

@ HOSPITAL

REVISTA • CIENTÍFICA
HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS DR. LEÓNIDAS LUCERO

VOLUMEN 3

ISSN 2683-8192

Nº 2
2021
AGOSTO



Hospital Municipal de Agudos
Dr. Leónidas Lucero

Dirección de Ciencia,
Tecnología y Educación
HMALL



Departamento de
Docencia e Investigación
HMALL

PORTADA DE ESTA EDICIÓN

Título: "Tu reflejo me protege"

Mandolesi Marina

Servicio de Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero"

1era mención especial. Concurso fotográfico "Una luz en la tormenta". XXVII Jornadas de Casuística e Investigación del HMALL, XX Jornadas de Residentes de la Municipalidad de Bahía Blanca, II Jornadas de Estudiantes.

PROPIEDAD Y EDITOR RESPONSABLE

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

AUTORIDADES HOSPITALARIAS

Director General: Gustavo Adolfo Carestía.
Dirección de 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

Terapia Intensiva en el eclipse de luna.

Adolfo Máximo Quispe Laime.

1-4

ARTÍCULO ORIGINAL

Epidemiología del cáncer de cuello uterino en el partido de Bahía Blanca. Período 1993-2017.

González Soledad, Tello Laura, Salustro Florencia, García Miriam, Capdevila Daniela, Quiñenao Romina.

5-9

ARTÍCULO ORIGINAL

Capacidad de adquisición de habilidades en soporte vital básico en adultos y niños para la implementación de su enseñanza en educación inicial.

Caramignoli Cristian Fabian, Ferrari Paula Azul, Flores Fernández Natanael, González Bahía María Pía, Hernández Guadalupe, Mostafá Ana Florencia.

10-15

ARTÍCULO ORIGINAL

Perfil epidemiológico de los niños/as y adolescentes que consultan al psicólogo en el primer nivel de atención de la salud en la ciudad de Bahía Blanca durante el período abril-junio de 2019.

Fagiani María Fernanda, Martínez Rocío Andrea, Paolucci Romina Soledad, Varela Susana Mariel.

16-23

ARTÍCULO ORIGINAL

Calidad de Vida Relacionada a la Salud en escolares de Bahía Blanca: intimidación entre pares y estructura familiar.

Ezequiel Francisco Jouglard.

24-29

INFORME DE CASOS

Trombólisis intravenosa en accidente cerebro vascular isquémico agudo: análisis retrospectivo de 10 casos en el Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero.

Petasny Marcos, Beroiza Claudio J, Fuks Vanesa E., Lamot Laura, Vega Pamela S.

30-35

NORMAS PARA AUTORES

36-38

"Terapia Intensiva en el eclipse de luna"

Adolfo Máximo Quispe Laime

Jefe de Servicio de Terapia Intensiva
Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero"

*El **eclipse** (del griego ἔκλειψις, ékleipsis, que quiere decir 'desaparición', 'abandono') es un fenómeno en el que la luz procedente de un cuerpo celeste es bloqueada por otro cuerpo eclipsante.*

Especialidad ocultada, oscurecida, tapada, no visibilizada.

Esta editorial busca contar hechos reales vivenciados en carne propia por todos los actores del equipo de la Terapia Intensiva del Hospital Municipal de Agudos "Dr Leónidas Lucero" durante esta persistente pandemia por coronavirus. También, es una oportunidad para poner en palabras y significados el pensamiento, sentimiento y expectativas de los intensivistas. Me detengo un momento aquí para describir brevemente a quien me refiero como intensivista, a aquel trabajador de la salud, médico, enfermero, kinesiólogo u otro, que se capacitó y adquirió competencias para el cuidado del paciente crítico y desarrolla su trabajo en un área crítica como lo es la terapia intensiva, entonces "no es lo mismo intensivista que terapeuta". Por otro lado, si nos preguntamos, ¿cuánto tiempo demanda producir un intensivista en el sistema de salud? si tomamos como ejemplo al médico, son 6 años de pregrado más 4 años de postgrado, ¡algo tremendo! 10 años!, paradójicamente parecido al tiempo en que reaparecen las pandemias, cada 10 años.

Otro aspecto a considerar, es la creciente y vertiginosa evolución científico-tecnológica, ésta ha aumentado los desafíos de la medicina crítica, ha demandado al intensivista capacitación permanente y también una mayor adecuación estructural



de la terapia intensiva. Sin embargo, a pesar de que este diagnóstico de situación data de décadas, diría desde el siglo XX pasado, poco se ha hecho o no lo suficiente, por parte de los decisores que administraron la salud en el país. La especialidad y los intensivistas han sido postergados durante décadas, esto influyó negativamente en la elección o entre preferencias de los profesionales al momento de elegir la Terapia Intensiva.

Todo lo mencionado anteriormente, explica por qué cada vez que nos toca vivir una pandemia, corremos detrás de los problemas y debemos poner nuestro mayor esfuerzo para sobrevivir, pero afortunadamente tenemos lo mejor que se puede tener, el trabajador de la salud.

¿Cómo nos encontró la pandemia?

La llegada del coronavirus a nuestra terapia intensiva encontró a un equipo preparado, ya habían transcurrido varios meses desde su aparición en el lado opuesto del planeta, contábamos con algunas cualidades que nos fortalecen, por ejemplo la tercera parte del equipo ya había vivido la pandemia H1N1 donde el genio del virus fue diferente, fundamentalmente por su corta duración. Esa experiencia nos dejó mucho aprendizaje, fue el cimiento para planificar y encarar esta nueva pandemia; entre tantas cosas, preparar escenarios de contingencia, protocolos de manejo y de tratamiento, seguridad de los trabajadores, entrenamiento, simulaciones, triage, etc. Otro factor importante fue estar en sintonía con los lineamientos de nuestro hospital y contar con el apoyo continuo del comité central de contingencia.

¿Cómo transitamos la pandemia?

Si bien desde marzo 2020 trabajamos con múltiples situaciones críticas, la mayoría fueron pacientes denominados sospechosos de covid, hasta que el 18 de junio de 2020 ingresamos a nuestro primer paciente con SARS CoV 2 positivo grave, un joven de 48 años con esposa y padre de 2 niños, todos se contagiaron y estuvieron internados en nuestro hospital. Fue para nosotros como una carta de presentación del coronavirus, con alta infectividad y alto riesgo de vida, pero afortunadamente para felicidad del equipo después de 16 días en terapia intensiva fue el primero en sobrevivir. Es así como dimos nuestro primer golpe de revés al coronavirus.

Pero no todo fue color de rosas, pasamos momentos difíciles, el coronavirus mostró muchos lados desconocidos y permanentemente nos puso en jaque, como si supiera como mover las fichas del tablero o buscar aliados. Alguno de los momentos difíciles fueron, aislar grupos de trabajo, cerrar sectores completos de la terapia,

contagios, enfermar de otras dolencias, perder algunos de nuestros pacientes, agobio, desgaste, fatiga, desmotivación. Pero cuanto más al límite nos puso, más fortaleza apareció en el equipo para surfear la primera ola que parecía terminar allá por noviembre de 2020. En ese momento hicimos un encuentro de balance de lo transcurrido, nos generó mucha satisfacción haber cumplido algunos objetivos de los que nos habíamos planteado, como por ejemplo haber llegado a noviembre de 2020 todos vivitos y coleando, pero además nuestros resultados generales fueron mejores que la media del país lo cual da mérito al trabajo de todo el equipo. En este encuentro como un reconocimiento al equipo de la terapia intensiva presenté un video que titulé “Los valientes sin corona”, donde muestro imágenes de diferentes momentos especiales transcurridos durante la primera ola “azul” y pongo énfasis en prepararnos para una segunda ola “gris”. El video cuenta con la versión musical en español de “Aleluya” interpretada por Soledad Pastorutti, la letra de la canción expresa muchas de las emociones y significados que quería transmitirles, por este motivo describo de forma más detallada en este editorial, cada verso, palabra u oración con significados traspolados a las vivencias de los “valientes sin corona”, creo que es una manera de invocar al “cociente emocional”, una forma de sincronización del estado de ánimo, que favorece la preparación de las actividades colectivas, pero también la de afirmar a fuego lo que significa el intensivista y el valor de la persona.

ALELUYA

Un soldado a casa regresó y un niño enfermo se curó

Y no hay trabajo en el bosque de la lluvia

Un desamparado se salvó por causa de una buena acción

Y hoy nadie lo repudia, aleluya

Aleluya, aleluya, aleluya, aleluya

Un ateo que consiguió creer

Y un hambriento hoy tiene de comer

Y hoy donaron a una iglesia una fortuna

Que la guerra pronto se acabará
Que en el mundo al fin reinará la paz
Y que no habrá miseria alguna, aleluya
Aleluya, aleluya, aleluya, aleluya
Porque en esta vida reine el amor
Y no gobierne la corrupción
Sino lo bueno y lo mejor del alma pura
Porque Dios nos proteja de un mal final
Porque un día podamos escarmentar
Porque acaben con tanta furia, aleluya
Aleluya, aleluya, aleluya, aleluya...
Que en algún lugar alguien hoy nació
Y un sueño hoy se concedió y ya pasó el eclipse
de luna
Porque esta oración se haga verdad
Y que todo sea felicidad y que pare la locura,
aleluya
Aleluya, aleluya, aleluya, aleluya...

Intérprete: Soledad Pastorutti

Link video “Los valientes sin corona”

https://drive.google.com/file/d/1OhzUcboJAVDG-pUhMxdrDv-W_I97_cjo/view?usp=sharing

“Aleluya” Exclamación de júbilo, de buena noticia.

“Un soldado a casa regresó” El soldado representa al trabajador de salud y el niño curado o el desamparado a nuestros pacientes.

“Un ateo que consiguió creer” El ateo representa al incrédulo o desconfiado o inseguro de los equipos de trabajo a quienes les costó creer, o aggiornarse al plan de contingencia. Los hechos nos hicieron creer.

“Y un hambriento hoy tiene...” El hambriento es aquel que tuvo que aprender vertiginosamente durante la pandemia y cuando se dio cuenta del tiempo transcurrido, sintió saciedad de lo aprendido.

“Y hoy donaron a una iglesia una fortuna” La donación representa los gestos solidarios de algunas las instituciones y de la sociedad para ayudar al equipo y al hospital

“Que la guerra pronto acabará y que reine la paz” es el deseo que nos inunda a todos, en cualquier lugar de la trinchera en el que nos toque estar, porque esto aún a 2021 no se acabó.

“Y que no habrá miseria alguna”, en las situaciones de crisis siempre se desnudan lo mejor y lo peor del ser humano, pero lo que daña a las propias filas son las actitudes miserables, no importa en qué nivel del sistema social ocurren (gobernantes, políticos, autoridades, compañeros, sociedad)

“Porque en esta vida reine el amor” solidaridad, empatía, amor por la vida

“y no gobierne la corrupción” esto también refleja las miserias observadas en estos casi dos años (improvisaciones, privilegios indebidos, inmunización insuficiente con poca oferta y lenta en su aplicación, aumentos asimétricos en los salarios lo que desprecia al equipo de salud, etc, etc)

“lo bueno y lo mejor del alma pura” lo encuentro reflejado en cada trabajador incondicional que todos los días pone lo mejor de su trabajo, con compromiso y pertenencia. Cuidarse mutuamente, tirar del carro todos en el mismo sentido, nos hizo crecer y creer en nosotros mismos, que éramos capaces de hacer frente a esta pandemia. Dimos lo mejor, planificamos, estudiamos, entrenamos, aseguramos nuestro escenario de trabajo, nos vigilamos para evitar los contagios, reflexionamos sobre nuestras vivencias. Tuvimos momentos difíciles, algunos enfermaron, resignamos muchas cosas, hubo aislamientos, cierre de sectores, problemas edilicios, contratiempos de gestión. Nos propusimos un objetivo al comienzo de la pandemia, teníamos que llegar todos al final del proceso y cerrar esta cuasi-guerra con un gran evento que nos llene de algarabía. Hoy estamos aquí, en 2021 y vamos por buen camino, todos vivos y recargándose de energía para seguir soportando esta maldita pandemia, pero nos volvimos a prometer que el cierre no será una deuda, muy por el contrario, será cada vez más resonante y brillante.

“..Dios nos proteja de un mal final” expresa el deseo de que todo esto termine, sentimiento contenido por la espiritualidad y la fé.

“Un día podemos escarmentar” es un llamado a la reflexión, aprender de los errores cometidos, a ser mejores después de lo vivido, es decir, ejercer de verdad, esa palabra mágica que ahora todos conocen, que han escuchado o dicho en muchas ocasiones, LA EMPATÍA.

“..en algún lugar alguien hoy nació” la esperanza del cambio en la concepción de la Terapia Intensiva, especialidad eclipsada en un sistema de salud fragmentado y entrópico.

“y un sueño hoy se concedió y ya pasó el eclipse de luna” ese sueño fue VISIBILIZAR la especialidad en toda la sociedad, ahora se habla de Terapia Intensiva, de Intensivista y no de terapeuta. Se dio a conocer la complejidad del manejo de un paciente crítico (“..Así como no cualquiera maneja una nave espacial, no cualquiera asiste un paciente crítico”), su rol fundamental en el sistema de salud (eje principal de la pandemia: camas covid, no covid, saturación, sistema estresado, respiradores), la terapia intensiva es un área donde el recurso humano es finito, la capacitación del profesional requiere años de entrenamiento y el estrés permanente exprime las suprarrenales, acorta la expectativa de vida del intensivista por desgaste psicofísico, todo esto ya es así en situaciones de normalidad. El impacto en situaciones de pandemia se multiplica desproporcionadamente no solo por la situación de crisis o guerra, sino también por la prolongación temporal y la incertidumbre del mal genio de este coronavirus.

“Porque esta oración se haga verdad” que el nuevo cambio se haga verdad.

“Y que todo sea felicidad y que pare la locura”

Finalmente, que la pandemia convivida se termine, sería el puntapié para parar esta locura, y el logro del nuevo desafío será nuestra felicidad.

La segunda ola gris llegó casi sin darnos tregua, y nos volvió a encontrar esta vez con un equipo algo cansado, pero más preparado, algunos con dos pandemias en su haber, otros con una y el 95% de todo el equipo ya vacunado. La ola gris fue más estrepitosa, dura y fatal, no tenía preferencias de edad. En poco tiempo saturó el sistema de salud de la ciudad, dejando sin margen de maniobra para dar respuesta a la demanda, el triage en el sentido más duro de la guerra se fue adueñando de la toma de decisiones, y comenzamos a cargar en nuestros hombros otro duelo para el que nadie se prepara, elegir entre la vida o la muerte, mejor expresado dar oportunidad a aquel que más probabilidades de sobrevivir tiene porque ya no hay recurso disponible. Entre tantas cosas, esta segunda ola de coronavirus a 6 meses desde su inicio nos está dejando muchas secuelas, un sistema de salud devastado, excesivo número de pérdidas evitables de vidas humanas, burnout en el equipo de trabajo, desgaste laboral, desmotivación, depresión-ansiedad, fobias, pánico, suicidio, reducción en el número de trabajadores, economías quebradas, educación postergada, sociedad aún desprotegida y políticas disociadas o distanciadas de las necesidades de la población.

Actualmente estamos cursando el segundo semestre 2021 y el coronavirus parece estar en una lenta retraída, pero hemos aprendido que es un virus de no fiar, es impredecible, y ya estamos conviviendo con una nueva amenaza, si, otra variante “delta”, otra ola? Cada momento de una lenta calma, debería ser entendida como una nueva oportunidad para seguir insistiendo en cada lugar y en cada nivel de decisión, por el bienestar común y para que se haga lo que se debe hacer, definitivamente sólo eso.

En la visión de un intensivista, haber convivido 2 años consecutivos con esta tremenda pandemia, fue como una guerra muy desigual, pero algunos cambios positivos han ocurrido para la especialidad, como salir del eclipse y la búsqueda de oportunidades de mejora.

Tenemos un mensaje, dirigido a todos los que nos han aplaudido, a nuestros valientes de la Terapia Intensiva y fundamentalmente a todos los que toman decisiones, se trata de un nuevo desafío que es la de poner a la Terapia Intensiva en el lugar que se merece, la de ser una especialidad reconocida en lo más alto de la calificación académica de los colegios profesionales, la de ser una especialidad mejor remunerada, y finalmente la de ser una especialidad reconocida como insalubre.



Epidemiología del cáncer de cuello uterino en el partido de Bahía Blanca. Período 1993-2017

Epidemiology of cervical cancer in the municipality of Bahía Blanca. Period 1993-2017.

González Soledad, Tello Laura, Salustro Florencia, García Miriam, Capdevila Daniela, Quiñenao Romina.

Departamento de Epidemiología y Calidad. Secretaría de Salud de Bahía Blanca.

Recibido:
Noviembre 2019

Aceptado:
Diciembre 2020

**Dirección de
correspondencia:**
González Soledad

Soledad1627@hotmail.com

Resumen

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo. Una de cada seis defunciones se debe a esta enfermedad. Argentina se encuentra en un rango de incidencia alta, posicionándose en el séptimo lugar al ser comparada con países de la región. Lo mismo ocurre con mortalidad. **Objetivo:** describir la tendencia de la tasa de incidencia de cáncer de cuello de útero en mujeres que al momento del diagnóstico residían en Bahía Blanca, desde el año 1993 al 2017. **Materiales y método:** estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron todas las mujeres, que al momento diagnóstico, tumor maligno de cuello de útero, código comportamiento 3 y topográfico C53, residían en Bahía Blanca. Los datos fueron recolectados de los servicios de anatomía patológica, clínico-quirúrgicos, oncohematológicos y oncológicos, de instituciones públicas y privadas, realizando revisión de historias clínicas y de registros internos. Dicha información conforma el Observatorio de Cáncer de Base Poblacional. **Resultados:** La tasa de incidencia se mantuvo constante desde 1993 al 2012 (15 casos x 100.000 mujeres). Entre el primer quinquenio (1993-1997) y el último (2013-2017) se observó que en las mujeres menores a los 34 años, la proporción de casos se duplicó. **Conclusiones:** la tasa de incidencia se ha mantenido constante desde 1993 al 2012. En el período, 2013-2017, el cáncer de cuello uterino se mantuvo entre los tumores de mayor incidencia y la misma tiende a alcanzar los mismos valores que los quinquenios anteriores. En las proporciones, por grupos etarios, las tasas han presentado desplazamiento hacia edades más jóvenes.

Palabras clave: Incidencia, Neoplasias del Cuello Uterino, Epidemiología.

Abstract

Cancer is the second leading cause of death in the world. One in six deaths is due to this disease. Argentina is in a high incidence range, ranking seventh when compared to countries in the region. The same goes for mortality. **Objective:** to describe the trend of the incidence rate of cervical cancer in women who at the time of diagnosis resided in Bahía Blanca, from 1993 to 2017. **Materials and method:** retrospective descriptive study. All women were included, who at diagnosis, malignant tumor of the cervix, behavior code 3 and topographic C53, resided in Bahía Blanca. The data was collected from the pathology, clinical-surgical, oncohematological and oncological services, public and private institutions, reviewing clinical records and internal records. This information forms the Population-Based Cancer Observatory. **Results:** the incidence rate remained constant from 1993 to 2012 (15 cases x 100,000 women). Between the first five years (1993-1997) and the last one (2013-2017) it was observed that in women under 34, the proportion of cases doubled. The incidence rate has remained constant from 1993 to 2012. **Conclusions:** in the period, 2013-2017, cervical cancer remains among the highest incidence tumors and it tends to reach the same values as the previous five-year periods. In the proportions, by age groups, the rates have shown a shift towards younger ages.

Keywords: Incidence, Uterine Cervical Neoplasms, Epidemiology.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2018, se registraron 32 millones de muertes por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en países de bajos y medios recursos. Las ECNT de mayor impacto son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las respiratorias y la diabetes. Este grupo de enfermedades son responsables del 80% de todas las muertes prematuras por ECNT.

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad.¹

En cuanto al total de cánceres, según estimaciones realizadas por el Globocan, Argentina se encuentra en un rango de incidencia alta con un valor de 212 casos cada 100.000 habitantes, posicionándose en el séptimo lugar al ser comparada con los países de la región.²

La misma situación ocurre con la mortalidad. En el año 2017 la mortalidad por cáncer registrada en Argentina fue de 118 y 87 defunciones por cada 100.000 varones y mujeres, respectivamente (tasas estandarizadas por población mundial estándar).³

El cáncer de cuello de útero es provocado por el Virus del Papiloma Humano (VPH), un virus muy común que todos en algún momento de la vida podemos tener. Es altamente prevenible a través del PAP y del Test de VPH. La vacuna contra el VPH, gratuita y obligatoria para todos los niños y las niñas de 11 años, ayuda a prevenir en el futuro el cáncer de cuello de útero.⁴

Con respecto a cáncer de cuello uterino, en 2018, fueron diagnosticadas más de 72.000 mujeres y casi 34.000 fallecieron por esta enfermedad en la Región de las Américas. Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica. Se estima que en Argentina, cada año se diagnostican alrededor de 4.500 casos nuevos, es el tercer cáncer más diagnosticado entre las mujeres y 2000 mueren a causa de esta enfermedad.⁵ Afecta principalmente a mujeres de bajos recursos socioeconómicos que por diversas razones (como barreras geográficas, culturales y económicas) no acceden a los servicios de tamizaje.⁶

El objetivo de este trabajo fue describir la tendencia de la tasa de incidencia de cáncer de cuello de útero en las mujeres que al momento del diagnóstico residían en el partido de Bahía Blanca, desde el año 1993 al 2017.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Los datos para el análisis fueron recolectados desde los servicios de anatomo-patología, clínico-quirúrgicos, oncohematológicos y oncológicos, de instituciones públicas y privadas de la ciudad de Bahía Blanca, realizando la revisión de historias clínicas y revisión de registros internos. Se codificaron utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIEO, 3ed)⁷ y se cargaron en el software específico, otorgado por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC). Los datos se validaron con los criterios de calidad establecidos por la IARC.

Para el análisis, se incluyeron todas las mujeres, que al momento del diagnóstico residían en el partido de Bahía Blanca.

Se seleccionaron todos los casos diagnosticados como tumor maligno de cuello de útero, los cuales corresponde al código de comportamiento 3 y a la topografía C53.

Se excluyeron los tumores de comportamiento in situ, código 2, los casos en los cuales faltaban la fecha de diagnóstico y/o la dirección.

Los datos recolectados y su posterior utilización se encuentran encuadrados en las Normas de Confidencialidad de la IARC.

Resultados

En el partido de Bahía Blanca, la tasa de incidencia del cáncer de cuello uterino se mantuvo constante al ser calculada por quinquenios, desde el año 1993 al 2012, con una tasa de 5 casos nuevos cada 100.000 mujeres.

El período 2012-2017 presenta una completitud de casos registrados, aproximadamente, del 50%, siendo la tasa de incidencia de cáncer de

Localización	Período de tiempo				
	1993-1997	1998-2002	2003-2007	2008-2012	2013-2017*
Cuello de útero	15,7	15,8	14,1	15,0	10,5

*50% de completitud de casos registrados

Tabla 1: Tasa de Incidencia de cáncer de cuello de útero ajustada por edad x100.000mujeres, por períodos. Partido de Bahía Blanca.

cuello de útero de 10,5 x100.000mujeres (tabla 1).

En cuanto al número de casos de cáncer de cuello de útero y sus proporciones para cada quinquenio se pudo observar como se ha ido modificando la distribución por grupo etario en los períodos analizados, en este sentido se constató como en el quinquenio 1993-1997 el grupo etario que presentó una mayor proporción fue el comprendido entre los 45 a 49 años, mientras que en el quinquenio 2013-2017 al comprendido entre los 30 a 34 años con un 18,0%.

Cuando se comparó la serie temporal entre el primer quinquenio (1993-1997) con el último (2013-2017*) se puede observar que en el grupo de las mujeres menores a los 34 años, la proporción de casos se duplicó y en las mujeres mayores de 60 años es un tercio menor (Tabla 2). Por otro lado se pudo observar una tendencia estable en la proporción de casos en el grupo de mujeres de 35 a 60 años a lo largo de los diferentes quinquenios (Tabla 3).

Discusión

La tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino se ha mantenido constante desde el año 1993 al 2012. En cuanto al último período, 2013-2017, el cáncer de cuello uterino se mantiene entre los tumores de mayor incidencia y la misma tiende a alcanzar los mismos valores que los quinquenios anteriores.

En cuanto a las proporciones por grupos etarios, las tasas de incidencia más alta han presentado un desplazamiento hacia edades más jóvenes al ser comparadas por quinquenios.

Los resultados obtenidos son una propuesta a continuar profundizando el estudio de esta enfermedad.

Es necesario incentivar, promocionar y motivar el llenado de historias clínicas de los pacientes, lo que permitirá no solo aplicarla durante la atención de los mismos, sino que facilitará la recolección de información para aplicar en futuros estudios a fin de reconocer características epidemiológicas de la población.

Grupo Etario	Periodos de Tiempo				
	1993-1997	1998-2002	2003-2007	2008-2012	2013-2017*
15 a 34	13,2	13,7	10,7	13,8	29,2
35 a 60	55,9	52,7	52,9	56,1	50,6
> 60	30,9	33,6	36,4	30,1	20,2

*50% de completitud de casos registrados

Tabla 2: Distribución porcentual de los cánceres de cuello de útero por grupo etario y período en la localidad de Bahía Blanca.

	Períodos y proporciones									
	1993-1997	%	1998-2002	%	2003-2007	%	2008-2012	%	2013-2017*	%
15-19	1	0,7	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20-24	3	2,0	4	2,7	0	0,0	2	1,6	5	5,6
25-29	5	3,3	9	6,2	4	2,9	4	3,3	5	5,6
30-34	11	7,2	7	4,8	11	7,9	11	8,9	16	18,0
35-39	15	9,9	17	11,6	15	10,7	15	12,2	7	7,9
40-44	20	13,2	14	9,6	13	9,3	10	8,1	11	12,4
45-49	24	15,8	15	10,3	15	10,7	12	9,8	10	11,2
50-54	13	8,6	15	10,3	15	10,7	14	11,4	9	10,1
55-59	13	8,6	16	11,0	16	11,4	18	14,6	8	9,0
60-64	9	5,9	14	9,6	15	10,7	12	9,8	4	4,5
65-69	10	6,6	6	4,1	15	10,7	9	7,3	4	4,5
70-74	9	5,9	9	6,2	4	2,9	7	5,7	6	6,7
75-79	6	3,9	6	4,1	17	12,1	6	4,9	4	4,5
80-84	4	2,6	6	4,1	0	0,0	2	1,6	0	0,0
85 y +	9	5,9	8	5,5	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Total	152	100	146	100	140	100	123	100	89	100

*50% de completitud de casos registrados

Tabla 3: Tabla: Número de casos de cáncer de cuello uterino por grupos etarios y proporciones por períodos. Partido de Bahía Blanca.

Conflicto de interés

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

Bibliografía

1. Who.int [Internet]. Ginebra: World Health Organization, c2019 [cited 2019 october 25]. Aviable from: https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/.
2. gco.iarc.fr/ [Internet]. Paris: International Agency for Research on Cancer, c2019 [cited 2019 october 25]. Aviable from: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars>.
3. gco.iarc.fr/ [Internet]. Paris: International Agency for Research on Cancer, c2019 [cited 2019 october 25]. Aviable from: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars>.
4. <https://www.argentina.gob.ar> [Internet]. Argentina: Instituto Nacional del Cancer, c2019 [cited 2019 october 20]. Aviable from: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad>.
5. <https://www.argentina.gob.ar> [Internet]. Argentina: Instituto Nacional del Cancer, 2019 [cited 2019 october 20]. Aviable from: <https://www.argentina.gob.ar/salud/cancer/tipos/cancer-de-cuello-de-utero-ccu->.
6. <https://www.paho.org/> [Internet]. Washington: Pan American Health Organization [cited 2019 october 20]. Aviable from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es.
7. Clasificación Internacinal de Enfermedades para Oncología. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organizacion Mundial de la Salud 525 Twenty-third Street, NW Washington, DC 20037, EUA 2003.Publicación Científica y Técnica No. 586.Diponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/general/2003_clasificacion_internacional_de_enfermedades_para_oncologia_-_cie-o_3.pdf.

Capacidad de adquisición de habilidades en soporte vital básico en adultos y niños para la implementación de su enseñanza en educación inicial

Ability to acquire basic life support skills in adults and children to implement their teaching in initial education

Caramignoli Cristian Fabian, Ferrari Paula Azul, Flores Fernández Natanael, González Bahía María Pía, Hernández Guadalupe, Mostafá Ana Florencia.

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

Resumen

Recibido:
Septiembre 2020

Aceptado:
Marzo 2021

Dirección de correspondencia:
Natanael Flores
Fernández

natanael1109@gmail.com

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte a nivel mundial. En Argentina se producen alrededor de 40000 fallecimientos por muerte súbita por año. Actualmente se encuentra vigente la ley n° 26835 que establece la promoción y capacitación en reanimación cardiopulmonar básico para estudiantes del nivel medio y superior. **Objetivo:** Comparar la capacidad de adquisición de conocimientos y habilidades en soporte vital básico entre niños y adultos. **Materiales y método:** Estudio de cohorte, prospectivo. Se incluyeron 37 niños (de 9 a 11 años) y 31 adultos (de 14 a 64 años) que participaron de forma voluntaria. Se dictó durante octubre de 2019 una clase teórica, seguida de prácticas con muñecos en grupos de a dos. Se observó y registró: reconocimiento de pacientes en paro, masaje cardíaco y activación del sistema de emergencias. Se analizó con la U de Mann-Whitney el puntaje final y con pruebas de Chi cuadrado y prueba exacta de Fisher cada categoría, con un nivel de significancia de 0,05. **Resultados:** puntaje final promedio en niños (n= 37) fue de 14,86 y en adultos (n= 31) de 14,32. No se obtuvieron diferencias significativas entre las medias del puntaje final (U= 534,5 p=0,63). Sólo se encontraron diferencias significativas en las categorías “Cambio de operador” ($\chi^2=12,8$ p=0,001) y “Coordinación global” ($\chi^2=8,9$ p=0,009). **Conclusiones:** No se observaron diferencias en adquisición de conocimientos y habilidades entre niños y adultos, por lo que creemos importante incorporar en el aprendizaje escolar estas técnicas.

Palabras clave: Reanimación Cardiopulmonar, Paro Cardíaco, Masaje Cardíaco.

Abstract

Cardiovascular disease is the leading cause of death worldwide. Around 40,000 deaths due to sudden death happen per year in Argentina. Law n° 26835 is currently in force, which establishes promotion and training in basic cardiopulmonary resuscitation for middle and upper level students. **Objective:** To compare the ability to acquire knowledge and skills in basic life support among children and adults. **Materials and method:** prospective, cohort study. 37 children (ages 9 to 11) and 31 adults (ages 14 to 64) were included. A theoretical class was taught during October 2019, followed by practices with resuscitation mannequins in groups of two. Cardiac arrest recognition, chest compressions and activation of the emergency system were observed and recorded. The final score was analyzed with Mann-Whitney's U, Chi-square tests and Fisher's exact tests were used for each category, with a significance level of 0.05. **Results:** average final score in children (n = 37) was 14.86 and 14.32 in adults (n = 31). No significant differences were obtained between the means of final scores (U = 534.5 p = 0.63). Significant differences were found in categories “Operator change” ($\chi^2 = 12.8$ p = 0.001) and “Global coordination” ($\chi^2 = 8.9$ p = 0.009). **Conclusion:** No differences were observed in the acquisition of knowledge and skills between children and adults, so we believe it is important to incorporate these techniques into school learning.

Keywords: Cardio Pulmonary Resuscitation, Heart Arrest, Heart Massage.

Introducción

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en todo el mundo. En nuestro país se producen alrededor de 40.000 fallecimientos por muerte súbita por año, lo cual representa alrededor de una muerte cada 15 minutos.

Las causas de muerte súbita son en un 90% a 95% de los casos por un ataque cardíaco. El porcentaje restante, entre un 5% y 10%, tiene su origen en una multiplicidad de causas también frecuentes, tales como asfixia, intoxicación por gases tóxicos, electrocución, sobredosis de droga, traumatismos, accidentes cerebrovasculares, atragantamiento, ahogo por inmersión, etc.

La emergencia que surge de un paro cardiorrespiratorio es debido a que, por cada minuto que un paciente transcurre sin atención, disminuye un 10% su posibilidad de sobrevivir. Por esta razón, la aplicación inmediata de técnicas del SVB por la persona que se encuentra circunstancialmente próxima a la víctima resulta fundamental hasta el arribo del auxilio de emergencia médica especializada, que realice entonces soporte vital avanzado y cardiodesfibrilación.

Según el Registro del SAME¹ (Sistema de Atención Médica de Emergencias), entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2012, se produjeron en la ciudad de Buenos Aires 252 paros cardiorrespiratorios pre-hospitalarios. La principal causa sospechada fue la cardíaca (67%). El 65% se produjo en varones y la edad media fue 61 ± 1.5 años. La mayoría de estos paros se produjeron en el domicilio de los pacientes y el 77% fue no presenciado, o presenciado por público no entrenado. En el 23% de los casos, se realizaron compresiones torácicas por legos a la espera del personal de salud. El inicio de las compresiones torácicas fue de una media de 12 ± 1 minuto. El tiempo entre pérdida de conciencia y llegada del sistema tuvo una mediana de 21 ± 10 minutos.

Los registros indican que el 70% de los casos de ataque cardíaco y muerte súbita se produce en el ámbito extra hospitalario y, frecuentemente, en presencia de un conocido, amigo o familiar, por lo cual consideramos que es de suma importancia para reducir el número de muertes

evitables extender el conocimiento de técnicas de SVB entre la población tanto adulta como pediátrica.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la capacidad de adquisición de habilidades en soporte vital básico y comparar la misma entre el grupo de adultos y niños.

Materiales y métodos

Estudio de cohorte de tipo prospectivo, realizado durante el año 2019. Se incluyeron 37 niños de 9 a 11 años que aceptaron participar de forma voluntaria (pertenecientes a 4to, 5to y 6to año de una escuela primaria de la localidad de Pedro Luro, Buenos Aires). La muestra de adultos quedó conformada por 31 voluntarios de 14 a 64 años (algunos que asistieron a una unidad sanitaria del sur de la ciudad de Bahía Blanca, y otros pertenecientes a la Universidad Nacional del Sur).

Se dictó una clase teórico-práctica acerca de SVB, basada en la actualización de la guía de RCP y Cuidados Cardiovasculares de Emergencia de la American Heart Association (AHA) 2015 y la Actualización Enfocada 2018 de la AHA. En la clase se desarrolló una guía de las técnicas que se utilizan durante el soporte vital básico en adultos y en niños en paro cardiorrespiratorio, incluyendo la cadena de supervivencia, la importancia crítica de la participación de legos, el reconocimiento de un paro cardíaco, el rol del despachador de emergencias, la secuencia de BLS en adultos y en niños, el uso del desfibrilador externo automático y técnicas de actuación en caso de obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño.

La clase teórica fue dictada por una médica emergentóloga, con más de 10 años de experiencia, y la clase práctica fue llevada a cabo por dicha médica, y 5 médicos residentes de emergentología con menos de 5 años de experiencia.

Inmediatamente después de la clase se realizó una sesión práctica en la cual se dividió a las personas en grupos de a dos, proponiendo diversos escenarios donde se encontraban con un paciente desvanecido, y se les pidió que actuaran como si se encontraran en una

situación real. Un evaluador por grupo realizó una encuesta por persona en tiempo real.

La encuesta utilizada es una modificación de la versión validada de la prueba de Cardiff versión 3.1, adaptada a la actualización de la guía de RCP y Cuidados Cardiovasculares de Emergencia de la American Heart Association (AHA) 2015 y la Actualización Enfocada 2019 de la AHA.^{2,3} (Ver figura 1).

Para el análisis se completó una planilla con las siguientes variables: edad, sexo, si presentaban cursos de soporte vital previos o no, y se evaluaron diferentes categorías asignando un puntaje de 0, 1 ó 2, siendo 2 el óptimo y 0 inadecuado, entre ellas comunicación verbal con el paciente, comunicación física con el paciente, identificación de una situación de paro cardíaco, activación del sistema de emergencias, la posición de las manos en el masaje cardíaco, la frecuencia y profundidad de las compresiones cardíacas, las interrupciones durante las compresiones cardíacas, el cambio de persona durante las compresiones cardíacas, y la coordinación global del soporte vital básico. Se cargaron los datos obtenidos en las planillas al programa Microsoft Excel versión 1902 y luego fueron analizados con el software IBM SPSS Statistics Subscription build 1.0.0.1298.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas o relativas y las variables cuantitativas con medidas centrales y de dispersión. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para contraste de hipótesis utilizando el puntaje total de ambos grupos. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para evaluar la relación entre las categorías incluidas en el cuestionario y los grupos etarios estudiados (niños versus adultos).

Resultados

Resultados en niños:

De los 37 encuestados el 59% (22) eran niñas, y el 41% (15) eran niños. La edad promedio fue de 10 años \pm 1 año. Ninguno de ellos había realizado curso previo de soporte vital básico.

Categorías evaluadas	
IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN PARO (VERBAL)	
Chequea verbalmente respuesta del paciente en forma adecuada	
Chequea verbalmente respuesta del paciente en forma dubitativa	
No realiza comunicación verbal	
IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN PARO (FISICA)	
Sacude los hombros del paciente en forma adecuada	
Sacude al paciente pero no en forma adecuada	
No realiza ninguna maniobra	
IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN PARO (NO RESPONDE, NO RESPIRA O RESPIRA MAL)	
Chequea respiración	
No chequea respiración	
PEDIDO DE AYUDA (107/911)	
Solicita ayuda en forma adecuada (dice lo que pasa y donde se encuentra)	
Solicita ayuda en forma desordenada	
No solicita ayuda	
COMPRESIONES CARDIACAS, POSICION DE MANOS	
Posición correcta entre manos y en el pecho	
Posición correcta en manos o pecho	
Posición incorrecta de ambas	
COMPRESIONES CARDIACAS, PROFUNDIDAD	
Profundidad adecuada (1/3 diámetro AP)	
Profundidad inadecuada	
COMPRESIONES CARDIACAS, FRECUENCIA	
Frecuencia adecuada (100-120 lpm)	
Frecuencia lenta (menor 100)	
Frecuencia rápida (mayor 120)	
COMPRESIONES CARDIACAS, INTERRUPCIONES	
No realiza interrupciones	
Realiza algunas interrupciones	
Realiza demasiadas interrupciones	
COMPRESIONES CARDIACAS, CAMBIO DE OPERADOR	
Realiza adecuadamente cambio de operador	
Tarda en realizar cambio de operador	
No realiza cambio de operador	
COORDINACIÓN GLOBAL	
RCP ordenado	
RCP desordenada al inicio, pero logran ordenar las acciones	
RCP desordenado	
Puntaje final	

Figura 1. Encuesta utilizada para la evaluación

El 81% (30) realizó comunicación verbal en forma adecuada, un 5% (2) de forma dubitativa y un 14% (5) no realizó comunicación verbal.

El 83% (31) realizó comunicación en forma física adecuada, un 13% (5) de forma no adecuada, y un 3% (1) no realizó comunicación física.

Luego de realizar el curso de soporte vital básico el 78% (29) sabía identificar una situación de paro con el método "no responde, no respira o respira mal". El 73% (27) activó el sistema de emergencias y el 8% (3) no solicitó ayuda.

El 68% (25) realizó cambio de operador adecuadamente durante el SVB, mientras que el 32% (12) lo realizó de manera inadecuada. (Ver figura 2)

El 86% (32) de los niños colocó correctamente las manos en el tórax del paciente y solo un 3% (1) no supo colocarlas de forma adecuada. El 70% (26) de ellos realizó las compresiones con la profundidad adecuada y el 67% (25) a una frecuencia adecuada, mientras que el 19% (7) las realizó muy rápidas y el 13% (5) muy lentas. El 59% (22) de los encuestados no realizó interrupciones durante las compresiones cardíacas, mientras que el 38% (14) realizó alguna interrupción.

Del total de niños un 68% (25) presentó un SVB completamente ordenado, mientras que un 32% (12) se ordenó solo al final. (Ver figura 3).

Resultados en adultos:

De las 31 personas el 80% (25) eran mujeres, y el 20% (6) eran hombres. Tenían una edad promedio de 46 años, con un mínimo de 14 y un máximo de 64 años. El 26% (8) había hecho un curso de SVB previo, mientras que el 74%(23) no lo había hecho.

Luego de realizar el curso de SVB el 74%(23) supo identificar una situación de paro con el método "no responde, no respira o respira mal".

El 77% (24) realizó comunicación verbal en forma adecuada, un 10% (3) de forma dubitativa y un 13% (4) no realizó comunicación verbal. El 77% (24) realizó comunicación física adecuada, un 13% (4) lo hizo de forma inadecuada, y un 10% (3) no realizó comunicación física.

El 71% (22) activó el sistema de emergencia de manera correcta, mientras que el 22% (7) no solicitó ayuda.

El 75% (23) realizó cambio de operador durante el SVB, mientras que el 25% (8) no realizó cambio de operador.

El 91% (28) de los adultos colocó correctamente las manos en el tórax del paciente y solo un 9% (3) no supo colocarlas de forma adecuada.

El 87% (27) de ellos realizó las compresiones con la profundidad adecuada. El 71% (22) realizó las compresiones a una frecuencia adecuada,

mientras que el 16% (5) las realizó muy rápidas y el 13% restante (4) de manera lenta.

El 62% (19) de los adultos no realizó interrupciones durante las compresiones cardíacas, un 25% (8) realizó alguna interrupción.

Del total de adultos el 65% (20) presentó un SVB ordenado, mientras que el 16% (5) se ordenó solo al final.

Resultados generales

La U de Mann-Whitney para las medias de los puntajes totales (14,86 en niños y 14,32 en adultos) fue de 534,5 con un valor p de 0,63.

En cuanto al análisis de las diferentes variables por separado (ver tabla 1), no hubo diferencias estadísticamente significativas entre niños y adultos en las siguientes variables: identificación verbal del paciente en paro, identificación física del paciente en paro, identificación del paciente en paro (no responde, no respira, respira mal), pedido de ayuda, activación del sistema de emergencias, posición de las manos en las compresiones, profundidad de las compresiones, frecuencia de las compresiones e interrupciones en las compresiones. Sin embargo, en la variable "Cambio de operador" se obtuvo un valor de Chi cuadrado de 12,796, p: 0,001, mientras que en "Coordinación global" se obtuvo un valor de Chi cuadrado de 9,978, p: 0,009. (Ver figura 2 y 3).

<i>Categoría</i>	χ^2	<i>Prueba de Fisher</i>	<i>Valor p</i>
<i>Identificación del paciente en paro verbal</i>		0,572	0,903
<i>Identificación del paciente en paro física</i>		1,462	0,573
<i>Identificación del paciente en paro "no responde, no respira, respira mal"</i>	0,164		0,777
<i>Pedido de ayuda (107/911)</i>	4,393		0,110
<i>Compresiones posición de manos</i>		0,657	0,839
<i>Compresiones profundidad</i>	2,778		0,143
<i>Compresiones frecuencia</i>	0,107		1,000
<i>Compresiones interrupciones</i>	3,151		0,236
<i>Compresiones cambio de operador</i>	12,796		0,001
<i>Coordinación global</i>	9,978		0,009

Tabla 1. Valores de las pruebas de χ^2 y de las pruebas de Fisher para cada categoría con su correspondiente valor p.

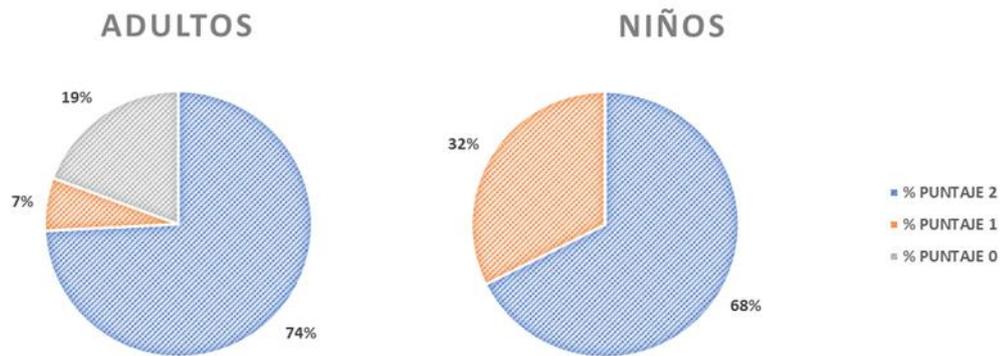


Figura 2. Porcentaje de cada puntaje en la categoría “Cambio de operador”. 2: Óptimo. 1: Adecuado. 0: No adecuado.

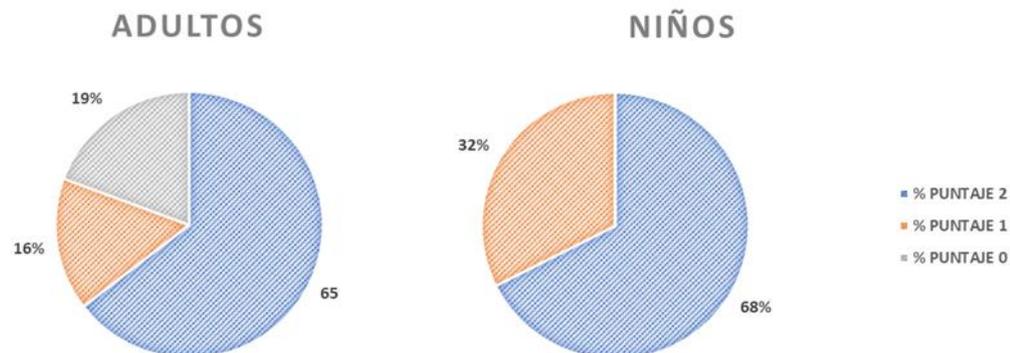


Figura 3. Porcentaje de cada puntaje en la categoría “Coordinación global”. 2: Óptimo. 1: Adecuado. 0: No adecuado.

Discusión

En 2007 Isbye DL y col desarrollaron un estudio en el cual compararon la retención de habilidades en SVB entre adultos y niños 3 meses luego de un curso de SVB. Observaron puntajes mayores en retención de habilidades en adultos al utilizar un maniquí personal de resucitación, aunque resaltan la importancia del aprendizaje de SVB en niños y el hecho de que los padres de estos niños también pueden adquirir habilidades al llevar los niños el maniquí a la casa.⁴

Consideramos que los niños y jóvenes son excepcionales agentes de transformación de los adultos. Cuando un niño aprende algo nuevo en la escuela, lo comenta y lo amplifica en la familia. La capacitación sobre SVB no es la excepción y su aprendizaje impacta tanto en los niños como en sus allegados.

Acorde a lo anteriormente mencionado nuestro propósito fue evaluar si los niños comprenden y

aplican el conocimiento en SVB de la misma manera en que lo hacen los adultos, ya que la mayoría de los cursos de SVB están dirigidos a la población adulta.

El principal hallazgo de nuestro trabajo es que tanto los niños como adultos, comprenden y aplican el conocimiento en SVB de manera similar al evaluar diferentes características.

Si bien la diferencia no fue estadísticamente significativa, los adultos demostraron un mejor resultado que los niños en cuanto a la profundidad de las compresiones, lo cual podría deberse, entre otras cosas, a la mayor fuerza que puede aplicar un adulto respecto a la de un niño.

Como se observa en la bibliografía, en el año 2012 Meissner et al, evaluó las habilidades para realizar SVB en adolescentes, y concluye que el conocimiento y las habilidades mejoraron en un alto porcentaje luego de recibir entrenamiento sobre SVB. Ellos destacan la importancia de

incluir en el aprendizaje escolar el SVB, al igual que nuestro trabajo.^{5,6}

En la actualidad contamos con la Ley de Promoción y Capacitación en las Técnicas de Reanimación Cardiopulmonar Básicas (ley n°26.835), sancionada en Argentina en 2012, cuyo objetivo es capacitar en la atención primaria básica del paro cardiorrespiratorio a los estudiantes del nivel medio y del nivel superior para prevenir el acontecimiento de muertes evitables en el ámbito extrahospitalario.⁷

Consideramos que el presente trabajo establece el escenario para futuros estudios, con un número mayor de participantes y la posibilidad de evaluar a los participantes de manera inmediata y diferida pudiendo medir el impacto en el tiempo de los cursos de SVB en diferentes poblaciones.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio podemos decir que el tamaño de la muestra fue decidido de manera aleatoria, sin tener en cuenta un modelo estadístico. Por otro lado, los instrumentos de medición de las categorías fueron subjetivos, realizados por los instructores.

Conclusiones

En cuanto a las categorías evaluadas, no encontramos diferencias significativas entre adultos y niños en cuanto a identificación de paciente en paro (verbal, física y “no responde, no respira o respira mal”), pedido de ayuda y las variables asociadas a las compresiones, exceptuando cambio de operador. Se observó una diferencia significativa en cambio de operador en las compresiones y en coordinación global. Dichas diferencias se ven reflejadas a través de los diferentes porcentajes obtenidos a favor de los niños.

Reconocimientos

Se agradece al apoyo del Servicio de Medicina de Urgencias del Hospital Municipal de Agudos Leónidas Lucero, y a la Jefatura de la Residencia de Emergentología del Hospital Municipal de

Agudos Leónidas Lucero. Agradecemos también a Lucas Duran y al servicio de Epidemiología del Hospital Municipal de Agudos Leónidas Lucero por la orientación brindada.

Conflicto de interés

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

Bibliografía

1. Orlando G y col. SAME. Análisis de la atención del paro cardio-respiratorio prehospitalario asistido por un sistema de emergencias en la ciudad autónoma de buenos aires (basado en el estilo Utstein). 2012.
2. Whitfield RH, Newcombe RG, Woollard M. Reliability of the Cardiff test of basic life support and automated external defibrillation version 3.1. *Resuscitation*, 2003;59:291–314.
3. American Heart Association. Web-based Integrated Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care – Part 7: Adult Advanced Cardiovascular Life Support. *ECCguidelines.heart.org*. 2015. Actualización 2019.
4. Isbye D. L., Meyhoff C. S., Lippert F. K., Rasmussen L. S. Skill retention in adults and in children 3 months after Basic Life Support training using a simple personal resuscitation manikin. *Resuscitation*, 74, 296–302. [10.1016/j.resuscitation.2006.12.012](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2006.12.012).
5. Meissner T, Kloppe C, Hanefeld C. Basic life support skills of high school students before and after cardiopulmonary resuscitation training: a longitudinal investigation. *Scand. j. trauma resusc. emerg. med.* 2012, 20:31.
6. Aaberg A.M, Brenner Larsen C.E, Rasmussen B.S, Hansen C.M, Moesgaard Larsen J. Basic life support knowledge, self-reported skills and fears in Danish high school students and effect of a single 45-min training session run by junior doctors; a prospective cohort study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2014 Apr 14;22:24.
7. Poder Legislativo Nacional. Ley 268335. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=20484>.

Perfil epidemiológico de los niños/as y adolescentes que consultan al psicólogo en el primer nivel de atención de la salud en la ciudad de Bahía Blanca durante el período abril-junio de 2019

Epidemiological profile of children and adolescents who consult the psychologist in the first level of health care in the city of Bahia Blanca during the period april-june 2019

Fagiani María Fernanda¹, Martínez Rocío Andrea², Paolucci Romina Soledad³, Varela Susana Mariel¹.

¹ Departamento de Salud Mental y Adicciones, Secretaría de Salud, Municipalidad de Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

² Unidad de psicología. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

³ Departamento de Epidemiología y Calidad, Secretaría de Salud, Municipalidad de Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Recibido:

Agosto 2021

Aceptado:

Agosto 2021

Dirección de correspondencia:

Varela Susana

Mariel

smvarela64@gmail.com.ar

Objetivo: Caracterizar el perfil epidemiológico de niños/as y adolescentes que asisten a consulta psicológica en el Primer Nivel de Atención de Salud en Bahía Blanca (Buenos Aires, Argentina). **Materiales y método:** Estudio descriptivo de corte transversal. El instrumento utilizado es un cuestionario estructurado de registro de variables sociodemográficas, de la consulta, tratamientos asociados, diagnóstico e indicación terapéutica, administrado por psicólogos de Unidades Sanitarias a usuarios menores de 19 años que consultaron entre abril-junio de 2019. **Resultados:** De un total de 89 encuestas, 37.07% corresponde al grupo [10-14] años, 30.33% a [5-9] años y 28.08% a [15-19] años. El 50.5% señaló masculino como género auto percibido. El 64.04% de las consultas se originaron en derivaciones, siendo el 56.14% de las mismas del sistema educativo. En el 26.96% el diagnóstico fue trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia de la Clasificación Internacional de Enfermedades. El 53.9 % presentó motivo de consulta asociado a dificultades en el área social. El 62.19% de las indicaciones terapéuticas fue psicoterapia individual. **Conclusión:** El 66.1% de las consultas correspondió a sujetos entre los 5 y 14 años, no encontrándose distinción significativa de género. Aunque los motivos de consultase asociaron a dificultades en el área social, el 57.3% de las indicaciones terapéuticas fue psicoterapia individual. El diagnóstico consignado con mayor frecuencia fue Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. Los resultados permitirán visualizar las trayectorias terapéuticas en el sistema público de salud.

Palabras clave: Psicología, Atención Primaria de Salud, Epidemiología, Niño, Adolescente.

Abstract

Objective: To characterize the epidemiological profile of children and adolescents who attend psychological consultation at de First Level of Health Care in Bahia Blanca. (Buenos Aires, Argentina). **Materials and method:** Descriptive cross-sectional study. For a single time, the instrument used is a structured questionnaire ad hoc for registering sociodemographic variables. the consultation, associated treatments, diagnosis and therapeutic indication, administrated by psychologists from Health Units to users under 19 years of age who consulted between April-june 2019. **Results:** On a total of 89 surveys, 37,07% corresponds to the group [10-14] years, el 30,33% to [5-9] years and 28.08% to [15-19]. 50.0% of the consultations had their original on referrals. Which 56.14% consultations from the school. In 26.96% the diagnosis was Behavioral and emotional disorders of habitual onset in childhood nd adolescence of the International Classification of Diseases. A percentage of 53.9% presented a reason for consultation associated with difficulties in the social area. 62.19% of the therapeutic indications were individual psychotherapy. **Conclusion:**

61,780 of the consultations corresponded to subjects between the ages of 5 to 14, not finding a significant gender distinction. Although the reasons for consultation were associated with difficulties in the social area, 57.3% of the therapeutic indications were individual psychotherapy. The most frequently diagnosis was Behavior and emotional disorders of habitual onset in childhood and adolescence. The results will allow visualizing the therapeutic trajectories in the public health system.

Keywords: *Psychology, Primary Health Care, Epidemiology, Child, Adolescent.*

Introducción

Este estudio se llevó a cabo en la ciudad de Bahía Blanca, ubicada al sudoeste de la provincia de Buenos Aires. Por la magnitud poblacional, la ciudad se ubica como el decimoséptimo centro más poblado de la Argentina, segunda población costera del país y cuarta en la provincia de Buenos Aires.¹ En 2010 el 28.93% de los habitantes de la ciudad eran menores de 19 años.²

En diciembre de 2018, el Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) presentó un informe acerca de la problemática social vinculada a la niñez en la Argentina.³ El desarrollo de los niños, niñas y adolescentes (NN/A) contempla múltiples dimensiones: educación, hábitat, alimentación, derecho al buen trato, salud, entre otros, existiendo una relación determinante entre condiciones de vida y desarrollo de salud. De la Encuesta Permanente de Hogares realizada en el primer semestre del año 2018⁴ se desprende que el 48% de los NN/A del país cuenta con uno o más indicadores vinculados a la pobreza, ya sea relacionado a educación, protección social, vivienda adecuada, saneamiento básico, acceso al agua o hábitat seguro. Es así, como la población menor a los 17 años alcanza un valor de pobreza 10 puntos por encima del registro de la población general (38%), lo que abarca a 6,3 millones de NN/A.⁴

El Estado es garante del lugar de los NN/A como sujetos de derecho reconociendo e identificando aquellas prácticas en tensión con las normativas vigentes en relación al cuidado y promoción de sus derechos, y colaborando a su vez con las familias para que estas cumplan su función primordial de cuidado y protección.⁵ En Bahía Blanca, en abril del 2018, el Consejo Local de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, con el Consejo Consultivo de Cultura, presentaron en Asamblea Pública

Abierta el primer diagnóstico sobre el recorte en políticas públicas, simultáneamente a la solicitud al gobierno comunal de la declaración de Emergencia en Niñez.⁶

En cuanto a salud pública, la ciudad cuenta con el Hospital Interzonal Dr. Penna, dependiente de la Provincia de Buenos Aires, y el Hospital Municipal Dr. Leónidas Lucero, Unidades Sanitarias y Centros de Salud dependientes del municipio, agrupados en Áreas Programáticas de Salud.¹ Se denomina Área Programática al ámbito geográfico asignado a los servicios de salud correspondientes al Primer al primer Nivel de Atención (PNA), para optimizar la accesibilidad a la salud (Expediente municipal 79600008457/11).

El sistema de información de salud (SiSalud) vincula Unidades Sanitarias y Hospital Municipal, registra información estadística y brinda la posibilidad de consulta online de los ciudadanos de su historia clínica. Según datos obtenidos a través del SiSalud el 28.03% de las personas atendidas en la especialidad psicología en el PNA, durante el año 2018, correspondió al grupo etario circunscripto desde el nacimiento a los 19 años.

Según la misma fuente durante el periodo del primero de abril del 2019 al 31 de julio del mismo año, del total de consultas realizadas en las áreas programáticas y todas las especialidades, el 26% correspondió a población menor a 19 años, y dentro de este segmento, el 62.7% a la franja comprendida entre los 10 y 19 años.

Este estudio se implementó a fin de identificar aspectos relacionados a la consulta psicológica en el PNA, considerando los siguientes aspectos: datos sociodemográficos, red social familiar, escolaridad, actividades extraescolares, origen y motivo de consulta manifiesto, antecedentes personales de tratamientos

anteriores y actuales, diagnóstico e indicaciones terapéuticas.

En referencia a los motivos de consulta se utilizó la clasificación propuesta por Bleger.⁹ El autor clasifica las conductas en tres tipos, representándolas en círculos concéntricos los que denomina áreas de la conducta. Los tres incluyen los fenómenos mentales, corporales y los de actuación en el mundo externo.

En relación a los diagnósticos, de carácter orientador y presuntivo, se utilizó el código de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE X) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁰ También se consignaron diagnósticos propios del SiSalud.

La consulta psicológica temprana es un factor de prevención y promoción de la salud mental comunitaria. El cuidado de la salud de manera integral de NN/A determina en gran medida la salud de la población adulta en un futuro. Es por esto que en este estudio la población incluida contempla sujetos desde el momento del nacimiento hasta los 19 años. También contempla la identificación de señales de alerta y de los componentes subjetivos vinculados a problemáticas del campo de la salud integral.¹¹ Por otra parte, la Ley de protección de Salud Mental¹² ubica al Estado como garante del derecho de todas las personas a la atención efectiva y oportuna de la salud mental.

Proponemos como primer paso el registro y descripción de indicadores sociodemográficos y propios de la consulta psicológica de NN/A que asiste a la especialidad psicología en el Primer Nivel de Atención.

El objetivo de este trabajo fue caracterizar el perfil epidemiológico de niños, niñas y adolescentes que asisten a consulta psicológica en el Primer Nivel de Atención de salud.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, de corte trasversal. El período de estudio fue de abril a junio 2019 y la población en estudio sujetos de 0 a 19 años usuarios del sistema público de salud, en Primer Nivel de Atención, de la localidad de Bahía Blanca (Buenos Aires, Argentina).

La muestra de estudio fue conformada de manera no aleatoria, por conveniencia. Se incluyeron niños/as y adolescentes de 0 a 19 años que solicitaron consulta psicológica en Unidades Sanitarias. Se excluyeron aquellos que tuvieron falta de comprensión de la propuesta de participación, situación de crisis, urgencia subjetiva o emergencia médica, excitación psicomotriz.

El instrumento utilizado para la recolección de datos es un cuestionario estructurado construido Ad Hoc, que se completó por el psicólogo, por única vez, por cada usuario/a comprendido en la muestra, en la primera entrevista. La administración de las encuestas se llevó a cabo en las Unidades Sanitarias, comprendidas en las 10 áreas programáticas de salud en las que se organiza el sistema sanitario local.

Variables relevadas en el estudio:

- Datos sociodemográficos: edad, género, genograma, red de convivencia actual, escolaridad, actividades extraescolares actuales.
- Datos de la consulta: origen, motivo de consulta manifiesto, acompañantes en la consulta.
- Tratamiento asociado a salud mental anterior y/o actual.
- Tratamiento psicofarmacológico anterior y/o actual.
- Datos clínicos: diagnóstico presuntivo e indicación terapéutica.

El análisis estadístico y el procesamiento de la información se realizaron en software estadístico SPSS versión 15.0.

El proyecto se ajustó a las leyes nacionales N° 25326 de Protección de los Datos Personales¹³, N° 17622 que garantiza el secreto estadístico¹⁴ y N° 26657 de Protección de la Salud mental¹², como también a la Declaración de Helsinki.¹⁵

Los datos fueron utilizados con el único fin de describir los aspectos mencionados y se garantizó la confidencialidad de la identidad de los sujetos.

Se confeccionó el consentimiento informado de acuerdo a las normativas vigentes, considerando la particularidad de tres grupos etarios: 0-12 años, 13 a 15 años y 16 a 19 años.

Resultados

Bahía Blanca se encuentra organizada en 10 Áreas Programáticas de salud ya que la que era inicialmente el Área 1 fue absorbida por Área II. Se administraron un total de 89 encuestas, representando al 90% de las Áreas Programáticas en las que se divide la ciudad. El 74.14% de la totalidad de datos obtenidos corresponde a las Áreas III, IX, X y XI.

Datos sociodemográficos

Para la construcción del perfil sociodemográfico se registró en primer lugar el grupo etario de pertenencia. Así, de un total de 89 respuestas obtenidas, el 37.07% de los encuestados se ubicó en el grupo etario 10 a 14 años, el 30.33% entre 5 y 9 años, el 28.08% entre 15 y 19 años y el 4.49% entre los 2 y los 4 años. Tres respuestas vacías, correspondieron al 3.37% (Ver gráfico 1).

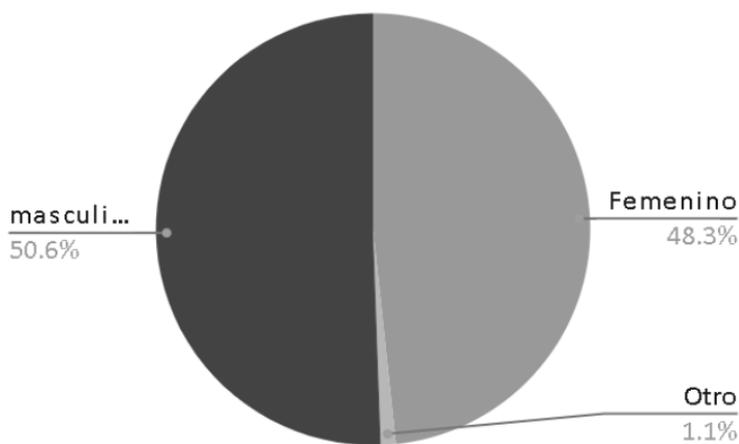


Gráfico 1. Distribución de la muestra según grupos etarios. Secretaria de salud. Partido de Bahía Blanca, Periodo abril-junio 2019.

También se indagó género auto percibido, obteniendo los siguientes resultados: un 50.6% respondió masculino, un 48.3% femenino y el 1.1% otro género sin especificar (Ver gráfico 2).

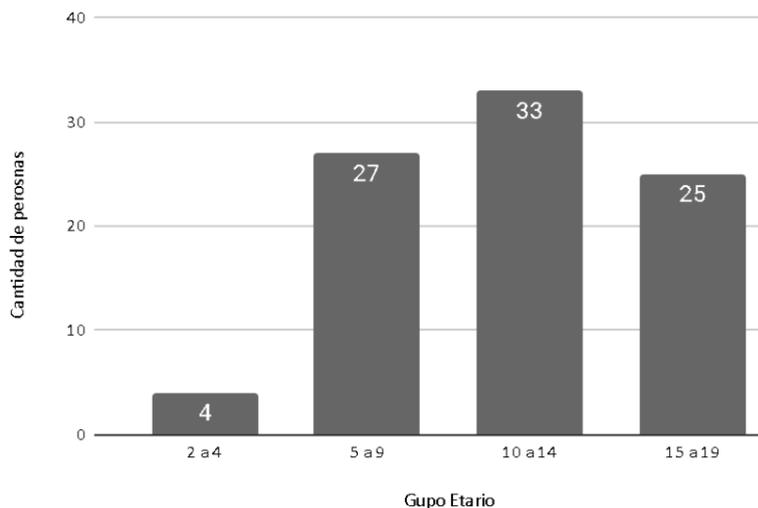


Gráfico 2. Genero. Partido de Bahía Blanca. Periodo abril-junio 2019. N=89.

Para la sistematización del genograma se utilizó la siguiente clasificación: familia nuclear (progenitores, con o sin hermanos), monoparental (un solo progenitor, con o sin hermanos), ensamblada (miembros de dos o más familias), extendida (con o sin progenitores, inclusión de otros familiares de segundo y tercer grado, o tres generaciones convivientes: abuelos, tíos, primos), homoparental (pareja de dos hombres o dos mujeres), hogar convivencial a cargo del Estado. En 85 de las 89 encuestas figuraba el dato. El 31.46% refirió familia extendida, el 25.84% familia nuclear, 17.97% familia ensamblada, el 16.85% monoparental, el 2.24% hogar convivencial y el 1.12% vivir en pareja.

En el grupo que respondió familia extendida, el 57.14% no incluyó a los progenitores, el 32.14% incluyó un solo progenitor y un 10.71% incluyó a los dos.

En cuanto a la escolaridad de los encuestados se indagó situación actual y repitencias. El 29.75% refirió asistir a escuela primaria. El 70.22% respondió asistir a escuela secundaria. El 19% refirió repetir sin especificar el año.

Otro ítem relevó las actividades extracurriculares a la que concurren los NN/A. De 88 respuestas, el 60.22% refirió no realizar ninguna actividad extracurricular. Del 39.73% que si realizan, las actividades mencionadas fueron las siguientes: fútbol con el 11.36%, boxeo 7.95%, natación 6.81%, taller de arte 4.54%, baile 3.4%, patín

2.27%, grupo scout 2.27%, y por último, talleres del centro de salud (sin especificar) con el 1.13%.

Datos de la consulta psicológica

El 64.04% de las consultas tuvieron su origen en derivaciones y el 35.95% fueron consultas espontáneas, es decir, el usuario asistió por iniciativa propia. Del 60.04% originadas por derivación, un 56.14% provino del sistema educativo, de los tres niveles (preescolar, primaria y secundaria) a partir de la iniciativa de equipos de orientación escolar y docentes. Le sigue un 14.03% médicos de familia, 8.77% servicios locales, 5.26% hospital provincial, 5.26% hospital municipal, 3.5% juzgado de familia, 1.75% pediatría de unidad sanitaria, 1.75% fonoaudiología de unidad sanitaria, 1,75% hogar convivencial y 1.75% Programa Envión (destinado a NN/A entre 12 y 21 años en situación de vulnerabilidad social).

El 53.9% de los motivos de consulta manifiesta correspondieron al área social, es decir en el mundo externo, el 35.9% al área mente y el 10.1% al área cuerpo. (Ver gráfico 3).

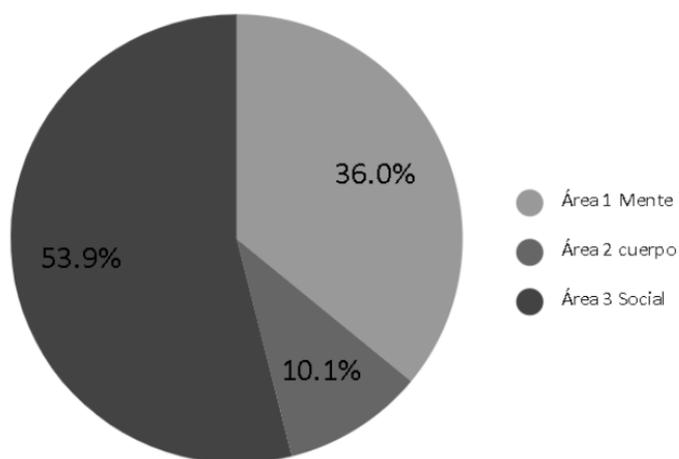


Gráfico 3. Motivos de consulta. Partido de Bahía Blanca. Periodo abril-junio 2019. N=89.

Se indagó acerca del acompañante del NN/A a la consulta psicológica. El 60.22% asistió con su madre, siguiéndole el 10.22% con sus abuelos, el 9.09% con su padre, el 5.68% con sus tíos, el 3.4% con docentes, el 1.13% con hermanos y el

1.13% con pares. El 9.09% de los encuestados asistió solo. En una encuesta no figura este dato.

En relación a los antecedentes personales de tratamientos anteriores asociados a salud mental, el 48.82% de los encuestados refirió haber realizado tratamiento psicológico previo a la consulta actual. Con respecto a tratamientos asociados anteriores o actuales el 12.5% refirió tratamiento neurológico, el 9.63% tratamiento psicopedagógico, un 8.98% tratamiento psiquiátrico, un 6.74% tratamiento fonoaudiológico y el 4.49% tratamiento nutricional.

Con respecto a la pregunta sobre tratamiento psicofarmacológico y la especialidad que prescribió la medicación, las respuestas arrojaron que el 11.23% de los encuestados realizaba en la actualidad tratamiento psicofarmacológico. El 88.76% de este segmento no contaba con el dato de la especialidad que prescribe la medicación. Las encuestas que lo consignaron mencionaron en primer lugar psiquiatría, siguiéndole clínica de urgencia, neurología e infectología en un mismo porcentaje. Entre los psicofármacos indicados figuran: antipsicóticos (risperidona, aripiprazol, quetiapina), benzodicepinas (clonazepam, alprazolam), antidepresivos (sertralina) y estimulantes del sistema nervioso central (ritalina). Por último, la edad de los NN/A con tratamiento psicofarmacológico presentó la siguiente distribución: un 50% correspondió al rango etario de 14 a 16 años, el 30% se ubicó entre los 17 y los 19 años, y el 20% entre los 11 y 12 años.

En referencia a los diagnósticos psicopatológicos presuntivos, se consignaron un total de 82 diagnósticos utilizándose para su categorización la clasificación del CIE X y la nomenclatura del SiSalud. Un 7.86 % de las encuestas no registró el dato (Ver tabla 1).

El último ítem del cuestionario indagó acerca de las indicaciones terapéuticas dadas por los profesionales. En siete encuestas no se obtuvo el dato. (Ver gráfico 4).

Diagnóstico	Total	%
Trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicotrópicas [F10-F19]	1	1.12
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes [F20-F29]	2	2.24
Trastorno del humor (afectivos) [F30-F39]	3	3.37
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos [F40-F48]	6	6.74
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos [F50-F59]	1	1.12
Trastorno de la personalidad y el comportamiento del adulto [F60-F69]	1	1.12
Retraso mental [F70-F79]	2	2.24
Trastorno del desarrollo psicológico [F80-F89]	8	8.98
Trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia [F90-F98]	24	26.9
Causas externas de mortalidad y morbilidad [X60-X84]	2	2.24
Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios [Z00-Z99]	16	17.9
Problemas paterno filiales	8	8.98
Problemas biográficos vitales	3	3.37
Abuso sexual infantil	1	1.12
Proceso de duelo	3	3.37
Violencia física/ psicológica	1	1.12
Vacías/ sin dato	7	7.86
Total	89	99.9

Tabla 1. Diagnostico presuntivo. Partido de Bahía Blanca. Periodo abril-junio 2019.

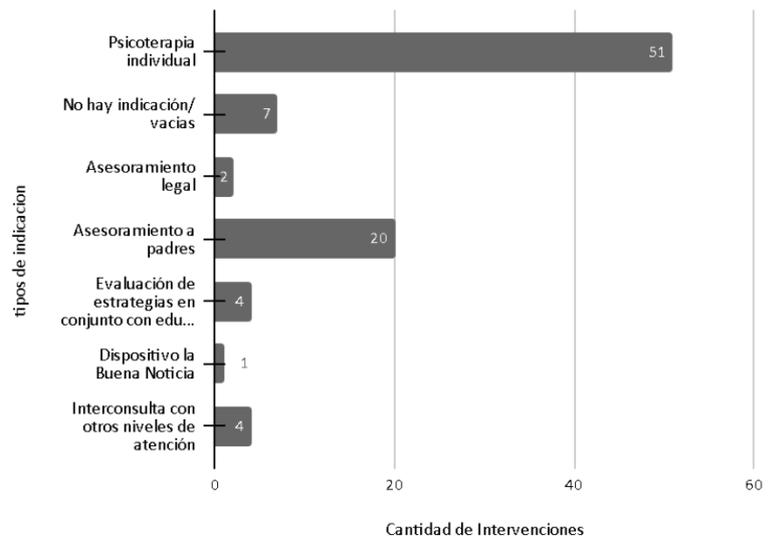


Gráfico 4. Diagnostico presuntivo. Partido de Bahía Blanca. Periodo abril-junio 2019.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio permiten perfilar al consultante menor de 19 años y a la consulta psicológica en el PNA. Detallamos a continuación datos significativos.

Se administraron un total de 89 encuestas, las áreas que completaron mayor cantidad de cuestionarios fueron la X, III, IX y XI.

En referencia a la edad de los encuestados, el mayor número de consultas estuvo representado en la pubertad y la adolescencia inicial (10-14 años), seguido por el periodo que comprende el fin de la primera infancia (5-9 años). En ambos momentos vitales se dan cambios formales del ciclo escolar y conllevan nuevas exigencias subjetivas, reposicionamientos frente a sí mismo y los otros, y redefinición identitaria.

En cuanto al género auto percibido, no se encontraron diferencias significativas entre masculino y femenino.

En cuanto a la distribución por edades y género, la consulta masculina fue mayor en consultantes menores de 9 años. A partir de los 10 años esa tendencia se revirtió, siendo significativa en el grupo etario comprendido entre los 10 y 14 años en el cual se perfiló una mayor la consulta femenina.

En referencia a la constitución familiar del consultante en ningún cuestionario se señaló progenitores fallecidos. La familia extendida obtuvo el mayor porcentaje. Un dato significativo fue que más de la mitad de quienes señalaron esa opción no incluyeron en ella a ningún progenitor. En todas las opciones presentadas para responder este ítem: nuclear, monoparental, ensamblada o extendida, la figura materna fue la que apareció con mayor frecuencia.

En referencia al nivel educativo el mayor porcentaje de los encuestados asistía a escuela secundaria, y no repitió en ningún nivel educativo, correspondiéndole la mayor frecuencia de asistencia a tercer y primer año.

Por otra parte, más de la mitad de los encuestados no realizaba actividades extracurriculares, constituyéndose en un dato significativo ya que la inclusión en espacios de recreación deportiva y artística, contribuye al desarrollo integral de NN/A. De aquellos que contestaron afirmativamente las dos principales actividades mencionadas culturalmente se asocian al género masculino (fútbol y boxeo). Las barreras económicas y la uniformidad de alternativas propuestas en las comunidades barriales podrían ser factores determinantes de la situación relevada.

Más de la mitad de las consultas surgieron por derivación, principalmente del sistema educativo. Este resultado muestra a la escuela como espacio social por excelencia de las infancias y adolescencias y destaca la importancia de implementar abordajes intersectoriales con NN/A. Un hallazgo significativo fue que en el relevamiento de indicaciones psicológicas sólo en un mínimo porcentaje aparecieron estrategias articuladas con sistema educativo. La segunda fuente de derivación fue el sistema de salud del primer y segundo nivel de atención, siendo seguido por organismos de promoción y protección de los derechos de los NN/A.

Los motivos de consulta pertenecieron principalmente al área social, abarcando: dificultades para el control de los impulsos (dificultades de aceptación de límites, agresividad, conductas disruptivas), conflictos familiares (violencia intrafamiliar, abandono, conflictos de la pareja parental), conflictos con

pares (bullying, labilidad para el establecimiento del lazo con otros), dificultades en el aprendizaje, problemas de conducta, abuso sexual.

Otro hallazgo significativo teniendo en cuenta que un alto porcentaje de los sujetos era menor a 14 años, fue que casi la mitad de los consultantes realizó tratamiento psicológico previo a la consulta actual.

Entre los tratamientos asociados a salud mental que fueron consignados, aparecieron en primer lugar tratamiento neurológico, siguiéndole tratamientos psicopedagógico, psiquiátrico, fonoaudiológico y nutricional. Un 11.23% de los consultantes realizaba tratamiento psicofarmacológico. Los psicofármacos prescritos que se registraron son antipsicóticos, benzodiacepinas, antidepresivos y estimulantes del Sistema Nervioso Central, correspondiendo a la mitad de esos consultantes de entre 14 y 16 años, seguido por adolescentes de 17 a 19 años, y en tercer lugar por el grupo comprendido entre 11 y 12 años.

El diagnóstico psicopatológico presuntivo utilizado con mayor frecuencia fue Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

En las indicaciones terapéuticas se consignó en primer lugar la psicoterapia individual siguiendo el asesoramiento a padres, las estrategias en conjunto con sector educación, la solicitud de interconsulta a otras especialidades o niveles, y el asesoramiento legal. Significativamente indicaciones terapéuticas grupales, familiares y vinculares aparecieron configurando un porcentaje menor.

Conclusiones

Podríamos esquematizar el perfil del consultante de primera vez a psicología en el Primer Nivel de Atención de la siguiente forma: sujeto entre 10 y 14 años, femenino o masculino, que posee una familia extendida, en la que se incluye su madre. Asiste a tercer año de la escuela secundaria, y no ha repetido. No realiza actividades extracurriculares. Asiste a consulta psicológica, acompañado por su madre, habiendo sido derivado por la institución escolar a la que asiste. El motivo de consulta implica un conflicto que se manifiesta en el área social de la conducta y ya

ha realizado tratamiento psicológico previo. El diagnóstico psicopatológico actual es Trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual de la infancia y adolescencia, siendo la indicación terapéutica psicoterapia individual.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de los siguientes psicólogos quienes desarrollan su labor profesional en el PNA: Boulocq Berenice, Cachiarelli Analía, Ciucci Carlos, Crocioni Luciana, Eliosoff Débora, García Pasquaré Ezequiel, Ortiz Acuña Gabriela, Páez Mariana, Romano Fabricio, Schardgrosky Analía, Seitz Vanesa, Spinelli Juliana, Zitto Claudia.

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

Bibliografía

1. La Ciudad. Municipio de Bahía Blanca. En: <https://www.bahia.gob.ar/ciudad/>
2. Cuadro P2-D. Provincia de Buenos Aires, partido Bahía Blanca. Población total por sexo e índice de masculinidad, según edad en años simples y grupos quinquenales de edad. Año 2010 Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. En: https://www.indec.gob.ar/ftp/censos/2010/CuadrosDefinitivos/P2-D_6_56.pdf
3. Dinatale, M. (2018). El 48% de los chicos en la Argentina vive en la pobreza según un informe de UNICEF. INFOBAE, 4/12/18. En: www.infobae.com/sociedad/2018/12/04/el-48-de-los-chicos-en-la-argentina-vive-en-la-pobreza-segun-un-informe-de-unicef/
4. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina. En: <https://www.indec.gob.ar/bases-de-datos.asp>
5. Ley Nacional N° 26061, de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes (2005). En: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
6. Andar, Agencia de Noticias (2018) "Bahía Blanca: cuando los dispositivos de niñez no alcanzan". En: <https://www.andaragencia.org/bahia-blanca-cuando-los-dispositivos-no-alcanzan/>
7. Ordenanza Municipal N° 12711. En: <https://www.bahia.gob.ar/decretosyresoluciones/ordenanza/12711>
8. Kern H. (2017). Proyecto de Salud Mental y Adicciones 2017-2020. Departamento de Salud Mental y Adicciones. Municipalidad de Bahía Blanca. Sin publicar.
9. Bleger J. (1967). Las enseñanzas fundamentales. En: <http://www.area3.org.es/uploads/Las-ensenanzas-fundamentales.pdf>.
10. World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana. En: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
11. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019). Recomendaciones para el abordaje de la salud mental en el Primer Nivel de Atención. En: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Abordaje-salud-mental-primer-nivel-atencion.pdf>
12. Ley Nacional N° 26657, de protección de la Salud Mental (2010). En: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.
13. Ley Nacional N° 25326 de Protección de datos personales (2000). En: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/norma.htm>
14. Ley Nacional N° 17622 de Estadística y Censos (1968). En: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/24962/texact.htm>.
15. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki (1964). En: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
16. Ley de la Provincia de Buenos Aires N° 13634. En: <https://normas.gba.gob.ar/ar-b/ley/2007/13634/3231>.

Calidad de vida relacionada a la salud en escolares de Bahía Blanca: intimidación entre pares y estructura familiar

Health-related quality of life in schoolchildren in Bahía Blanca: intimidation among peers and family structure

Ezequiel Francisco Jouglard.

Departamento de Ciencias de la Salud Universidad Nacional del Sur.

Recibido:
Agosto 2021

Aceptado:
Agosto 2021

Dirección de correspondencia:
Jouglard Ezequiel
Francisco

rocojouglard@hotmail.com

Resumen

En los últimos años las situaciones de intimidación entre pares en el ámbito escolar han ido en aumento, lo que provoca una afectación en la salud del niño. En este sentido, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un indicador multidimensional de salud informada por los propios niños y niñas. **Objetivo:** determinar la percepción de CVRS de niños y niñas de cuarto a sexto grado que asisten a escuelas estatales de la ciudad de Bahía Blanca en el año 2015, de acuerdo a su participación en situaciones de intimidación y la relación con la estructura familiar. **Materiales y Método:** Estudio descriptivo de tipo transversal. Se aplicaron cuestionarios auto administrado: el PRECONCIMEI sobre intimidación entre pares, el Kidscreen-52, y uno sobre la estructura familiar. La muestra estuvo compuesta por 572 niños pertenecientes a 5 escuelas estatales de Bahía Blanca. Se realizó análisis univariado, bivariado, se utilizó la prueba T independiente y el test de ANOVA. **Resultados:** Se detectó una frecuencia de participación en situaciones de intimidación en forma estable del 10,3%. Este grupo presentó puntajes menores en todas las dimensiones de la CVRS cuando se los comparó con los que no participaron. Los niños pertenecientes a familias nucleares tuvieron mayores puntajes, cuando se los comparó con otros tipos de familias. **Conclusiones:** La pertenencia a familias nucleares actuaría como un factor de protección.

Palabras clave: Intimidación, Niños, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Determinantes Sociales de la Salud.

Abstract

In recent years, bullying situations among peers in the school environment have been increasing, which causes an effect on the health of the child. In this sense, health-related quality of life (HRQoL) is a multidimensional indicator of health reported by the children themselves. **Objective:** to determine the perception of HRQL of boys and girls from fourth to sixth grade who attend state schools in the city of Bahía Blanca in 2015, according to their participation in bullying situations and the relationship with the family structure. **Materials and Method:** descriptive cross-sectional study. Self-administered questionnaires were applied: the PRECONCIMEI on bullying among peers, the Kidscreen-52, and one on family structure. The sample consisted of 572 children belonging to 5 state schools in Bahía Blanca. Univariate and bivariate analyzes were performed, the independent T test and the ANOVA test were used. **Results:** A stable 10.3% frequency of participation in bullying situations was detected. This group presented lower scores in all dimensions of HRQL when compared with those who did not participate. Children belonging to nuclear families had higher scores when compared to other types of families. **Conclusions:** Belonging to nuclear families would act as a protective factor.

Keywords: Bullying, Child, Quality of Life, Social Determinants of Health.

Introducción

La conceptualización de la salud ha ido evolucionando hasta entenderse como un conjunto de recursos en los que están incluidos las capacidades personales, sociales, físicas y psicológicas, que permite a las personas afrontar su entorno o contexto, ya sea este interpersonal, social, biológico y físico; para concretar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades. Cuando se piensa en poblaciones infantiles, este concepto incorpora el desarrollo y la posibilidad de llevar a cabo estas capacidades.¹ Estas definiciones modernas promovieron el desarrollo de medidas que permiten captar la salud en forma multidimensional y con una mirada positiva, como la de salud percibida o de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).² La información derivada de la percepción del niño o niña, es complementaria a las medidas tradicionales y su incorporación en la toma de decisiones tiene cada vez más relevancia.^{3,4}

Durante esta etapa del ciclo vital, los dos ámbitos más cercanos son la escuela y la familia; en este sentido en los últimos años y dentro de los determinantes intermedios ha cobrado mayor relevancia y reconocimiento distintas situaciones de violencia en el ámbito escolar y particularmente la intimidación entre pares.⁵ Olweus, uno de los pioneros de la investigación sobre intimidación, la define como un conjunto de comportamientos físicos, verbales que una persona o grupo de personas, de forma hostil y abusando de un poder real o ficticio, dirige contra un compañero/a de forma repetida y duradera con la intención de causarle un daño.⁶ Al respecto, Avilés señala: “la intimidación y el maltrato entre escolares, ocurre de forma repetida y mantenida en el tiempo, siempre lejos de la mirada de los adultos, con la intención de humillar y someter abusivamente a una víctima indefensa por parte de uno o un grupo abusador, a través de agresiones físicas, verbales, sociales, con resultados de victimización psicológica y rechazo grupal”.⁷ El

involucramiento de los niños y niñas en situaciones de intimidación, se relaciona con la presencia de distintos tipos de dificultades físicas y emocionales, que afectan su CVRS.^{8,9,10,11} El entorno familiar, representado como un indicador del desarrollo humano es reconocido por ser determinante de la desigualdad social¹², también se ha reportado que afecta la CVRS.^{13,14}

La CVRS evalúa el bienestar y la capacidad para realizar actividades importantes para el individuo a partir de su propia percepción influenciada por su estado de salud-enfermedad.^{15,16}

En este sentido se considera que la CVRS es una medida de la capacidad para realizar actividades y funciones importantes para niños y niñas a partir de su propia percepción y permite estudiar el impacto de problemas de salud, tratamientos, intervenciones preventivas y desigualdades sociales.

El objetivo general es el de determinar el cambio en la percepción de CVRS de niños y niñas de cuarto a sexto grado que asisten a escuelas de gestión estatal de la ciudad de Bahía Blanca en el año 2015, de acuerdo a su participación en situaciones de intimidación y la relación con la estructura familiar.

Materiales y método

Estudio descriptivo de corte transversal, realizado en escuelas estatales de Bahía Blanca seleccionadas por muestreo de conveniencia, en las que se realizaron mediciones de la CVRS y variables secundarias, durante el año 2015.

La población del estudio es la de alumnos de 4º a 6º grado que concurren a escuelas estatales. Se realizó un muestreo por conveniencia de escuelas estatales hasta alcanzar el tamaño de la muestra necesario.

Se definieron según su participación en situaciones de intimidación, medida a través del Cuestionario Pre Concepciones de Intimidación y Maltrato Entre Iguales (PRECONCIMEI) el mismo consta de 12 ítems de opción múltiple

que permite caracterizar tres roles: ejerce el maltrato, recibe el maltrato y recibe-ejerce el maltrato.

Para medir la CVRS se utilizó el cuestionario KIDSCREEN de CVRS que obtiene datos para 10 dimensiones. Para este estudio se cuenta con la versión adaptada para la población argentina.¹⁷ Este cuestionario tiene una serie de dimensiones, que en este modelo reconoce los conceptos de bienestar físico (niveles de actividad física, energía y condición física), bienestar psicológico (emociones positivas y la satisfacción con la vida), estado de ánimo y emociones (experiencias negativas, estados de ánimo depresivos y sensaciones de estrés), autopercepción (percepción sobre sí mismo/a, apariencia física y satisfacción relacionada con ellos), autonomía (oportunidades en su tiempo de ocio), relación con los padres y vida familiar (calidad de relación con los padres y atmósfera familiar), relación con los amigos y apoyo social (naturaleza de las relaciones sociales con otros de su edad), entorno escolar (percepción sobre su aptitud para el aprendizaje, concentración y sensaciones sobre la escuela), rechazo social - bullying- (sentimientos de rechazo por parte de los compañeros) y recursos económicos (evalúa la percepción sobre la capacidad financiera familiar), (Tabla 1).

La estructura familiar se recogió mediante preguntas tendientes a determinar la composición.

En la actualidad la estructura familiar ha sufrido cambios, lo que se ve reflejado en la participación de la mujer en el mundo laboral, la desintegración familiar y la constitución de nuevos tipos de agrupamiento que han ido ocupando el lugar de la forma tradicional o familia nuclear. Esta estructura o tipo de familia en donde se desarrolla el niño, responde a cómo está conformada o cuál es la composición de su familia.

- Variable de resultado: Valor de las dimensiones de la CVRS medida a través del Cuestionario KIDSCREEN-52

Dimensión	Significancia de la dimensión
Bienestar Físico	Niveles de actividad física, energía y condición física.
Bienestar Psicológicos	Emociones positivas y la satisfacción con la vida.
Estado de Ánimo	Experiencias negativas, estados de ánimo depresivos y sensaciones de estrés.
Autopercepción	Percepción sobre sí mismo/a, apariencia física y satisfacción relacionada con ellos.
Autonomía	Oportunidades en su tiempo de ocio.
Relación con los padres y vida familiar	Calidad de relación con los padres y atmósfera familiar
Recursos Económicos	Evalúa la percepción sobre la capacidad financiera familiar.
Relación con los amigos y apoyo social	Naturaleza de las relaciones sociales con otros de su edad.
Entorno Escolar	Percepción sobre su aptitud para el aprendizaje, concentración y sensaciones sobre la escuela
Aceptación Social	Sentimientos de rechazo por parte de los compañeros

Tabla 1. Dimensiones y constructos que evalúa el Kidscreen.

- Variable de exposición: tipo de participación en situaciones de intimidación.
- Variables secundarias: estructura familiar

Se utilizó la Prueba de Chi² para diferencia de proporciones en las variables medidas en una escala nominal dicotómica, como por ejemplo, la participación o no en situaciones de intimidación. Se compararon las medias según su participación en situaciones de intimidación y las variables secundarias se utilizó la prueba T independiente y para aquellas variables con más de tres categorías, el test de ANOVA. Se utilizó como control al grupo de niños que no participaron en situaciones de intimidación. Se utilizó un nivel de significación de 0,05. El software utilizado fue el SPSS 17. Para el manejo de bases de datos, gráficos y tablas se complementó con el Microsoft Excel 2010.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Investigación en Salud del Hospital Municipal de Agudos (Bahía Blanca).

	Mujeres	Varones	Total
Sexo	284 (49,7%)	288 (50,3%)	572
Edad (años)	10,02	10,08	10,06
Escolaridad Familiar			
Nivel Terciario	39,2%	44,1%	43,1%
Nivel Secundario	49,5%	44,1%	48,3%
Primario o Sin Estudios	7,7%	9,4%	8,6%
Nivel Socioeconómico			
Bajo	7,1%	7,3%	7,2%
Medio	31,1%	25,7%	28,3%
Alto	56,2%	58,3%	61,7%

Tabla 2: Características de la muestra según sexo.

Resultados

Se logró completar los cuestionarios de 572 (98,5%) niños y niñas. Las características generales de la población, tuvieron una composición con una media de edad de 10,06 años con un 49,7% de mujeres. El 61,7% tenían un nivel socioeconómico alto, el 28,3 % medio y el 7,2% bajo. El nivel de instrucción familiar estuvo representado en el 43,1% con un nivel terciario, el 48,3% con un nivel secundario y el 8,2 % con un nivel primario o sin estudios (Tabla 2).

Cuando se analizó la asociación entre la participación en situaciones de intimidación entre pares y la estructura familiar, se verificó que no hubo asociación entre ellos (Tabla 3).

Al evaluar la CVRS, cuando se consideró a los niños y niñas que participan en situaciones de intimidación, se verificó que los niños y niñas de familias nucleares, tuvieron puntajes mayores al resto en siete dimensiones, mientras que los niños y niñas pertenecientes a las familias reconstituidas tuvieron los menores puntajes en seis dimensiones. Es de destacar la dimensión aceptación social, donde los niños de las familias reconstituidas presentaron valores muy por debajo y de riesgo (32,6), cuando se las comparó con los de las familias nucleares (39,6)

y monoparentales (42,9) con significancia estadística (Tabla 4).

Discusión y conclusiones

Se pudo observar el rol que tiene la estructura familiar, verificando la importancia que tiene la familia nuclear como factor protector cuando un niño o niña está expuesto a situaciones sociales adversas y que afectan su salud.

Según Starfield los determinantes que pueden afectar la salud de los niños son el medio ambiente y política educacional, la política social, la política económica y la política sanitaria. Desde una perspectiva de las desigualdades sociales conocer la interacción entre la posición familiar y la exposición ambiental es sumamente relevante para conocer el estado de situación y obtener indicadores válidos.

Agradecimientos:

Este trabajo se enmarca dentro del grupo interdisciplinario de investigación Escuchando al otro ayudamos, dirigido por la Profesora Mg. Eugenia Esandi, del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur.

			Estructura familiar					Total
			Nuclear	Mono parental	Mono parental extendida	Reconstituida	Sin padre ni madre	
Participación Dinámica	Participación Estable	n	41	8	4	6	0	59
		%	69,5%	13,6%	6,8%	10,2%	0,0%	100%
	Participación Variable	n	112	29	13	21	1	176
		%	63,6%	16,5%	7,4%	11,9%	0,6%	100%
	No participa	n	211	41	20	28	2	302
		%	69,9%	13,60%	6,6%	9,3%	0,7%	100%
Total		n	364	78	37	55	3	537
		%	67,8%	14,50%	6,9%	10,2%	0,6%	100,0%

Tabla 3. Grado de asociación entre participación dinámica en situaciones de intimidación y estructura familiar. Test Chi2 0,686.

	Part. Estable (n=59)							
	Nuclear (n=41)	DE	Mono parental (n=8)	DE	Mono parental extendida (n=4)	DE	Reconstituida (n=6)	DE
Bienestar físico	53,1	9,8	52,8	7,8	47,5	6,3	51,6	4,3
Bienestar psicol.	54,8	9,4	50,3	7,2	50,6	12,2	49,4	9,5
Estado de ánimo	44,7	8,0	49,2	14,3	47,0	22,5	43,4	12,3
Autopercepción	54,9	10,5	57,2	11,0	50,3	19,3	53,1	13,7
Autonomía	51,3	8,4	49,4	8,9	48,4	14,6	48,1	7,0
Relación con los padres	52,8	10,4	48,2	6,7	48,2	3,0	43,0	12,3
Amigos y apoyo social	52,4	11,6	49,0	9,9	47,1	17,2	48,6	6,5
Entorno escolar	54,3	9,0	53,4	11,4	51,3	17,5	48,4	8,5
Aceptación social	39,4	11,0	42,9	11,2	36,0	16,8	32,6	5,4
Recursos económicos	45,0	8,5	40,4	8,4	43,0	14,3	46,5	10,4

Tabla 4. Media de la CVRS en niños con participación estable en situaciones de intimidación según estructura familiar.

Bibliografía

1. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 452-454.
2. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX* (2), 2003
3. Deshpande PR, Rajan S, Abdul Nazir CP. Patient-reported outcomes: A new era in clinical research. *Perspect Clin Res.* 2011 Oct-Dec; 2(4): 137-144
4. González de Dios J. Calidad de vida relacionada con la salud: conocer e implementar en la toma de decisiones basada en pruebas en pediatría. *An Pediatr (Barc)* 2004;60(6):507-13
5. Wolff C, Estefan K. Bullying: una mirada desde la salud pública. *Rev. Chil. Salud Pública*; 12(3): 181-187, 2008.
6. Olweus D. (1993). Conductas de acoso y amenaza entre escolares (trad. 1998). Madrid: Morata.
7. Aviles JM. PRECONCIMEI. Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales. 2002. Valladolid. JMAM.
8. Rigby K. Consequences of Bullying in Schools. *Can J Psychiatry* 2003; 48:583-590.
Hawker SJ, Boulton MJ. Twenty years' research on peer victimization and psychosocial adjustment: a meta-analytical review of cross-sectional studies. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 42:441-55.
9. Due P, Holstein B, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P, Currie C, and the Health Behaviour in Schoolaged Children Bullying Working Group. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries *Eur J. Public Health* 2005;15:128-32.
10. Frisén A, Bjarnelind S. Health-related quality of life and bullying in adolescence. *Acta Pædiatrica* 2010. 99: 597-603.
11. Rajmil L, Diez E, Peiro R. Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010;24(Suppl 1):42-48.
12. Eymann A, Busaniche j, Llera J, De Cunto C, Wahren C. Impact of divorce on the quality of life in school-age children. *J Pediatr (Rio J).* 2009;85(6):547-552
13. Orgilés M, Samper MD. El impacto del divorcio en la calidad de vida de los niños de 8 a 12 años de edad en la provincia de Alicante. *Gac Sanit.* 2011;25(6):490-494.
14. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac Sanit.* 2000; 14:163-7.
15. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica Chile.* 2010; 138:358-365.
16. Berra S, Bustingorry V, Henze C, Díaz MP, Rajmil L, Butinof M. Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir la calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. *Arch Argent Pediatr.* 2009; 107(4):307-314.
17. Starfield B. (2001) Basic concepts in population health and health care. *Journal Epidemiology and Community Health.* 55, p.452-454.

Trombólisis intravenosa en accidente cerebro vascular isquémico agudo: análisis retrospectivo de 10 casos en el Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero

Intravenous thrombolysis in acute ischemic stroke: retrospective analysis of 10 cases at the Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero

Petasny Marcos¹, Beroiza Claudio J², Fuks Vanesa E.², Lamot Laura³, Vega Pamela S⁴.

1 Especialista en Terapia Intensiva, Jefe de Residentes Terapia Intensiva.

2 Residente de Terapia Intensiva.

3 Especialista en Terapia Intensiva.

4 Especialista en Emergentología, Fellow Procuración y Trasplante.

Departamento de Especialidades Clínicas - Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero".

Recibido:

Mayo 2019

Aceptado:

Agosto 2021

Dirección de

correspondencia:

Marcos Petasny

marcospetasny@gmail.com

Resumen

El accidente cerebrovascular isquémico es, en nuestro país, la segunda causa de muerte y la principal causa de discapacidad. Menos del 4% recibe tratamiento adecuado. En el Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero se elaboró un "Protocolo-ICTUS" que se implementó en 10 pacientes con clínica sugestiva ente julio de 2016 y septiembre 2018. Se evaluó su implementación en lo referente al cumplimiento de los tiempos, las características de la población seleccionada, con registro de complicaciones, mortalidad y estadía hospitalaria. El tiempo puerta-tomografía multidetector de encéfalo sin contraste se cumplió en el 78% de los casos. El 90% respeto los 120 minutos del tiempo puerta-aguja. El 56% fueron hombres. Las complicaciones aparecieron en dos pacientes y solo un paciente falleció. La estadía total fue menor a 6 días. Frente a esta descripción de casos podemos decir que existe un cumplimiento adecuado del protocolo, aunque queda mucho por perfeccionar para reducir los tiempos.

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular, Agentes Fibrinolíticos, Terapia Trombolítica.

Abstract

Ischemic stroke is, in our country, the second cause of death and the main cause of disability. Less than 4% receive adequate treatment. In the Municipal Hospital of Agudos Dr. Leónidas Lucero, a "ICTUS-Protocol" was developed that was implemented in 10 patients with suggestive symptoms between July 2016 and September 2018. Its implementation was evaluated in relation to compliance with the times, the characteristics of the selected population, with a registry of complications, mortality and hospital stay. The door- noncontrast multidetector brain tomography time was fulfilled in 78% of the cases. 90% respect the 120 minutes of the door-to-needle time. 56% were men. Complications appeared in two patients and only one patient died. The total stay was less than 6 days. Faced with this description of cases, we can say that there is adequate compliance with the protocol, although much remains to be perfected to reduce time.

Keywords: Stroke, Fibrinolytic Agents, Thrombolytic Therapy.

Introducción

El accidente cerebrovascular isquémico (ACVI) definido como el déficit neurológico súbito, habitualmente focal, causado por perturbaciones en la circulación sanguínea cerebral es, en nuestro país, la segunda causa de muerte al año, y a nivel mundial, la principal causa de discapacidad. Aun así, está comprobado que menos del 4% de los pacientes que sufren esta enfermedad reciben tratamiento adecuado.¹

Desde mediados de la década del noventa, con el advenimiento de los primeros estudios con alta evidencia respecto al tratamiento trombolítico intravenoso (IV) del ACVI, los países desarrollados han adoptado esta modalidad terapéutica, mostrando una mejoría en la evolución global de los pacientes, una disminución del riesgo absoluto del 13%, y un 30% más de posibilidades de evolucionar sin discapacidad o presentar discapacidad mínima a los 3 meses, respecto de los que no lo recibieron.²

El tratamiento trombolítico se basa en la infusión del activador tisular del plasminógeno recombinante (rtPA) encargado de la disolución farmacológica del trombo en la etapa aguda de la enfermedad, con una selección adecuada de cada paciente en función a escalas clínicas y tomográficas, cumpliendo una ventana máxima de 4,5 horas (270 minutos) desde la instauración del evento isquémico.³

En América Latina, y especialmente en Argentina, la trombólisis IV está subutilizada, ya sea por la baja disponibilidad del fármaco por factores económicos, como por el desconocimiento de parte de los profesionales sobre su clara indicación y modo de administración. Frente a esta situación, en el Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero (HMALL), en el 2016 se confeccionó un protocolo de atención y manejo ante pacientes con ACVI agudo llamado Protocolo-ICTUS (PI), integrado por personal de guardia externa, intensivistas, radiólogos y neurocirujanos para la atención y selección multidisciplinaria del paciente candidato a rtPA.⁴ La elaboración del PI se basó en los dos principales estudios que mostraron evidencia para considerar el tratamiento trombolítico IV como Clase I.^{5,6}

El PI consta de una serie de pasos sistematizados en un tiempo establecido para la selección adecuada del caso. El tiempo cero se marca con la detección del paciente al ingreso del Servicio Médico de Urgencias (SMU) con clínica de ACVI agudo. En los primeros 25 minutos se registra la National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) (Figura 1), la cual evalúa la severidad clínica del compromiso isquémico, valora 11 ítems con un total de 42 puntos que se suman en función de la valoración neurológica, y analítica sanguínea que determina la presencia de algún criterio de exclusión (Figura 2).^{7,8}

En los siguientes 20 min, sumando un total de 45 minutos, se realiza una tomografía multidetector de encéfalo sin contraste (TCMC-C) aplicando la Alberta Stroke Program Early CT Scan (escala de ASPECT). Esta última es una escala estandarizada que cuantifica las áreas hipodensas de la circulación anterior en dos cortes axiales determinados, identifica 10 áreas con un valor asignado de 1 punto a cada uno y se sustrae un punto por cada región donde se aprecia un cambio isquémico precoz. Esta misma es evaluada y revisada en conjunto entre el médico de urgencias, el intensivista y el radiólogo.

En los siguientes 15 minutos, 60 minutos totales, el paciente candidato al uso del rtPA, debe estar admitido en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), monitorizado y con una vía periférica colocada, para el inicio del goteo de la medicación trombolítica. El rtPA se administra a una dosis de 0.9 mg/kg (máx. 90 mg) en 60 minutos. El 10% de la dosis total se administra en el primer minuto y el 90% restante, en los 59 minutos siguientes.^{7,8}

El propósito de esta publicación fue describir la experiencia de la implementación del PI y el uso de trombólisis IV en 10 pacientes con ACVI agudo admitidos en nuestro hospital en el periodo de julio de 2016 y septiembre de 2018. Se realizó una descripción de las características generales de los pacientes incluidos, tiempo de demora hasta la consulta al SMU, tiempos de atención del PI, complicaciones y mortalidad asociadas a la infusión del trombolítico, y tiempo de estancia hospitalaria.

Apellido y Nombre							
1a	Nivel de conciencia	Alergia	0	6	Paresia de extremidades inferiores Se explora primero la extremidad no pirética. Debe levantar la pierna extendida a 30° Se puntúa cada lado por separado.	Mantiene posición por 5''	0
		Somnolencia	1			Claudica en menos de 5'' sin tocar la cama	1
		Obrubación	2			Claudica y toca la cama en menos de 5''	2
		Coma	3			Movimiento sin vencer gravedad	3
1b	Preguntas verbales • ¿En que mes estamos? • ¿Qué edad tiene?	Ambas rtas correctas	0	7	Ataxia de extremidades Dedo-nariz y talón-rodilla. Con déficit motor que impida medir disimetría. 0 pto	Parálisis completa	4
		Una rta correcta	1			Extremidad amputada o inmovilizada	-
		Ninguna	2			Normal	0
1c	Orden motora • Cierre y abra los ojos • Cierre y abra la mano	Ambas rtas correctas	0	8	Sensibilidad Si obrubado evaluar con retirada al estímulo de dolor. Déficit bilateral o coma: 2 pto	Ataxia en una extremidad	1
		Una rta correcta	1			Ataxia en dos extremidad	2
		Ninguna	2			Normal	0
2	Mirada Conjugada (Voluntariamente o reflejos oculocefálicos, no permitidos oculo-vestibulares) Si lesión de un nervio periférico: 1 pto	Normal	0	9	Lenguaje Si coma: 3 pto Si IOT o anartria evaluar con escritura	Leve o moderada hipoestesia	1
		Paresia parcial de la mirada	1			Anestesia	2
		Paresia total o desviación forzada	2			Normal	0
3	Campos visuales (Confrontación) Si ceguera bilateral de cualquier causa: 3 pto Si extinción visual: 1 pto	Normal	0	10	Disartria Si afasia: 3 pto	Afasia leve o moderada	1
		Hemianopsia parcial	1			Afasia grave (no se entiende)	2
		Hemianopsia completa	2			Afasia global o coma	3
		Ceguera bilateral	3			Normal	0
4	Paresia Facial	Normal	0	11	Extinción – Negligencia – Inatención Si coma: 2 pto	Leve, se le entiende	1
		Paresia Leve (asimetría al sonreír)	1			Grave, ininteligible o anartria	2
		Paresia total de musculo facial anterior	2			IOT – no puntua	-
		Paresia total de musculo facial superior e inferior	3			Normal	0
5	Paresia de extremidades superiores Se explora primero la extremidad no pirética. Debe levantar el brazo extendido en 45° (si esta en decúbito) o 90° (si esta sentado). No evalúa fuerza distal Se puntúa cada lado por separado.	Mantiene posición por 10''	0	11	Extinción – Negligencia – Inatención Si coma: 2 pto	Extinción / Inatención en una modalidad	1
		Claudica en menos de 10'' sin tocar la cama	1			Extinción / Inatención en mas de una modalidad	2
		Claudica y toca la cama en menos de 10''	2				
		Movimiento sin vencer gravedad	3				
		Parálisis completa	4				
		Extremidad amputada o inmovilizada	-				
				Fecha y Hora:			
				Puntaje:			
				TA:			

Figura 1. Escala de NIHSS - National Institute of Health Stroke Scale

CRITERIOS DE INCLUSION	
3 horas (IA) <ul style="list-style-type: none"> Paciente con signos de ACVI de < 3 hs de evolución Edad ≥ 18 años TCMC de encéfalo normal o con signos de isquemia aguda que no supere el 33% del territorio de ACM NIHSS entre 4-25 	4,5 horas <ul style="list-style-type: none"> Paciente con signos de ACVI de < 4,5 hs de evolución Edad 18 a 80 años. TCMC de encéfalo normal o con signos de isquemia aguda que no supere el 33% del territorio de ACM NIHSS entre 4-25 Sin antecedentes combinados de anticoagulantes o heparina y diabetes.
CRITERIOS DE EXCLUSION	
Absolutos <ul style="list-style-type: none"> Hemorragias intracraneales o de cualquier sitio graves reciente. Cirugía mayor o traumatismo significativo en los 3 meses previos. Antecedentes de lesión encefálica o sangrado, ACVI en los 3 meses previos, síntomas indicativos de HSA, antecedente de HSA por rotura de aneurisma. Evolución de los síntomas con hora de inicio desconocida Síntomas menores o en mejoría franca antes del inicio de la infusión NIHSS > 25 Tratamiento con heparina en las 48 horas previas o KPTT elevado/Recuento de plaquetas por debajo de 100.000 Diátesis hemorrágica conocida Glucemia por debajo de 50 mg/dl o por encima de 400 mg/dl - PAS >180 mmHg, PAD >105 mmHg Tratamiento con anticoagulantes orales. Podría considerarse tratamiento con rt-PA si RIN <1,7 Punción arterial en sitio no compresible en los 10 días previos Endocarditis bacteriana y pericarditis 	Relativos <ul style="list-style-type: none"> IAM sólo si fue tratado con rtPA durante el año previo Embarazo (primer trimestre) Crisis convulsivas al inicio del evento Diabetes (retinopatía con sangrado) Historia de anafilaxia por rtPA

Figura 2: Criterios de inclusión y exclusión de pacientes con ACV isquémico agudo candidatos a uso de rtPA.

Casos clínicos

Se registraron 10 pacientes con clínica sugestiva de ACVI al ingreso del SMU, en los cuales se aplicó el PI y se consideraron candidatos a la infusión de rtPA. El registro y análisis de cada caso particular se basó en la lectura retrospectiva de la historia clínica, se descartó un paciente por falta de datos completos.

Los pacientes con clínica de ACVI, NHISS entre 4 y 25 puntos, criterios de inclusión y exclusión revisados, y ASPECT entre 8 y 10 puntos, aplicados y cumpliendo los tiempos establecidos, fueron candidatos al tratamiento trombolítico IV con rtPA, realizado en aquellos que aceptaron el tratamiento con previa firma del consentimiento informado por el paciente, familiar o responsable legal.

Un 56% fueron de sexo masculino, con una media de edad de 55,8 años. Entre las comorbilidades más frecuentes podemos mencionar al tabaquismo, la hipertensión arterial y la obesidad con una prevalencia del 56, 34 y 34% respectivamente. En la figura 3 se muestran las características poblacionales y comorbilidades de los pacientes incluidos.

En cuanto al tiempo desde el inicio de los síntomas a la consulta, el 56% consultó antes de los 60 minutos.

Se registraron los tiempos de atención medidos en minutos:

- Tiempo inicio-aguja (objetivo: menos 120 min), medido desde el inicio del cuadro hasta el inicio de la trombólisis IV.
- Tiempo puerta-TCMC-C (objetivo: menos de 25 min) desde el ingreso al SMU hasta la realización de la tomografía.
- Tiempo puerta-aguja (objetivo: menor a 60 min), tomado desde ingreso al SMU al inicio de la infusión de rtPA.

El tiempo inicio-aguja fue variable, encontrando que solo el 33% ingresó dentro de los primeros 120 minutos (promedio 162 minutos). El tiempo puerta-TCMC-C se cumplió según protocolo, dentro de los 25 minutos en el 78% de los casos. El 90% ingresó dentro de los primeros 120

Características demográficas	Nº	Porcentaje
• Edad (años ± DS)	9	55,8±11
• Sexo masculino	5	55,6
Comorbilidades	Nº	Porcentaje
• Hipertensión arterial	5	55,6
• Tabaquismo	3	33,3
• Obesidad	3	33,3
• Fibrilación auricular	2	22,7
• ACV isquémico previo	1	11,1
• Enolismo	1	11,1
• Coronariopatía	1	11,1

Figura 3. Características de los pacientes que recibieron rtPA.

minutos del tiempo puerta-aguja (promedio 85 minutos) (Figura 4). A las 24hs del ingreso, al 78% de los pacientes se le realizó la TCMC-C control como rige el protocolo. Las complicaciones propias del tratamiento aparecieron en dos pacientes (22%), uno de ellos presento sangrado intracraneal de pequeño tamaño asintomático, que no requirió medidas invasivas con adecuada respuesta, y otro, angioedema con desenlace mortal. Se registró un paciente fallecido, lo que traduce una tasa de mortalidad de 11%.

Tiempos protocolizados	Promedio en protocolo
Tiempo inicio-aguja ± DS (min)	162,7 ± 59
Tiempo puerta-TC ± DS (min)	28,7 ± 19
Tiempo puerta-aguja ± DS (min)	96,5 ± 26

Figura 4. Características de la intervención de la muestra.

La estadía total en UTI fue en el 100% de los casos menor o igual a 5 días, y 7 de los 9 pacientes (78%) fueron dados de alta hospitalaria antes de los diez días.

Discusión

La efectividad de la trombólisis IV en el ACVI se basa en la revascularización cerebral para conseguir la recuperación funcional de la zona de cerebro afectada de forma reversible por la isquemia secundaria a la obstrucción arterial, disminuyendo la discapacidad posterior del paciente.⁹ En Argentina, aún no hay datos certeros y actualizados sobre la incidencia de ACVI, y solo el 1% de los pacientes reciben trombolítico y la gran mayoría son tratados en el sector privado.^{10,11}

Disponer de una organización del trabajo, ajustados a criterios de calidad de las guías internacionales, y teniendo la disponibilidad del fármaco (rtPA) adecuado para el manejo del ACVI, entendido como una patología de alta incidencia y morbimortalidad, con alto índice de discapacidad que supone un alto costo de salud, resulta un auténtico desafío para nuestro hospital como para el resto de los hospitales del país.

Nuestro reporte visualizo que la implementación del PI en la atención de los pacientes con ACVI agudo resulto adecuada. Si bien la muestra fue pequeña, los valores obtenidos en el diagnóstico, los parámetros de las escalas y los tiempos fueron satisfactorios y pudieron ser comparados con los estándares de calidad internacionales.

Resultó positivo observar que la mayoría de los pacientes consulta de forma precoz desde el inicio de los síntomas, relacionado al conocimiento de la patología por parte de la sociedad. Un aspecto a mencionar como relevante fue en relación al tiempo puerta-aguja, el mismo resulto más extenso comparado al tiempo establecido justificado por la demora en realizar la escala de NHSS, la toma de laboratorio y el tiempo necesario para obtener resultados y la decisión conjunta del equipo en indicar el fármaco. Este aspecto deja en evidencia la necesidad de focalizar esfuerzos en la mejora de los aspectos logísticos en relación a la implementación del PI desde cada servicio hospitalario.

La tasa de complicaciones y mortalidad que registró la muestra fue escasa, no siendo un dato concluyente dado que la muestra es pequeña. Se debería iniciar un registro hospitalario y elaborar estudios analíticos posteriores con muestras más significativas para hacer de estos resultados un dato adecuado y concluyente.

Sin bien el tratamiento con rtPA es una recomendación de alta evidencia reconocida ya hace más de 20 años, en nuestro medio estamos comenzando a familiarizarnos con su práctica. Es por esto, que a partir de los datos obtenidos mediante este informe de casos, y los analizados en la bibliografía disponible, podremos mejorar la forma de llevar a cabo el protocolo, esperando así mejores resultados en cuanto al cumplimiento de las metas.

Es relevante señalar la importancia que aporta el hecho de conocer mediante la escala de Rankin modificada, la evolución a los 90 días del paciente que ha recibido el tratamiento, por tal motivo, en próximos análisis debería estar contemplado, siendo para ello necesario establecer y protocolizar un seguimiento por ambulatorio.

El advenimiento de la trombectomía mecánica en el marco local, aportará un gran beneficio a los pacientes y complementará el tratamiento establecido endovenoso en nuestra terapia.

Bibliografía

1. Ciarrocchi N. Patología Vascular Cerebral: Hemorragia Subaracnoidea, Stroke Isquémico, Hematoma Intracerebral Espontaneo, Malformaciones Vasculares, Trombosis Venosa Cerebral. Curso Actualización Cuidados Neurocríticos – Edición 2019. Hospital Italiano de Buenos Aires.
2. Guevara C, Bulatovab K, Aravenac F, Caba S, Monsalve J, Lara H, et. al. Trombólisis intravenosa en accidente cerebro vascular isquémico agudo en un hospital público de Chile: Análisis prospectivo de 54 casos. *Rev Med Chile* 2016;144:442-450.
3. Pigretti S, Alet M, Mamani C, Alonzo C, Aguilar M, Álvarez H, et. al. CONSENSO SOBRE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2019;Vol.79(Supl. II):1-46.
4. Petasny M, Beroiza C, Chiarvetto Peralta V, De Salvo A, Fuks V, Lamot L, Martínez L. Sistemática Accidente Cerebrovascular Isquémico. Actualización. Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. 2018.
5. National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke. *N Engl J Med.* 1995 Dec 14;333(24):1581-1587
6. Werner Hacke M.D., Markku Kaste M.D., Erich Bluhmki Ph.D., Miroslav Brozman M.D., Antoni Dávalos M.D., Donata Guidetti M.D., et. al. Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 Hours after Acute Ischemic Stroke. *N Engl J Med.* 2008 Sep 25;359(13):1317-1329
7. Warner J, Harrington R, Sacco R, Elkind M. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. *AHA, Stroke.* 2019;50(12):3331-3332
8. Zurru, María Cristina y Goldenberg, Fernando D. Manejo general del ataque cerebrovascular isquémico. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Terapia Intensiva. 5ta edición. Editorial Panamericana. 2015. Sección VIII. Cap. VIII-7:691-706
9. Varela A, De Rojas P, Vegas R, Vázquez A, Cabello B y Zaheri M. Trombólisis en el ictus isquémico agudo en hospitales básicos. A propósito de cuatro casos. *Med Intensiva.* 2010;34(6):428–430.
10. Sposato LA, Esnaola MM, Zamora R, Zurru MC, Fustinoni O, Saposnik G. Quality of ischemic stroke

care in emerging countries: The Argentinian National Stroke Registry (ReNACer). *Stroke*. 2008;39:3036–3041.

11. Atallah AM, Fustinoni O, Zurru MC, Beigelman R, Cirio J, Ameriso SF, et al. Identifying barriers in acute stroke therapy in Argentina. Arenas registry (P2.014). *Neurology*. 2014;82(Sup. 10)

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.