

@ HOSPITAL

REVISTA • CIENTÍFICA

HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS DR. LEÓNIDAS LUCERO

VOLUMEN 1

ISSN 2683-8192

Nº 2
2019
DICIEMBRE



Hospital Municipal de Agudos
Dr. Leónidas Lucero

Subdirección de Ciencia,
Tecnología y Educación
HMALL



Departamento de
Docencia e Investigación
HMALL

PORTADA DE ESTA EDDICIÓN

Victoria Iban Beurrete

“Si quieres ir rápido, ve solo. Si quieres llegar lejos, ve acompañado”

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.
Sub Dirección de Ciencia, Tecnología 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

Fabiana Ciccioli.
María Gabriela Harguindeguy.
Patricia Alejandra Barberio.
Pilar Carral.

COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO

Gustavo René Piñero.
Gustavo Stork.
Luciano Pompermayer.
María Florencia Gallardo.
Romina Dodero.

DISEÑO Y ASESORAMIENTO TÉCNICO

Juan Manuel Arbotti.

IMÁGENES

Javier Herrera.

SECRETARÍA

Antonela Arnaldi.

INDICE

EDITORIAL

1° de diciembre: Día mundial de la lucha contra el VIH/SIDA.

Spadaro María Laura.

1

ARTÍCULO ORIGINAL

Neoplasia primaria múltiple en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estudio descriptivo.

Gallardo María Florencia, Garrido Marianela, Cuevas María Andrea, Quiroga Daniel, Leone Atilio.

2-6

ARTÍCULO ORIGINAL

Conocimientos sobre el lavado de manos en profesionales de una Unidad de Terapia Intensiva.

Lamponi Tappatá Lucía, Gallardo María Florencia, Gazzoni Carla, Mostafá Ana, García Dieguez Marcelo, Ocampo Analía.

7-12

ARTÍCULO ORIGINAL

Percepción de la comunicación organizacional interna en el Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”.

Segura Leticia Inés, Giustini María Fernanda, Squarcia Ángeles, Linares José Manuel, Piñero Gustavo.

13-18

INFORME DE CASO

Estudio descriptivo. Linfoma intravascular como causa de fiebre de origen desconocido: Reporte de caso.

Gallardo María Florencia, Chiarvetto Peralta María Victoria, Marbán Mariano Ezequiel, Crescitelli Franco, Altube Ana Julia, Lamponi Tappatá Lucía.

19-24

ARTÍCULO ESPECIAL

Análisis de la epidemiología local de las infecciones urinarias, comparación con datos de la Sociedad Argentina de Infectología y presentación de una sistemática de tratamiento

25-33

Spadaro María Laura, Lamponi Tappatá Lucía, Sierra Fermín, Carrica Alicia, Maurizi Diego.

NORMAS PARA AUTORES

34-36

1° de diciembre: Día mundial de la lucha contra el VIH/SIDA

María Laura Spadaro

Unidad de Infectología, Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero"

Muchas veces me preguntaron por qué el 1 de diciembre es el día mundial del VIH o de la lucha contra el SIDA. Para mi desilusión la elección de esa fecha no tiene un porque. Sí tiene un para qué... Ese día mundialmente aceptado es una alarma, que nos sacude de la rutina diaria y hace que volvamos a reflexionar y hablar de una epidemia que hace varias décadas está arrasando con la humanidad, y siendo más exactos, con su tesoro, los jóvenes. Es un llamado a la acción, a recordarnos que se puede poner fin a la epidemia, sólo que esto no ocurrirá espontáneamente, necesitará de un extenso esfuerzo de las voluntades políticas, del trabajo de los profesionales de la salud y de la presión de las distintas comunidades civiles para que sigamos avanzando y alcanzando objetivos.

Hace 10 años atrás la OMS planteó un modelo teórico para poner fin a la epidemia mundial del VIH. Esta propuesta fue denominada "90-90-90", y propone que para frenar la evolución de la epidemia se debe lograr que el 90% de las personas que viven con el virus conozcan su situación, que el 90% de éstas reciban adecuadamente el tratamiento y que el 90% de las personas tratadas tengan en sus controles cargas virales no detectables. De esta manera decrecería la aparición de casos nuevos ya que está totalmente aceptado y demostrado que indetectable es igual a intransmisible. Originalmente el objetivo fue planteado para el 2020, pero como aún estamos lejos de alcanzarlo en todo el mundo, se mantiene la misma meta hasta el 2030.

En Argentina, ¿cuáles son nuestros logros? Hemos avanzado en el primer "90", ya que históricamente el porcentaje de personas que vivían con el virus y conocían su diagnóstico rondaba el 70%. Sin embargo, en los últimos años hemos logrado superar el 80% a través de campañas de testeo, de la educación de los profesionales para que incorporen los análisis de enfermedades de transmisión sexual como parte de los chequeos de rutina y que estén más



sensibles a identificar situaciones de riesgo o síntomas sugestivos, y el aumento del acceso de las personas a la prueba de VIH en forma voluntaria, inclusive sin necesitar una orden médica. Por otra parte, debemos decir que en nuestro país el acceso a la medicación es universal y gratuito. Tal vez por esto podría pensarse que tratar un paciente con VIH es una tarea sencilla, y en parte lo es, pero necesitamos políticas que nos aseguren la continuidad de los programas y mejorar la llegada de las personas más vulnerables al sistema de salud.

Para finalizar quiero reflexionar sobre nuestros puntos débiles. Precisamente porque el 1 de diciembre ya no se denomina día de la lucha contra el SIDA sino, de las acciones contra él. Nuestra mayor limitación hoy en día, es la dificultad para mantener la adherencia de los pacientes al tratamiento. Necesitamos herramientas que promuevan la continuidad del tratamiento, asegurando así, mayor proporción de personas con carga viral indetectable, la cual actualmente apenas supera el 60%. Creo que fallamos en el último "90" porque necesitamos más trabajo en equipo, llevar el tema del VIH fuera de la esfera del infectólogo, valorar el aporte que cada uno puede hacer desde los distintos ámbitos y fundamentalmente escuchar a los pacientes y entender cuáles son sus necesidades. Nada puede cambiar si no rompemos los estigmas, si no combatimos la discriminación y si no promovemos el respeto como base de toda relación humana.

Neoplasia primaria múltiple en pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estudio descriptivo

Multiple primary neoplasia in patients seen in the Oncology Service of the Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Descriptive study

Gallardo María Florencia¹, Garrido Marianela¹, Cuevas María Andrea², Quiroga Daniel², Leone Atilio².

¹ Servicio de clínica médica

² Servicio de oncología.

Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Recibido:

febrero 2019

Aceptado:

marzo 2019

Dirección de

correspondencia:

Gallardo María

Florencia

mfllorenciagallardo@gmail.com

La neoplasia primaria múltiple es la ocurrencia de dos neoplasias con diferente histología en un mismo paciente. Surgen con el aumento de la supervivencia de las enfermedades oncológicas y, en la actualidad, no son una entidad rara. Objetivo: describir la frecuencia y características de los casos de neoplasias primarias múltiples. Metodología: estudio descriptivo, observacional, de corte transversal. Se incluyeron pacientes que consultaron al servicio de oncología entre Agosto de 1984 y mayo de 2016. Resultados: se incluyeron 1430 pacientes, de los cuales presentaban doble tumor 2.16% y triple tumor 0.2%. La media de edad fue de 60 años, al momento del diagnóstico del primer tumor, y de 65 años, al momento del diagnóstico del segundo tumor. El promedio de tiempo entre el diagnóstico del primer tumor respecto al segundo fue de 4.75 años (rango 0 días a 28.4 años). El primer tumor más frecuente fue mama (26%), seguido de piel (15%), laringe (9%) y riñón (9%) y el segundo tumor más frecuente fue colon (18%), seguido de pulmón (12%), mama (9%) y piel (9%). La asociación entre tumores más común fue, piel-colon, mama-colon y mama-útero. Hubo 3 casos de triple tumor: laringe-mama-pulmón, ovario-colon-vejiga y piel-piel-músculo. El promedio de tiempo entre la aparición del segundo tumor y el tercero fue de 4.5 años. Discusión: los resultados obtenidos son similares a los reportados en la bibliografía. Las neoplasias más frecuentemente halladas en las asociaciones tumorales fueron las de colon y mama. Es importante el seguimiento de los pacientes oncológicos para detectar nuevas neoplasias.

Palabras Clave: Oncología médica, Neoplasias primarias múltiples, Neoplasias.

Abstract

Multiple primary neoplasia is the occurrence of two neoplasms with different histology in the same patient. They arise with the increased survival of oncological diseases and, at present, they are not a rare entity. Objective: To describe the frequency and characteristics of multiple primary neoplasms. Methodology: descriptive, observational, cross-sectional study. Patients who consulted to the oncology service between August 1984 and May 2016 were included. Results: 1430 patients were included, of which they presented double tumor 2.16% and triple tumor 0.2%. The mean age was 60 years at the time of diagnosis of the first tumor and 65 years at the time of diagnosis of the second tumor. The average time between the diagnosis of the first tumor and the second was 4.75 years (range 0 days to 28.4 years). The first most frequent tumor was breast (26%), followed by skin (15%), larynx (9%) and kidney (9%) and the second most frequent tumor was colon (18%), followed by lung (12%), breast (9%) and skin (9%). The most common association between tumors was skin-colon, breast-colon and breast-uterus. There were 3 cases of triple tumor: larynx-breast-lung, ovarian-colon-bladder and skin-skin-muscle. The average time of appearance between the second and the third tumor was 4.5 years. Discussion: the results obtained are similar to those reported in the literature. The most frequent neoplasms found in the tumor associations were colon and breast. It is important to follow cancer patients to detect new neoplasms.

Keywords: Medical oncology, Multiple primary neoplasms, Neoplasms.

Introducción

Las neoplasias primarias múltiples (NPM) se definen como tumores malignos primarios de distinta histología, en un mismo paciente.¹

La entidad de NPM no es rara. Unas de las primeras estadísticas de las NPM fueron llevadas a cabo en 1889 y 1934 por Billroth y Bugher.^{2,3} Con el aumento de la sobrevivencia de los pacientes oncológicos debido al diagnóstico temprano y las nuevas terapias, los pacientes viven lo suficiente como para desarrollar un segundo tumor. Un gran estudio estimó que la prevalencia de NPM va desde 0,73% a 11,7% y que la incidencia aumenta con la edad. Los triples tumores ocurren en un 0,5% de los pacientes oncológicos y los cuádruples o quintuples tumores en <0,1%.^{4,5}

Los mecanismos involucrados en la aparición de un segundo tumor no son claros. Se propone una predisposición genética respecto a algunos tipos de tumores, mientras que el uso de quimioterapia y radioterapia puede también ser responsable de esta asociación. Los criterios actuales para el diagnóstico de la NPM fueron establecidos por Warren y Gates: las lesiones deben ser malignas, cada lesión debe tener diferente histología y no debe ser metástasis de la lesión previa.⁵

Las NPM pueden dividirse en dos categorías dependiendo del intervalo entre el diagnóstico de cada tumor. Los tumores sincrónicos son los que aparecen simultáneamente o dentro de los 6 meses después del hallazgo del primer tumor, mientras que los tumores metacrónicos se desarrollan después de 6 meses del primer tumor.⁶

Se han llevado a cabo distintas investigaciones orientadas a publicar reportes de casos de neoplasias múltiples numerosas. La mayoría de las neoplasias primarias múltiples son dobles, pero se han reportado incluso 8 tumores en un mismo paciente.^{1,4,5}

Muchos trabajos han informado sobre las distintas asociaciones de tumores.^{1,6} Otros han orientado la investigación a neoplasias múltiples de tumores específicos, tales como urológicos o gastrointestinales, o incluso relacionados a determinada patología.⁷ No existen estudios locales o nacionales sobre esta temática.

El objetivo de este trabajo fue determinar la frecuencia y las características de los casos de NPM en un servicio de oncología de un hospital general de la ciudad de Bahía Blanca.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal. La población de estudio fueron pacientes oncológicos que consultaron en el servicio de oncología del Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” de forma ambulatoria.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con patología oncológica que ingresaron al Servicio de oncología entre Agosto de 1984 y Mayo del 2016. Se excluyeron pacientes sin historia clínica o historia incompleta. .

Se analizaron las historias clínicas en papel disponibles en el servicio de oncología de forma retrospectiva. El muestreo fue no aleatorio. Se recabaron datos de 1430 historias clínicas, en formularios creados para tal fin, a cargo de dos investigadores médicos.

Variable principal:

Neoplasia primaria múltiple: se consideró neoplasia primaria múltiple a la presencia de dos o más neoplasias con diferente histología en un mismo paciente.

Variables secundarias:

Las variables secundarias fueron sexo (cualitativa dicotómica), edad al momento del diagnóstico del tumor (cuantitativa numérica discreta), tipo de tumor (cualitativa nominal), tiempo en días entre el diagnóstico de los tumores (cuantitativa numérica continua), sincronismo de los tumores (cualitativa dicotómica).

Los resultados fueron analizados con el programa Excel y software estadístico Epi Info. Se realizó un análisis descriptivo de las variables en estudio, utilizando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de distribución de frecuencias para las cualitativas.

Resultados

De un total de 4045 pacientes ingresados en el período de estudio, se excluyeron 2615, quedando la muestra de estudio conformada por 1430 pacientes (35,4% de la población en estudio). Se detectaron 34 casos de neoplasia primaria múltiple (2,37%; IC95% 1,55 – 3,2). Presentaban doble tumor 31 (2,16%; IC95% 1,37 – 2,95) y triple tumor 3 (0,21%; IC95% 0,04 – 0,61). La cantidad de tumores sincrónicos fue de 7 (20,58%; IC95% 5,52 – 35,65), los 27 (79,41%) restantes fueron metacrónicos.

La media de edad fue de 60 años (DE 2,5) al momento del diagnóstico del primer tumor y de 65 años (DE 2,5) al momento del diagnóstico del segundo tumor. La proporción de mujeres fue del 55,88% (IC95% 37,72 – 74,04). El promedio de tiempo entre el diagnóstico del primer tumor respecto al segundo fue de 1735 días o 4,75 años (DE 2127,8 días), con un rango de 0 a 10.378 días o 28,4 años.

Dentro de los primeros tumores, el más frecuente fue mama (9, 26,47%; IC95% 10,17 – 42,77), seguido de piel (5, 14,7%; IC95% 4,9 – 31), laringe y riñón (3, 8,8%; IC95% 1,8 – 23,6), y de los segundos tumores, el más frecuente fue colon (6, 17,6%; IC95% 6,7 – 34,5), seguido de pulmón (4, 11,7%; IC95% 3,3 – 27,4), mama y

piel (3, 8,8%; IC95% 1,8 – 23,6).

La asociación entre tumores más común fue, todas con la misma frecuencia, piel-colon, mama-colon y mama-útero (2, 5,8%; IC95% 0,72 – 19,6).

Hubo 3 casos de triple tumor. Los mismos presentaron las siguientes asociaciones: laringe-mama-pulmón, ovario-colon-vejiga y piel-piel-músculo y los pacientes fueron de sexo femenino. El promedio de tiempo de aparición del tercer tumor fue de 1672 días o 4,5 años (DE 1436,05 días).

Dentro de las pacientes de sexo femenino con dos tumores (16, 51%), los más frecuentemente encontrados, tanto como primer o segundo tumor, fueron mama (10, 62%), seguido de colon, piel y endometrio con la misma frecuencia (4, 25%). Las asociaciones de tumores ginecológicos en este grupo fue de 6 (37%). En los pacientes de sexo masculino (15, 49%), los tumores más frecuentes, tanto como primer o segundo tumor, fueron colon (5, 33%), y con la misma frecuencia vejiga, próstata, riñón y pulmón (3, 20%).

	Nuestro estudio	Xu LL. y col. (2013) ⁹	Arpaci E. y col (2013) ¹⁰	Irimie A. y col. (2010) ⁶
País	Argentina	China	Turquía	Rumania
Muestra	1430	7547	No descripto	No descripto
Pacientes	34 (2,37%)	170 (2,25%)	130	63
Dobles	31 (2,16%)	167 (2,21%)	130	63
Triples	3 (0,31%)	2 (0,26%)	0	0
Femenino	19 (56%)	80 (47%)	70 (56%)	34 (54%)
Sincrónicos	7 (20,6%)	46 (27%)	24 (18,5%)	22 (35%)
Localización frecuente del tumor	Mama, colon, piel y pulmón	Digestivos, respiratorios y mama	Mama, endometrio y ovario	Ovario, colon y mama

Tabla 1. Comparación de los resultados de nuestro estudio con los reportados en la bibliografía de mayor interés.

Discusión

Encontramos en nuestro trabajo un número importante de neoplasias múltiples, esto nos permitió sacar algunas conclusiones sobre sus características y compararlas con las encontradas en otros estudios. Destacamos la presencia de neoplasias triples, que son de baja frecuencia.

Los tumores de mama y colon se encontraron entre los más frecuentes y también fueron parte de las asociaciones de triple tumor.

No encontramos asociaciones tumorales más frecuentes según la sincronía, ya que los 7 tumores sincrónicos encontrados tuvieron igual frecuencia. La proporción de tumores metacrónicos fue mayor y la asociación de tumores ginecológicos fue frecuente en el sexo femenino.

El estudio de Jena y col. realizado en India¹, muestra 13 casos de NPM en un período de estudio de 5 años, mientras que nuestro trabajo evidenció 34 casos en un periodo de 32 años de estudio. Este estudio es a su vez, uno de los pocos trabajos donde la proporción de tumores sincrónicos es mayor a la de metacrónicos. Coinciden con nuestro trabajo sobre el tumor más frecuente en la NPM, que es el de mama. La edad promedio de diagnóstico del primer tumor fue similar a la reportada por nuestro estudio (55 vs 60).

El estudio de Irimie y col. realizado en Rumania⁶, reporta similar proporción de tumores sincrónicos en comparación con este trabajo (34% vs 20%), y destaca que los tumores de mama se encuentran entre los más frecuentes, aunque presenta mayor hallazgo de tumores ginecológicos que los encontrados en nuestro trabajo.

El estudio de Bagri y col. de la India⁸ muestra cifras similares a las que se presentan en este trabajo en cuanto a la aparición de tumores sincrónicos (19% vs 20%), y coincide en mama como uno de los tumores que aparecen inicialmente en la NPM, seguido de los de cabeza y cuello. Como segundo tumor, reporta, al igual que nuestro estudio, que los gastrointestinales, de pulmón y mama son los de mayor frecuencia.

Estudios más grandes, como el de Xu y col. en China⁹, con 170 casos, ya reportan triple y cuádruple tumor, hallando como los más frecuentes los gastrointestinales, mama y pulmón, al igual que en nuestros resultados. Arpaci y col.¹⁰ con 130 casos informan la misma proporción de tumores sincrónicos que en este trabajo, y un tiempo entre tumores de 4.65 años, muy similar al hallado en nuestro estudio (4.75 años). Las asociaciones más frecuentes fueron de tumores ginecológicos, lo cual coincide parcialmente con lo presentado en este trabajo.

Por último, también encontramos resultados similares a los reportados por Hulkikal y col. en India¹¹ en cuanto a los tumores hallados más frecuentemente y la proporción de tumores sincrónicos. Presentan una edad de primer tumor algo más baja que la encontrada en nuestro estudio (51 vs 60).

La comparación de nuestro estudio con los más relevantes de la bibliografía puede verse en detalle en la Tabla 1.

Como conclusión, los estudios encontrados en la bibliografía hasta la fecha son variados, de distintos países, con muestras diferentes y características dispares, aun así los resultados encontrados son similares. Creemos que se necesitan trabajos de mayor rigurosidad metodológica para poder obtener información de mejor calidad.

Este estudio nos permitió tener un acercamiento inicial a las NPM, útil para profundizar en este tópico de una forma más completa en el futuro.

El estudio de los pacientes con un primer tumor y su seguimiento es clave para detectar posibles segundas neoplasias.

Debemos tener en cuenta que la muestra obtenida es pequeña para poder obtener datos exactos y a partir de ellos poder sacar conclusiones. Creemos que una muestra más amplia permitiría encontrar asociaciones de tumores distintas, incluso de tumores triples. Los datos retrospectivos de fuentes secundarias nos limitan al momento de obtener datos más completos, sin pérdida de pacientes. Esto nos lleva a proyectar futuros estudios con obtención de datos de forma prospectiva.

No encontramos trabajos realizados en nuestro país. Esperamos que nuestro estudio sea el incentivo para comenzar a publicar los datos de cada centro o eventualmente generar una base de datos común para poder tomar decisiones.

Conflicto de interés

Los autores de este trabajo declaran no poseer conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Jena A, Patnayak R, Lakshmi AY, Manilal B, Reddy MK. Multiple primary cancers: An enigma. *South Asian J Cancer*. 2016 Jan-Mar;5(1):29-32.
2. Billroth T. Die Allgemeine Chirurgische Pathologie and Therapie. In: Reimer G. 51 Vorlesungen-Ein Handbuch fur Studierende and Artze, 14. Berlin: Auflage, 1889
3. Bugher, J. C. The probability of the chance occurrence of multiple malignant neoplasms. *Am J Cancer* 1934; 21: 2309-2824
4. Demandante CG, Troyer DA, Miles TP. Multiple primary malignant neoplasms: case report and a comprehensive review of the literature. *Am J Clin Oncol*. 2003 Feb;26(1):79-83
5. Jiemin, Z., Yan, T., Yugang, W., Wei, Z., Jun, W., Mei, J. et al. A rare case of eight multiple primary malignant neoplasms in a female patient: A case report and review of the literature. *Oncol Lett*. 2015 Feb;9(2):587-590.
6. Irimie, A., Achimas-Cadariu, P., Burz, C., Puscas, E. Multiple primary malignancies. Epidemiological analysis at a single tertiary institution. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2010 Mar;19(1):69-73
7. Kurishima, K., Satoh, H., Homma, S., Kagohashi, K., Ishikawa, H., Ohtsuka, M. et al. Multiple primary malignancies in patients with lung cancer. *Radiol Oncol* 2005; 39(1): 49-53
8. Bagri PK, Singh D, Singhal MK, Singh G, Mathur G, Jakhar SL, et al. Double Primary Malignancies: A Clinical & Pathological Analysis Report from a Regional Cancer Institute in India. *Iran J Cancer Prev*. 2014; 7(2):66-72.
9. Xu, L. L., Gu, K. S. Clinical retrospective analysis of cases with multiple primary malignant neoplasms. *Genet Mol Res*. 2014 Mar 12;13(4):9271-84
10. Arpaci, E., Tokluoglu, S., Yetigyigit, T., Alkis, N. Multiple Primary Malignancies - A Retrospective Analysis at a Single Center in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(2):769-73
11. Hulikal, N., Ray, S., Thomas, J., Fernandes, D. J. Second Primary Malignant Neoplasms: A Clinicopathological Analysis from a Cancer Centre in India. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(12):6087-91

Conocimientos sobre el lavado de manos en profesionales de una Unidad de Terapia Intensiva

Knowledge on hand hygiene in professionals of an Intensive Care Unit

Lamponi Tappatá Lucía¹, Gallardo María Florencia¹, Gazzoni Carla², Mostafá Ana², García Dieguez Marcelo², Ocampo Analía¹.

¹ Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

² Carrera de Medicina. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Recibido:
febrero 2019
Aceptado:
marzo 2019
Dirección de correspondencia:
Lamponi Tappatá
Lucía
lucialamponit@gmail.com

El lavado de manos es un elemento central para la seguridad del paciente ya que previene las infecciones asociadas al cuidado de la salud y la dispersión de microorganismos con resistencia antimicrobiana. Objetivo: describir el conocimiento sobre el lavado de manos pre y post intervención educativa, de los profesionales de la salud en el servicio de terapia intensiva del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero de Bahía Blanca. Metodología: estudio pre-experimental en un grupo antes-después (pre y post test) no controlado. Se aplicó el "Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos destinado a profesionales sanitarios" de la Organización Mundial de la Salud. La intervención educativa se basó en un taller con apoyo audiovisual sobre el adecuado lavado de manos y su implicancia en la seguridad del paciente, y en la colocación de cartelera informativa sobre el lavado de manos en el Servicio de Terapia Intensiva. Posteriormente se volvió a aplicar el mencionado cuestionario. Resultados: 31 participantes completaron todas las fases del estudio, 14 médicos (45.16%) y 17 enfermeras (54.84%). El puntaje promedio de la población en estudio previo a la intervención (basal) fue de 68. Luego de la intervención el resultado obtenido fue de 70. La diferencia global fue de 2 puntos, resultando estadísticamente no significativa ($p= 0.46$). Discusión: seis de los ítems del cuestionario mostraron mejoría significativa luego de las intervenciones. Estrategias educativas sencillas y de poca duración, pueden generar un aumento en el conocimiento de los profesionales sobre el lavado de manos.

Palabras Clave: Higiene de manos, Seguridad del paciente, Personal sanitario, Unidades de cuidados intensivos, Cuestionarios y encuestas.

Abstract

Hand hygiene is a central element towards patient safety in preventing health care-associated infections and spread of antibiotic resistant microorganisms. Objective: to describe the knowledge of health-care workers about hand hygiene pre and post-intervention in the intensive care unit of the Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero in Bahía Blanca. Methodology: non-controlled pre and post-test experimental study. Hand hygiene knowledge Questionnaire for health-care workers by the World Health Organization was applied. The educational intervention was based in a workshop with audiovisual material about adequate hand hygiene and its implication on patient safety, and in the placement of informative posters about hand hygiene in the intensive care unit. Afterwards, the questionnaire was reapplied. Results: 31 participants completed every phase of the study, 14 physicians (45.16%) and 17 nurses (54.84%). The average score of the study group pre-intervention (basal) was 68. After intervention, the obtained result was 70. Global difference was 2 points, being not statistically significant ($p= 0.46$). Discussion: six of the questionnaire items showed significant improvement after the interventions. Simple educational strategies of short duration can generate an increase in the knowledge of professionals about hand washing.

Keywords: Hand hygiene, Patient safety, Health Personnel, Intensive Care Units, Questionnaires and Surveys.

Introducción

Las infecciones relacionadas a la atención de la salud son aquellas que se presentan en un paciente internado que no estaban manifiestas ni en período de incubación al momento del ingreso al establecimiento, infecciones contraídas en el hospital que se manifiestan después del alta hospitalaria e infecciones ocupacionales en el personal de salud.¹ Estas enfermedades, que son una consecuencia de la atención sanitaria, aumentan la morbimortalidad, incrementan la estadía hospitalaria y representan un costo imprevisto para los pacientes y sus familias, además de una enorme carga económica para el sistema de salud.²

Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes dentro del hospital y la higiene de las mismas es la medida más importante para evitar las infecciones.³ Dentro de los objetivos de la seguridad del paciente y calidad de atención hospitalaria, el lavado de manos es un pilar fundamental, y las intervenciones educativas han demostrado ser una buena estrategia para mejorar la adherencia y técnica de este procedimiento.^{4,5,6} En el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el programa “Una atención limpia es una atención más segura” para centrar la acción sobre los aspectos de la seguridad del paciente crítico y el papel primordial que tiene el cumplimiento de la higiene de manos en lograr la reducción de las infecciones.⁷

Los servicios de terapia intensiva brindan atención a pacientes críticos por lo que requieren barreras para la entrada y salida de gérmenes. En estas unidades, la resistencia antimicrobiana es un problema adicional de gran importancia que se ha incrementado en los últimos años. Las intervenciones destinadas a la higiene de manos en estos sectores tienen alto impacto ya que no solo previenen las infecciones nosocomiales sino que también evitan la diseminación de gérmenes multirresistentes.^{8,9}

El objetivo del trabajo fue describir el conocimiento acerca del lavado de manos de los profesionales de la salud del servicio de terapia intensiva antes y después de una intervención educativa.

Materiales y métodos

Estudio pre-experimental en un grupo antes-después (pre y post test) no controlador realizado durante el año 2013. La población en estudio estuvo conformada por profesionales de la salud médicos y enfermeros del servicio de terapia intensiva del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero (HMALL) de Bahía Blanca. Se incluyeron los profesionales que aceptaron participar y se excluyeron aquellos que, durante el período de estudio, estuvieron de licencia o vacaciones, se trasladaron a otro servicio del hospital o trabajaron en el servicio menos de un día a la semana.

Se aplicó en dos oportunidades la versión traducida y adaptada por el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad de España¹⁰ del “Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos” destinado a profesionales sanitarios desarrollado por la OMS¹¹. Este instrumento consta de 25 ítems sobre el conocimiento acerca del lavado de manos durante la atención hospitalaria y la valoración de los mismos se realiza mediante elección de la respuesta correcta (ver figura 1). Los participantes respondieron de forma autoadministrada el cuestionario. Cada profesional se identificó mediante un código, asegurando la confidencialidad y permitiendo luego, comparar las etapas pre y post intervención.

Para el análisis de los resultados se otorgó un puntaje total al cuestionario de 100 puntos (siendo 4 puntos el valor de cada uno de los 25 enunciados). En función de este puntaje se calculó el puntaje total de cada uno de los participantes del estudio y la media de puntajes global y para cada uno de los ítems, antes y después de la intervención.

La intervención educativa que se realizó luego del cuestionario basal y consistió en la colocación de carteles desarrollados por la OMS en sitios clave (recordatorios acerca de realizar el lavado de manos, los cinco momentos para el lavado de manos y la técnica de lavado de manos tanto con agua y jabón como mediante fricción con alcohol). Al mismo tiempo se llevó a cabo en varias oportunidades un taller participativo con apoyo audiovisual en el cual se abordaron conceptos generales sobre seguridad

Figura 1: Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos destinado a los profesionales sanitarios.

- 1- Sexo:
- 2- Edad:
- 3- Profesión:
- 4- ¿Ha recibido formación reglada sobre higiene de las manos en los últimos tres años? SI NO
- 5- ¿Utiliza regularmente un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos? SI NO
- 6- ¿Cuál de las siguientes es la principal vía de transmisión cruzada de microorganismos potencialmente patógenos entre los pacientes en los centros sanitarios?
- Las manos de los profesionales sanitarios cuando no están limpias.
 - El aire que circula en el hospital.
 - La exposición de los pacientes a superficies colonizadas por gérmenes (camas, sillas, mesas, suelos).
 - Compartir objetos no invasivos (estetoscopios, manguitos de presión, etc.) entre los pacientes.
- 7- ¿Cuál es la fuente más frecuente de gérmenes causantes de infecciones relacionadas con la atención sanitaria?
- El sistema de agua del hospital.
 - El aire del hospital.
 - Microorganismos ya presentes en el paciente.
 - El entorno (las superficies) del hospital.
- 8- ¿Cuáles de las siguientes acciones de higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos al paciente?
- Antes de tocar al paciente SI NO
 - Inmediatamente después del riesgo de exposición a fluidos corporales SI NO
 - Después del contacto con el entorno inmediato del paciente SI NO
 - Inmediatamente antes de un procedimiento limpio / aséptico SI NO
- 9- ¿Cuáles de las siguientes acciones de higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos al profesional sanitario?
- Después de tocar al paciente SI NO
 - Inmediatamente después del riesgo de exposición a fluidos corporales SI NO
 - Inmediatamente antes de un procedimiento limpio / aséptico SI NO
 - Después del contacto con el entorno inmediato del paciente SI NO
- 10- ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones sobre la fricción de manos con preparados de base alcohólica y el lavado de manos con agua y jabón son verdaderas?
- La fricción es más rápida que el lavado de manos. Verdadero - Falso
 - La fricción causa más sequedad de la piel que el lavado de manos. Verdadero - Falso
 - La fricción es más eficaz contra los gérmenes que el lavado de manos Verdadero - Falso
 - Se recomienda realizar el lavado y la fricción de manos de forma secuencial Verdadero - Falso
- 11- ¿Cuál es el tiempo mínimo necesario para que la fricción de manos con preparados de base alcohólica elimine los gérmenes de las manos?
- 20 segundos.
 - 3 segundos.
 - 1 minuto.
 - 10 segundos.
- 12- ¿Qué tipo de higiene de las manos se requiere en las siguientes situaciones?
- Antes de la palpación abdominal Fricción Lavado Ninguno
 - Antes de poner una inyección Fricción Lavado Ninguno
 - Después de vaciar una cuña (chata) Fricción Lavado Ninguno
 - Después de quitarse los guantes Fricción Lavado Ninguno
 - Después de hacer la cama del paciente Fricción Lavado Ninguno
 - Tras la exposición visible a la sangre Fricción Lavado Ninguno
- 13- ¿Cuáles de los siguientes elementos o circunstancias deben evitarse, puesto que se asocian con una mayor probabilidad de colonización de las manos por microorganismos patógenos?
- Uso de joyas SI NO
 - Lesiones cutáneas SI NO
 - Uñas postizas SI NO
 - Uso regular de cremas de manos SI NO

del paciente y luego se enfocó de forma más específica en el lavado de manos haciendo hincapié en la técnica y sus beneficios.

Los datos obtenidos fueron cargados y analizados en el software IBM SPSS versión 23.0. Se evaluó la confiabilidad del cuestionario mediante la determinación del coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach.

Resultados

Descripción de la población

Al momento de realizar esta investigación, el servicio de terapia intensiva del HMALL contaba con 61 profesionales, siendo 39 enfermeros, 5 médicos residentes y 17 médicos de planta. De acuerdo a los criterios de exclusión, la población elegible fue de 50 profesionales médicos y enfermeros. El cuestionario se aplicó de forma basal y post intervención a un total de 31 profesionales que constituyeron la muestra total del estudio (62% de la población elegible). Los 19 restantes (38%) se consideraron pérdidas siendo las principales causas imposibilidad para encontrar al profesional, extravío de cuestionarios y rechazo a participar del estudio. La intervención de cartelería fue recibida por todos los profesionales ya que los carteles estuvieron distribuidos por todo el servicio, mientras que la intervención educativa fue recibida por 22 de los médicos y enfermeros (71%), (ver figura 2).

De los 31 participantes que completaron el estudio, 14 fueron médicos (45%) y 17 enfermeros (55%). El sexo femenino conformó el 65%. La media de edad de los participantes fue de 41,45 años con un rango entre 29 y 60 años.

El 84% de los profesionales refirió haber recibido formación sobre higiene de manos en los últimos tres años (79% de los médicos y 88% de los enfermeros), mientras que todos los participantes afirmaron utilizar regularmente preparados a base de alcohol para la higiene de manos.

Descripción de los conocimientos sobre el lavado de manos

El puntaje promedio de la población en estudio previo a la intervención (basal) fue de 68. Luego de la intervención el resultado obtenido fue de

70. La diferencia global fue de 2 puntos, resultando estadísticamente no significativa ($p=0.46$). En 6 de los 25 ítems del cuestionario se encontró una mejoría estadísticamente significativa en el resultado post intervención, siendo principalmente los relacionados con algunos momentos del lavado de manos y con la indicación adecuada de lavado de manos con preparación a base de alcohol o con agua y jabón (ítems 8b, 9b, 10a, 10c, 12b, 12d). (ver tabla 1).

Los aspectos del conocimiento sobre el lavado de manos que obtuvieron puntajes más bajos en el cuestionario basal fueron: el tipo de higiene necesario para cada situación (ítem 12c, 12e, 12f), el tiempo mínimo requerido para la fricción con alcohol (ítem 11) y la eficacia de la fricción y el lavado de manos con agua y jabón contra los gérmenes (ítem 10c).

Evaluación de la confiabilidad del cuestionario

Mediante el programa de análisis SPSS se evaluó el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach, obteniéndose un resultado de 0,91.

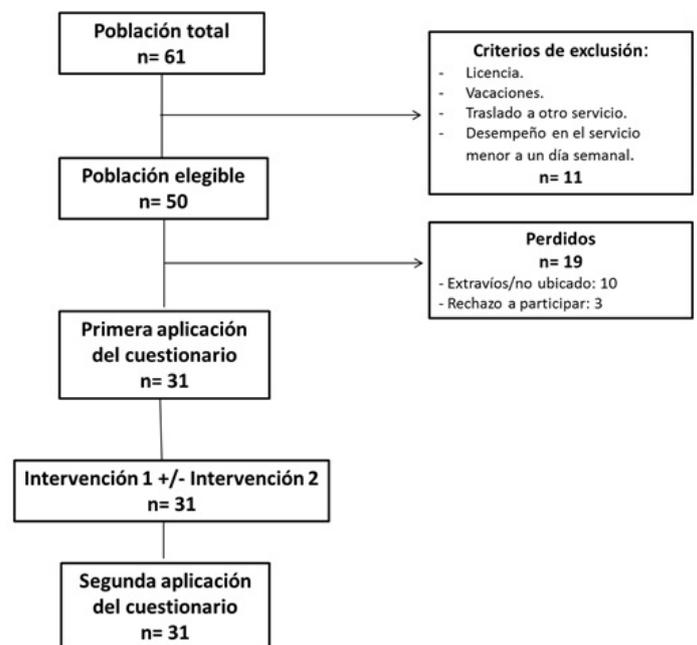


Figura 2. Flujograma de la población

Discusión

El Actualmente, a nivel mundial, la práctica de lavado de manos tiene muy poca adherencia entre los profesionales de la salud, a pesar de

tratarse de una acción sencilla y altamente costo-efectiva. Ente las múltiples causas detalladas en la literatura por las cuales no se realiza de forma rutinaria, se destacan la falta de

resultados más bajos encontrados por un estudio español que utilizó el mismo cuestionario y destaca que las mayores deficiencias de conocimiento se encontraron en relación a las

Ítem	Puntaje del ítem	Media del puntaje pre intervención	Puntaje post intervención	P de significancia estadística
8b	4	2,19	4	p =0,00
9b	4	3,48	3,87	p= 0,043
10a	4	2,71	3,35	p=0,006
10c	4	1,93	2,58	p=0,049
12b	4	1,93	3,1	p=0,01
12d	4	1,3	2,1	p=0,032

Tabla 1: Enunciados que presentaron mejoría estadísticamente significativa

conocimiento sobre la técnica y su impacto sobre la salud de los pacientes.^{4,5}

La investigación acerca del lavado de manos es una excelente herramienta para conocer cómo se trabaja en un hospital, para generar mayor adherencia a la higiene de manos y concientizar sobre su importancia. Además permite evaluar la efectividad de las intervenciones que se llevan a cabo con el objetivo de lograr una reducción en las infecciones intrahospitalarias. Para generar modificaciones a nivel educativo sobre el lavado de manos, es necesario primero recolectar información acerca del conocimiento del personal de salud y su respuesta frente a posibles situaciones de la práctica profesional cotidiana.

Si bien las intervenciones educativas realizadas no pudieron demostrar una mejoría en los conocimientos a nivel global, sí se pudo observar que en algunos aspectos puntuales, los puntajes obtenidos en los cuestionarios realizados luego de la intervención, aumentaron significativamente. Estos aspectos estuvieron principalmente relacionados con algunos de los momentos del lavado de manos y de diferentes situaciones en las cuales está indicado un tipo en particular de lavado de manos, ya sea con alcohol o agua y jabón.

En nuestro trabajo, algunos de los ítems relacionados a los momentos del lavado de manos, la eficacia de cada uno de los lavados y el tiempo necesario de fricción con alcohol, tuvieron los puntajes más bajos previo a las intervenciones educativas. Esto se asemeja a los

situaciones en las que la higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos a pacientes o al personal sanitario y aquellas relacionadas con las ventajas o inconvenientes de utilizar preparados de base alcohólica frente al lavado con agua y jabón.¹²

Por otro lado, algunos de los ítems del cuestionario que no presentaron diferencias estadísticamente significativas luego de la intervención de nuestro estudio, fueron, desde la etapa pre intervención, respondidas correctamente por un porcentaje de profesionales cercano al 100%.

En la evaluación de la confiabilidad del cuestionario, se obtuvo un coeficiente de consistencia interna de 0,91. Esto nos permitió concluir que la versión traducida y adaptada del cuestionario diseñado para la medición de conocimientos sobre lavado de manos de la OMS fue altamente confiable en la población estudiada.

El trabajo de campo presentó como principal limitación la pérdida de participantes. Dentro de las causas se destacan la falta de interés acerca de los temas relacionados con la seguridad del paciente, la escasez de tiempo para participar, las interrupciones y distracciones propias de los movimientos del servicio al momento de llevar a cabo los talleres, y los turnos de trabajo rotativos de los profesionales del servicio.

Mediante este trabajo pudimos concluir que, a partir de intervenciones educativas sencillas y de poca duración, se puede generar un aumento,

aunque sea en algunos aspectos, del conocimiento sobre el lavado de manos de los profesionales. Creemos que es importante seguir estudiando el tema y determinar si generar un cambio en el conocimiento de los profesionales con respecto al lavado de manos, tiene algún impacto en la adherencia a esta técnica, o si hacen falta estrategias más complejas para lograrlo.

Conflicto de interés

Los autores de este trabajo declaran no poseer conflictos de intereses.

Bibliografía

1. World Health Organization. Prevención de las infecciones nosocomiales: guía práctica/ revisores: G. Ducl, J. Fabry y L. Nicolle, 2a ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.
2. Álvarez Gómez FH. El lavado de manos. Prevención de infecciones transmisibles. *Gac Méd Espirit* 2011; 13(1).
3. Erasmus V, Brouwer W, van Beeck EF, Oenema A, Daha TJ, Richardus JH, Vos MC, Brug J. A qualitative exploration of reasons for poor hand hygiene among hospital workers: lack of positive role models and of convincing evidence that hand hygiene prevents cross-infection. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2009 May;30(5):415-9.
4. Harbarth S, Pittet D, Grady L, Zawacki A, Potter-Bynoe G, Samore M, Goldmann D. Interventional study to evaluate the impact of an alcohol-based hand gel in improving hand hygiene compliance. *Pediatr. Infect. Dis J*. Jun 2002, 21(6): 489-95.
5. Whitby M., McLaws M., Ross M. ¿Por qué los trabajadores de la salud no lavan sus manos?: Una explicación de comportamiento. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2006; 27: 484-492.
6. Trick WE, Vernon MO, Hayes RA, Nathan C, Rice TW, Peterson BJ, Segreti J, Welbel SF, Solomon SL, Weinstein RA. Impact of ring wearing on hand contamination and comparison of hand hygiene agents in a hospital. *Clin Infect Dis*. 2003 Jun 1;36(11):1383-90.
7. Organización Mundial de la salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Reto mundial en pro de la seguridad del paciente "Una atención limpia es una atención más segura". Año 2005-2006.
8. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Facultad de ciencias médicas. Práctica de lavado de manos en centros escolares y hospitalarios en áreas de influencia de médicos en servicio social del período 2010-2011. Protocolo de investigación.
9. Sax H, Allegranzi B, Uçkay I, Larson E, Boyce J, Pittet D. 'My five moments for hand hygiene': a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *J Hosp Infect*. 2007; 67(1):9-21.
10. González Cabrera J, Fernández Prada M, Trujillo HM. Cuestionario para evaluar en médicos conductas, conocimientos y actitudes sobre la higiene de manos. *Gac Sanit*. 2012, ;26:429-35.
11. Organización Mundial de la Salud. Guía de implementación. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. 2009.
12. Pérez P, Herrera M, Bueno A, Alonso MS, Buiza B, Vázquez M. Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jan 2015, 31(1):149-160.

Percepción de la comunicación organizacional interna en el Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”

Perception of internal organizational communication in the Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”

Segura Leticia Inés¹, Giustini María Fernanda¹, Squarcia Ángeles¹, Linares José Manuel², Piñero Gustavo³.

¹ Departamento de Gestión y Planeamiento.

² Oficina de Prensa y Comunicación.

³ Dirección de Atención Hospitalaria.

Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Recibido:

febrero 2019

Aceptado:

septiembre 2019

Dirección de

correspondencia:

Segura Leticia Inés

leticiainesegura@gmail.com

La comunicación organizacional tiene que ser dinámica, planificada, concreta y ser una herramienta de gestión. Objetivo: evaluar la percepción de los trabajadores del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero respecto al desarrollo de la comunicación interna en la institución. Metodología: estudio descriptivo, de corte transversal. Se realizó un cuestionario anónimo de 21 preguntas cerradas, dicotómicas, de valoración con puntaje y de opción múltiple. Resultados: se realizaron un total de 227 encuestas, las cuales representaron el 25% del total del personal. El 65% de los participantes fueron del sexo femenino, la edad estuvo en el rango de 21 a 40 años y el 64% refirieron antigüedad laboral menor a 10 años. El 59% tenían estudios universitarios y el 20% contaba con personal a cargo. La percepción de la comunicación interna del hospital fue satisfactoria en el 45% de los encuestados y poco o nada satisfactoria en el 43%. El Whatsapp, las reuniones y los grupos de trabajo fueron los canales de comunicación más valorados por los encuestados. El 64% consideró que la institución hospitalaria no tiene interés en recoger información de sus empleados, y el 60% que no se crea un clima idóneo para que la comunicación sea fluida. La comunicación con la jefatura y con compañeros del sector fue valorada como efectiva por el 60% y el 85% respectivamente, poco efectiva con compañeros de otros sectores y mala con los mandos intermedios y directivos. Discusión: este trabajo constituye el puntapié inicial para el desarrollo de un plan de comunicación organizacional en el hospital.

Palabras Clave: Comunicación, Sistemas de comunicación hospitalaria, Percepción.

Abstract

Organizational communication has to be dynamic, planned, concrete and a management tool. Objective: to evaluate the perception of the workers of the Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leonidas Lucero” about the internal communication in the institution. Methodology: a descriptive cross-sectional study was conducted. An anonymous questionnaire of 21 closed, dichotomous, score assessment and multiple choice questions was made. Results: a total of 227 surveys were conducted, which represented 25% of the workers. 65% of the participants were female, the age was in the range of 21 to 40 years and 64% reported employment seniority less than 10 years. 59% had university studies and 20% had staff in charge. The perception of the hospital's internal communication was satisfactory in 45% of the people surveyed and little or not satisfactory in 43%. WhatsApp, meetings and work groups were the communication channels most valued by respondents. 64% considered that the hospital institution has no interest in collecting information from its employees, and 60% that it does not create an ideal climate for communication to be fluid. Communication with the leadership and with colleagues in the sector was assessed as effective by 60% and 85% respectively, ineffective with colleagues from other sectors and bad with the director. Discussion: this work constitutes the beginning for the development of an organizational communication plan in the hospital.

Keywords: Communication, Hospital communication systems, Perception.

Introducción

La comunicación es el proceso mediante el cual una persona (emisor) tiene el deseo o necesidad de transmitir información (mensaje) a otra persona (receptor) y que éste sea comprendido. Es una interacción mediada por signos en común entre al menos dos individuos, con reglas semióticas comunes. “La comunicación es un proceso circular por el que emisor y receptor se influyen mutuamente; intercambio de ideas, pensamientos y sentimientos”.

El ser humano es el elemento vital de una organización. Y dentro de un grupo humano, la comunicación es imprescindible para la interacción y realización de actividades. En la actualidad muchas organizaciones padecen problemas de comunicación, lo que da como resultado un ambiente agitado o poco motivador, donde las relaciones humanas entre jefes, subalternos y compañeros en general se ven seriamente afectadas, repercutiendo directa o indirectamente en los resultados. La comunicación organizacional no presenta las mismas características en todas las organizaciones. Toda organización tiene su propia cultura que la identifica, la caracteriza, la diferencia y le da imagen y por eso es importante conocerla y consolidarla. La comunicación organizacional ocurre en un sistema complejo y abierto que es influenciado e influyente en el ambiente. Ésta implica a las personas, sus actitudes, sus sentimientos, sus relaciones y habilidades. Para toda institución resulta primordial mantener una buena comunicación interna que haga más efectiva la actividad laboral. Esto merece gran atención en una institución pública, en especial las que son descentralizadas y autónomas, que manejan sus propios recursos y que además administran recurso humano.

La comunicación se clasifica en:

- Comunicación interna: es la que se produce entre los miembros de una organización.
- Comunicación externa: es la información que se origina entre uno o varios miembros de una organización y personas que no pertenecen a la misma.

Se dice que una organización tiene una comunicación interna débil cuando:

- No se logra obtener la atención del individuo o grupo a quien se dirige la comunicación.
- No existe comunicación clara entre la organización y sus trabajadores.
- No se logra que el mensaje sea preciso y comprensible.
- Cuando se deja de reconocer la importancia del elemento humano.

Los principales factores que influyen en la mala comunicación interna son:

- Falta de confianza en la comunicación.
- La organización no cree que la comunicación sea una herramienta de gestión estratégica y la ve más como un símbolo de modernidad o una acción de marketing dirigida al público interno.
- La comunicación interna es un gasto y no crea valor.
- Los líderes ven a la comunicación como un fin en sí mismo y no como un medio para alcanzar otros fines (motivar al personal, por ejemplo).
- Se confunde la comunicación con las herramientas de comunicación.
- Resistencia al cambio y utilización de medios de comunicación ya obsoletos.

Actualmente la comunicación organizacional tiene que ser dinámica, planificada y concreta, constituyéndose en una herramienta de dirección u orientación sinérgica, basada en una retroalimentación constante. Las ventajas de una buena gestión de la comunicación interna en las organizaciones son la satisfacción y mayor rendimiento de los miembros que forman la organización, participación del personal de la organización mejorando la toma de decisiones, reducción de costos, mayor compromiso e integración del personal, una cultura más participativa y democrática y mejoras en la calidad de los servicios prestados.

Entendemos que conocer las características percibidas por los trabajadores de un hospital sobre la comunicación interna constituye una herramienta indispensable para una adecuada gestión. Las percepciones son sensaciones, que se encuentran influenciadas por el contexto, la cultura organizacional y al ser de índole subjetivo-personal por las emociones por las que el individuo transcurre en ese momento.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la percepción de los trabajadores del Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”

respecto al desarrollo de la comunicación interna en la institución.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La población objetivo estuvo constituida por personal de planta del Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” (HMALL) de los distintos agrupamientos. El tamaño de la muestra se definió como el 25% del total de la población, lo que correspondió a 227 trabajadores. Como método de recolección de datos se diseñó un cuestionario anónimo con 21 preguntas cerradas, algunas dicotómicas, otras de valoración mediante puntaje 1 a 5 y otras de opción múltiple. En el mismo se recogieron datos como el sexo, edad, nivel de estudios, agrupamiento, antigüedad en el hospital, si contaba con personal a cargo y preguntas dirigidas a determinar la satisfacción con los aspectos de la comunicación interna y la percepción acerca de las herramientas de comunicación con las que cuenta el hospital en distintos niveles. Al subgrupo de trabajadores con personal a su cargo se les preguntó acerca de los canales utilizados habitualmente para trasladar cierta información a su equipo de trabajo. Se repartieron cuestionarios en los diferentes agrupamientos de trabajadores (jerárquico, profesional, técnico, administrativo, servicio/obrero y enfermería), considerando como adecuada tasa de respuesta la obtención de 25% de encuestas por agrupamiento. Los datos fueron analizados en planillas Excel y expresados como porcentajes de frecuencias.

Resultados

Se encuestaron 227 trabajadores, si bien no se logró una respuesta representativa en los agrupamientos: servicio, obrero, enfermería y técnicos. El 65% de los encuestados eran de sexo femenino. El 65% se encontraba en el rango etario de 21 a 40 años y el 59% contaba con estudios universitarios completos. Un 20% de los encuestados contaba con personal a cargo. De ellos el 23% tenía a cargo menos de 3 personas, el 39% entre 4 a 10, el 14% de 11 a 20 y el 25% tenía más de 20 personas a su cargo.

Con respecto al grado de satisfacción con la comunicación interna del hospital, un 12% refirió encontrarse muy/bastante satisfecho, un 45% satisfecho y un 43% poco/nada satisfecho. Dentro de los encuestados con antigüedad menor a 10 años, un 14% respondió sentirse muy/bastante satisfecho con la comunicación interna, el 50% satisfecho y un 36% poco/nada satisfecho. Cuando analizamos los trabajadores con antigüedad mayor a 10 años, el 9% respondió sentirse muy/bastante satisfecho con la comunicación interna, el 37% satisfecho y 54% refirió encontrarse poco o nada satisfecho (ver gráfico 1).

Cuando se indagó sobre las herramientas preferidas para la comunicación interna se obtuvo que el WhatsApp fue la herramienta más valorada como canal de comunicación, siendo puntuada con el puntaje máximo por el 47% de los encuestados. El 94% los encuestados refirió

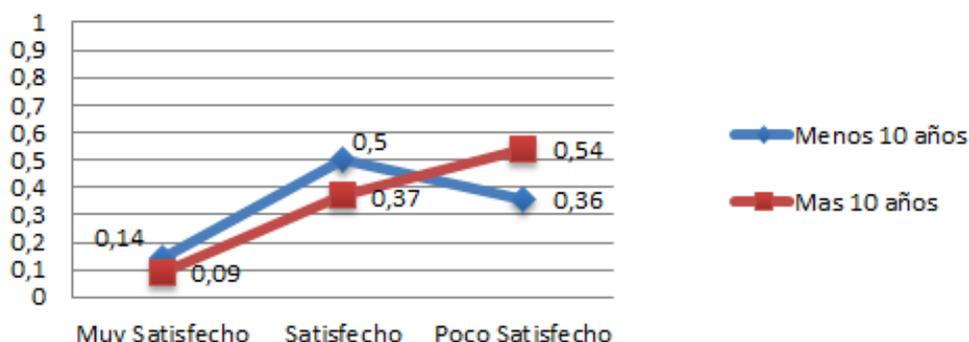


Gráfico 1. Grado de satisfacción con la comunicación interna según antigüedad laboral. N=219

tener casilla de email y de ellos el 58% la valoraba como una herramienta muy útil. De esta población, el 82% contaba con un celular Smartphone.

Analizando el grado de valoración de la comunicación con su jefe, un 60% de los encuestados respondió que es muy/bastante efectiva. De este grupo el 70% tenían una antigüedad menor a 10 años. Asimismo se preguntó cuál era el canal de comunicación más utilizado por sus jefes, siendo las principales respuestas, las reuniones, el WhatsApp y los grupos de trabajo. Pocos refirieron utilizar el teléfono fijo y el correo electrónico.

Cuando se valoró la comunicación entre compañeros de sector y con compañeros de otros sectores, se observó que la misma fue mayor al 70% y menor al 25% respectivamente. (ver tabla 1). Con los compañeros del sector los canales de comunicación más aceptados fueron el WhatsApp (76%), las reuniones (68%) y los grupos de trabajo (51%). Con compañeros de otros sectores se observó que todos los canales de comunicación tuvieron muy poco valor (Ver gráfico 2).

% Valoración positiva	Con mis compañeros de sector	Con los compañeros de otros sectores
¿La comunicación es efectiva?	85%	25%
¿Fluye adecuadamente la información?	74%	17%
¿Considera que hay suficiente dialogo?	72%	15%

Tabla 1. Valoración de la comunicación con personal del mismo sector y de otros sectores

El 94% de los encuestados consideró que la comunicación con su jefe es muy buena y puede transmitirle libremente la información. Sin embargo, un 60% consideró que la comunicación es mala con otros cargos del hospital (jefes, subjeses y subdirectores) y un 75% con los altos cargos directivos (ver gráfico 3).

El 56% de los encuestados respondió que la institución cuenta con herramientas adecuadas para recoger información de sus empleados. No obstante, un 64% consideró que la institución no

tiene voluntad para conocer la opinión de sus empleados y un 60% que no se crea un clima idóneo para que la transmisión de esa información se realice de manera fluida.

Respecto de las herramientas que prefieren a la hora de recibir cierto tipo de comunicación, el teléfono fijo en general fue la herramienta menos elegida por los encuestados a la hora de recibir información. También se pudo observar que el correo electrónico fue seleccionado positivamente para recibir información relacionada a cambios estructurales o capacitaciones. La reunión como canal de información obtuvo mayor puntaje para comunicar lo relativo a nuevos procedimientos o proyectos.

Los trabajadores con personal a su cargo manifestaron que el canal de comunicación más habitual eran las reuniones tanto individuales, de equipo o específicas para cierta ocasión. Por otro lado, este subgrupo de encuestados manifestó que a la hora de trasladar información del hospital a su equipo existe una ausencia de procedimientos definidos, falta de definición de las prioridades a otorgar a cada tipo de información como así también ausencia de materiales adecuados.

Finalmente se preguntó a los encuestados si les gustaría recibir capacitación sobre comunicación interna y el 78% respondió afirmativamente.

Discusión

La comunicación organizacional representa en la actualidad una pieza fundamental para el éxito de toda institución. Este estudio permitió evaluar, por primera vez, las percepciones del personal del HMALL respecto de la comunicación organizacional interna. A partir de los resultados presentados, podemos decir que la percepción de los trabajadores respecto de la comunicación interna fue satisfactoria en los entornos cercanos a su labor diaria, pero poco satisfactoria en relación a trabajadores de otros sitios. Además, gran parte de los encuestados, consideró que la organización no tiene voluntad en conocer la opinión de sus empleados. Los encuestados, en su mayoría jóvenes, refirieron que el Whatsapp y el correo electrónico son herramientas válidas para efectivizar la comunicación. Por último, se evidenció que gran parte de los encuestados se mostraron interesados en recibir capacitación

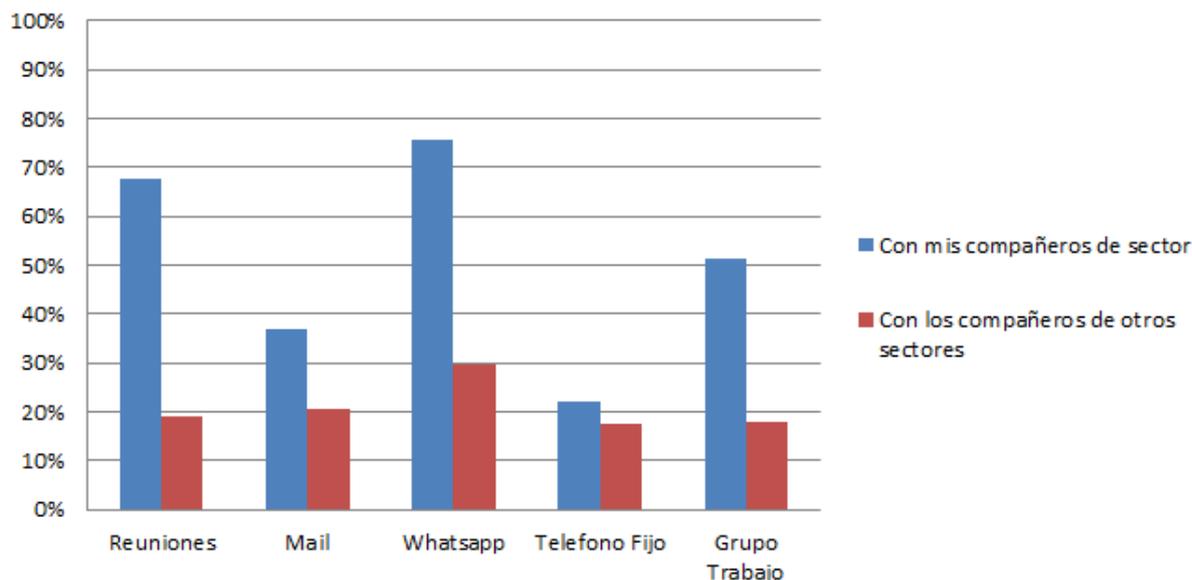


Gráfico 2. Valoración sobre el uso de los canales de comunicación según sea con compañeros del sector o de otros sectores. n=216

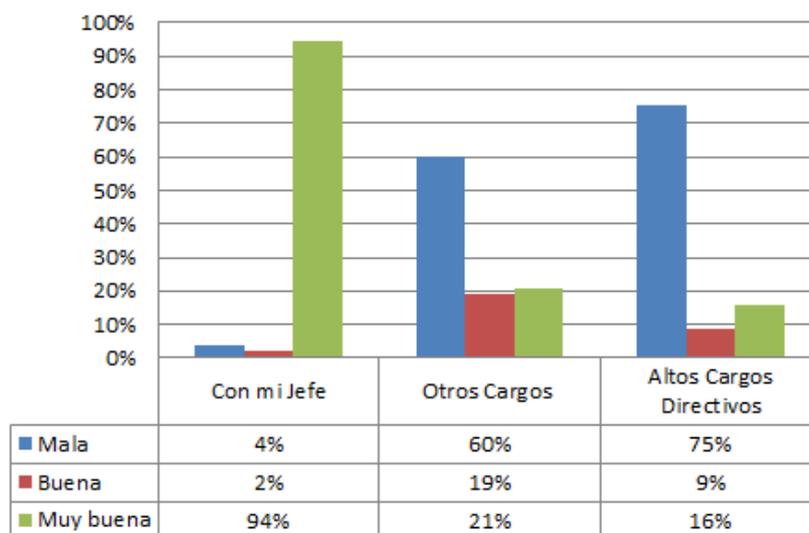


Gráfico 3. Grado de comunicación con los jefes y directivos. N= 213

acerca de comunicación interna.

Existe una premisa en comunicación: “Lo importante no es lo que dice el emisor, sino lo que entiende el receptor”. Luego de realizada la encuesta podríamos traducirlo a: “Lo importante no es lo que hace el emisor (la institución) por comunicarse, sino lo que percibe el receptor (como califica el esfuerzo realizado)”.

Este trabajo constituye el puntapié inicial para el desarrollo de un Plan de Comunicación Organizacional en el HMALL que permita

optimizar los objetivos de la comunicación y definir los canales adecuados para los trabajadores de nuestra institución.

Conflicto de interés

Los autores de este trabajo declaran no poseer conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Benavides P, Raymundo J. Administración 2004. México DF. Printed in México Mc Graw-Hill interamericana, 2004.

2. Barquero J. Manual de Relaciones Públicas. Barcelona. Editorial Gestión, 2000.
3. Baptista P. Atribuciones de la organización, comunicación organizacional práctica. México. Editorial Alberto Martínez, Trilles. 1988.
4. Cirigiliano C. Comunicación Interna y Externa. Argentina. Los Recursos Humanos, Ediciones Los Recursos Humanos, 2005.
5. Robbins Stephen P. Comportamiento Organizacional, Teoría y Práctica. Séptima edición, México, 1996.
6. Davis K, Newstrom J. Comportamiento Humano en el Trabajo. Tercera edición, México, Mc Graw Hill, 1991.

Estudio descriptivo. Linfoma intravascular como causa de fiebre de origen desconocido: Reporte de caso

Intravascular lymphoma as a cause of fever of unknown origin: Case report

Gallardo María Florencia, Chiarvetto Peralta María Victoria, Marbán Mariano Ezequiel, Crescitelli Franco, Altube Ana Julia, Lamponi Tappatá Lucía

Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Recibido:
febrero 2019

Aceptado:
marzo 2019

Dirección de correspondencia:
Gallardo María
Florencia

mflorenciagallardo@gmail.com

Resumen

El linfoma intravascular es un subtipo inusual de linfoma no Hodgkin difuso extraganglionar. El diagnóstico suele presentar dificultades debido a la baja incidencia de la enfermedad y a la presentación clínica inespecífica, y se confirma por autopsia en un 50% de los casos. Se presenta el caso de un paciente con linfoma intravascular con fiebre de origen desconocido, en quien se realizó el diagnóstico post mortem.

Palabras Clave: Linfoma intravascular, Linfoma no Hodgkin, Linfoma difuso, Fiebre de origen desconocido.

Abstract

Intravascular lymphoma is an unusual subtype of diffuse extranodal non-Hodgkin lymphoma. The diagnosis usually presents difficulties due to the low incidence of the disease and the non-specific clinical presentation, and it is confirmed by autopsy in 50% of the cases. We present the case of a patient with intravascular lymphoma with fever of unknown origin, in whom the diagnosis was made post mortem.

Keywords: Intravascular lymphoma, Non-Hodgkin Lymphoma, Lymphoma, Diffuse, Unknown Origin Fever.

Introducción

El linfoma intravascular de células B grandes es un subtipo infrecuente de linfoma no Hodgkin difuso, de localización extranodal, que se caracteriza por la proliferación de células linfoides neoplásicas dentro de pequeños y medianos vasos.^{1,2} Esta entidad fue descrita por primera vez en 1959 como una neoplasia endotelial con diseminación intravascular, reconociéndose luego, mediante técnicas inmunohistoquímicas, como un subtipo inusual de linfoma extraganglionar de células B grandes.³

Se estima que representa el 1% de todos los linfomas y tiene una frecuencia menor a un caso por millón de habitantes. Su prevalencia es similar en ambos sexos y suele presentarse a la edad promedio de 70 años, aunque puede aparecer a cualquier edad.^{1,3} Los órganos más comúnmente afectados son el sistema nervioso

central y la piel, seguidos del pulmón, los riñones, las glándulas suprarrenales y la próstata.^{1,4}

La infrecuencia de la enfermedad, la agresividad con la que se presenta y las dificultades para el diagnóstico debido a la presentación clínica heterogénea e inespecífica, se traducen en un mal pronóstico, con una mortalidad reportada de hasta el 80%.⁴

Se presenta el caso de un paciente con linfoma intravascular que se manifestó como fiebre de origen desconocido, y cuyo diagnóstico se arribó a través de la autopsia.

Caso clínico

Paciente masculino de 73 años, tabaquista, con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y depresión. Consulta en octubre del 2015 por fiebre intermitente de 5 meses de evolución asociado a astenia, pérdida

de peso significativa e hiporexia. Había sido evaluado 4 meses previos a la consulta por el mismo cuadro, iniciando prednisona 20 mg/día por sospecha de polimialgia reumática.

Al examen físico el paciente se encuentra en regular estado general, con hipotrofia muscular, livedo reticularis, edemas en miembros inferiores y candidiasis oral. No se constatan adenomegalias, ni hepato-esplenomegalia.

El laboratorio muestra: anemia (hemoglobina 6,9 g/dL) con características de ferropenia (volumen corpuscular medio 78 fL, hemoglobina corpuscular media 25 pg/c, concentración de hemoglobina corpuscular media 32 g/dl) y de enfermedades crónicas (ferritina 1283 ng/ml), eritrosedimentación (VSG) 192 mm/h, lactato deshidrogenasa (LDH) 1993 UI/L, albúmina 2.6 mg/dl y relación albúminuria/creatininuria (RAC) 889 mg/g.

Se realizan las siguientes serologías: VIH, sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus, brucelosis, hepatitis B y C, todas con resultado negativo. Prueba de tuberculina (PPD) de 0 mm. Se toman hemocultivos para bacterias y hongos y urocultivo, sin aislamiento de gérmenes. Se realizan hormonas tiroideas y marcadores tumorales (antígeno prostático específico, carcinoembrionario y carbohidrato 19.9) que no arrojan resultados patológicos.

Sospechando una enfermedad reumatológica se solicitan anticuerpos antinucleares y anticuerpo anti péptido citrulinado cíclico que son negativos, complemento que es normal, y factor reumatoideo que resulta positivo (50 UI/ml, VN < 14UI/ml).

Para estudio de una posible enfermedad oncohematológica, se realiza punción de médula ósea para biopsia, citometría de flujo y análisis citogenético, que no presentan alteraciones. En el proteinograma se informa hipoalbuminemia moderada, hiperglobulinemia leve alfa 1 y 2, hiper beta y gamma globulinemia leve. Se recibe beta 2 microglobulina aumentada (4,62 mg/l, VN 1,18-2,36 mg/l).

Se completa la evaluación diagnóstica con ecocardiograma transtorácico, videoendoscopia digestiva alta y baja, tomografía de tórax, abdomen y pelvis, todos sin hallazgos relevantes.

Habiendo excluido gran parte de los posibles diagnósticos, se interpreta el cuadro como síndrome de Still del adulto y se realiza tratamiento con tres pulsos de metilprednisolona de 1 gramo. Se realiza transfusión de globulos rojos, posterior a lo cual el paciente presenta una reacción postransfusional asociada a inestabilidad hemodinámica y requerimiento de vasopresores. Evoluciona con pancitopenia asociada a shock séptico con bacteriemia por *Staphylococcus Haemolyticus*, sin respuesta al tratamiento instaurado. El paciente fallece a los 15 días de internación y se decide en conjunto con la familia realizar autopsia.

Se recibe informe de autopsia positivo para linfoma intravascular con compromiso de cerebro y tronco encefálico, corazón, pulmón, tubo digestivo, páncreas, riñón, glándulas adrenales y testículo.

En el examen macroscópico de la autopsia se objetiva encefalopatía, miocardiopatía con hipertrofia concéntrica, neumopatía con derrame pleural, esofagitis por *Cándida*, gastritis erosiva, ascitis e hidrocele.

En el análisis microscópico, se observan células linfoides atípicas en el interior de los pequeños y medianos vasos de los órganos afectados (figura 1), que resultan positivas para CD20, CD79 alfa, PAX 5, con un índice de proliferación KI 67 positivo en el 90% (figura 2), y negativas para AE1/AE3, CD68, CD23, CD5, BCL6, CD3, CD10, BCL2.

Discusión

La fiebre de origen desconocido es un cuadro febril prolongado sin etiología establecida a pesar de una evaluación intensiva y pruebas diagnósticas. Las tres principales etiologías a estudiar son las infecciones, enfermedades del tejido conectivo y la neoplasias.⁵

El linfoma intravascular se caracteriza por tener una forma de presentación clínica heterogénea e inespecífica.⁴ La fiebre está presente en el 45% de los casos, pudiendo presentarse como un cuadro de fiebre de origen desconocido o de síntomas B (fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso).¹ La pérdida de peso y el deterioro del estado general son muy frecuentes en esta patología.⁴ Este tipo de sintomatología

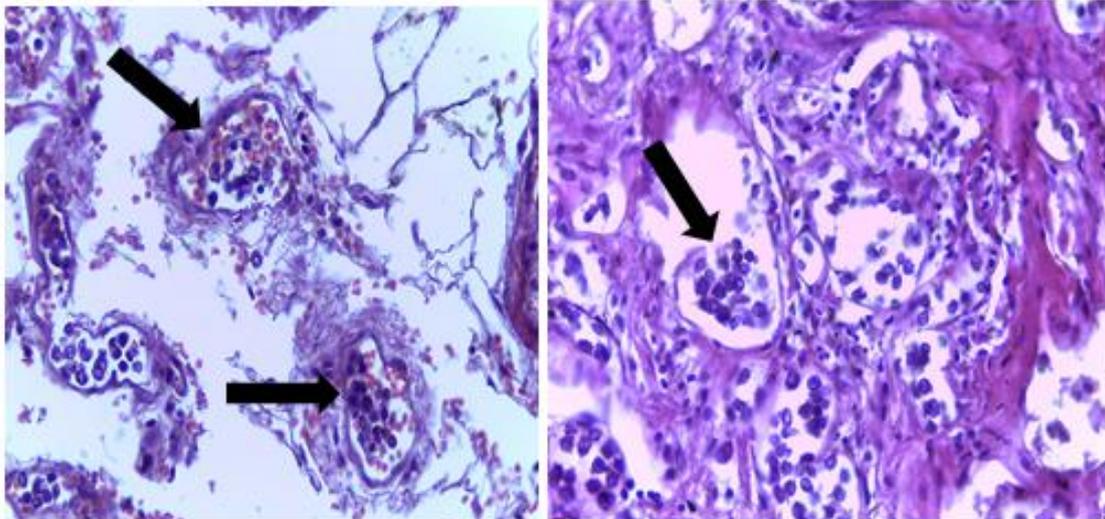


Figura 1: Examen microscópico de la autopsia. Se observan vasos de pequeño y mediano calibre con células linfoides atípicas intraluminales.

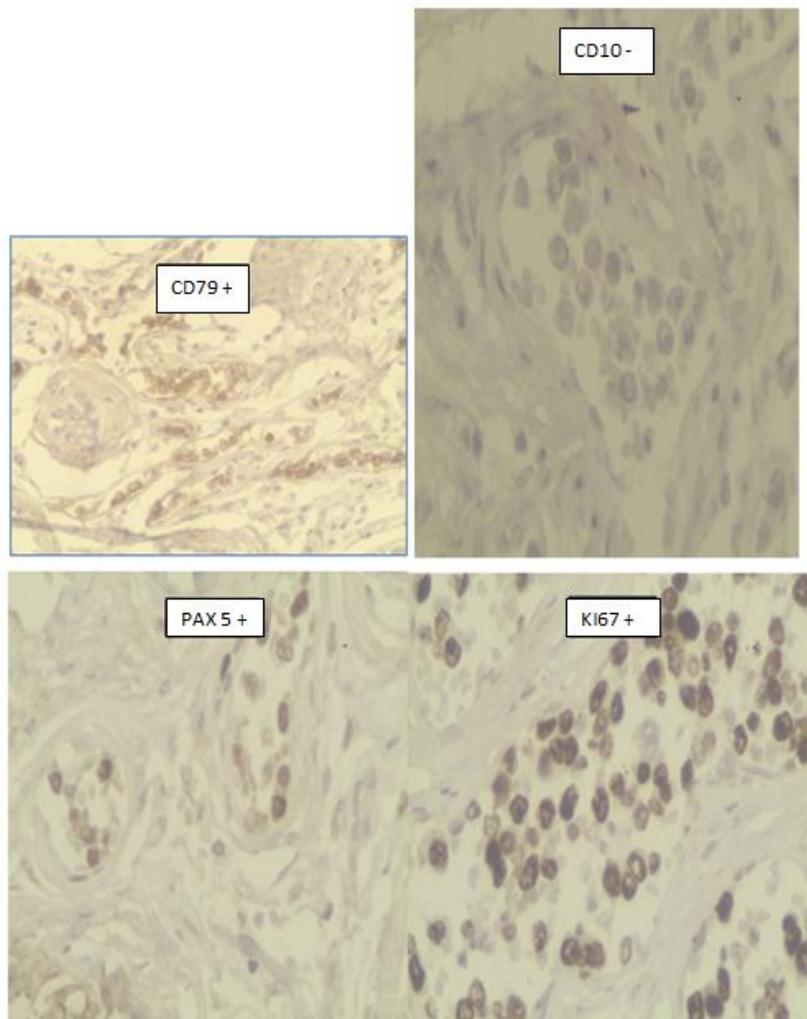


Figura 2. Examen microscópico de la autopsia. Se observan marcadores positivos para CD79, PAX 5 y KI 67 y negativo para CD10.

caracterizada por fiebre y deterioro general es la que presentó nuestro paciente.

Otras manifestaciones pueden relacionarse al compromiso de órganos, siendo las más frecuentes las cutáneas y de sistema nervioso central. En nuestro caso, el paciente no presentó manifestaciones clínicas neurológicas pese a haberse encontrado afectación cerebral en la autopsia. El edema indurado como el que presentó nuestro paciente, está reportado en el 5% de los casos y se explica por la disrupción vascular y vasodilatación que provocan extravasación de líquido rico en proteínas desde el lumen vascular al espacio intersticial.⁴

En cuanto a los hallazgos de laboratorio, el linfoma intravascular puede presentarse con anemia, hipoalbuminemia, hiper gammaglobulinemia mono o policlonal, elevación de la LDH, aumento de VSG y de beta-2 microglobulina, como fue en el caso de nuestro paciente. La anemia tiene varias explicaciones fisiopatológicas ya que puede deberse a infiltración medular por la enfermedad, hemofagocitosis asociada, anemia inflamatoria asociada al proceso crónico o por déficit nutricional.⁴

Los métodos de imágenes pueden no mostrar alteraciones, siendo en algunas ocasiones de mayor utilidad las técnicas funcionales en medicina nuclear.¹ Las imágenes realizadas en nuestro paciente no arrojaron resultados patológicos.

El diagnóstico definitivo de la enfermedad es anatomopatológico, mediante el hallazgo en los órganos afectados de células linfoides atípicas, CD20+, dentro de arteriolas, vénulas y capilares. Los linfocitos son grandes, con nucléolo prominente, escaso citoplasma y mitosis frecuentes. Los marcadores más frecuentemente expresados son: CD79a (100%), CD20 (96%), CD19 (85%), MUM1/IRF4 y Bcl-2. La expresión de CD5 es variable, siendo positivo en un 40%, lo que se asocia a trombocitopenia, compromiso medular y mayor agresividad. Expresan irregularmente marcadores de células B maduras e inmaduras, pudiendo ser no centro germinal (CD10 negativo) en el 80%. Al igual que lo reportado en la literatura, las células presentaron marcadores CD20 y CD79a positivos, con CD10 negativo.

El tratamiento del linfoma intravascular consiste en un esquema de quimioterapia combinado con múltiples fármacos asociados a un anticuerpo monoclonal anti-CD20.1 La primera línea de tratamiento es la combinación de Rituximab, Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina y Prednisona, con una tasa de curación de aproximadamente el 70%, 60%, y 45% a los 3, 5, y 10 años respectivamente, después del diagnóstico. El trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos mejora el pronóstico.⁴

El linfoma intravascular está poco descrito en la literatura y existen varios reportes de casos, con variadas formas de presentación como manifestaciones neurológicas, pulmonares, en piel y fiebre de origen desconocido.^{1,3,4}

Esta enfermedad es de difícil diagnóstico debido a la forma de presentación inespecífica y que puede ser semejante a patologías de índole oncohematológica, infecciosa o autoinmune. La dificultad en el diagnóstico, sumado a la rápida progresión, explica su alta mortalidad. Es por esto que la mitad de los casos de esta patología se diagnostican post mortem, como fue en el caso presentado.⁴

Conclusión

El linfoma intravascular debe ser tenido en cuenta cuando se estudia un paciente con síndrome febril, compromiso del estado general y afección multisistémica con predominio de manifestaciones cutáneas o neurológicas. Se destaca el valor de la toma de biopsia temprana para llegar al diagnóstico precoz y modificar el curso de la enfermedad.

Se presenta este caso por la infrecuencia de la enfermedad y el recorrido por los diagnósticos diferenciales que se realizó.

Conflicto de interés

Los autores de este trabajo declaran no poseer conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Kohan, A. A., Paganini, L., Biedak, P., Arma, J. I., Dalurzo, M. C. L., García Mónaco, R. D. Linfoma intravascular pulmonar detectado mediante FDG PET-TC a propósito de un caso. Rev Esp Med Nucl Imagen Mol. 2013;32(5):318–320

2. Ponzoni M., Ferreri, A. J., Campo, E., Facchetti, F., Mazzucchelli, L., Yoshino, T., et al. Definition, Diagnosis, and Management of Intravascular Large B-Cell Lymphoma: Proposals and Perspectives From an International Consensus Meeting. *J Clin Oncol.* 2007 Jul 20;25(21):3168-73.
3. Ortega Ramírez J.R., Berenguel Ibañez, M., Fornés Santamaría, S., Perea Justicia, P., Velazco Albendea, F. J. Linfoma intravascular de células B grandes como causa inusual de ictus isquémico. *Rev Esp Patol.* 2017;50(4): 262-267.
4. Parera, M. J., Peressin, Paz, R. M., Sutovsky, D. J., Giordano, A., Korin, L. Stemmelin, G., et al. Linfoma intravascular a células grandes B. *HEMATOLOGÍA.* 2014, 18(3): 287-291.
5. Bor, D. H. Etiologies of fever of unknown origin in adults. Up to Date. <https://www.uptodate.com> (Actualizado al 2016)

Análisis de la epidemiología local de las infecciones urinarias, comparación con datos de la Sociedad Argentina de Infectología y presentación de una sistemática de tratamiento

Analysis of the local epidemiology of urinary infections, comparison with data from the Argentine Society of Infectology and presentation of a treatment systematic

Spadaro María Laura¹, Lamponi Tappatá Lucía¹, Sierra Fermín², Carrica Alicia², Maurizi Diego¹.

¹ Unidad de Infectología.

² Laboratorio Central.

Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Recibido:

Octubre 2019

Aceptado:

Noviembre 2019

Dirección de

correspondencia:

Spadaro María

Laura

mlauraspadaro@yahoo.com.ar

Resumen

Las infecciones del tracto urinario son una de las patologías infecciosas más frecuentes y una de las principales causas de prescripción de antibióticos en el mundo. La resistencia antimicrobiana constituye hoy en día una preocupación creciente y el uso inadecuado de antibióticos es uno de los factores que contribuye en gran medida al desarrollo de la misma. Este problema pone en evidencia la necesidad de realizar trabajos dirigidos a conocer la microbiología local y la sensibilidad antimicrobiana para crear sistemáticas de manejo de infecciones en nuestro medio. El objetivo de este trabajo fue describir la epidemiología local de las infecciones urinarias, comparar los datos obtenidos con los reportados por la Sociedad Argentina de Infectología y crear una sistemática de manejo desde la Unidad de Infectología del Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero".

Palabras Clave: Infecciones del Tracto Urinario, Agentes Antibacterianos, Resistencia a las Drogas Antibacterianas.

Abstract

Urinary tract infections are one of the most frequent infectious pathologies and one of the main causes of antibiotic prescription in the world. Antimicrobial resistance is a growing concern nowadays and the inappropriate use of antibiotics is one of the contributors to its development. This problem demonstrates the need to carry out works aimed to know the local microbiology and antimicrobial sensitivity to create local systematics of infection management. The aim of this study was to show local epidemiological data of urinary infections, compare them with those reported by the Argentine Society of Infectology and create the systematic from the Infectology Unit of the Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero".

Keywords: Urinary Tract Infections, Anti-Bacterial Agents, Antibacterial Drug Resistance.

Introducción

Las infecciones del tracto urinario (ITU) constituyen una de las patologías infecciosas más frecuentes tanto en la comunidad como en el ámbito hospitalario. Se calcula que más de la mitad de las mujeres tendrán una ITU durante su

vida y que estas infecciones constituyen una de las principales causas de prescripción de antibióticos en el mundo.

En los últimos años, las variaciones sustanciales en los patrones de sensibilidad de los principales patógenos urinarios, junto con el problema

creciente de la resistencia antimicrobiana, han condicionado cambios en los tratamientos antibióticos empíricos de elección para estas infecciones.

La Sociedad Argentina de Infectología (SADI), en el “Resumen del Consenso Intersociedades para el manejo de las infecciones urinarias” publicado en diciembre de 2018, actualiza las recomendaciones sobre los tratamientos antibióticos indicados en nuestro medio para tratar estas infecciones. Esta guía, cuya versión final aún no fue publicada, basa sus recomendaciones en un estudio prospectivo y multicéntrico que se realizó en nuestro país, coordinado por la misma sociedad. Sin embargo, de los catorce centros participantes, la mayoría pertenecen a la ciudad de Buenos Aires y La Plata. Consideramos que la microbiología y susceptibilidad antimicrobiana puede variar ampliamente en las diferentes zonas del país, y que estos datos podrían no ser representativos para nuestra ciudad.

El objetivo de este trabajo fue describir la microbiología y la susceptibilidad antibiótica de pacientes con infecciones urinarias del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero (HMALL) y Unidades Sanitarias de la ciudad de Bahía Blanca, comparar estos resultados con los que expone la SADI y generar una sistemática local de tratamiento a partir del análisis de estos datos.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, de corte transversal. Se analizaron los resultados de los urocultivos solicitados a adultos mayores a 14 años, provenientes de las Unidades Sanitarias de Bahía Blanca y del HMALL de acuerdo a la frecuencia de los microorganismos aislados, y patrón de sensibilidad en diferentes grupos poblacionales definidos, en el periodo de enero de 2017 a marzo de 2019. La fuente de datos utilizada fue el sistema de registro Whonet (sistema mundial de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos), en el cual se vuelca la información de los cultivos realizados en la sección de bacteriología del laboratorio central del HMALL. Se detallan a continuación los grupos poblacionales definidos y los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

1. ITU no complicada: se incluyeron muestras de orina de mujeres provenientes de Consultorios Externos y Unidades Sanitarias. Criterios de exclusión: diálisis, embarazo, incontinencia urinaria, inmunodepresión, institucionalización, neutropenia, posquirúrgico urológico, sonda vesical, transplante, diabetes, enfermedad onco-hematológica, litiasis renal, vejiga neurogénica. A su vez, este grupo, se analizó por subgrupos de acuerdo a rangos de edades:

- ITU no complicada de 15 a 50 años.

- ITU no complicada de 51 a 65 años.

- ITU no complicada en mayores de 65 años.

2. ITU complicada en pacientes ambulatorios: se incluyeron muestras de orina de mujeres excluidas del grupo anterior y hombres, provenientes de Consultorios Externos y Unidades Sanitarias.

3. ITU en pacientes internados no sondados: se incluyeron muestras de orina de pacientes no sondados internados en sala de Clínica Médica, Cirugía y Unidad de Terapia Intensiva.

4. ITU en pacientes internados sondados: se incluyeron muestras de orina de pacientes sondados, internados en sala de Clínica Médica, Cirugía y Unidad de Terapia Intensiva.

Las muestras de orina provenientes del Servicio Médico de Urgencias fueron excluidas del análisis, por considerarse un servicio donde se solicitan urocultivos a pacientes pertenecientes a todos los grupos.

Se comparó entre la susceptibilidad antimicrobiana de los bacilos Gram negativos en general y de *Escherichia coli* en particular reportada por el trabajo de la SADI y la hallada en nuestro medio respecto a las ITU no complicadas. Se analizaron los datos microbiológicos locales de ITU complicadas, ITU en pacientes internados no sondados e ITU en pacientes internados sondados.

Por último, a partir de los hallazgos locales y basándonos en sustento bibliográfico, se generó una sistemática de manejo de ITU aplicable a nuestro medio.

Resultados

Del procesamiento de 5.900 urocultivos, solo 679 resultaron positivos (11,5%). De ellos, 494 urocultivos correspondieron a infecciones urinarias no complicadas (380 entre los 15 a 50 años, 85 entre los 51 y 65 años y 29 en mayores de 65 años). Se hallaron 61 episodios de infecciones urinarias complicadas en pacientes ambulatorios, 58 en pacientes internados no sondados y 66 en pacientes internados sondados.

Escherichia coli fue el microorganismo más frecuentemente aislado en los pacientes con ITU no complicada de todos los rangos etarios (ver tabla 1). En los pacientes con ITU complicada se objetivó que el germen más frecuente también fue *Escherichia coli*, aunque con porcentajes menores que en las ITU no complicadas. En éstos grupos de pacientes adquieren relevancia otros bacilos gram negativos como *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis* y *Pseudomona aeruginosa* (ver tabla 2).

La tabla 3 muestra la sensibilidad antimicrobiana de *Escherichia coli* y los bacilos gram negativos en las muestras de orina de los pacientes con ITU no complicada y sus subgrupos, y compara nuestros resultados con los del trabajo prospectivo multicéntrico de la SADI. En la totalidad de los pacientes con ITU no complicada en nuestro medio, tanto *Escherichia coli* como todos los bacilos Gram negativos tuvieron sensibilidad mayor al 90% a cefalosporinas de primera generación y a nitrofurantoina. Este resultado se mantuvo en todos los rangos de edad, excepto en los bacilos Gram negativos hallados en pacientes mayores a 65 años, donde el porcentaje de sensibilidad disminuye al 81,5%. Estos porcentajes fueron discretamente superiores a los reportados por el trabajo coordinado por la SADI.

Si bien el trabajo multicéntrico demostró porcentajes de sensibilidad por encima del 90% a ciprofloxacina hasta los 65 años, los resultados locales fueron para la totalidad y para la mayoría de los subgrupos entre el 70 y 80%. La

	ITU no complicada total	ITU no complicada 15 a 50 años	ITU no complicada 51 a 64 años	ITU no complicada de más de 65 años
	N=494	N=380	N=85	N=29
<i>Escherichia coli</i>	83,4%	82,6%	88,2%	79,3%
<i>Proteus mirabilis</i>	3,85%	4,21%	2,35%	3,45%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2,63%	2,63%	3,53%	0
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	4,86%	5,79%	1,18%	3,45%
<i>Staphylococcus aureus</i>	1,62%	1,84%	1,18%	0
<i>Enterococcus faecalis</i>	1,21%	1,05%	2,35%	0
Otros	2,43%	1,84%	1,18%	13,8%

Tabla 1. Microorganismos más frecuentemente hallados en urocultivos pertenecientes a pacientes con ITU no complicada.

	ITU complicada ambulatorio	ITU internados no sondados	ITU internados sondados
	N=61	N=58	N=66
<i>Escherichia coli</i>	70,5%	58,6%	54,5%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	8,2%	19%	12,1%
<i>Proteus mirabilis</i>	1,6%	1,7%	3%
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	0	6,9%	6,1%
<i>Serratia Marcescens</i>	1,6%	0	3%
<i>Enterobacter cloacae</i>	1,6%	0	6,1%
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	1,6%	0	0
<i>Staphylococcus aureus</i>	6,6%	1,7%	1,5%
<i>Enterococcus faecalis</i>	4,9%	1,7%	9,1%
Otros	3,3%	10,3%	3%

Tabla 2. Microorganismos más frecuentemente hallados en urocultivos pertenecientes a pacientes con ITU complicada, internados sondados y no sondados.

sensibilidad a trimetoprima sulfametoxazol de los bacilos gram negativos, fue de 66,6% en nuestra institución y del 73,3% de acuerdo a lo reportado por la SADI. Asimismo los bacilos gram negativos tuvieron una sensibilidad a aminopenicilinas del 45% en el HMALL y del 51,2% en la SADI y con inhibidor de betalactamasas 65,5% y 77,9% respectivamente.

En la tabla 4 se muestran los porcentajes de sensibilidad de los pacientes con ITU complicada del HMALL. Los bacilos gram negativos en pacientes con ITU complicada ambulatorios mostraron sensibilidad a las cefalosporinas de primera generación en el 85%, mientras que *Escherichia coli* en particular tuvo una sensibilidad del 97,5%.

En los pacientes internados, la sensibilidad de los bacilos gram negativos a las cefalosporinas de primera generación fue del 48,8% en pacientes sondados y del 62,5% en los no sondados, siendo estos valores superiores para *Escherichia coli*. La sensibilidad de las bacterias gram negativas a gentamicina fue de 61,5% en

pacientes sondados y de 74,5% en pacientes no sondados, mientras que a la ceftriaxona resultó del 59,5% y del 61,2% respectivamente. Los gérmenes aislados en pacientes internados presentaron porcentajes de sensibilidad por encima del 95% a amikacina y meropenem.

Por último, a partir de estos resultados y basándonos en la literatura se generó la sistemática local de manejo de las infecciones urinarias (ver anexo 1).

Discusión

El urocultivo es un estudio que posee alto rédito para el diagnóstico de ITU, siendo entre el 80 y 95% de acuerdo a la literatura. El hallazgo de menos del 12% de positividad entre los urocultivos analizados en el laboratorio central del HMALL nos obliga a considerar que estamos solicitando urocultivos a pacientes sin criterio clínico. Además debemos tener en cuenta que dentro de los resultados positivos, probablemente hayamos analizado casos de pacientes con colonización bacteriana, ya que esta situación es frecuente en la población

			Porcentaje de sensibilidad					
			N	AMP	AMS	CEF1°	TMS	Nitrof
Total	Bacilos Gram -	SADI	419	51,2%	77,9%	90,1%	73,3%	93,4%
		HMALL	452	45,1%	65,5%	93,4%	66,6%	93,6%
	E. coli	SADI	382	52,2%	77,6%	91,3%	72%	99,5%
		HMALL	412	45,5%	64,1%	94,5%	64,8%	99,5%
Edad 15 a 50 años	Bacilos Gram -	SADI	325	53%	78,6%	89,,8%	72%	93,8%
		HMALL	343	47,0%	67,5%	94,6%	70,0%	94%
	E. coli	SADI	298	53,6%	77,7%	90,2%	70,5%	99,3%
		HMALL	314	48%	66,2%	94,7%	67,8%	100%
Edad 50 a 65 años	Bacilos Gram -	SADI	94	45,7%	75,5%	91,3%	77,4%	92,2%
		HMALL	81	36,7%	59,3	92,3%	60,5%	94,9%
	E. coli	SADI	84	47,6%	77,4%	95,1%	77,1%	100%
		HMALL	75	37,8%	57,2%	94,4%	60,2%	98,6%
Edad mayor a 65 años	Bacilos Gram -	SADI	57	42,1%	73,7%	92,7%	73,7%	92,5%
		HMALL	28	49,6%	63,2%	81,5%	48,1%	74,2%
	E. coli	SADI	51	43,1%	72,5%	93,9%	72,5%	100%
		HMALL	23	39,1%	59,3%	90,9%	72,9%	95,7%

Tabla 3. Porcentajes de sensibilidad antimicrobiana de *Escherichia coli* y los bacilos gram negativos en las muestras de orina de los pacientes con ITU no complicada y sus subgrupos, y comparación de nuestros resultados con los del trabajo prospectivo multicéntrico de la SADI.

AMP= Ampicilina; AMS= Amoxicilina- Ácido Clavulánico; CEF 1°= cefalosporinas de primera generación; TMS= Trimetoprima Sulfametoxazol; Nitrof= Nitrofurantoína.

			Porcentaje de sensibilidad						
			N	AMS	Cefa	TMS	Cipro	Gent	Ceftr
ITU complicada ambulatorio	Bacilos Gram -	52	36,3%	85,7%	61,5%	80,8%	92,3%	89,8%	100%
	E. coli	43	55,7%	97,5%	65,5%	86,0%	100%	100%	100%
ITU no sondados internados	Bacilos Gram -	52	36,5%	62,5%	49%	59,2%	74,5%	61,2%	95,9%
	E. coli	34	41,2%	83,3%	57,6%	64,7%	91,2%	83,8%	100%
ITU sondados internados	Bacilos Gram -	59	40,7%	48,8%	44,5%	47,9%	61,5%	59,5%	94,6%
	E. coli	36	52,8%	77,8%	52,9%	55,6%	72,3%	84,4%	97%

Tabla 4. Porcentajes de sensibilidad antimicrobiana de *Escherichia coli* y los bacilos Gram negativos en las muestras de orina del HMALL de los pacientes con ITU complicada, internados no sondados e internados sondados.

AMS=Ampicilina-Sulbactama; Cefa=Cefalexina; TMS=Trimetoprima-Sulfametoxazol; Cipro= Ciprofloxacina; Genta= Gentamicina; Ceftr= Ceftriaxona; Amik= Amikacina.

general, pudiendo llegar al 70% en algunos subgrupos de pacientes (por ejemplo, personas sondadas a permanencia). Esta situación inevitablemente conlleva daños relacionados al sobre-diagnóstico de infección urinaria y a la administración de tratamientos innecesarios, contribuyendo así al uso inadecuado de antibióticos. La bibliografía no ha demostrado beneficios asociados al tratamiento de bacteriurias asintomáticas, exceptuando casos muy puntuales (embarazadas y pacientes que serán sometidos a procedimientos urológicos invasivos). Incluso en la actualidad ha tomado protagonismo el rol protector de la colonización bacteriana, y se objetivó paradójicamente un aumento en el riesgo de desarrollar infección urinaria luego del tratamiento antibiótico en pacientes con bacteriuria asintomática, debido al efecto de la selección de la flora bacteriana.

En los 27 meses analizados, se procesaron 5221 urocultivos que arrojaron resultados negativos.

Esta situación, además de generar un exceso de trabajo en el personal del laboratorio, representa un gasto aproximado al día de hoy de más de 2.600.000 pesos.

La SADI basa sus recomendaciones de tratamiento para infección urinaria en los resultados del estudio multicéntrico ya mencionados. Definen que para que un antibiótico sea primera opción en un grupo de pacientes, los gérmenes más frecuentemente hallados deben tener una resistencia menor al 20% para ITU no complicada y menor al 10% para pielonefritis. Este valor de corte es arbitrario y no toma en consideración ningún dato clínico de gravedad del paciente u otros factores que podrían estar asociados a la elección de un antibiótico.

Para infecciones urinarias no complicadas, la SADI plantea como primera línea de tratamiento empírico, cefalexina o nitrofurantoína. Estas opciones coinciden con nuestro análisis, ya que son antibióticos que alcanzan adecuada concentración en el sistema urinario, que poseen una amplia cobertura de los gérmenes hallados en nuestro medio y no generan gran daño ecológico por tener menor espectro bacteriano. Con respecto a la guía de la SADI, nuestra sistemática establece diferencias en cuanto a la dosificación de la nitrofurantoína, la cual debe

usarse cada 6 horas, por ser la presentación macrocristales la disponible actualmente en nuestro país. En cuanto al tiempo de tratamiento antibiótico de las ITU no complicadas, nuestra guía acuerda 3 días a diferencia de la SADI que establece 5 a 7 días. Esta decisión se basa en los hallazgos de múltiples estudios que comparan cursos de tratamiento antibiótico cortos versus largos y que demuestran las mismas tasas de cura clínica y microbiológica, sin aumento de las complicaciones y con menores tasas de desarrollo de resistencia bacteriana. En el último tiempo han aparecido estudios que toman conducta expectante en cuanto al tratamiento antibiótico de las ITU no complicadas, demostrando que al menos dos tercios de esta población presenta resolución espontánea de la infección. Esto no significa que proponemos el no tratamiento antibiótico en pacientes con ITU no complicada, sino que se pone en evidencia que la evolución natural de las ITU no complicadas generalmente es hacia la resolución espontánea y que la evidencia actual es suficiente para indicar tratamientos cortos con seguridad.

Cuando analizamos el grupo de pacientes con ITU complicada por consulta ambulatoria, la SADI recomienda para este grupo, como primera opción de tratamiento ciprofloxacina, luego cefixima y por último ceftriaxona. Con respecto a esto, en primer lugar consideramos que la ciprofloxacina es un antibiótico de gran espectro antimicrobiano, con alto potencial de promover el desarrollo de resistencia antimicrobiana y no exento de posibles complicaciones, por lo cual debiera ser reservado para infecciones puntuales, tal como lo establece la Food and Drug Administration (FDA) en sus últimas comunicaciones. Sumado a estas consideraciones, como se mencionó previamente, los microorganismos hallados en nuestro medio tienen tasas de resistencia a ciprofloxacina que llegan al 20%, lo cual probablemente sea consecuencia del mal uso de las quinolonas que existió por mucho tiempo.

Las opciones alternativas de la SADI para el tratamiento de estos pacientes (cefixima y ceftriaxona) son cefalosporinas de tercera generación, también considerados antibióticos de amplio espectro con alto potencial de daño ecológico. A su vez la ceftriaxona es un antibiótico de administración parenteral y no

debemos olvidar que estamos analizando el grupo de pacientes con ITU complicada que recibe tratamiento por ambulatorio. En los datos locales presentados se puede observar que en este grupo de pacientes, las tasas de sensibilidad para los gérmenes analizados resultaron similares cuando comparamos cefalosporinas de primera generación con las de tercera. Por todo lo expuesto previamente nuestra sugerencia en este grupo de pacientes es realizar tratamiento con cefalosporinas de primera generación a dosis mayor que en ITU no complicada, por 7 días.

En el análisis de pacientes internados, si bien se objetivó una disminución en las tasas de sensibilidad de los microorganismos aislados a las cefalosporinas de primera generación, las de tercera generación no agregaron beneficio terapéutico (es decir, que no hubo diferencia en los porcentajes de sensibilidad a ambos grupos de antibióticos). Se observaron porcentajes discretamente mayores de sensibilidad a la gentamicina y porcentajes cercanos al 100% a amikacina y meropenem. A partir de estos resultados, la conducta propuesta es realizar tratamiento empírico con gentamicina (o como alternativa cefazolina) cuando el paciente se encuentra estable hemodinámicamente y con amikacina (o como alternativa meropenem) cuando el paciente está en shock séptico con sospecha de foco urinario.

El uso de trimetoprima sulfametoxazol no resulta una opción válida de tratamiento empírico en ningún grupo de pacientes con ITU, debido a las altas tasas de resistencia antimicrobiana, que en algunos casos llegó a ser de más de 50%.

Si bien estas son las recomendaciones de tratamiento empírico inicial, en todos los casos, el tratamiento definitivo se determinará en base al resultado del urocultivo, eligiendo el antibiótico de acuerdo a la susceptibilidad bacteriana y con el menor espectro antimicrobiano.

Consideramos que es de vital importancia conocer los patrones de sensibilidad de las bacterias que más frecuentemente causan infecciones en nuestro medio. Esto permite generar sistemáticas de tratamiento empírico acordes al medio local, evitando el uso inadecuado de antibióticos y el desarrollo de resistencia bacteriana. La resistencia bacteriana

es considerada hoy en día uno de los problemas más preocupantes y apremiantes en el mundo y principalmente en las grandes ciudades. La misma es dinámica en el tiempo, por lo que es necesaria la vigilancia microbiológica continua y la actualización periódica de las recomendaciones.

Conflicto de interés

Los autores de este trabajo declaran no poseer conflictos de intereses.

Anexo 1

Sistemática de manejo infecciones urinarias del HMALL

¿A quién solicitar urocultivo?

- Cistitis aguda a repetición: tres episodios en el último año o un episodio el último mes.
- Pacientes en riesgo de presentar gérmenes resistentes:
 - Antecedente de aislamiento de algún BGNMR.
 - Paciente institucionalizado o que reside en institución de cuidados de salud.
 - Antecedente de uso reciente de antibióticos de amplio espectro (quinolonas, cefalosporinas de 3era generación, TMS).
 - Viaje reciente a lugares con altas tasas de multirresistencia.
- Pielonefritis.
- Infección urinaria complicada: inmunodeprimidos, diabéticos mal controlados, anomalías del tracto urinario, hombres.
- Embarazadas entre la semana 12 y 16 de gestación.
- Pacientes que serán sometidos a una cirugía o procedimiento urológico invasivo.

¿Cuándo no solicitar urocultivo?

- Episodios aislados de cistitis aguda no complicada. Los microorganismos causales y la sensibilidad antimicrobiana son fáciles de predecir en mujeres con cistitis.
- Pacientes con fiebre sin foco que no tengan síntomas urinarios (excepto pacientes sondados o con historia reciente de infección urinaria).

- Pacientes con síndrome confusional agudo o deterioro del sensorio sin signos o síntomas de cuadro infeccioso asociado.
- Pacientes con síntomas inespecíficos: nocturia urinaria crónica, incontinencia urinaria crónica, malestar general, orina turbia, orina maloliente.
- Luego del tratamiento de una infección urinaria (urocultivo control). La única excepción son embarazadas y pacientes que se someterán a un procedimiento invasivo de la vía urinaria.

Tratamiento antibiótico empírico de elección

- Cistitis aguda no complicada:

Cefalexina 500 mg/8 hs por 3 días

o

Nitrofurantoína 100 mg/6 hs por 3 días. Evitar con CICr menor a 30 ml/min.

- Pielonefritis o ITU complicada (pacientes inmunodeprimidos, con anomalías del tracto urinarodia, béticos mal controlados u hombres).

- Ambulatorio:

Cefalexina 1 g/8 hs por 7 días.

- Internado:

Gentamicina 5 mg/kg/día EV por 7 días. (Dosis máxima: 300 mg). Ajustar dosis según función renal.

o

Cefazolina 1 g/8 hs EV por 7 días (alternativa en pacientes con insuficiencia renal).

- Paciente internado en shock séptico con sospecha de foco urinario:

Amikacina 1g/día EV por 7 días.

o

Meropenem 500 mg/8 hs EV por 7 días (alternativa en pacientes con insuficiencia renal).

En todos los casos, el tratamiento definitivo se determinará en base al resultado del urocultivo, eligiendo el antibiótico de acuerdo a la

susceptibilidad bacteriana y con el menor espectro de cobertura.

Bibliografía

1. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Loren G et al. Miller International Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women: A 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Clin Infect Dis 2011;52(5):e103–e120.
2. Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, Colgan R, DeMuri GP, Drekonja D, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2019 May 2; 68(10):e83-e110.
3. Sociedad Argentina de Infectología. Consenso Intersociedades para el manejo de la infección del tracto urinario. Julio 2006. Disponible en: sadi.org.ar
4. Chu CM, Lowder JL. Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups. Am J Obstet Gynecol. 2018 Jul; 219(1):40-51.
5. Bonkat G, Pickard R, Bartoletti R, Cai T, Bruyère F, Geerlings SE, et al. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology 2018. Disponible en: uroweb.org
6. Andrea Perrot. Programa de capacitación TRAPS. Fascículo 6. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Edición 2018. Disponible en: salud.gov.ar
7. Lutters M, Vogt-Ferrier NB. Antibiotic duration for treating uncomplicated, symptomatic lower urinary tract infections in elderly women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD001535.
8. Sociedad Argentina de Infectología. Resumen del Consenso Intersociedades para el manejo de las infecciones urinarias. Año 2018. Disponible en: sadi.org.ar
9. Lopez Furst MJ, Mykietiuik A, Pessacq P, Scapellato PG, Clara L, Nemirovsky C et al. Community-acquired uncomplicated urinary tract infections (UTI): current etiology and antimicrobial susceptibility in Argentina. A prospective, observational, multicenter study. IJID 2018; 73:7-8.
10. National Institute for health and care excellence. National Urinary tract infection (lower): antimicrobial prescribing guidance. NICE guideline, May 2018. Disponible en: nice.org.uk
11. Wilson HL, Daveson K, Del Mar CB. Optimal antimicrobial duration for common bacterial infections. Aust Prescr 2019;42:5–9.
12. Bleidorn J, Gágyor I, Kochen MM, Wegscheider K, Hummers-Pradier E. Symptomatic treatment (ibuprofen) or antibiotics (ciprofloxacin) for uncomplicated urinary tract infection? - Results of a randomized controlled pilot trial. BMC Medicine 2010, 8:30.
13. Gágyor I, Bleidorn J, Kochen MM, Schmiemann G, Wegscheider K, Hummers-Pradier E. Ibuprofen versus fosfomicin for uncomplicated urinary tract infection in women: randomised controlled trial. BMJ 2015;351:h6544.
14. Moore M, Trill J, Simpson C, Webley F, Radford M, Stanton L, et al. Uva-ursi extract and ibuprofen as

alternative treatments for uncomplicated urinary tract infection in women (ATAFUTI): a factorial randomized trial. *Clin Microbiol Infect.* 2019 Aug;25(8):973-980.

15. Henderson JT, Webber EM, Bean SI. Screening for Asymptomatic Bacteriuria in Adults Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2019;322(12):1195-1205.

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 a 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 interés. 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/10policies/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 introducción, 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 la dirección revistacientifica@hmabb.gov.ar 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 Bioética.

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: la misma debe detallar 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 la investigación se sometió a la aprobación de un Comité de Bioética.

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. Incluye 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/medicus.php?lang=eng>)

Tablas o Cuadros

Coloque las tablas o cuadros en la página siguiente a las Referencias, numeradas consecutivamente por el orden de aparición de las menciones en el cuerpo del texto y con un breve título a cada una.

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.