confianza en la comunidad científica y los avances genuinos que derivan de investigaciones honestas.

Otro aspecto crítico es el tratamiento que se les da a los participantes en investigaciones biomédicas o sociales. Estos deben entender los riesgos, beneficios y su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento.

La presión por publicar resultados novedosos y obtener financiamiento puede crear un ambiente que propicie la adopción de prácticas dudosas.

La publicación selectiva, donde solo se difunden resultados positivos mientras se ocultan los negativos o neutros, es otro problema ético. Este sesgo puede distorsionar la literatura científica y dificultar la reproducibilidad de los resultados.

La investigación científica es una herramienta esencial para el avance del conocimiento humano, contribuyendo a la mejora de nuestras sociedades y a la resolución de complejos desafíos globales. Sin embargo, este noble propósito puede verse seriamente empañado por prácticas deshonestas que minan la confianza en la ciencia. Entre todas las prácticas no éticas, el plagio se destaca como una de las más dañinas y extendidas, afectando no solo la credibilidad de los investigadores, sino también la integridad de la ciencia.

El plagio en la investigación

El plagio aparece como la apropiación no autorizada de ideas, textos o descubrimientos de otro investigador, sin dar el crédito correspondiente, tratándose con toda claridad de un acto de fraude intelectual. Aunque pueda parecer menos impactante que la manipulación de datos, sus consecuencias son igualmente devastadoras. Robar el trabajo de otros no solo perjudica a quienes han dedicado tiempo y esfuerzo a generar ese conocimiento, sino que también crea una atmósfera de desconfianza y deslegitimación en la comunidad científica.

El plagio puede presentarse de varias formas. La copia literal de frases o párrafos sin atribución es la más evidente, pero también existe el “autoplagio” (reutilización de textos propios sin mencionarlo) o el “plagio de ideas”, en el que un investigador toma la esencia de una teoría o expansión desarrollada por otros y la presenta como propia. Estas prácticas violan los principios fundamentales de la honestidad intelectual y distorsionan el sistema de méritos en la carrera profesional. Las razones detrás del plagio son diversas, pero muchas veces están vinculadas a la presión por publicar rápidamente y en grandes cantidades. En el panorama científico actual, la cantidad de publicaciones científicas se ha convertido en un

indicador clave de éxito profesional, lo que lleva a algunos investigadores a adoptar atajos para mantenerse competitivo. En este contexto, el plagio puede verse como una “solución rápida” para generar artículos sin el esfuerzo necesario, pero las consecuencias a largo plazo son graves tanto para el individuo como para la ciencia en general. Además, el plagio genera desconfianza en el ámbito científico, afectando la colaboración entre instituciones y minando la credibilidad de las publicaciones científicas. Siempre hay que tener en cuenta que el conocimiento es un esfuerzo acumulativo, construido sobre los logros de quienes nos precedieron.

En el campo de la salud, donde la investigación tiene el potencial de salvar vidas y mejorar la atención médica, la integridad científica debe ser inquebrantable. El plagio, en este caso, representa una amenaza silenciosa al compromiso ético. Si los resultados de una investigación se basan en trabajo plagiado o en datos manipulados, los tratamientos y diagnósticos derivados pueden ser incorrectos, con el riesgo de causar daño a los pacientes. La integridad de los resultados es crucial, y cualquier acto que la ponga en duda socava la confianza en la ciencia de la salud y en quienes la practican.

En los últimos años, ha habido un aumento en la implementación de herramientas tecnológicas que permiten detectar el plagio en los trabajos científicos, lo cual es un avance alentador. Sin embargo, la mera existencia de estas herramientas no es suficiente. Se requiere un compromiso institucional por parte de las universidades, hospitales y revistas científicas para fomentar una cultura de integridad, en la que el plagio no sea tolerado bajo ninguna circunstancia. La transparencia en los procesos de revisión por pares y la exigencia de declaraciones éticas claras son pasos fundamentales hacia ese objetivo.

El plagio en la investigación científica en salud es una amenaza real, pero evitable. Depende de la comunidad académica, de los investigadores y de los líderes del área, garantizar que los valores de honestidad, responsabilidad y respeto guíen cada etapa del proceso científico. Solo así podremos asegurar que el conocimiento que se genera en nuestras universidades y hospitales realmente

contribuya al bienestar de la sociedad y al progreso genuino de la medicina.⁵

Es crucial que la comunidad científica continúe promoviendo una cultura de integridad, donde las prácticas éticas sean la norma y no la excepción⁶. Los comités de ética y las revisiones de pares deben mantenerse alertas para detectar y prevenir conductas indebidas. La educación ética también debe formar parte del entrenamiento de todo investigador.^{3,5}

En conclusión, la lucha contra el plagio no es solo una cuestión de responsabilidad individual, sino un esfuerzo colectivo que debe ser respaldado por instituciones, revistas y la comunidad científica en general. Sólo mediante la promoción de una cultura de respeto mutuo y honestidad podremos garantizar que el conocimiento generado por la investigación sea verdaderamente valioso y confiable. Al fin y al cabo, la ciencia, en su esencia más pura, se construye sobre los pilares de la verdad y la integridad, y no podemos permitir que estos se vean comprometidos.

Referencias bibliográficas

1. Garau, María L. - Capítulo II.- Integridad científica: Pilar fundamental de la confianza en la ciencia - Ética de las nuevas inteligencias Memoria de las ponencias- II Congreso de Ética en Investigación. Buenos Aires. 12 y 13 de septiembre de 2023
2. Acevedo Pérez, Irene. Aspectos éticos en la investigación científica, *cienc. Enferm.* V.8 n.1 concepción jun. 2002
3. De Tezanos Pinto, Paula. Fallas Éticas en la ciencia: cuáles son, por qué ocurren y cómo evitarlas. *Natura Neotropicalis* 46 | 2 | 2015 ISSN 0329-2177.
4. Muñoz-Zambrano, María E.. Conductas no éticas en la investigación científica. *Revista "Bioética y Ciencias de la Salud"* - ISSN: 2659-3467 Publicado en la edición de 2021 Enero-Junio; Vol. 9 (1).
5. Fang Ferric C, Steen R Grant, Casadevall, Arturo - La mala conducta es la causa de la mayoría de las publicaciones científicas retractadas - *Proc Natl Acad Sci U S A* . 2012 Oct 16;109(42):17028-33. doi: 10.1073/pnas.1212247109. Epub 2012 Oct 1.
6. De Rosa, María A. y Torres Lastra, María E.- II.4.- El camino hacia la integridad científica: un enfoque multi-dimensional - Ética de las nuevas inteligencias Memoria de las ponencias- II Congreso de Ética en Investigación. Buenos Aires. 12 y 13 de septiembre de 2023

*OpenAI. ChatGPT - "El texto fue revisado y se mejoró la estructura gramatical con la ayuda de ChatGPT (OpenAI, 2023).

13 de junio Día Mundial del Cáncer de Piel

Unidad de Dermatología

El 13 de junio de cada año se conmemora el Día Mundial del Cáncer de Piel con el objetivo de sensibilizar, fomentar la prevención y concientizar a la población sobre la importancia de adoptar buenos hábitos para evitar esta enfermedad. El cáncer cutáneo es el tipo más frecuente a nivel mundial y se divide en melanoma y cáncer cutáneo no melanoma (CCNM).

El melanoma es un tumor agresivo con una gran capacidad de producir metástasis. En tanto el CCNM incluye el carcinoma basocelular (CBC) y el carcinoma espinocelular (CEC), junto con otros tipos de cáncer cutáneo menos frecuentes. El CBC es el tumor maligno más frecuente, representa hasta el 60 % de todos los tumores cutáneos y se asocia a una exposición solar intermitente a lo largo de la vida. El CEC está relacionado con una exposición solar acumulada en el tiempo.

Según las estimaciones realizadas por el Observatorio Global del Cáncer (Globocan), de la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (IARC), a partir de los datos producidos por registros de cáncer de base poblacional de nuestro país, en Argentina ocurrieron 130.878 casos nuevos de cáncer en ambos sexos en el año 2020. Considerando todos los sitios tumorales –a excepción del cáncer de piel no melanoma- (126.818 casos), la tasa de incidencia ajustada por edad fue de 212,4 casos por 100.000 habitantes, cifra que posiciona a Argentina dentro de los países del mundo con incidencia de cáncer media-alta (rango 181,1 a 248,3 por 100.000 habitantes). Respecto de los países de América Latina, Argentina se ubica en quinto lugar en términos de frecuencia, subiendo dos posiciones con respecto al año 2018.

Entre los principales factores de riesgo para



desarrollar cáncer de piel se encuentran la exposición a la radiación ultravioleta (rayos UV) proveniente del sol sin protección ni cuidados adecuados, la exposición a radiación UV artificial como la de las camas de bronceado, tener antecedentes de quemaduras de sol, sobre todo durante la infancia o la adolescencia, el fototipo de piel clara, antecedentes familiares de lunares pocos comunes y de cáncer de piel incluyendo los síndromes de predisposición hereditaria al melanoma, antecedentes personales de melanoma, tener muchos lunares y estar inmunodeprimido.

Es importante que la población adquiera mayor conciencia sobre el hecho de que no existe un bronceado seguro en tanto que el bronceado es el daño de la piel causado por el sol. El daño solar por rayos UV es acumulativo, por lo que la prevención desde edades tempranas resulta clave para evitar el desarrollo de cualquier tipo de tumor en la edad adulta.

Respecto al fototipo, la piel clara, con pecas, que no se broncea o se broncea mal, los ojos azules, verdes o de color claro, así como el cabello

rojo o rubio constituyen factores de riesgo que aumentan las posibilidades de padecer un melanoma. Sin embargo, cualquier persona puede desarrollar este tumor, incluso quienes tienen la piel oscura.

Por todo lo expuesto, es importante la educación como herramienta fundamental de la PREVENCIÓN:

- Evitar exponerse al sol entre las 10 y las 16 horas.
- Protegerse en lugares a la sombra.
- Cubrirse con ropas, sombreros y anteojos de sol.
- Los colores oscuros y las telas de trama cerrada impiden mayor paso de rayos UV, pero suelen ser calurosas. En verano se recomienda el uso de colores claros y prendas holgadas.
- Utilizar protector solar de más de 30 FPS (Factor de Protección Solar).
- Proteger especialmente a los niños del sol. Los bebés menores de 1 año deben evitar completamente la exposición. Los niños mayores de un año, deben recibir mayores cuidados ya que realizan numerosas actividades al aire libre y tienen la piel más sensible que los adultos.
- Control anual de lunares y manchas y el autochequeo de la piel.

Desde la Unidad de Dermatología del Hospital Municipal de Agudos Leónidas Lucero trabajamos en una respuesta integral que abarque la educación, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes. Por ello, es necesario establecer guías de práctica clínica y contar con legislación que favorezca la prevención de cáncer de piel, ya que supone un beneficio para la salud de la población y una optimización de recursos del sistema sanitario.

Caracterización clínica-epidemiológica de las personas atendidas por intento de suicidio en el Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", año 2023.

Clinical-epidemiological characterization of people treated for attempted suicide at the Municipal Acute Hospital "Dr. Leónidas Lucero", año 2023.

García Myriam Mabel¹, Giangreco Dueña María Antonela¹, Carral Pilar¹, Lobo Mariana Monserrat¹, Diomedi Silvana Soledad¹.

1. Servicio de Epidemiología Hospitalaria. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero"

Resumen

Recibido:
Junio 2024

Aceptado:
Agosto
2024

Dirección de
correspondencia:

García Myriam
Mabel

epidemiologiahmall
@gmail.com

Introducción: El suicidio es considerado un grave problema de salud pública. En Argentina en 2021 de un total de 436.799 muertes, 3,93% (17.163) se debieron a causas externas. De ellas, el 16,70% (2.865) corresponden a suicidios. Los hombres representaron el 80,00% del total de defunciones por esta causa. Las lesiones externas fueron las principales causas de muerte en el grupo de 15 a 24 años. Se calcula que, por cada muerte, se producen entre 10 y 20 intentos fallidos, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales. A nivel local no se dispone de datos sobre su verdadero alcance y magnitud. **Objetivo:** Describir las características clínicas epidemiológicas de las personas atendidas por intento de suicidio en el Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero" en el año 2023. **Materiales y Método:** Estudio descriptivo, corte transversal. Fuente de datos secundaria, Sistema de Gestión Hospitalario. **Resultados:** Fueron atendidas 219 personas por intento de suicidio, 64,38% (141) correspondieron al sexo biológico femenino. La media de edad fue 31,88 años (mínimo 7- máximo 95). El rango etario mayormente afectado 29,68% (65) fue el de 15 a 24 años. Los menores de 44 años representaron el 80,82% (177) del total. Según Área Programática: IX (25,57%), III (16,43%), II (14,15%) y VI (14,15%). Se destaca la temporada de verano y los jueves y domingos con mayor número de personas atendidas. 97,26% (213) requirieron internación, promedio de días de estada: 3,19. Trece pacientes se internaron en Terapia Intensiva y doce requirieron Asistencia Respiratoria Mecánica. Seis fallecieron. La intoxicación fue el método autolesivo predominante 75,71% (166). Un 62,10% (136) tenía al menos un antecedente psicopatológico, 45,20% (99) refería intentos previos. 40,18% (88) se encontraba actualmente en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. **Conclusión:** Las mujeres y los menores de 44 años fueron los más afectados. El Área Programática con mayor incidencia de eventos notificados fue la 9. Predominaron las intoxicaciones medicamentosas. Gran porcentaje presentaban antecedentes psicopatológicos, pero menos de la mitad realizaban algún tipo de tratamiento para salud mental.

Palabras clave: Epidemiología; suicidio, hospitales.

Abstract

Introduction: Suicide is considered a serious public health problem. In Argentina in 2021, out of a total of 436,799 deaths, 3.93% (17,163) were due to external causes. Of these, 16.70% (2,865) corresponded to suicide. Males accounted for 80.00% of all deaths from this cause. External injuries were the main causes of death in the 15-24 age group. It is estimated that, for each death, there are between 10 and 20 failed attempts, resulting in injuries, hospitalizations, and emotional and mental trauma. At the local level, no data is available on its true scope and magnitude. **Objective:** To describe the epidemiological clinical characteristics of the persons attended for attempted suicide at the Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero" in the year 2023. **Materials and method:** Descriptive, cross-sectional study. Secondary data source, Hospital Management System. **Results:** 219 patients were attended for attempted suicide, 64.38% (141) were female. Mean age was 31.88 years (minimum 7- maximum 95). The age range most affected 29.68% (65) was 15 to 24 years. Those under 44 years of age accounted for 80.82% (177) of the total. According to Programmatic Area: 9 (25.57%), 3 (16.43%), 2 (14.15%) and 6 (14.15%). The summer season and Thursdays and Sundays have the highest number of people attended. 97.26% (213) required hospitalization, average length of stay: 3.19 days. Thirteen patients were admitted to the Intensive Care Unit and twelve required Mechanical Ventilation. Six died. Intoxication was the predominant method of self-injury 75.71% (166). Some 62.10% (136) had at least one psychopathological history, 45.20% (99) reported previous attempts. 40.18% (88) were currently undergoing psychological and/or psychiatric treatment. **Conclusion:** Women were the main victims and those under 44 years of age were the most affected. The Programmatic Area with the highest incidence of reported events was 9. Drug intoxications predominated. A substantial percentage had a history of psychopathology, but less than half were undergoing some type of mental health treatment.

Keywords: Epidemiology; suicide; hospitals.

Introducción

El suicidio es considerado un grave problema de salud pública. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se suicidan más de 800.000 personas, una cada 40 segundos, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio normalizada según la edad de 11,4 por 100.000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres), constituyendo la decimotercera causa principal de muerte. Sin embargo, como el suicidio es un asunto delicado, incluso ilegal en algunos países, es probable que exista una subnotificación de este evento.

Si bien puede producirse a cualquier edad, los jóvenes son los más afectados; el suicidio es a nivel mundial la segunda causa principal de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad. Los números difieren según los países, pero los de ingresos bajos y medianos sobrellevan la mayor parte de la carga mundial, ya que en ellos se registra un 75% del total de los casos. Se calcula que por cada muerte atribuible a esta causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre su verdadero alcance.^{1,2}

En Argentina en 2021 de un total de 436.799 muertes, el 3,93% (17.163) se deben a causas externas. De ellas, un 16,7% (2.865) corresponde a suicidios. Los suicidios en hombres representaron el 80% del total de defunciones por esta causa. Las lesiones externas son para el año mencionado, las principales causas de muerte en el grupo de edad de 15 a 24 años.³ Con respecto a la situación del suicidio en Bahía Blanca, según datos proporcionados por la Subsecretaría de Gestión de la Información, Educación permanente y Fiscalización- Dirección de Información en Salud (DIS) - perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, la cantidad total de defunciones por este evento en el período 2012-2017 ha permanecido en valores constantes con una media de 34 casos por año. En cuanto al sexo predominante, se reitera lo que ocurre a nivel país o en la provincia de Buenos Aires, mayor proporción de notificaciones de hombres respecto de mujeres.

Diversos estudios demuestran que este evento constituye un fenómeno sumamente complejo, ningún factor es suficiente para explicar por qué se suicida o intenta suicidarse una persona. Este comportamiento se ve afectado por varios factores interrelacionados: personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos y ambientales.¹ En este sentido podemos observarlo en la bibliografía consultada ya que algunos estudios han encontrado que las mujeres son las principales afectadas^{4, 5, 6, 7}, mientras otros destacan como factor de riesgo ser hombre adulto, desempleado y aislado socialmente.^{8, 9} Lo mismo ocurre con la edad, investigaciones llevadas a cabo en nuestro país y respaldadas por las estadísticas vitales^{10, 11, 12, 13, 14} se han centrado en el grupo de adolescentes por considerarlo el grupo más vulnerable. Desde principios de la década de 1990 hasta la actualidad la mortalidad por suicidio en adolescentes se triplicó considerando el conjunto del país. Un trabajo publicado en el 2019 por United Nations Children's Fund (UNICEF) da cuenta de estas cifras y entre sus hallazgos destaca la identificación de los siguientes factores de riesgo: ausencia o debilidad de otros significativos y/o instituciones que cumplan el rol de apoyos afectivos/instrumentales, dificultades al atravesar las pruebas estatuidas socialmente en la transición de la adolescencia a la juventud/adulthood, rigidez normativa y padecimientos mentales no atendidos.

Otros autores también han encontrado una asociación entre trastornos psicopatológicos e intentos autolíticos.^{6, 7, 8, 9, 13, 16, 17} La Guía de intervención MhGAP versión 2.015 propuesta por el Departamento de Salud Mental y Abusos de sustancias de la OMS recomienda para las lesiones autoinfligidas evaluar la presencia de alguno de los trastornos prioritarios, si el paciente tiene dolor crónico y la gravedad de los síntomas emocionales.

Por último y no menos importante es poder establecer si hubo intentos previos, ya que esto constituye también un factor que se reitera en los pacientes estudiados. Dos estudios prospectivos de casos y controles^{18, 19} demostraron que la sobreingesta de fármacos como método del intento y el tiempo transcurrido desde el intento previo, son factores de riesgo asociados a la

repetición del intento de suicidio, por ello la importancia de identificar a estos pacientes, sobre todo en los primeros 180 días, para una intervención más intensiva y un ajuste adecuado del tratamiento.

Como podemos observar el problema es complejo. Las tasas, las características y los métodos del comportamiento suicida varían mucho entre diferentes comunidades, grupos poblacionales y a través del tiempo. En consecuencia, la vigilancia actualizada de los suicidios y de los intentos de suicidio es un componente esencial de las actividades nacionales y locales de prevención.¹

En nuestro país, la Ley Nacional de Prevención del Suicidio sancionada en el año 2015 (Ley 27.130) en su Art.1 declara de interés nacional en todo el territorio de la República Argentina la investigación científica y epidemiológica sobre esta problemática.²⁰

En el año 2021 el decreto 603/2021 reglamenta esta Ley, lo que promueve la unificación de registros sobre suicidios e intentos de suicidios y la obligatoriedad de su notificación. Se intenta mejorar la integridad y la calidad de los datos, promover mejoras en los circuitos de información e implementar estrategias de vigilancia de morbimortalidad por lesiones autoinfligidas.²¹

En nuestra localidad no se cuenta con estudios sobre esta problemática realizados en ningún hospital general, polivalente. Si bien el Servicio de Pediatría del Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero" (HMALL) ha realizado una investigación vinculada a la temática ¹⁰, la población estudiada en esa oportunidad fue de adolescentes atendidos por intoxicación medicamentosa entre el 2012-2016. Por tal motivo se considera importante la actualización de la información e incluir a todos los pacientes sin distinción de rango etario ni mecanismo autolesivo. Por otro lado, la reciente reincorporación del HMALL como Unidad Centinela de Lesiones de causa externa, impulsa al Servicio de Epidemiología como componente esencial en la vigilancia epidemiológica intensificada de este evento y como actor clave en el sistema de salud local a la hora de brindar información oportuna y de calidad para ser utilizada en la toma de decisiones.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las características clínicas-epidemiológicas de las personas atendidas por intento de suicidio en el HMALL, en el año 2023.

Objetivos específicos

Identificar variables sociodemográficas preponderantes asociadas al intento de suicidio.

Identificar las poblaciones o grupos de riesgo.

Dimensionar la magnitud del evento en tiempo, lugar y persona.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio y diseño de investigación: Estudio descriptivo, de corte transversal.

Población

Criterios de inclusión

Toda persona que haya sido atendida en el HMALL por intento de suicidio durante el año 2023.

Ámbito de estudio

El HMALL es un hospital categoría "D" de Establecimientos con internación y prestaciones quirúrgicas- polivalente con 143 camas de dotación, distribuidas en 103 camas de internación general, 13 camas en Servicio de Terapia Intensiva, 23 camas en Servicio de Pediatría y 4 camas en Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).

Según registros de producción del HMALL durante el año 2023 fueron atendidos 83.265 pacientes en consultorio externo, 78.213 en Servicio Médico de Urgencias (SMU) y se registraron un total de 11.885 egresos hospitalarios. Del total de egresos, 442 tuvieron diagnósticos relacionados a Salud Mental, lo cual representó el 3,72% del total.

El Hospital cuenta con un Servicio de Salud Mental y Adicciones integrado por profesionales psicólogas y psiquiatras que atiende la demanda interna y externa. Según datos de las interconsultas realizadas al Servicio, durante el año 2023 se realizaron 3.145 interconsultas, evidenciando

un aumento respecto al año previo (2.084).

Técnica e instrumento de recolección de datos

Los datos fueron recolectados a partir de una fuente secundaria, el sistema de gestión del HMALL.

Inicialmente se realizaron diferentes búsquedas con el objetivo de identificar a todos los pacientes que fueron atendidos por intento de suicidio.

Se visualizaron:

- Internaciones: motivo de internación, diagnóstico de ingreso y egreso.

- Consultas atendidas en el SMU: diagnóstico primario, tipo de accidente y causas del accidente.

- Check box utilizado en el SMU, creado para tal fin.

- Interconsultas al Servicio de Salud Mental y Adicciones.

- Fichas de notificación obligatoria: Intento de suicidio.

Una vez identificados los pacientes, se accedió

a las respectivas Historias Clínicas Electrónicas (HCE) para recabar información adicional sobre componentes sociodemográficos, características clínicas y aspectos relacionados con los intentos de suicidio y volcados a una planilla Excel para su posterior análisis. Se respetó la confidencialidad en relación a datos personales de los pacientes ingresados, asignándoles un número de orden a cada uno de ellos.

Para la georreferenciación, se geocodificaron los eventos según coordenadas en formato decimal de Google Maps.

Variables

Se ordenaron en dos componentes: sociodemográficas y clínicas. (Tabla 1)

Para la selección de las mismas se tuvo en cuenta estudios previos realizados ^{4, 14, 15, 23}, la Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad (CIE-10)²² y el instructivo para el registro de datos en las unidades centinelas del Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE).²⁴

Definiciones operativas

Tabla 1. Variables sociodemográficas y clínicas analizadas en el estudio.

SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad- sexo biológico- género- estado civil- cobertura social- situación laboral- instrucción/escolaridad- domicilio- área programática- mes, día de la semana y lugar del evento.
CLÍNICAS	Condición del paciente (ambulatorio- internado)- días de estada- servicio de internación- asistencia respiratoria mecánica (ARM)- tipo de egreso- causa o mecanismo de la lesión- sustancia utilizada para el envenenamiento o intoxicación- antecedentes psicopatológicos- intento de suicidio previo- repetición del evento durante el estudio- tratamiento psicológico y/o psiquiátrico actual- dolor crónico- factores estresantes/precipitantes.

Fuente: Elaboración propia

Lesiones por causa externa: Se define lesión de causa externa al daño físico que resulta cuando el cuerpo humano es sometido a niveles de energía que sobrepasan su margen de tolerancia.

Lesiones intencionales: Incidente deliberado con intención de causar daño, lesión o muerte en el que la energía usada o el intento de su uso resultaron en lesión o lesiones. Este puede ser perpetrado por otros (interpersonal) o por uno mismo (autoinfligida).²³

Intento de suicidio: Acción autoinfligida con el objeto de generarse un daño potencialmente letal actual y/o referido por la persona y/o referente/acompañante.

Suicidio: Acto deliberado de quitarse la vida.²⁵

Se utilizó el software SPSS versión 19.0 para el análisis estadístico y Mapa 3D de Microsoft Excel para el mapa de calor.

Aspectos éticos

El estudio cuenta con la aprobación del Comité

Institucional de Bioética en Investigación (CIBI) y el Departamento de Docencia e Investigación del HMALL.

RESULTADOS

Durante el periodo analizado fueron atendidas en el HMALL un total de 219 personas por intento de suicidio.

Caracterización sociodemográfica:

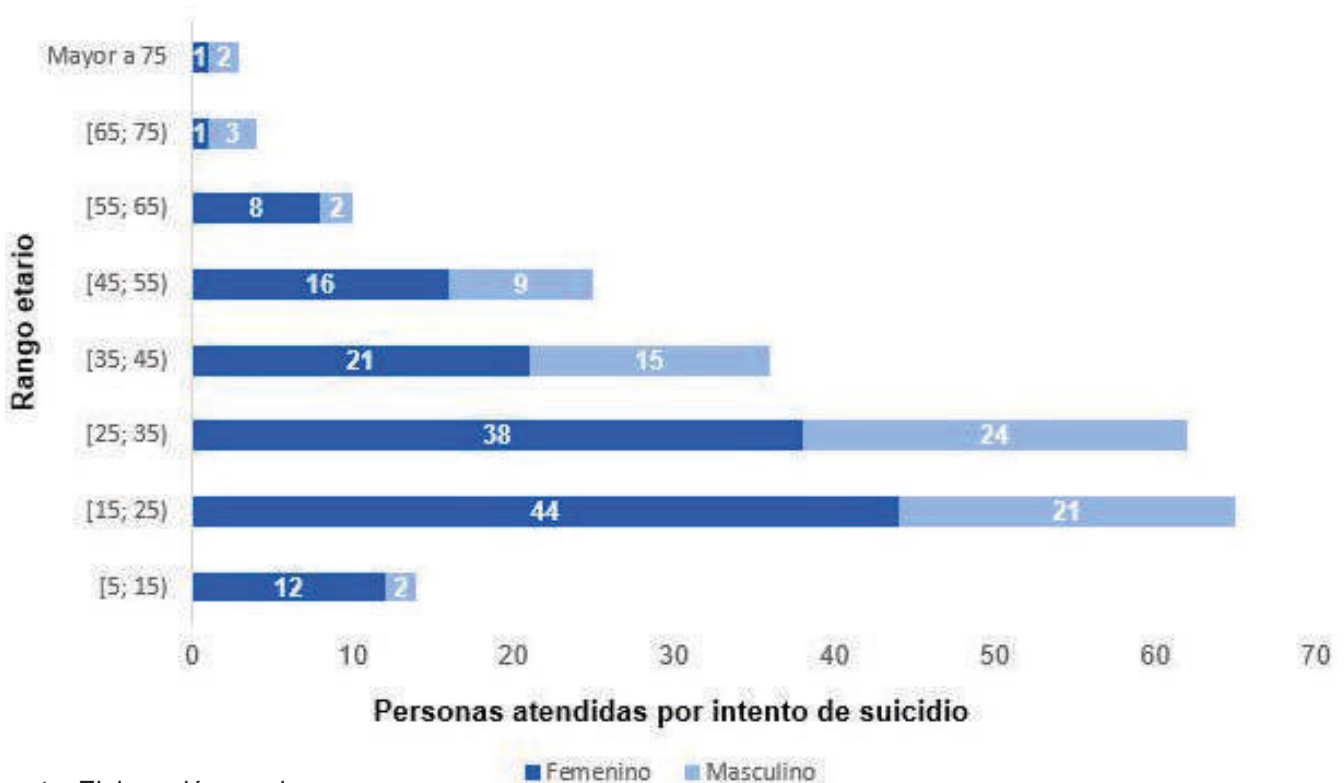
El rango etario mayormente afectado fue el de 15 a 24 años con un 29,68% (65) (Gráfico 1). Los menores de 44 años representaron el 80,28% (177) del total de las personas atendidas.

El 64,38% correspondieron al sexo biológico femenino (141). En cuanto al género, 63,01% (138) fueron mujeres cis, 35,61% (78) varones cis, 2 personas autopercebidas varones trans y 1 no binaria.

La media de edad fue 31,88 años (7- 95 años). Respecto al estado civil, al menos un 32,24% (75) refirió estar en pareja. (Gráfico 1).

Del total de personas atendidas, el 60,27% (132)

Gráfico 1. Personas atendidas por intento de suicidio según rango etario y sexo biológico. HMALL, 2023 (n:219).



Fuente: Elaboración propia

no tenía cobertura social según el registro en HCE.

Con respecto a la situación laboral, de las personas mayores de 18 años (194), 40,72% (79) se encontraban desempleadas, 9,27% (18) refirieron estar en busca de empleo. Un 26,80% (52) contaban con un trabajo formal y/o informal y en 27,83% no se pudo obtener ese dato.

En cuanto a la variable estudio, 32 personas (14,61%) se encontraban actualmente bajo algún tipo de régimen académico. De los menores de 18 años (25), 3 personas no estaban insertos en educación formal.

Teniendo en cuenta los domicilios, las Áreas Programática (AP) más afectadas fueron la 9 (25,57%), 3 (16,43%), seguida de la 2 (14,15%) y 6 (14,15%). (Figura 1). Cinco personas estaban privadas de la libertad y cinco provenían de instituciones residenciales, por lo que fueron geolocalizadas según domicilio de la institución. Tres personas fueron excluidas del mapa, dos por faltante de dato y una por ser residente de otra localidad y encontrarse circunstancialmente en la ciudad.

Observando el comportamiento mensual del

evento, se destaca la temporada de verano con mayor número de personas atendidas (enero: 27, febrero: 21), principalmente las primeras 12 semanas epidemiológicas. Respecto al día de la semana, hubo mayor atención los domingos, 17,35% (38), seguido de los jueves 15,98% (35). Con referencia al lugar donde ocurre la autolección, mayormente la elección fue el domicilio 55.70% (122).

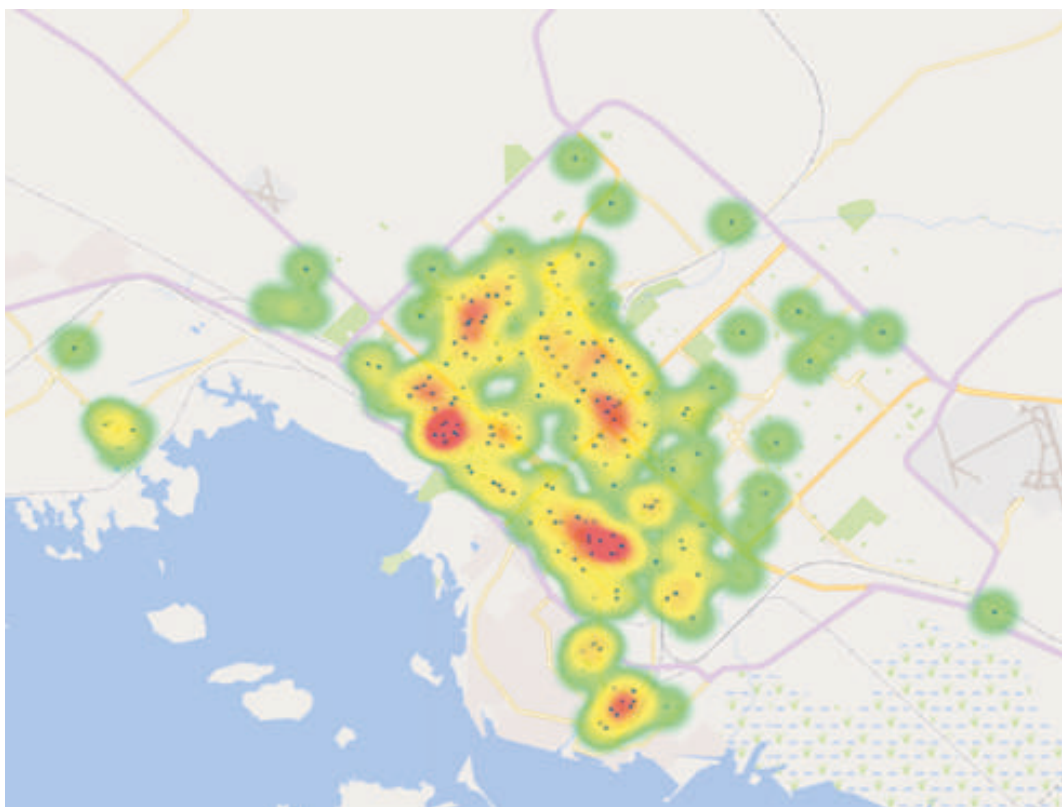
Caracterización clínica:

El 97,26% (213) de los pacientes atendidos por esa causa (219) requirieron internación, con un promedio de días de estada de 3,19 (Mín. 1- Máx. 45 días).

En cuanto a la distribución según Servicio, un 46,94% (105) requirió internación en el Servicio de Clínica Médica, 40,85% (87) requirió sólo internación en SMU, un 1,41% (3) en Cirugía General y un 7,04% (15) en Pediatría. El 6,10% (13) revistieron gravedad por lo que también necesitaron internación en Terapia Intensiva adultos, demandando 12 de ellos asistencia respiratoria mecánica.

Respecto al tipo de egreso, mayormente fueron

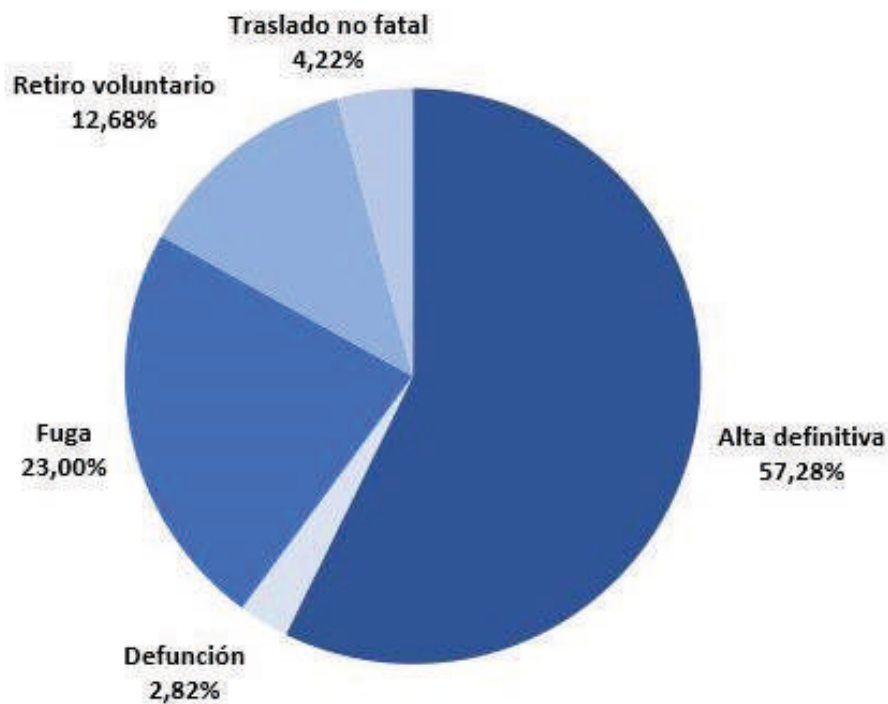
Figura 1. Mapa de calor. Geolocalización de personas atendidas por intento de suicidio según domicilio. HMALL, 2023. (n:216)



altas definitivas no fatales (Gráfico 2). De los pacientes fallecidos, 4 fueron hombres y 2 mujeres. En ningún caso se registró en HCE intentos autolíticos previos, pero sí explicitaron en 5 casos antecedentes psicopatológicos. En su mayoría, 81,00% (141) las personas utilizaron un mecanismo autolesivo sin embargo

hubo casos en que se ejecutaron más de uno. Los métodos más utilizados fueron envenenamiento/ intoxicación en un 75,79% (166), seguido de trauma con objeto punzo-cortante con un 22,37% (49) y de sofocación-estrangulamiento con un 13,69% (29). En cuanto a las sustancias ingeridas en las in-

Gráfico 2. Tipo de egreso de pacientes atendidos por intento de suicidio. HMALL, 2023 (n:213).



Fuente: Elaboración propia

toxicaciones, los medicamentos fueron ampliamente utilizados 82,53% (137), seguido por alcohol y drogas.

El 62,10% (136) de las personas incluidas en nuestra muestra tenía al menos un antecedente psicopatológico (Tabla 2).

Cabe destacar que un 45,20% (99) había tenido otros intentos de suicidio previos y un 10,04% (22) repitió el evento durante el periodo analizando, alcanzando un total de 245 intentos de suicidio.

Del total de personas bajo estudio, el 40,18% (88) se encontraba en la actualidad en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.

En seis personas se consignó dolor crónico como factor contribuyente en el suceso.

En tanto los principales factores precipitantes u otras condiciones que podrían resultar desencadenantes, los que se visualizaron en las historias clínicas con mayor frecuencia fueron:

-conflicto/ruptura de pareja (47) -conflictos intra-familiares (37) -duelo por fallecimiento de persona significativa (16) -historia personal de abuso sexual (16) y desempleo/ problemas económicos (14).

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos a partir de nuestra investigación muestran una tendencia similar a lo descrito en otras publicaciones sobre la temática. Son las mujeres quienes presentan mayor cantidad de intentos de suicidio en todos los grupos de edades.^{5, 6, 7, 8} Estos estudios expresan una relación hombre- mujer 1:3, aunque en nuestra serie

Tabla 2. Antecedentes psicopatológicos de las personas atendidas por intento de suicidio. HMALL, 2023.

ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS	Frecuencia	%
F30-F39 Trastornos del humor	69	31,50
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas	55	25,11
F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	27	12,32
F41 Trastornos de ansiedad	17	7,76
F50 Trastornos de la ingestión de alimentos	10	4,56
Otros	3	1,36

Fuente: Elaboración propia

la relación fue menor, de casi 1:2. Esta relación se invierte cuando hablamos de suicidios consumados, siendo los hombres los que presentan mayor riesgo. En nuestro estudio el 66,66% (4) de los egresos- defunción- por esta causa son realizados por varones, lo cual es levemente inferior a lo reportado a nivel mundial y nacional.^{1, 3, 4, 8} En cuanto a la edad los menores de 44 años representan el mayor porcentaje de los casos, sobre todo en la franja etaria de 15 a 24 años, reflejando coincidencia respecto a la bibliografía consultada.^{1, 2, 4, 5, 6, 7} En nuestra localidad contamos con varios dispositivos preventivos y de tratamiento vinculados a los jóvenes, sin embargo cuando el abordaje es del paciente adulto y adulto mayor las opciones son más limitadas.

El 60,27% (132) de las personas no registra cobertura social, lo cual podría vincularse con el factor desempleo o trabajo informal. El grupo restante tiene obra social o medicina prepaga. Esta cuestión nos invita a pensar cual es la respuesta de las diferentes instituciones a las problemáticas relacionadas a la salud mental en nuestra localidad, sobre todo las que requieren

una respuesta urgente e inmediata. Un informe reciente realizado por la Mesa de Salud Mental del Honorable Concejo Deliberante de Bahía Blanca documenta esta cuestión.²⁷

Georreferenciar los domicilios de las personas es un aspecto novedoso de este estudio, pero al no haber otro con esta característica, no permite comparaciones, aunque sí es un factor importante a la hora de pensar estrategias preventivas territoriales en las áreas programáticas más afectadas (9, 3, 2 y 6). Sin embargo, es pertinente mencionar que el hospital se encuentra dentro del área IX, por lo cual la cercanía al mismo podría relacionarse al mayor número de consultas. Con referencia al lugar donde ocurre la autolesión, mayormente la elección es el domicilio 55.70% (122), un estudio cualitativo sobre suicidios consumados en jóvenes de nuestra ciudad 28 evidenció el evento como un acto comunicacional, el lugar y la hora donde ejecutarlo presupone la elección de un espacio familiar que brinda cierta seguridad para atravesar el acto mortal.

Respecto a la estacionalidad, las primeras 12 semanas epidemiológicas, correspondientes a la temporada de verano; y los jueves y domingos son las que mayor número de personas registra, similar a lo observado en un estudio sobre suicidio en varones jóvenes de nuestra localidad y otro realizado en el Hospital Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa.^{4, 11}

Casi en su totalidad, 97,25% (213) de las personas atendidas requirieron internación. Si bien el mayor porcentaje egresa con alta definitiva no fatal, merece un análisis el 35,68% (76) cuyo egreso es retiro voluntario o fuga, personas con ausencia o débil registro de la problemática que transitan, por lo cual es urgente seguir trabajando en pos de derribar mitos y estigmas sobre cuestiones relacionadas a la salud mental.

Los métodos más utilizados son envenenamiento/ intoxicación y trauma con objeto punzo cortante. En cuanto a las sustancias ingeridas, cuando se utiliza un solo producto, son los medicamentos los más frecuentes, dato similar a lo observado por otros autores.^{4, 5, 19} Cabe preguntarnos cómo funcionan los circuitos en las prescripciones de medicamentos y seguimiento de los pacientes, teniendo en cuenta que la sobreingesta de los mismos fue lo más recurrente.

Cuando se analizan los antecedentes psicopatológicos, varios autores han encontrado una asociación entre trastornos psicopatológicos e intentos autolíticos.^{6, 7, 8, 9, 13, 16, 17} En nuestro estudio evidenciamos un porcentaje similar en esta variable, el 62,10% (136) de las personas tiene al menos un antecedente, siendo los más frecuentes los trastornos del humor, aquellos relacionados al consumo problemático de sustancias y los incluidos en el grupo esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. Otro antecedente de relevancia presente en el 45,20% (99) de las personas es intento/s previos de suicidio. Del total de personas con algún antecedente, 55,88% (76) se encontraba en ese momento bajo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico y si lo ampliamos al total de personas bajo estudio, desciende al 40,18% (88). Por otra parte, se destaca que un 10,04% (22) repite el intento durante el período analizado. En este

punto creemos importante detenernos y preguntarnos si la salud mental es una cuestión de privilegios para unos pocos. Consideramos necesario ampliar las redes de cuidado y trabajar en su visibilización.

En cuanto a los factores estresantes o precipitantes, con mayor frecuencia son los conflictos/ ruptura de pareja, conflictos intrafamiliares y duelos patológicos no resueltos.^{4, 5, 10, 11} Estos factores muestran un quiebre en los lazos afectivos y la incapacidad para elaborar dichas pérdidas. Reconocer la importancia que amerita la salud mental desde el inicio de la vida y fomentar su construcción permitirá utilizar estrategias de afrontamiento más saludables. A su vez el trabajo mancomunado interinstitucional también debe fomentarse, entendiendo que las instituciones comunitarias son lugares que deben alojar a las personas, sobre todo cuando los lazos afectivos familiares y amorosos se han roto.

La principal limitación del estudio fue la utilización de fuente secundaria de datos, ya que algunas variables no fueron reportadas en la totalidad de los sujetos, como por ejemplo las relacionadas al estado civil, educación y situación laboral, todas importantes a la hora de entender un fenómeno tan complejo como éste. Por otro lado, la búsqueda de los pacientes que fueron atendidos por esta causa resultó compleja, dado que no se notifican siempre y que los diagnósticos que muchas veces se utilizan no permiten sospechar del evento. Entendemos que, a partir de incorporarse como evento de notificación obligatoria²⁹, esta búsqueda será más sencilla en un futuro.

Si bien creemos que este estudio aporta al conocimiento respecto a lo que acontece en nuestro hospital y con gran parte de nuestra población, próximos estudios cualitativos nos brindarán información más clara para entender este fenómeno.

CONCLUSIÓN

Las mujeres y los menores de 44 años fueron los más afectados. El Área Programática con mayor incidencia de eventos notificados fue la 9. Pre-

dominaron las intoxicaciones medicamentosas. Gran porcentaje presentaban antecedentes psicopatológicos, pero menos de la mitad realizaban algún tipo de tratamiento para salud mental.

Agradecimientos

Al Servicio de Salud Mental y Adicciones del HMALL y a la Mesa de abordaje para la prevención de la problemática del suicidio del Honorable Concejo Deliberante de Bahía Blanca por sus aportes a la temática y apoyo durante todo el trabajo.

Conflicto de interés

Las autoras declaran no tener conflictos de interés y cumplir con los criterios de confidencialidad de datos, según la Ley 25326/2000 de protección de datos personales.²⁶

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. 2014. [Internet]. Washington, DC: OPS; 2014. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide> Visitada el 09/04/2023.
3. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS). Estadísticas vitales: información básica, Argentina, año 2021. Serie 5, número 65. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2023. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_65_anuario_vitales_2021_-_web.pdf
4. Morra AP, Elorza C, Echenique H. Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio atendidos en el Hospital Dr. Lucio Mola, Santa Rosa, La Pampa. *Rev Argent Salud Pública*, 2013;4(15):26-31.
5. Mosquera del Águila A. Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intentos de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizá durante Febrero 2000- Enero 2001 [Tesis doctoral]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/mosquera_aa/Mosquera_da.pdf
6. Coronado Molina O. Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al Hospital General San José del Callao, Perú. *Rev Neuropsiquiatr*. 2014; 77(4) :242-49.
7. Mateos Rodríguez AA, Huerta Arroyo A, Benito Vellisca MA. Características epidemiológicas del intento autolítico por fármacos. *Emergencias*. 2007; 19:251-54.
8. Tapia P, Vohringer P, Ornstein C. Conducta suicida en el hospital general. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2010; 21:187-96.
9. Tabuenca T, Robles Sanchez JI. Emergencias extra-hospitalarias: el paciente suicida. *Sanid. mil*. 2011;67(4). 345-53
10. Buffone I, Dejter M, Fortunatti E, García Elliot F, Irazabal C, Marlia R; et al. Caracterización de la consulta por intoxicación medicamentosa en los adolescentes en el Hospital Municipal de Bahía Blanca, Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr* 2018; 116(4):275-82.
11. Noceti MB. Aproximación cualitativa al estudio de suicidios de varones jóvenes en Bahía Blanca, Argentina (2010-2013). *Rev Mex Med Fam*. 2017; 4:18-25.
12. Sola M. Sociodemografía del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina, 1999- 2007. *Rev Argent Salud Pública*. 2011; 2(9):18-23.
13. Bella ME, Fernández RA, Willington JM. Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Rev Argent Salud Pública*, 1(3):24-29.
14. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina. Buenos Aires, Argentina: UNICEF; 2019 Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/el-suicidio-en-la-adolescencia>
15. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención MhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
16. Serfaty E, Desouches A, Bartoli CG, Rivera LE, Masaútis A. Consumo de tabaco, alcohol, drogas y su relación con los intentos de suicidio en población asistida en la guardia de un hospital general polivalente. *Psicofarmacología (B. Aires)*.2011;11(66): 9-19.
17. Serfaty E, Desouches A, Bartoli CG, Rivera LE, Masaútis A. Trastornos psicopatológicos e intentos de suicidio asistidos en la guardia de un hospital polivalente del conurbano bonaerense. *Psicofarmacología (B. Aires)*: 10(63): 9-12.
18. López Goñi JJ, Goñi Sarriés A, Azcárate Jiménez L, Sabater Maestro P. Repetición de conductas suicidas en urgencias psiquiátricas en pacientes sin intentos previos, index y repetidores: Un estudio prospectivo. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*.2020;13 (4):192-201.

19. Espandiana A, González M, Reijas T, Florez G, Ferrer E, Saizc PA et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2020;13(1):11-21
20. Ley Nacional de Prevención del Suicidio, Ley 27.130. Boletín oficial de la República Argentina N° 33.103 .2015. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27130-245618/texto>
21. Ministerio de Salud de la Nación. Notificación de Intentos de suicidio al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0: Instructivo para Equipos de Salud. Versión 1.0. Febrero 2023. Disponible en: <https://bit.ly/46zxcVP>
22. Organización Panamericana de Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima Revisión, vol. 1. 2008. Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
23. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Prevención y Control de las Lesiones: Instructivo para el registro de datos en las unidades centinela del Sistema de Vigilancia de Lesiones. (SIVILE). 2016. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/instructivo-registro-datos-en-unid-centinelas-sist-vigilancia-lesiones.pdf>
24. Rosselló J, Hernández M. Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Rev Inter Psicol*. 2004; 38 (2): 295-302.
25. Ministerio de Salud de la Nación. Abordaje intersectorial de la problemática del suicidio y las autolesiones: Mesa de trabajo intersectorial 2022. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/abordaje-intersectorial-del-suicidio-y-de-las-autolesiones>
26. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley 25326: Protección de los derechos de los pacientes. Boletín Oficial de la República Argentina. 2000. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/60000-64999/64790/texact.htm>
27. Honorable Concejo Deliberante de Bahía Blanca. Mesa Salud Mental y Adicciones, Ordenanza N° 18292. 1° Informe: Salud mental en Bahía Blanca, un desafío pendiente 2021-2023. Disponible en: <https://wips.digital/wp-content/uploads/2023/06/HCD-Informe-Salud-Mental-2021-2023.pdf>
28. Noceti MB, Eliosoff DI. Miradas antropológicas respecto de la ocurrencia de suicidio de jóvenes en la ciudad de Bahía Blanca, Argentina (2010- 2013). Instituto de Desarrollo Económico y Social. Centro de Antropología Social. *Estudios en Antropología Social*; 2; 1; 6-2017; 1-17.
29. Ministerio de Salud de la Nación. Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria. Actualización 2022. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/eventos-de-notificacion-obligatoria>

Diseño e implementación de un sistema de expediente electrónico para compras sostenibles: un enfoque para la reducción del uso de papel en un hospital público.

Design and implementation of an electronic record system for sustainable purchasing: an approach to reducing paper use in a public hospital

Marta del Valle¹; Marcelo Andreocci²; Elba Silvina Gherardi³

- 1- Profesora adjunta Epidemiología. Dpto. Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur.
- 2- Jefe del Departamento de Innovación Tecnológica. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero".
- 3- Subdirectora de Gestión Administrativa. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero".

Resumen

Recibido:
Agosto
2024

Aceptado:
Agosto
2024

Dirección de
correspondencia:

Mg. Elba Silvina
Gherardi

silvinagherardi@
yahoo.com.ar

Introducción: Un hospital verde y saludable es un establecimiento que promueve la salud pública reduciendo continuamente su impacto ambiental y eliminando, en última instancia, su contribución a la carga de morbilidad. (Salud sin daño, 2023). Amparados en la transformación digital de los sistemas, y con el objetivo del desarrollo de compras sustentables y la eliminación del uso del papel, se implementó el Expediente Electrónico del Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", con el diseño del Portal del Proveedor. **Objetivo:** Describir el impacto de la implementación de las notificaciones electrónicas en el marco del Sistema de Expediente Electrónico como parte de una estrategia para desarrollar un programa de compras sostenibles, eliminando el uso de papel y mejorando la eficiencia administrativa. **Metodología:** El presente trabajo emplea una metodología con enfoque cuantitativo centrado en la recopilación y análisis de datos objetivos. Utilizando como herramienta el análisis documental, se recolectaron datos históricos de los registros administrativos del hospital, específicamente de los años 2021, 2022 y 2023, que reflejan el consumo de papel y tinta en los procesos administrativos. **Resultados:** El Expediente Electrónico demostró ser una herramienta de gestión y optimización de los recursos públicos. En el año 2021 se redujo un total de 1.957.861 hojas, equivalentes a 3.916 resmas y 653 cartuchos de tinta, para el año 2022, en las tramitaciones mencionadas alcanzó la eliminación de 2.194.254 hojas, que corresponden a 4.389 resmas y 731 cartuchos y para el año 2023, se eliminaron un total de 2.631.829 hojas, equivalente a 5264 resmas y 877 cartuchos de tinta. **Conclusión:** A partir de la implementación del Expediente Electrónico se permitió la eliminación del papel y la consecuente tinta o tóner para impresión en los procesos administrativos de adquisición de bienes y contratación de servicios.

Palabras clave: hospital verde; expediente electrónico; reducción de papel; compras sostenibles.

Abstract

Introduction: A green and healthy hospital is an establishment that promotes public health by continuously reducing its environmental impact and ultimately eliminating its contribution to the burden of disease. Supported by the digital transformation of the systems, and with the aim of developing sustainable procurement, the Electronic File of the Municipal Hospital was implemented with the design of the Supplier Portal. **Objective:** Describe the experience of the design and implementation of the Electronic Record System to begin to develop a sustainable procurement program through the elimination of paper. **Methodology:** This work uses a methodology with a quantitative approach focused on the collection and analysis of objective data. Using documentary analysis as a tool, historical data was collected from the hospital's administrative records, specifically from the years 2021, 2022 and 2023, which reflect the consumption of paper and ink in administrative processes. **Results:** The Electronic File is a proven tool for managing and optimizing public resources in an equitable, transparent and efficient manner. In 2021, a total of 1,957,861 sheets were reduced, equivalent to 3,916 reams and 653 ink cartridges. By 2022, in the aforementioned procedures, 2,194,254 sheets were eliminated, corresponding to 4,389 reams and 731 cartridges. and by 2023, a total of 2,631,829 sheets were eliminated, equivalent to 5,264 reams and 877 cartridges. **Conclusion:** From the implementation of the Electronic File, the elimination of paper and the consequent ink or toner for printing in the administrative processes of acquisition of goods and contracting of services was allowed.

Keywords: green hospital; electronic file; paper reduction; sustainable procurement.

INTRODUCCIÓN

En un mundo afectado por el cambio climático, la contaminación química y el uso insostenible de recursos, la salud ambiental se ha convertido en un desafío creciente para los sistemas de salud, que ya enfrentan limitaciones de recursos. Estas presiones erosionan su capacidad de respuesta, aumentando la necesidad de soluciones innovadoras.

En América Latina, se estima un consumo anual de 42 kilos de papel por persona, una cifra alarmante que genera un enorme impacto ambiental. Si bien el consumo global de papel sigue en aumento, se ha calculado que reducir su uso a la mitad podría evitar la tala de más de 80,000 km² de bosques (FAO, 2016). Ante esta realidad, la transformación digital de los hospitales públicos emerge como una solución no solo para optimizar recursos y reducir costos, sino también para disminuir su huella ambiental.

La digitalización de historias clínicas y procesos administrativos es una de las transformaciones más significativas en los hospitales, ya que reduce drásticamente el uso de papel, mejora la accesibilidad a la información y optimiza los flujos de trabajo.

El Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” (HMALL) es miembro activo de la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, comprometido con la sostenibilidad ambiental mediante la reducción de residuos, el uso de energía renovable y compras sostenibles. La producción de papel tiene un alto costo ambiental, contribuyendo a la deforestación, la contaminación del aire y el calentamiento global. Según Greenpeace, el 40% de la madera utilizada en la industria se destina a la fabricación de papel, lo que provoca la pérdida de millones de árboles cada año (Greenpeace, 2004).

La implementación del expediente electrónico en el Hospital tiene un doble propósito: reducir el consumo de papel y avanzar hacia una gestión más eficiente y transparente. Este sistema contribuye significativamente a la reducción de la tala de árboles y las emisiones de carbono asociadas a la producción, transporte y eliminación del papel. Al adoptar esta tecnología, el hospital no sólo optimiza sus procesos administrati-

vos, sino que también da un paso clave hacia la sostenibilidad, protegiendo el medio ambiente y mejorando la responsabilidad institucional en la gestión de recursos.

OBJETIVO

Describir el impacto de la implementación de las notificaciones electrónicas en el marco del Sistema de Expediente Electrónico como parte de una estrategia para desarrollar un programa de compras sostenibles, eliminando el uso de papel y mejorando la eficiencia administrativa.

Como objetivo secundario, se planificó iniciar un programa de compras sostenibles mediante la eliminación progresiva del uso de papel en los procesos administrativos. A través de la digitalización de los trámites, en particular de la Notificación Electrónica; el hospital busca no solo optimizar su eficiencia operativa y mejorar la transparencia, sino también reducir su impacto ambiental.

METODOLOGÍA

La metodología cuantitativa utilizada, se centra en la recopilación y análisis de datos objetivos, con el propósito de evaluar los resultados de la implementación del Sistema de Expediente Electrónico en términos de eficiencia y ahorro de recursos.

Como herramienta se utilizó el análisis documental, recolectando datos históricos de los registros administrativos del hospital, de los años 2021, 2022 y 2023, que reflejan el consumo de papel y tinta en los procesos administrativos antes y después de la digitalización.

Los indicadores clave considerados fueron:

- **Consumo de papel:** Medido en el número de hojas utilizadas (convertidas en resmas) en los procesos de adquisición y compras.
- **Consumo de cartuchos de tinta:** Medido en la cantidad de cartuchos de tinta o tóner consumidos anualmente.
- **Costos asociados:** Gastos representados por los costos de realizar el trámite de “Notificación” en forma personal con la contratación de un agente notificador, para el caso de proveedores que fijan su domicilio dentro de la ciudad.

Así también el envío de los trámites de contrataciones a través del correo postal, destinado a oferentes que acreditan domicilio fuera de la ciudad.

- **Eficiencia en los tiempos de tramitación:** Tiempo promedio de procesamiento de expedientes de compras, comparando los tiempos antes y después del uso del expediente electrónico.

Se realizó un análisis de datos comparativo de los años 2021, 2022 y 2023, para evaluar las disminuciones en el consumo de papel, tinta y costos. Estos valores se expresaron en términos absolutos y porcentuales.

RESULTADOS

Descripción del Sistema

Se desarrolló un sistema informático de Expediente Electrónico con el objetivo de modernizar los procesos operativos, administrativos y de control de la Administración Pública. Este sistema facilita la transformación documental a través de innovaciones que promueven la sustentabilidad en los procesos y recursos. La implementación incluye la tramitación electrónica de expedientes, el uso de firma electrónica y digital, y la interoperabilidad entre organismos de la Administración Pública (Revista Eurolatinoamericana de Derecho Administrativo, 2021).

El sistema opera con un flujo de trabajo que garantiza la comunicación electrónica fehaciente entre el hospital y sus proveedores, mediante notificaciones electrónicas, acceso controlado y mecanismos de autenticación de doble factor (código de validación por SMS). Además, el uso de firma electrónica y digital refuerza la seguridad y verificación en los trámites. El proceso culmina con la emisión de un acuse de recibo electrónico, que se adjunta automáticamente al expediente de contratación, asegurando la trazabilidad.

Este enfoque no solo contribuye a la reducción de papel, con el objetivo de eliminar un 75% del uso físico del mismo, sino que también simplifica los procedimientos, reduce los tiempos de respuesta y mejora la eficiencia en la gestión de los recursos.

Análisis del Impacto

En el año 2021, de un total de 26.667 notificaciones de documentos administrativos, tales como pedidos de cotizaciones, órdenes de compra, cuadros comparativos y resoluciones de adjudicación; se produjo una reducción del papel por la puesta en marcha del sistema de notificaciones electrónicas en un total de 1.957.861 hojas, las que son equivalentes a 3.916 resmas de papel y 653 cartuchos de tinta de impresión.

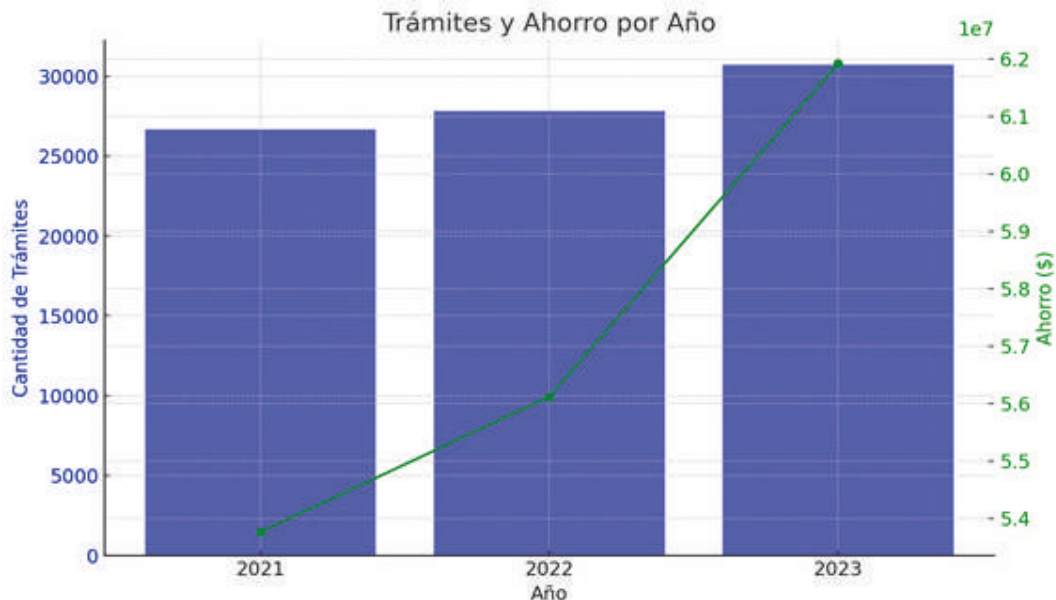
Para el año 2022, considerando un total de 26.836 notificaciones de documentos de contrataciones, se alcanzó la eliminación del papel por un total de 2.194.254 hojas, que corresponden a 4.389 resmas y 731 cartuchos de tinta.

Para el año 2023 (30.713 notificaciones), a partir de la inclusión de las notificaciones a través del portal del proveedor eliminó la emisión del papel adquirido por el Hospital en un total de 2.631.829 hojas, equivalente a 5264 resmas de papel y 877 cartuchos de tinta.

Con la implementación de la notificación electrónica, se ha eliminado la necesidad de enviar documentos físicos a través de servicios de agentes notificadores para proveedores locales y correo postal para aquellos fuera de la ciudad, generando un ahorro sustancial al no abonar estos costos. Las cifras rondan los 62 millones de pesos por año, según valores del mes de Julio del año 2024.

El siguiente gráfico combinado muestra la cantidad de trámites (barras azules) y el ahorro (línea verde) por año.

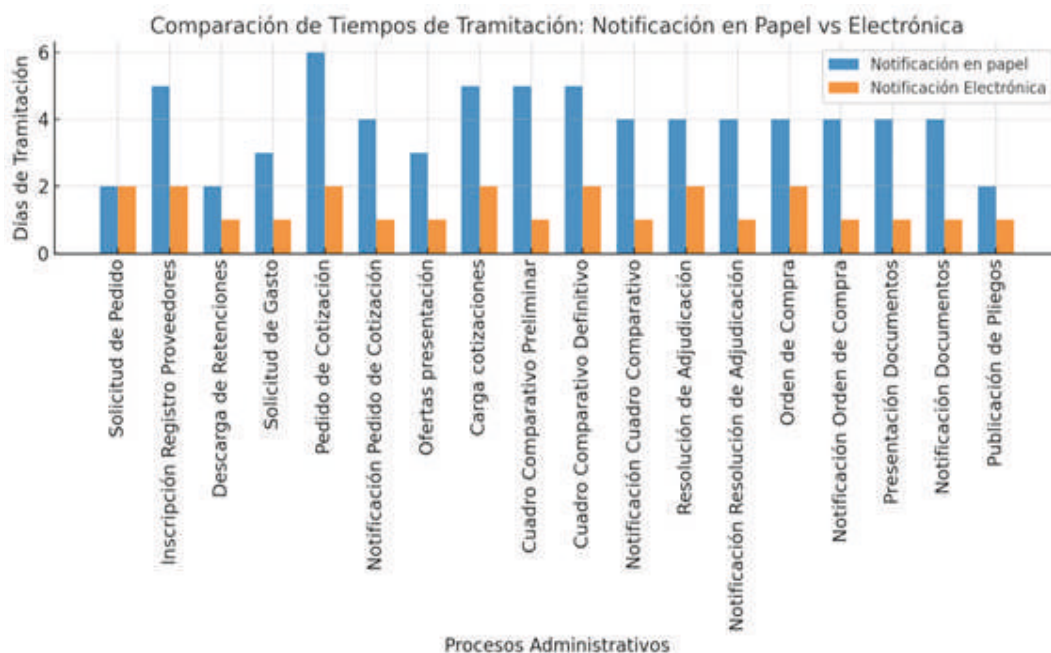
Gráfico 1. Cantidad de trámites. Ahorro en pesos.



Fuente: elaboración propia

Además, ha optimizado los tiempos administrativos, mejorando tanto la eficiencia como la transparencia de los procesos y reduciendo los tiempos a un tercio con la tramitación electrónica, como se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 2. Comparación tiempos de tramitación.



Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

La Agenda Global para Hospitales Verdes y Saludables y otras iniciativas similares en el ámbito sanitario representan acciones cruciales para abordar la crisis ambiental. Estas iniciativas brindan a los hospitales y sistemas de salud herramientas para reducir su impacto en el medio ambiente y promover prácticas más sostenibles (Salud sin Daño, 2023).

Según el artículo de Joan Honig (2023), titulado "Descubra cómo al eliminar el uso de papel puede reducir la huella de carbono de su empresa", se requieren entre 10 y 20 árboles para producir 130,000 hojas de papel. Cada árbol produce suficiente oxígeno para tres personas, por lo que la tala necesaria para abastecer a un solo departamento administrativo de un hospital con 2.000.000 de hojas representa una pérdida de 151 árboles, afectando la producción de oxígeno para entre 30 y 60 personas.

Además, datos de la Universidad Estatal de Carolina del Norte indican que una tonelada métrica de papel genera alrededor de 942 kg de emisiones de gases de efecto invernadero, lo que equivale a 200.000 hojas. Solo en la producción de papel necesario para este proceso hipotético se emitirían más de 470 kg de gases de efecto invernadero, sin contar el impacto ambiental adicional de la impresión, almacenamiento, transporte y eliminación del papel.

La relación entre la transformación digital y la sostenibilidad en salud varía considerablemente entre países. Suecia, por ejemplo, lidera la integración de tecnologías digitales con prácticas sostenibles. El país ha implementado un sistema de Historia Clínica Electrónica (HCE) altamente desarrollado y centralizado, que no solo mejora la eficiencia en la gestión de datos, sino que también reduce drásticamente el uso de papel. Según la iniciativa Visionfor e-health 2025, Suecia busca ser líder mundial en el aprovechamiento de la digitalización para promover la salud y el bienestar, garantizando un acceso equitativo a la salud y fomentando la independencia de los pacientes (Visionfor e-health 2025, 2016).

Los desafíos globales en salud y sostenibilidad son enormes. Crear hospitales neutrales en carbono, libres de sustancias tóxicas y con un uso equilibrado de agua y recursos es una tarea monumental. Aunque aún no existen ejemplos de hospitales completamente regenerativos a nivel mundial, varias organizaciones de salud están adoptando el concepto de "regeneración" para la salud y las comunidades.

CONCLUSIÓN

La implementación del Expediente Electrónico en el Hospital Municipal ha demostrado ser una solución eficaz para reducir el uso de papel en los trámites administrativos, contribuyendo significativamente a la protección del medio ambiente. La puesta en marcha de un programa de compras verdes y sostenibles requiere una planificación cuidadosa y etapas progresivas. Con esta iniciativa, el Hospital ha dado el primer paso hacia una gestión más responsable y comprometida con la sostenibilidad. La digitalización de los procesos administrativos no sólo mejora la eficiencia y transparencia, sino que también contribuye de manera significativa a la protección del ecosistema y al fortalecimiento de la gestión hospitalaria a largo plazo.

Bibliografía

- Azcarategui, B. (04 de Abril de 2016). E semanal. Obtenido de La reducción del papel en la. (2016).
- Donoso, C. (2022). Donoso, C. E. (2022-01-31). Impacto medioambiental en la reducción del uso de papel en oficinas Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10654/41181>.
- FAO, & Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2016). El estado mundial de la pesca y la acuicultura. Cumplir los objetivos de desarrollo sostenible. (2016).
- Green Peace. (Octubre de 2004). El papel Cómo reducir el consumo y optimizar. Obtenido. (2004).
- Group, C. (2020). Consejos para digitalizar tu empresa y reducir tu consumo de papel . (2020).
- Honig, J. (2023). Descubra cómo al eliminar el uso de papel puede reducir la huella de carbono de su empresa. <https://start.docuware.com/es/blog/elimine-el-papel-y-reduzca-la-huella-de-carbono>.
- José A. S. Sánchez. Mg. Leonardo Miguel Fiscante. (Junio de 2023). "La Transparencia y los Principios Generales de las Compras Públicas". MAESTRÍA EN COMPRAS PÚBLICAS. Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Ley 14.828 Ley de Modernización de la República Argentina. (2016). Plan Estratégico de Modernización de la Administración Pública Provincial. Buenos Aires, Argentina.
- Morales Torres, E. A. (2022). Las prácticas ambientales sustentables y el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura de ciencias naturales en los estudiantes de quinto grado de educación general

básica de la Unidad Educativa "Picaihua", del cantón. (2022).

-Municipales, B. O. (2022). Ordenanza 20719/2022. Portal del Proveedor del ente descentralizado Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero".

-Naser, A. &. (2011). El gobierno electrónico en la gestión pública. Cepal – Serie Gestión Pública 73. ISSN 1680-8827.

-Ordenanza N.º 18.970 de la Municipalidad de Bahía Blanca, d. a. (s.f.). Ordenanza N.º 18.970 de la Municipalidad de Bahía Blanca, de adhesión a la Ley 14.828, "Ley de Modernización". Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.
Red Global de Hospitales Verdes y Saludables. (2020).

-Redes, L. (05 de Febrero de 2008). El impacto medioambiental del papel. Obtenido de. (2008).
Revista Eurolatinoamericana de Derecho Administrativo. (2021). Hacia una Administración Pública interoperable: interpretación y análisis jurídico del silencio. Argentina.

-Revista Jurídica de Buenos Aires - año 43 - número. (2018). Administración Pública Digital. Argentina.
Salud sin daño. (2023). Agenda Global para Hospitales Verdes y Saludables.
Sistema de Buenos Aires Compras. (s.f.).

-Vanguardia, L. (2021). Obtenido de Cero papel en las empresas. Un gesto del medio ambiente. Obtenido de <https://www.lavanguardia.com>.

-Velandia, P. (2014). El cero papel como respuesta de responsabilidad social en las empresas Aseguradoras. <http://hdl.handle.net/10654/12653>.

-Vision for e-health 2025. (2016). España: <https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2021/02/vision-for-ehealth-2025.pdf>.

Anticuerpos anti- citoplasma de neutrófilos asociado al consumo de cocaína

Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies associated with cocaine consumption

Schenkel, Verónica Vanesa¹; Oliva, Melina Soledad¹

1- Bioquímica. Sector Autoinmunidad. Laboratorio Central. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca, Buenos Aires

Recibido:
Julio 2024

Aceptado:
Agosto
2024

Dirección de
correspondencia:

**Oliva Melina
Soledad**

melioliva606@
gmail.com

Resumen

Los anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos resultaron ser biomarcadores útiles en el diagnóstico de vasculitis de pequeños vasos. Estas incluyen a la granulomatosis con poliangeítis y la poliangeítis microscópica. Aproximadamente un 90% de los pacientes con estas vasculitis presentan anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos con especificidad para proteinasa 3 y mieloperoxidasa.

Estos anticuerpos además pueden estar presentes en condiciones clínicas asociadas al consumo de cocaína, como el síndrome caracterizado por lesiones destructivas de la línea media inducidas por cocaína y el síndrome autoinmune asociado a cocaína/levamisol. Para diferenciarlos de las vasculitis primarias, hay que tener en cuenta la evaluación clínica, examen serológico y toxicológico.

Se presentan una serie de casos con el objetivo de describir el comportamiento de estos cuadros clínicos y resaltar la importancia de tenerlos en cuenta como posibles diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: vasculitis; anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos; cocaína

Abstract

Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies have proven to be useful biomarkers in the diagnosis of small vessel vasculitis. These include granulomatosis with polyangiitis and microscopic polyangiitis. Approximately 90% of patients with these types of vasculitis present anti-neutrophil cytoplasmic antibodies with specificity for proteinase 3 and myeloperoxidase.

These antibodies may also be present in clinical conditions associated with cocaine use, such as the syndrome characterized by cocaine-induced midline destructive lesions and the autoimmune syndrome associated with cocaine/levamisole. To differentiate them from primary vasculitis, clinical evaluation, serological, and toxicological examination must be considered. A series of cases are presented with the aim of describing the behavior of these clinical conditions and highlighting the importance of considering them as possible differential diagnoses.

Keywords: vasculitis; anti-neutrophil antibody; cocaine

INTRODUCCIÓN

Los anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) son anticuerpos dirigidos contra proteínas presentes en los gránulos citoplasmáticos primarios y secundarios de los neutrófilos y monocitos. Los principales antígenos asociados son mieloperoxidasa (MPO), proteinasa 3 (PR3), elastasa (AE), lactoferrina (LF) y catepsina G (CG).¹

Los ANCA son estudiados por inmunofluorescencia indirecta, utilizando como sustrato neutrófilos humanos fijados con etanol y, de ser necesario, con formalina. El uso de etanol produce un artefacto que permite diferenciar los patrones citoplasmático (c-ANCA) y perinuclear (p-ANCA) asociados a PR3 y MPO respectivamente. También podemos observar un patrón atípico (a-ANCA), que presenta fluorescencia mixta y está relacionada con múltiples especificidades.^{1 2}

Los ANCA resultaron ser biomarcadores útiles en el diagnóstico de vasculitis de pequeños vasos o asociadas a ANCA (VAA). Estas se caracterizan por la inflamación y necrosis de la pared vascular de pequeños vasos e incluyen a la granulomatosis con poliangeítis (GPA), la poliangeítis microscópica (PAM) y la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA). Aproximadamente un 90% de los pacientes con VAA presentan c-ANCA o p-ANCA con especificidad para PR3 o MPO.^{1 2 3}

Las VAA se consideran enfermedades multisistémicas. La GPA se caracteriza por la afectación del tracto respiratorio superior y es característica la deformidad en silla de montar de la nariz por daño en el cartílago nasal. También puede producir daño pulmonar y renal. Respecto a la PAM, prácticamente todos los pacientes presentan afectación renal en forma de glomerulonefritis rápidamente progresiva y el daño a nivel pulmonar es menos frecuente. En la piel, las VAA pueden manifestarse como lesiones purpúricas que afectan principalmente a las extremidades inferiores.^{3 4}

La presencia de ANCA además puede estar aso-

ciada a otras condiciones clínicas, como la colitis ulcerosa, hepatitis autoinmune, neoplasias, infecciones y consumo de fármacos como el proplitiouracilo o drogas como la cocaína.^{2 5 6}

La cocaína es un alcaloide estimulante del sistema nervioso central y potente vasoconstrictor.⁷ Además, produce daño endotelial de forma directa que conduce a un estado protrombótico y a la isquemia tanto sistémica como local con un amplio espectro de lesiones cutáneas como púrpura, úlceras y vasculitis necrosante.^{8 9}

El consumo de cocaína puede asociarse a la presencia de ANCA en el síndrome caracterizado por lesiones destructivas de la línea media inducidas por cocaína (LDIC) y el síndrome autoinmune asociado a cocaína-levamisol (SACL).⁹

La LDIC se debe a que la inhalación crónica de cocaína produce defectos anatómicos con necrosis de la mucosa intranasal y estructuras osteocartilaginosas. En la etiología pueden participar mecanismos como traumatismo directo de los cristales de cocaína contra la mucosa, la vasculitis asociada a anticuerpos y/o la inflamación causada por un efecto de superantígenos de *Staphylococcus aureus*, el cual se encuentra colonizando la mucosa de la mayoría de estos pacientes¹⁰. El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras entidades destructivas de la línea media, como vasculitis, sarcoidosis, leishmaniasis mucocutánea, tuberculosis, sífilis terciaria, rinoscleroma, infecciones fúngicas invasivas y linfoma NK/T.⁸

El SACL es uno de los efectos adversos del consumo de cocaína adulterada con levamisol. En nuestro país, se ha hallado levamisol en el 5% de las muestras periciales adulteradas. Era utilizado como antiparasitario de uso veterinario, pero fue retirado del mercado por sus efectos adversos como agranulocitosis, hepatotoxicidad y vasculitis.^{8 10 11} La forma de presentación más común de esta entidad es la cutánea, que suele aparecer en forma de púrpura que puede ulcerarse y necrosarse. Las lesiones afectan de forma bilateral a los miembros inferiores, el tronco, la nariz, las mejillas y los dedos. Con menos fre-

cuencia pueden acompañarse artralgias, fiebre, nefritis y alteraciones hematológicas.^{8 12}

Para el diagnóstico diferencial de estos cuadros asociados a cocaína respecto a VAA (principalmente GPA), hay que tener en cuenta que la clínica sistémica como fiebre, fatiga, artritis o elevación de los reactantes de fase aguda es mucho más frecuente en GPA. Además, en los hallazgos histológicos la presencia de apoptosis masiva es el rasgo más característico del LDIC mientras que las alteraciones extravasculares como granulomas, microabscesos y necrosis profunda, están presentes típicamente en la GPA.^{8 9}

En cuanto al análisis serológico, en la GPA es característico encontrar c-ANCA asociados a PR3, mientras que en los cuadros relacionados al consumo de cocaína son más frecuentes los p-ANCA, a títulos bajos en LDIC y títulos altos en SACL, asociados a MPO y además a otros antígenos como AE, LF y CG. Es importante destacar que la detección de anticuerpos anti-AE es un parámetro sensible y específico de autoinmunidad inducida por la droga. Además, tanto en LDIC y SACL, puede encontrarse variedad de otros autoanticuerpos.^{8 10 12}

En Argentina, el 3,9 % de la población entre 16 y 75 años consumió cocaína alguna vez en su vida y las mayores tasas se presentan en la población entre los 25 y 49 años.¹³ En el Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero (HMALL), durante el año 2023 se registraron 96 consultas de pacientes que ingresaron al servicio de medicina de urgencia con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cocaína.¹⁴

Se presenta una serie de casos con el objetivo de describir el comportamiento de estos cuadros clínicos y resaltar la importancia de tenerlos en cuenta como posibles diagnósticos diferenciales.

Caso 1

Paciente de sexo femenino de 38 años que acudió al control clínico ambulatorio por lesiones faciales en cavidad oral y nasal, dolor y edema facial, asociado al consumo inhalado de cocaína.

El equipo interdisciplinario de seguimiento decidió su internación en la sala de Clínica Médica para abordar el tratamiento antibiótico y de su adicción.

Al examen físico se la encontró lúcida, en regular estado general con palidez cutáneo mucosa. En la boca se visualizó comunicación en el paladar anterior. Presentaba puente nasal deformado con fístula nasal izquierda y halo eritematoso alrededor.

En cuanto a los antecedentes personales presentaba hipotiroidismo y depresión en tratamiento. Tabaquista, consumidora de cocaína desde hacía dos años. Tenía consultas e internaciones previas en el Servicio de Medicina de Urgencias (SMU) por dolor facial y cefalea, donde se tomaron muestras de tejido óseo para cultivo bacteriológico y anatomía patológica. El cultivo fue positivo para *Staphylococcus aureus*, por lo que realizó tratamiento con amoxicilina-clavulánico 1 gramo cada 12 horas durante 10 días. Anatomía patológica informó ulceración, fibrosis y proceso inflamatorio crónico activo de la mucosa que compromete el tejido óseo.

Al ingreso se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) macizo facial que evidenció senos paranasales libres, ausencia de tabique nasal y anatomía de cavidades nasales alteradas.

Los análisis de laboratorio evidenciaron anemia normocítica normocrómica con hematocrito: 34%, hemoglobina: 10,6 g/dl, recuento de leucocitos: 10450/μL, glucosa: 96 mg/dL, urea: 41 mg/dl, creatinina: 0,70 mg/dl, albúmina: 3.3 g/dL, ionograma y hepatograma sin particularidades. Serologías negativas para hepatitis virales B y C, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis. Resultado positivo para cocaína en la determinación de drogas de abuso en orina.

Durante la internación fue evaluada en forma interdisciplinaria por los distintos servicios involucrados. Se programó una toilette quirúrgica de la lesión nasal y se comenzó el tratamiento antibiótico con ampicilina-sulbactam 1500 miligramos cada 8 horas por 10 días. No se tomaron muestras para estudios complementarios.

Además, se solicitaron otras determinaciones de

laboratorio que se detallan en tabla 1.

La paciente cursó una internación prolongada, se realizó tratamiento con cámara hiperbárica y deshabitación de cocaína. Una vez estable hemodinámicamente, se decidió la derivación al servicio de Salud Mental de otro nosocomio para facilitar el tratamiento de su trastorno psiquiátrico.

Hasta la actualidad continúa con consumo de cocaína y mal manejo del dolor, en seguimiento multidisciplinario con ORL, infectología y salud mental.

Caso 2

Paciente de sexo masculino de 41 años consumidor de cocaína con perforación de tabique que consultó al SMU por secreción hematópurulenta nasal de 3 días de evolución, asociado a equivalentes febriles, astenia, cefalea y palpitations. Al exámen físico estaba lúcido, taquicárdico, afebril con puntos sinusales dolorosos y lesiones en paladar. Se decidió su internación para tratamiento antibiótico endovenoso (ampicilina-sulbactam 1500 mg cada 8 horas) y evaluación interdisciplinaria. Sin antecedentes patológicos de relevancia.

Tabla 1: Prácticas de laboratorio solicitadas durante la internación

Práctica	Caso 1	Caso 2	Caso 3
ERS 4	1 mm	14 mm	44 mm
PCR (VR < 5,0 mg/dL)	52,5 mg/dL 3	7,1 mg/dL	26,0 mg/dL
Factor Reumatoideo (VR: < 12 UI/mL)	<8.6 UI/mL N	o solicitado N	o solicitado
FAN	Negativo N	o solicitado N	o solicitado
ANCA	Positivo Patrón: p-ANCA Título: 1/40	Positivo: Patrón: a-ANCA Título: 1/80	Positivo Patrón: c-ANCA Título: 1/40
C3 y C4	No solicitado	Normales	Normales
MPO	Negativo	Negativo	Negativo
PR3	Negativo	Negativo	Negativo

FAN (anticuerpos anti nucleocitoplasmáticos); ANCA (anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos); MPO (mieloperoxidasa); PR3 (proteínasa 3); ERS (eritrosedimentación); PCR (proteína C reactiva); C3 y C4 (proteínas del complemento).

Fuente: elaboración propia.

Se le realizó una TAC en donde se observó seno maxilar derecho con engrosamiento de su pared y con menor densidad ósea; perforación del tabique nasal, erosión del paladar y comunicación de la cavidad nasal con seno maxilar derecho.

Los estudios de laboratorio de ingreso evidenciaron hematocrito: 41%, hemoglobina: 13,0 g/dl, recuento de leucocitos: 5730/ μ L, glucosa: 110 mg/dL, ionograma sin particularidades. Resultado positivo para cocaína en la determinación de drogas de abuso en orina.

El paciente fue evaluado por ORL, quienes llevaron a cabo una rinoscopia en donde se evidenció perforación septal completa sin secreción purulenta y compromiso del paladar óseo. No se tomaron muestras para cultivo ni anatomía patológica. Se indicó amoxicilina-clavulánico 1 gramo cada 12 horas por 10 días y meprednisona 40 miligramos cada 24 horas por 3 días.

Se solicitó laboratorio con perfil reumatológico. En la tabla 1 se detallan los resultados.

Por presentarse hemodinámicamente estable, se le otorgó el alta hospitalaria con pautas de alarma y seguimiento por consultorio externo. El paciente evolucionó con mala adherencia al tratamiento y sin seguimiento clínico hasta la actualidad.

Caso 3

Paciente de sexo femenino de 42 años con antecedentes de consumo de cocaína y etilismo ingresa al SMU por dolor facial, eritema y dolor mandibular.

Al examen físico se encontró a la paciente hemodinámicamente estable, con eritema maxilar izquierdo y orificio nasal único sin división de narinas. En cuanto a los antecedentes personales, presentaba hipotiroidismo sin tratamiento, tabaquismo, depresión e intento de autoeliminación. Se constataron internaciones previas por osteonecrosis y celulitis facial.

La TAC de encéfalo y maxilar evidenció ocupación del seno maxilar izquierdo. Se interpretó como rinosinusitis y se comenzó con tratamiento antibiótico con ampicilina-sulbactam.

En los estudios de laboratorio de ingreso presentó hematocrito: 27%, hemoglobina: 8,8 g/dl, recuento de leucocitos: 5700/ μ L, glucosa: 80 mg/dl, urea: 20 mg/dl, creatinina: 0,66 mg/dl y hepatograma sin particularidades. Resultado positivo para cocaína, morfina y benzodiazepinas en la determinación de drogas de abuso en orina.

Fue entrevistada por el servicio de Salud Mental quienes refirieron que la paciente se encontraba lúcida pero poco colaborativa e intranquila. Durante la evaluación de ORL se intentó realizar lavado de cavidad nasal con dificultad. Se decidió la internación de la paciente para control evolutivo. Se solicitaron nuevas determinaciones de laboratorio que se detallan en la tabla 1.

Una vez internada en sala de cirugía, se realizó toilette quirúrgica con toma de muestras para cultivo bacteriológico y anatomía patológica. En el cultivo se aisló *Staphylococcus aureus*, por lo que se inició tratamiento con ampicilina-sulbactam 1500 miligramos cada 8 horas. Anatomía patológica informó ulceración e intensa inflamación crónica activa de la mucosa con ausencia de vasculitis y tejido óseo sin alteraciones.

Evolucionó con buen manejo del dolor por lo que se otorgó el alta con pautas de alarma, antibioterapia y seguimiento ambulatorio.

La paciente no asistió a los turnos pautados para el seguimiento. Ha tenido ingresos al SMU asociados al dolor facial debido a sus lesiones.

DISCUSIÓN

La cocaína posee un efecto vasoconstrictor, inductor de auto anticuerpos y activador de células endoteliales, por lo que puede provocar una pseudovasculitis similar a la GPA. El efecto combinado de la cocaína y el levamisol produce lesiones cutáneas con afectación de la microvasculatura o bien trombosis de pequeños vasos sin vasculitis.

Para diferenciar un cuadro de VAA primario de uno secundario al consumo de cocaína, resulta útil la determinación de anti-AE, un anticuerpo sensible y específico, aunque no está disponible en la práctica diaria. Además, es importante constatar dicho consumo, ya que muchas veces esta condición es negada por el paciente. La muestra más habitual para la determinación de cocaína es la orina, donde puede detectarse hasta dos a tres días después del consumo.

La demostración de la presencia de levamisol es difícil. Esto se debe a que la vida media del levamisol es de 5 horas y se requieren kits especiales de cromatografía gaseosa o espectrometría de masa, que son técnicas costosas y poco accesibles.

Si bien la determinación de levamisol no está disponible en la práctica clínica, es importante, en el laboratorio de emergencias, tener disponibilidad de kits de detección de drogas de abuso en orina para constatar el consumo de cocaína en estos pacientes.

En los tres casos estudiados el antecedente personal de consumo, las manifestaciones clínicas, junto con el estudio histológico y el perfil de autoanticuerpos ayudaron a descartar un cuadro de VAA primario.

Si bien sólo en el caso 1 se observa un patrón p-ANCA como se describe en la bibliografía para los cuadros de LDIC o SACL, en los tres casos descritos se observa positividad para ANCA sin especificidad para las proteínas MPO y PR3.

El consumo de cocaína es una problemática de salud pública en nuestro país, con alta prevalencia principalmente en personas jóvenes. El HMA-LL, al ser un hospital de agudos, aborda pacientes que ingresan por consumo de esta droga, asociado a sus complicaciones.

El interés de presentar estos casos radica en reforzar el conocimiento de los diagnósticos diferenciales de las VAA con afectación de la vía aérea superior, especialmente las localizadas.

La dificultad en arribar al diagnóstico correcto lleva al tratamiento de forma empírica, lo que puede generar eventos adversos y aumentos en los costos de salud.

Un correcto diagnóstico es clave para poder ofrecer un buen manejo al paciente, ya que en la mayoría de los cuadros primarios están indicados los tratamientos inmunosupresores, mientras que, en los secundarios al consumo de cocaína, es fundamental su interrupción, además de un manejo multidisciplinario.

Referencias bibliográficas

- 1- Carballo, O. G., Ginaca, A., Ingénito, F. B., Carabaja, P., Balbaryski, J., Costa, M., & Cardinalli, A. (2021). Armonización de la determinación de ANCA por inmunofluorescencia indirecta: primera reunión argentina. *Acta bioquímica clínica latinoamericana*, 55(2), 151-163.
- 2- Pagnoux, C. (2016). Actualizaciones en vasculitis asociada a ANCA. *Eur J Rheumatol*, 3(3), 122-133.
- 3- Paolini, M. V., Ruffino, J. P., & Fernández Romero, D. S. (2013). Vasculitis asociadas a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos: Clínica y tratamiento. *MEDICINA (Buenos Aires)*, 73(2), 119-126.
- 4- Rosa, M., Camba, A. R., & Fraga, P. F. Vasculitis asociadas a ANCA positivo.
- 5- Flores-Suárez, L. F. (2012). Utilidad de los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo en reumatología. *Reumatología Clínica*, 8(6), 351-357.
- 6- Moiseev, S., Tervaert, J. W. C., Arimura, Y., Bogdanos, D. P., Csernok, E., Damoiseaux, J., ... & Bossuyt, X. (2020). 2020 international consensus on ANCA testing beyond systemic vasculitis. *Autoimmunity reviews*, 19(9), 102618.
- 7- Pellegrini, D., Young, P., Grosso, V., Massa, M., & Bruetman, J. E. (2013). Agranulocitosis por levamisol asociado a cocaína. *MEDICINA (Buenos Aires)*, 73(5), 464-466.
- 8- Sánchez-Puigdollers, A., Just-Sarobé, M., & Pastor-Jané, L. (2023). Cuadros cutáneo-mucosos asociados al consumo de cocaína. *Actas Dermo-Sifiligráficas*, 114(2), 125-131.
- 9- Calligaris, M., Nipoti, J., Gorosito, M., Garrido, M. G., & Bussy, R. A. F. (2017). Vasculitis inducida por cocaína. *Dermatología Argentina*, 23(4), 196-198.
- 10- Rodríguez, G. G., Sánchez, C. G., & Sanclemente, J. (2017). Vasculitis asociada al consumo de cocaína adulterada con levamisol. *Revista de la Asociación*

Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica, 25(4), 314-320.

11- Cevallos-Abad, M. I., Córdoba-Iturriagagoitia, A., & Larrea-García, M. (2021). Síndrome autoinmune cocaína-levamisol. Presentación de un caso. *Actas dermo-sifiliogr.*(Ed. impr.), 772-774.

12- Cascio, M. J., & Jen, K. Y. (2018). Cocaine/levamisole-associated autoimmune syndrome: a disease of neutrophil-mediated autoimmunity. *Current opinion in hematology*, 25(1), 29-36.

13- Ministerio de Seguridad de la Nación. Secretaría de políticas integrales sobre drogas de la nación Argentina (Sedronar). Informe Caracterización química de cocaína 2021/2023. Sistema de Alerta Temprana (SAT)

14. Sistema de Gestión Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Servicio de Epidemiología.

Injuria renal aguda como forma de presentación de una disección aórtica

Acute Kidney Injury as a Presentation of Aortic Dissection

Biaggioni, Martín Alejandro^{1,3}; del Valle, Julián²; Doiny Cabré, Lucía¹; Ortega, Vanesa Alejandra¹.

1-Servicio de Clínica Médica del Hospital Municipal "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca. Argentina

2-Servicio de Clínica del Hospital Municipal "María Eva Duarte de Perón". Coronel Dorrego. Argentina

3-Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

Resumen

La injuria renal aguda es una condición crítica que a menudo requiere un diagnóstico rápido y preciso para prevenir complicaciones potencialmente mortales. Presentamos el caso de una mujer de 76 años, con antecedentes de hipertensión arterial y marcapasos, que ingresó al hospital con un cuadro de lesión renal aguda acompañado de dolor lumbar y oligoanuria. Las investigaciones iniciales incluyeron historia clínica, examen físico detallado y estudios de laboratorio; no obstante la paciente mostró un rápido deterioro de la función renal. La tomografía axial computada reveló una disección aórtica tipo B de Stanford, que comprometía la perfusión renal bilateral. Esta patología, aunque poco frecuente como causa de injuria renal aguda, puede presentarse de manera atípica, lo que retrasa el diagnóstico y complica el tratamiento. A pesar del inicio de la hemodiálisis y del manejo médico integral, la paciente tuvo una evolución desfavorable, falleciendo al cuarto día de internación. Este caso subraya la importancia de considerar la disección aórtica en el diagnóstico diferencial de la injuria renal aguda, especialmente en pacientes con dolor lumbar o torácico, para mejorar las oportunidades de un tratamiento oportuno y eficaz.

Recibido:
Agosto
2024

Aceptado:
Agosto
2024

Dirección de
correspondencia:

Lucía Doiny
Cabré

lu.doiny@gmail.com

Palabras clave: injuria renal aguda; disección aórtica; diagnóstico diferencial.

Abstract

Acute kidney injury is a critical condition that often requires rapid and accurate diagnosis to prevent potentially fatal complications. We present the case of a 76-year-old woman with a history of arterial hypertension and a pacemaker, who was admitted to the hospital with acute kidney injury, accompanied by lumbar pain and oliguria. In spite of initial investigations, including a detailed clinical history, physical examination, and laboratory studies, the patient exhibited a rapid deterioration of renal function. Computed tomography revealed a Stanford type B aortic dissection, which compromised bilateral renal perfusion. Although rare as a cause of acute kidney injury, aortic dissection can present atypically, delaying diagnosis and complicating treatment. Despite initiating hemodialysis and comprehensive medical management, the patient had a poor outcome and died on the fourth day of hospitalization. This case emphasizes the importance of considering aortic dissection in the differential diagnosis of acute kidney injury, particularly in patients with lumbar or chest pain, to improve the chances of timely and effective treatment.

Keywords: acute kidney injury; aortic dissection; differential diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal aguda (IRA) siempre es un desafío para el médico clínico, por el rápido deterioro que puede llevar a la necesidad de instaurar tratamiento de reemplazo renal de urgencia. Se define como IRA al aumento de la creatinina de más de 0.3 mg/dl en 48 horas o aumento de 1.5 veces el valor inicial o la disminución del ritmo diurético por debajo de 0.5 ml/kg/h durante 6 hs.¹

Es importante la rápida evaluación de cada caso en particular para determinar la causa desencadenante, poniendo especial énfasis en causas reversibles. La evaluación clínica debe incluir una historia clínica y examen físico cuidadoso, incluyendo historial farmacológico, formulaciones de venta libre y remedios a base de hierbas o drogas recreativas. El examen físico debe incluir evaluación del estado de hidratación, signos de insuficiencia cardíaca aguda y crónica, infección y sepsis. Es importante iniciar el estudio con un análisis fisicoquímico y microscopía de la orina buscando signos de infección o hematuria microscópica y ecografía reno-vesical, descartando hidronefrosis u obstrucciones al flujo urinario, y realizando medición del tamaño renal para guiar el proceso diagnóstico.

Muchas veces, a pesar de los esfuerzos diagnósticos, los pacientes que se presentan con fracaso renal agudo requieren del ingreso a terapia de reemplazo renal de urgencia mientras se avanza en el estudio de la patología.

A continuación se describe el caso de una paciente que presenta injuria renal aguda, con requerimiento de hemodiálisis, en la que se identificó como causa poco frecuente y de extrema gravedad, una disección aórtica aguda.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 76 años, hipertensa, portadora de marcapasos unicameral por fibrilación auricular de baja respuesta ventricular, en tratamiento con rivaroxabán. Fue derivada por injuria renal aguda, tras consultar 48 horas antes por dolor lumbar y oligoanuria. Recibió opiáceos para el tratamiento del dolor. Refirió hipoingesta de sólidos y líquidos secundaria a náuseas de

10 días de evolución. No presentó fiebre, artralgias o consumo de tóxicos.

Ingresó hipertensa, con tensión arterial de 180/100 mmHg, anúrica. En el examen físico se encontró una paciente crónicamente enferma, con mucosas pálidas, lúcida, con perfusión periférica y ventilación adecuadas, sin signos de sobrecarga hídrica. Se constató un soplo sistólico en 4 focos. El examen abdominal no presentó particularidades.

Al ingreso la analítica de laboratorio reveló una anemia normocítica normocrómica (Hb 10,3 g/dl), leucocitosis (10.570 cel/mm³), plaquetas normales 192.000 cel/mm³, coagulopatía (TP 19,4 seg, CP 53%, RIN 1,63), creatinina elevada 8,42 mg/dl, hiperazoemia (BUN 268 mg/dl), hipoalbuminemia (2,9 g/dl), hipoproteinemia (5,5 g/dl), hipocalcemia (7 mg/dl corregido), hiperfosfatemia (9,1 mg/dl), hipomagnesemia (0,9 mg/dl), acidosis metabólica (pH 7,30 y HCO₃ 9,8 mmol/l), hiponatremia (124 mmol/l), hiperkalemia (5,6 mmol/l). Proteinograma con disminución moderada de albúmina, leve aumento de fracción alfa. Fracciones de complemento C3 y C4 normales. Se solicitó radiografía de tórax que evidenció marcapasos unicameral, cardiomegalia, borramiento del seno costofrénico derecho. La ecografía abdominal fue normal y la ecografía renal y vesical informa riñones de tamaño conservado, quistes simples en riñón derecho (11 y 13 mm) y en riñón izquierdo (46 mm), sin dilatación pielocalicial. Vejiga con engrosamiento de pared posterior.

La paciente evolucionó con registros de hipertensión, afebril, sin requerimientos de oxígeno. Persistió en anuria en las primeras 24 horas. La perfusión periférica adecuada, con dolor a la palpación en L1-L3. En la analítica de laboratorio de control se objetivó deterioro de la función renal (Cr 8.8 mg/dl). Se inició tratamiento antihipertensivo oral con buena respuesta. La ecografía a pie de cama evidenció ausencia de contenido en vejiga. Índice de variabilidad de vena cava de 12%. Se inició hemodiálisis. La saturación de sangre venosa central fue 65%.

Se solicitó tomografía de columna dorso-lumbar sin contraste, en la cual se objetivaron calcificaciones arteriales, disección aneurismática del cayado y aorta descendente, derrame pleural bi-

lateral, cardiomegalia y líquido libre en cavidad abdominal. Angiotomografía confirmó disección aneurismática del cayado y aorta descendente, extendiéndose a aorta abdominal; con un diámetro máximo de aorta torácica descendente de 49 mm y aorta abdominal de 35 mm. La disección aórtica comprometió perfusión renal bilateral (ver imágenes 1 y 2).

Presentó evolución desfavorable con las medidas de tratamiento instauradas. Se desestimó la posibilidad de un tratamiento intervencionista adoptando un manejo conservador. Se produjo el fallecimiento al cuarto día de internación.

DISCUSIÓN

Los síndromes aórticos agudos son afecciones potencialmente mortales en las que existe una brecha en la integridad de la pared aórtica. Dentro de ellos, el más frecuente es la disección aórtica, seguida del hematoma intramural y la úlcera aterosclerótica penetrante.²

La disección aórtica ocurre cuando hay un desgarro de la íntima que permite que la sangre pase a través del desgarro dividiendo la íntima en dos y creando un colgajo de disección que divide la

Imagen 1: Tomografía de tórax y abdomen sin contraste.

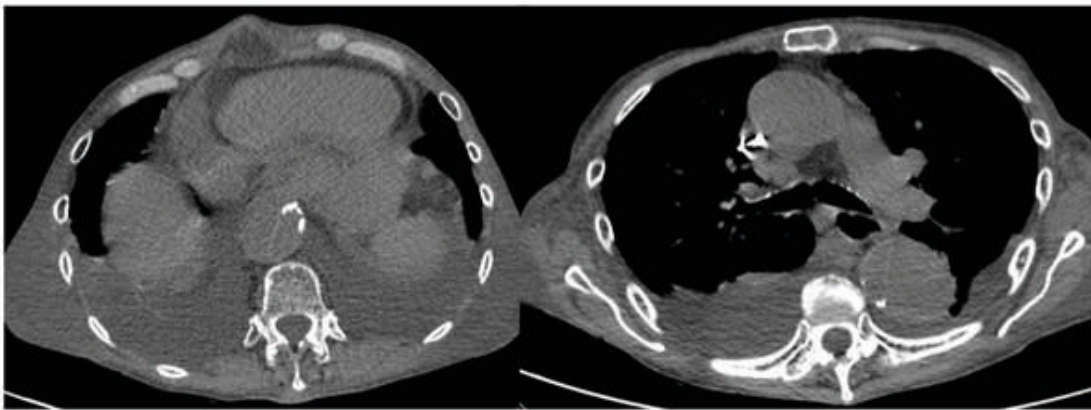
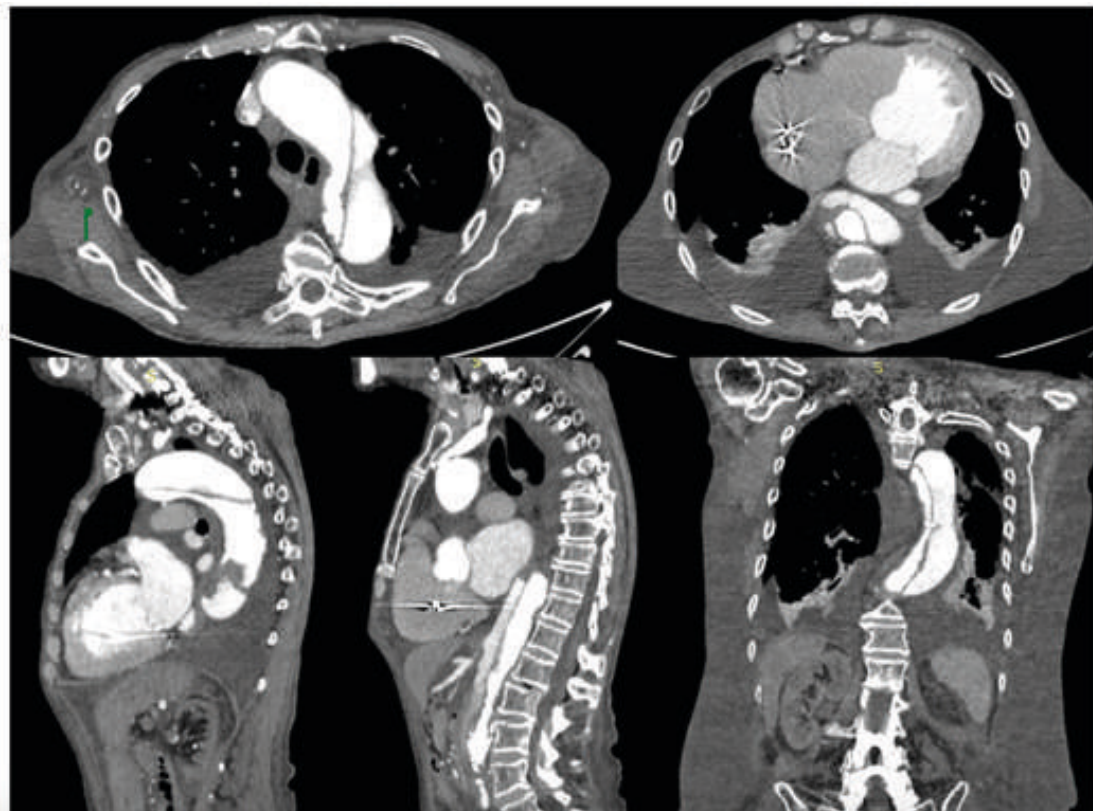


Imagen 2: Angiotomografía de aorta torácica.



luz verdadera de un lumen falso recién formado. El colgajo de disección puede propagarse de forma anterógrada o retrógrada y provocar complicaciones potencialmente mortales, como insuficiencia aórtica aguda, isquemia miocárdica, taponamiento cardíaco, accidente cerebrovascular agudo o síndromes de mala perfusión.

La incidencia de disección aórtica se estima en 5 a 30 casos por millón de personas por año, siendo los hombres los más comúnmente afectados². El caso que se presenta es el de una mujer que cursa una disección aórtica aguda, ya que podemos identificar que transcurrió menos de 2 semanas desde el inicio de los síntomas.

La forma más frecuente de presentación es el dolor precordial, el cual se ha descrito hasta en el 71% de los casos³. En el caso reportado objetivamos una presentación atípica, con dolor predominantemente lumbar, que resultó en una confusión a la hora del manejo, ya que difiere de la forma de presentación reportada en las series observacionales. Se describe asociación a dolor dorsal en solo un 8% de los pacientes. Existen reportes de casos en los que el dolor lumbar actúa como confundidor y aleja la sospecha inicial de disección aórtica.⁴ La presentación con dolor lumbar aislado es raramente mencionada en la literatura.

La tomografía axial computada suele ser el método con el que se logra el diagnóstico en un 76% de los casos, como ocurrió en nuestro caso. La mortalidad reportada de esta patología es cercana al 10% con tratamiento médico en pacientes que no presentan complicaciones. Cuando aparecen signos como hipoperfusión o ruptura, el riesgo de mortalidad aumenta. Nuestra paciente presentaba características compatibles con una disección aórtica complicada, debido a la presencia de anuria por hipoperfusión renal, dolor refractario al tratamiento analgésico y difícil control presión arterial como las más importantes.

Como mecanismo fisiopatológico se menciona que es poco frecuente que la anuria y la falla renal aguda sean causados directamente por la disección aórtica, incluso cuando hay afectación de ambas arterias renales⁴. Esto suele asociarse a otras condiciones asociadas a la disección, como pueden ser shock o insuficiencia cardíaca.⁵

Ante una disección aórtica tipo B no complicada el manejo de elección sigue siendo el tratamiento médico conservador. No obstante, se puede plantear la posibilidad de tratamiento quirúrgico, ya sea mediante cirugía abierta o endovascular, en aquellos pacientes que presenten disecciones complicadas. Esto está avalado por otros reportes de casos en los que la intervención quirúrgica logró revertir la necesidad de hemodiálisis y mejorar la función renal en pacientes que habían desarrollado enfermedad renal en estadio terminal.^{6, 7}

CONCLUSIÓN

La importancia del reporte del presente caso radica en que la disección de aorta con compromiso de arterias renales suele ser un desafío diagnóstico en la práctica clínica, tanto por su baja prevalencia como por su forma de manifestación. Se debe sospechar en todo paciente que inicia de manera aguda con injuria renal oligoanúrica acompañada de dolor torácico y/o lumbar.

Referencias bibliográficas

1. KDIGO. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl.* 2013;3(1):1-150.
2. Writing Committee Members, Isselbacher EM, Preventza O, Hamilton Black J 3rd, Augoustides JG, Beck AW, et al. 2022 ACC/AHA Guideline for the Diagnosis and Management of Aortic Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2022;146(24):e334-e482.
3. Asouhidou I, Asteri T. Acute aortic dissection: be aware of misdiagnosis. *BMC Research Notes.* 2009; 2:25.
4. Demos TC, Gadwood K, Garces MA, Moncada R, Marsan R. Aortic dissection: presentation as a renal problem in three patients. *AJR Am J Roentgenol.* 1981; 137(6):1268-70. doi: 10.2214/ajr.137.6.1268.
5. Sirico ML, D'Avanzo E, De Blasio A, De Piano G, Lomazzo N, Di Micco L, Aquilino Musto L, Di Iorio B. Un caso insolito di Insufficienza renale acuta. *G Ital Nefrol.* 2014; 31 (3)
6. Weiss AS, Ludkowski M, Parikh CR. Reversal of end-stage renal disease after aortic dissection using renal artery stent: a case report. *BMC Nephrology.* 2004; 5:7

7. Mukaiyama Y, et al. Complete post-operative resolution of “temporary” end-stage kidney disease secondary to aortic dissection without static renal artery obstruction: a case study. BMC Nephrology. 2019; 20:368

Revista científica del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

Las normas de publicación de la revista e-Hospital se basan en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE) en sus "Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica", disponible en www.icmje.org

ALCANCE

e- Hospital es la revista científica con periodicidad trimestral del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero (HMALL) de Bahía Blanca. Es un órgano destinado a difundir temas biomédicos mediante la publicación de trabajos originales tanto de autores pertenecientes a la institución como externos a ella.

PROCESO DE REVISIÓN Y EDICIÓN

Los manuscritos enviados serán evaluados en primera instancia por los integrantes del Comité Asesor Científico, el cual recurrirá a evaluadores externos en caso de considerarlo. Los trabajos podrán ser aceptados para publicación, rechazados o aceptados de forma condicional sujeto las modificaciones sugeridas. El Comité de Redacción se reserva el derecho de efectuar las correcciones de estilo que estime oportunas.

TRABAJO ORIGINAL

El manuscrito estará acompañado por una carta de presentación en la que el autor hará una declaración informando que se trata de un trabajo original no publicado previamente.

Todos los artículos presentados quedan como propiedad permanente de la Revista del HMALL, y no podrán ser reproducidos en forma total o parcial sin el consentimiento de esta. En

caso que se publique el trabajo, el/los autor/es cede/n en forma exclusiva al Departamento de Docencia e Investigación del HMALL los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación de su trabajo, por cualquier medio o soporte.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Se deben indicar todos los posibles conflictos de intereses, incluidos los financieros, de consultoría o alguna relación institucional que podría dar lugar a un sesgo o un conflicto de intereses. Cuando esta situación no existe debe indicarse expresamente.

ÉTICA

Los trabajos clínicos experimentales que hayan sido presentados para su evaluación deben haber sido elaborados respetando las consideraciones internacionales sobre investigaciones clínicas desarrolladas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (<http://www.wma.net/es/30publications/10policiess/b3/>) y deben ser aprobados por el Comité Institucional de Bioética del Hospital Municipal. No se admiten publicaciones con descripciones, fotografías u otros detalles que contribuyan a identificar a un paciente, al menos que esta información sea indispensable para la exposición del material; en este caso, el paciente o el tutor de los menores de edad expresarán su consentimiento por escrito, el cual deberá adjuntarse con el trabajo.

TRABAJOS CONSIDERADOS PARA SU PUBLICACIÓN

Se aceptarán trabajos originales en idioma español según las siguientes secciones:

Artículos originales: idealmente no deberán exceder las 4.000 palabras, con un máximo de

50 referencias y 5 figuras o tablas. Resumen estructurado y palabras clave, en español e inglés.

Artículos especiales: son informes científicos que comprenden aspectos filosóficos, éticos o sociales referidos a las profesiones relacionadas con la salud o a las ciencias biomédicas (política económica, bioética, derecho, etc.), idealmente no podrán exceder las 2.500 palabras, con un máximo de 40 referencias. Resumen no estructurado y palabras clave, en español e inglés.

Informes de casos: contendrán título (en español e inglés), autores, resumen no estructurado y palabras claves en español e inglés. Estarán compuestos por presentación del caso y discusión clínica, justificando la presentación del mismo por infrecuencia, valor etiológico, pronóstico, diagnóstico terapéutico o por la importancia del diagnóstico diferencial. Idealmente no podrán superar las 2.000 palabras, hasta dos tablas o figuras y no más de 15 referencias.

Artículos de revisión: deben estar basados en la evidencia de temas relevantes para la práctica médica, con la estructura expositiva que indican las guías, idealmente sin exceder las 3.000 palabras, con un máximo de 40 referencias y 3 figuras o tablas (total). Resumen no estructurado y palabras clave en español e inglés.

Cartas al editor: pueden referirse a aclaraciones sobre artículos previamente publicados o notas breves con interés científico, un máximo de 700 palabras y 10 referencias.

Comunicaciones breves: podrán destacarse resultados preliminares que ameriten su difusión, idealmente no superarán las 2.000 palabras, hasta 25 citas bibliográficas y 3 figuras o tablas. Incluirán resumen no estructurado en español e inglés, incluyendo las palabras clave en ambas lenguas.

INSTRUCCIONES PARA EL ENVÍO DE MANUSCRITOS

Los trabajos deberán ser enviados por correo a **revistacientificahmall@gmail.com** consignando en el asunto la sección a la que corresponde. Se deberá adjuntar en el correo electrónico el

archivo con el manuscrito y una carta de presentación que incluya:

A. Declaración de que el trabajo es original o información acerca de la publicación previa de cualquier parte del trabajo o la presentación del manuscrito a otra revista.

B. Declaración sobre potenciales conflictos de interés de cada uno de los autores.

C. Declaración de los autores informando que el manuscrito ha sido leído y aprobado por todos, que ceden los derechos y autorizan su publicación en e-Hospital y que se han cumplimentado los requerimientos para la autoría expuestos en estas normas. Indicar en caso que proceda, que se acompañan copias de cualquier permiso que fuera necesario para reproducir material, para usar ilustraciones, el consentimiento informado o la aprobación del Comité de Ética.

El documento debe ser redactado en Microsoft Word, página configurada a tamaño A4, con márgenes de 2,5 cm, letra Arial 12, interlineado simple. Las páginas se numerarán en forma consecutiva comenzando con la del título.

La primera página deberá contener:

- Título del artículo, en español e inglés, conciso pero informativo (no más de 150 caracteres con espacios)
- Título corto, en español e inglés, con no más de 40 caracteres.
- Categoría del trabajo.
- Número de palabras que contiene el manuscrito.
- Cantidad de figuras y tablas que se acompañan.
- Nombre y apellido completos de cada autor, con su(s) más alto(s) grado(s) académico(s) y filiación institucional de cada uno claramente identificada. Se aceptará un máximo de 6 autores.
- El nombre del o los departamento(s) o institución(es) a los cuales se debe acreditar el trabajo.
- Nombre, dirección postal y de e-mail del autor responsable de la correspondencia.
- Fuente(s) de apoyo en forma de financiamiento, equipamiento, medicamentos o todos ellos.

La segunda página deberá contener:

a) Resumen y palabras clave

El resumen y las palabras clave tienen que ser presentados en español e inglés. Los resúmenes estructurados pueden tener hasta 250 palabras y deben incluir introducción con objetivos al final de la misma, material y métodos, resultados y discusión/conclusiones. Los resúmenes no estructurados no deberán contener más de 150 palabras y serán redactados en español e inglés. Para las palabras clave serán empleados los términos de la lista de los Encabezamientos de Temas Médicos (Medical Subject Headings, MeSH por sus siglas en inglés) del Index Medicus. Si no hay aún términos MeSH disponibles para las expresiones de reciente introducción, se pueden emplear palabras actuales.

SECCIONES DEL MANUSCRITO DE ARTÍCULOS ORIGINALES

Introducción: Detallando el problema o pregunta que genera la investigación, el estado del arte sobre el tema y los objetivos que deben ser concisos, claros, cortos y precedidos de verbo.

Material y métodos: Tipo de diseño. Cuantitativo, cualitativo o combinado. Población (criterios de inclusión, exclusión, eliminación, tiempo y espacio). Tipo de muestreo. Test estadísticos. Nivel de significancia. Número de grupos, criterios de asignación a grupo control (si corresponde). Definiciones y operacionalización de variables. Debe dar una idea de clara de cómo se llevó adelante el estudio. Indicar si se solicitó consentimiento informado y si se sometió a la aprobación del comité de ética.

Resultados: Es un relato de cifras sin interpretación. En la estadística descriptiva los porcentajes y las medidas de posición (media y mediana) deben ir con las medidas de dispersión (ES, DS, MAD, varianza) o IC95 según corresponda. En la estadística inferencial y regresión las comparaciones deben tener el p valor y/o el OR/RR con sus IC 95. Los resultados deben tener conexión con los objetivos. Y se presentarán en una secuencia lógica en formato de texto, pudiendo incorporarse tablas y figuras.

Discusión y conclusiones: Destaque los aspectos nuevos o importantes del estudio y las conclusiones que se derivan de él. No repita datos u otro material presentado en la "Introducción" o en "Resultados". Indicar las implicancias de los hallazgos y sus limitaciones, incluidas las consecuencias para futuras investigaciones. Relacione las observaciones con otros estudios relevantes. Las conclusiones pueden ir al inicio o al final de la discusión.

Recomendaciones: es opcional. Recomendaciones para próximos estudios, sobre una conducta diagnóstica o terapéutica, etc.

Reconocimientos: es opcional. Especificar con uno o más enunciados: a) aquellas contribuciones que requieran un reconocimiento, pero que no justifiquen la autoría, como, por ejemplo, el apoyo general brindado por un jefe; b) el reconocimiento por las asistencias técnicas; c) los reconocimientos por el apoyo material y financiero, que deben especificar la naturaleza del apoyo, y d) las relaciones que puedan plantear un conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

Se deben numerar consecutivamente en el mismo orden en que se mencionan dentro del cuerpo del texto mediante superíndices. Utilice el estilo editorial basado en los formatos establecidos por el ICMJE. Ejemplos de este formato pueden encontrarse en el apéndice del documento traducido al español: "Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica" del ICMJE (disponible en www.icmje.org). Los nombres de las revistas se deben abreviar de acuerdo con el estilo editorial utilizado en Index Medicus abbreviations of journal titles (disponible en: http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medic_us.php?lang=eng)

Tablas o Cuadros

Coloque las tablas, cuadros o figuras después del párrafo en que son referidas" con un breve título cada una y fuente de elaboración.

Ilustraciones (Figuras)

Las figuras deben ser elaboradas en alta resolución y contener titulares y explicaciones de las mismas.

Abreviaturas y símbolos

Utilice sólo abreviaturas estándar (no en el título ni en el resumen). El término completo representado por la abreviatura debe precederla cuando la misma se utiliza por primera vez en el cuerpo del texto, a menos de que se trate de una unidad estándar de medida.