

@ HOSPITAL

REVISTA • CIENTÍFICA

HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS DR. LEÓNIDAS LUCERO

VOLUMEN 4

ISSN 2683-8192

N° 3

2022

DICIEMBRE



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 Ciccioi.
María Gabriela Harguindeguy.
Patricia Alejandra Barberio.

COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO

Gustavo René Piñero.
Gustavo Stork.
Luciano Pompermayer.
Romina Doderó.
Martín Biaggioni.
Agustín Insausti

DISEÑO Y ASESORAMIENTO TÉCNICO

Juan Manuel Arbotti.
Luciana Caserta.

IMAGEN DE PORTADA

Javier Herrera.

SECRETARIA

Antonela Arnaldi.

ÍNDICE

EDITORIAL	4-5
Reflexiones Sobre un Día Especial <i>Graciela R. Rapezza</i>	
ARTÍCULO ORIGINAL	6-14
Caracterización Epidemiológica de las Personas Trans Atendidas en la Unidad de Endocrinología del Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero" en el Período Diciembre de 2017 a Junio de 2022 <i>Calderón, Cynthia Ornella; Lobo, Mariana Monserrat; Castiglia Solé, Juan Agustín.</i>	
REPORTE DE CASO	15-20
Vasculitis Asociada a ANCA Inducida por Metimazol <i>Dominguez, Emanuel Alexis; Grassi, Nicolás Antonio; Pintado, Nicole Florencia; Otamendi, Marina; Lenta, Maria del Rosario; Di Biase, Nicolás Alberto.</i>	
REPORTE DE CASO	21-25
Hiponatremia Severa como Presentación Inicial de Panhipopituitarismo <i>Encina, Romina; del Valle, Julián; di Biase, Nicolás.</i>	
REPORTE DE CASO	26-30
Cavernoma en Tronco Encefálico con Complicación Hemorrágica Recurrente: a Propósito de un Caso <i>Millán, Alejandra Vanesa; Petasny, Marcos; Beroiza, Claudio José; Duran, Lucas Gonzalo; Montenegro Fernández, Micaela Giselle; Zelaya de Leon, Nazareno Iñaki.</i>	
ARTÍCULO ESPECIAL	31-34
Consumos Problemáticos: Noches Alegres, Mañanas Tristes <i>Kern, Hugo Daniel</i>	
NORMAS PARA AUTORES	35-38

Reflexiones Sobre un Día Especial

Graciela R. Rapezza
Licenciada en Enfermería

El 12 de mayo se celebra el Día Internacional de la Enfermería, en memoria del nacimiento de la pionera de la enfermería profesional, Florence Nightingale. Esta conmemoración, fue una propuesta del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) a los organismos intervinientes, de tener un día en común para recordar a las enfermeras en todo el mundo. Cabe destacar que en nuestro país, tenemos también otra fecha no menos importante para reflexionar sobre nuestra profesión.

Desde hace más de 50 años, en Argentina, cada 21 de noviembre se celebra el Día Nacional de la Enfermería, oficializado por el Ministerio de Salud de la Nación ante la gestión de la Asociación Católica de Enfermeras (ACE), en recuerdo de la advocación de la Virgen Nuestra Señora de los Remedios. A mi entender, es una fecha muy importante porque hace referencia a nuestras raíces, a las primeras organizaciones que tuvo la Enfermería en nuestro país, a una historia de lucha, de esfuerzos y frustraciones, de luces y sombras, como las tiene cualquier profesión en su evolución histórica y nuestra profesión, ya lo creo que las ha tenido.

Sin olvidar los momentos poco felices de nuestra profesión, porque también forman parte de nuestra impronta colectiva, prefiero insistir y centrarme en los esfuerzos que tuvieron logros importantes y que fueron el puntapié inicial para seguir luchando por su crecimiento, un ejemplo claro de ello fue la inclusión de los/as enfermeros/as con título de grado en Carrera Profesional Sanitaria, logrando los mismos derechos que ya gozaban otras profesiones de la Salud y permitiendo jerarquizar la nuestra, al ocupar los/as enfermeros/as cargos de gestión en las instituciones de salud de nuestro país.

La formación universitaria, no solo propició el



estudio de la propia ciencia enfermera con un enfoque científico, sino también, de otras ciencias necesarias para comprender al ser humano sano o enfermo desde una perspectiva holística, permitiendo la planificación de los cuidados abarcando todas las necesidades del individuo y su familia, con un enfoque en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y autocuidado. En cuanto a las competencias profesionales, además de las asistenciales, algunas de las cuales se realizan de manera independiente, se incluyen las docentes, de investigación y de gestión, donde los/as licenciados/as en enfermería pueden desarrollar tareas de liderazgo y toma de decisiones a nivel gerencial, rol que solo es posible desempeñar gracias a la capacitación y formación universitaria.

Si bien el ejercicio de la enfermería siempre ha sido dinámico, ya que debe adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes, de la sociedad y del mundo en que vivimos, la incorporación en las instituciones de salud de las

nuevas Tecnologías en Información y Comunicación y la Historia Clínica digital han sido todo un desafío de aprendizaje para la enfermería, quien ha sabido incorporarlas a su quehacer cotidiano porque interpretó que el desarrollo tecnológico está orientado a satisfacer las necesidades de los pacientes, mejorar los procesos de comunicación entre los distintos niveles de atención y en definitiva, optimizar la calidad del cuidado enfermero.

Un tema insoslayable, si hablamos de celebrar el Día de la Enfermería, es recordar que en los últimos años en esta profesión, como en algunas otras, hemos pasado por una prueba totalmente avasallante y desafiante, una pandemia que obligó a los profesionales a hacer uso de todas las estrategias posibles para poder brindar un cuidado de calidad y al mismo tiempo preservar su salud y la del equipo de trabajo, hacer frente a situaciones desconocidas e inesperadas, sobrevivir a pérdidas constantes e inevitables y muchas veces reprimir el miedo porque debíamos seguir atendiendo nuestros pacientes. Además de la formación y capacitación profesional necesaria en esas circunstancias, no me cabe duda que hay que tener valores morales muy altruistas, una enorme empatía y un amor muy grande por el ser humano y por la Enfermería. El orgullo y el respeto es enorme cuando pienso en los/as enfermeros/as que pusieron todo en pos de la profesión y cumplieron con la misión de cuidar a nuestros pacientes durante la pandemia que nos tocó vivir en este siglo.

Estoy convencida que el empoderamiento de la enfermería después de tantos años de lucha y esfuerzo, contribuyeron a aumentar el reconocimiento que la sociedad en general, y en especial otras disciplinas, tenían de nuestra profesión. No fue fácil, el camino es largo y el esfuerzo debe continuar...

Siempre he pensado que la mejor manera de celebrar nuestra profesión es a través de nuestro trabajo cotidiano, sin importar cargos, funciones, el turno que nos toque o el lugar que tengamos asignado, somos enfermeros/as y nuestra misión es CUIDAR al paciente. No es una tarea fácil, ya que tenemos la oportunidad de compartir los momentos más especiales y trascendentes en la vida del ser humano, pero es lo que elegi-

mos, para lo cual estudiamos, nos formamos y nos seguimos capacitando durante toda la vida. Después de muchos años de trabajo, la experiencia me demuestra que la Enfermería se engrandece día a día, en la relación directa con el paciente y con nuestros colegas, con el trabajo interdisciplinario en el equipo de salud, luchando por nuestros derechos pero sin perder de vista nuestra misión. Si cada uno de nosotros logra esto, al final del camino de nuestra vida laboral, sentiremos una inmensa satisfacción porque estaremos seguros que con nuestro granito de arena habremos honrado nuestra querida y hermosa profesión y aunque ya no estemos dentro del sistema de salud ¡Tendremos la convicción que fuimos, somos y seremos siempre enfermeros de alma!

Graciela R. Rapezza
Licenciada en Enfermería

Caracterización Epidemiológica de las Personas Trans Atendidas en la Unidad de Endocrinología del Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” en el Periodo Diciembre de 2017 a Junio de 2022

Epidemiological Characterization of Trans People Served at the Endocrinology Unit of “Dr. Leonidas Lucero” Acute Local Hospital in the Period December 2017 to June 2022

Calderón, Cynthia Ornella ¹; Lobo, Mariana Monserrat ²; Castiglia Solé, Juan Agustín ¹

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

2. Servicio de Epidemiología Hospitalaria del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Bahía Blanca, Buenos Aires.

Resumen

Recibido:
Diciembre
2022

Aceptado:
Diciembre
2022

Dirección de
correspondencia:

Bq. Cynthia
Ornella
Calderon

ornellacalderon90@
yahoo.com.ar

Introducción: Antiguamente al transexualismo se lo relacionaba a trastornos de la salud mental. Hoy sabemos que no es así y que las personas trans son sujetos de derechos y deben vivir según su identidad autopercebida. A nivel local, existe una brecha de conocimiento en cuanto a la población trans que acude a los efectores de salud para la transición y/o seguimiento. El Hospital Municipal de Agudos Leónidas Lucero (HMALL) proporciona la atención de esta población desde diciembre del 2017. **Objetivo:** Caracterizar la población trans que concurre a la Unidad de Endocrinología del HMALL desde diciembre de 2017 a junio del 2022. **Materiales y método:** Estudio retrospectivo-descriptivo transversal. Se estudiaron registros clínicos de usuarios ambulatorios mayores de 8 años que consultaron en la Unidad de Endocrinología (período diciembre 2017 – junio 2022). Los datos fueron volcados en planillas de cálculo para analizarlos, con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. **Resultados:** Se incluyeron 75 usuarios (342 consultas), 61% (46) fueron transmasculinos. La mediana de edad fue de 23 (RIQ 19 - 31,5), el 52,0% (29) pertenecían al rango etario de 20 a 34 años, el 60,0% (45) realizó el cambio registral, 49,3% (37) tenía cobertura de salud y 66,7% (50), estaban bajo tratamiento hormonal. **Conclusión:** Predomina la atención en usuarios jóvenes y transmasculinos, con una evolución positiva en el transcurso de los años. Es necesario intensificar la visibilización de esta población y capacitación del personal para lograr un cuidado de la salud integral de las personas trans.

Palabras clave: identidad de género; epidemiología; personas transgénero.

Abstract

Introduction: In the past, transsexualism was related to mental health disorders. Today we know that this is not the case and that transgender people are subjects of rights and should live according to their self-perceived identity. At the local level, there is a knowledge gap regarding the transgender population that goes to health care providers for transition and/or follow-up. The “Dr. Leónidas Lucero” Acute Hospital provides care for this population since December 2017. **Objective:** Characterize trans population that attends the LLAH Endocrinology Unit from December 2017 to June 2022. **Materials and method:** Retrospective-descriptive cross-sectional study. Clinical records of outpatients over 8 years who consulted at the endocrinology unit were studied (period December 2017 - June 2022). Data were entered into spreadsheets for analysis, with measures of central tendency and dispersion for quantitative variables and frequency distribution for qualitative variables. **Results:** 75 users (342 consultations) were included, 61% (46) were transmasculine. The median age was 23 (IQR 19 - 31,5), 52.0% (29) belonged to the age range of 20 to 34 years, 60.0% (45) made the registration change, 49.3 % (37) had health coverage and 66.7% (50), were under hormonal treatment. **Conclusion:** Attention in young and transmasculine users, with a positive evolution over the years, predominates. It is necessary to intensify the visibility of this population and training of personnel to achieve comprehensive health care of trans people.

Keywords: gender identity; epidemiology; transgender persons.

Introducción

Considerando a la salud como un proceso dinámico, en las prácticas y abordajes asistenciales se deben tomar decisiones sobre los cuerpos, decisiones en las que las últimas palabras las van a tener las personas que habitan esos cuerpos. Esto nos lleva a la pregunta: ¿cómo se habita un cuerpo?, para ello, debemos evidenciar la existencia de otras formas de residir en nuestra corporalidad, más allá de hacerlo de acuerdo del sexo asignado al nacer.

Según la Real Academia Española (RAE), transgénero se define como: “Dicho de una persona: que no se siente identificada con su sexo anatómico”, un concepto bastante minimalista. En cuanto a ello el diccionario panhispánico amplía: “El término trans ampara múltiples formas de expresión de identidad sexual o subcategorías como transexuales, transgénero, travestis, variantes sexuales, u otras identidades de quienes definen su sexo como «otro» o describen su identidad en sus propias palabras”.

Antiguamente al transexualismo se lo relacionaba a trastornos de la salud mental. Hoy sabemos que no es así y que las personas trans son sujetos de derechos y vivir según su identidad autopercebida es menester. Existen tratamientos hormonales que promueven una excelente calidad de vida de estas personas, requiriendo seguimiento desde un enfoque interdisciplinario. La ley 26.743 de Identidad de Género fue aprobada el 9 de mayo de 2012. La misma permite a cualquier persona cambiar de nombre y sexo en su documento de identidad mediante la realización de un trámite personal ante las oficinas del registro civil. Para menores de edad, la Ley establece que el trámite sea realizado por intermedio de sus representantes legales, debiendo contar además con el patrocinio de un abogado del niño. Para mayores de edad, dispone que quienes así lo deseen puedan acceder a prácticas médicas para construir una corporalidad acorde a su identidad de género, estableciendo como único requisito la firma de un consentimiento informado. Para que menores de edad puedan acceder a dichas prácticas médicas, la Ley establece los mismos requisitos que para el cambio de nombre y sexo registral.²

En 2014, un informe sobre el acceso al cuidado de la salud de las personas trans elaborado por la Fundación Huésped y la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA) reveló que tras la sanción de la Ley de Identidad de Género se incrementó el número de solicitantes de tratamientos hormonales y cirugías para adecuar sus cuerpos a la identidad de género.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica la falta de investigación y comprensión de la salud de la comunidad de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersexuales (LGTBI) como barreras significativas para resolver las disparidades de salud relacionadas con las minorías sexuales. Existe un compromiso cada vez mayor en la salud pública de entender y mejorar la salud y el bienestar de las personas transexuales y otras minorías de género, que representan un estimado 0,3-0,5% (25 millones) de la población mundial.⁴

Las personas trans son aquellas que se identifican o que expresan su identidad de género de manera diferente al sexo que les asignaron al nacer, en ausencia de trastorno mental o anomalía cromosómica que justifique este sentimiento. El concepto de disforia de género recogido de la CIE-106 es el malestar causado por dicha incongruencia entre el sexo asignado al nacimiento y el consecuente rol de género y caracteres sexuales primarios o secundarios asociados al mismo, no estando presente en todas las personas con identidades transgénero. La OMS durante la elaboración del CIE-11 reclasifica y despatologiza la transexualidad, para lo que define una categoría denominada «incongruencia de género».⁷

El concepto de identidad de género se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales. La identidad de género es

constitutiva de la identidad de las personas y es una categoría auto-percibida, tenemos que respetar la manera que tiene de nombrarse cada uno y cada una.⁸

El sexo asignado al nacer refiere acerca del momento del nacimiento donde “se seleccionan determinados atributos físicos y estéticos (a través de la observación de los genitales) para asignar uno de los dos sexos reconocidos socialmente”. Las definiciones de las diferentes identidades de género son las siguientes:

- **Mujer trans:** se trata de la persona que, de acuerdo con su sexo asignado al nacer, fue registrada como varón y que, en la actualidad, se siente y/o autopercibe como mujer trans (independientemente de que haya realizado o no la rectificación de su DNI y/o alguna intervención sobre su cuerpo).
- **Varón trans:** se trata de la persona que de acuerdo con su sexo asignado al nacer fue registrada como mujer y que, en la actualidad, se siente y/o autopercibe como varón trans (independientemente de que haya realizado o no la rectificación de su DNI y/o alguna intervención sobre su cuerpo).
- **Otro:** es aquella persona que se siente y/o autopercibe con una identidad de género distinta a las mencionadas anteriormente, por ejemplo: intersex, queer, transexual, transgénero, etc.⁹

En Argentina no disponemos de datos oficiales sobre cuántas personas trans hay actualmente, pero más de nueve mil habían realizado cambio de Documento Nacional de Identidad (DNI) hasta 2020.⁵ En el último censo realizado el 18 de mayo de este año se introdujo la variable identidad de género, pero los resultados preliminares todavía no han sido publicados.

En la ciudad de Bahía Blanca el Hospital Municipal de Agudos Leónidas Lucero (HMALL) ofrece sus servicios para la atención de la población trans desde diciembre del 2017. En enero del año 2022 en la institución se abrió el Consultorio de Género Infante-Juvenil (CGIJ), donde no sólo se atienden a los usuarios por prestaciones relacionadas con los tratamientos hormonales, sino que también, como consultorio amigable,¹ constituye una estrategia destinada a mejorar el

acceso y la calidad de la atención de la población de la diversidad sexual en el sistema público de salud.

A nivel local, existe una brecha de conocimiento en cuanto a la población trans que acude a los diferentes efectores de salud para realizar la transición y/o seguimiento. En este sentido caracterizar las personas que se acercan a la Unidad de Endocrinología (UE) del HMALL es un primer paso para indagar qué estrategias se pueden implementar para la aplicabilidad de la ley, y por qué no, favorecer la accesibilidad de este servicio a otros usuarios del sistema de salud.

El objetivo de este trabajo fue “Caracterizar la población trans que concurrió a la Unidad de Endocrinología del HMALL desde diciembre de 2017 a junio del 2022”

Objetivos específicos

- Evaluar la tendencia de la razón varón trans/mujer trans en el periodo especificado.
- Identificar rangos etarios de inicio en consultas en el consultorio de género infante-juvenil.
- Enumerar la población bajo tratamiento hormonal en la institución.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo-descriptivo de corte transversal.

La población del estudio fueron los usuarios mayores de 8 años que acudieron al Consultorio de Endocrinología General (CEG), Consultorio de Endocrinología Infante-Juvenil (CEIJ) y el CGIJ, pertenecientes a la UE; durante el periodo comprendido entre diciembre de 2017 y junio de 2022.

Fuente de datos secundaria. Se utilizaron los reportes obtenidos con los códigos correspondientes de las consultas registradas en el sistema de información de salud (SIS) del HMALL.

Luego de obtener la totalidad de usuarios con los códigos de las consultas, se auditó cada historia clínica registrada en el SIS para recabar los datos de interés: edad, identidad de género, sexo al nacer, cambio registral, tratamiento hormonal

(que en caso de estar bajo el mismo, se indagó edad de inicio) y cobertura social.

Las edades fueron clasificadas según los rangos etarios: 5 a 9 años, 10 a 14 años, 15 a 19 años, 20 a 34 años, 35 a 49 años, 50 a 64 años y 65 años o más.

Finalmente, los datos fueron volcados en una planilla de Microsoft Excel para proceder con la cuantificación y análisis de las variables, utilizando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

Los códigos de la CIE-10 utilizados para obtener los datos de las consultas ambulatorias:

- F64 Trastorno de la identidad de género.
- F64.0 Transexualismo: Deseo de vivir y de ser aceptado como integrante del sexo opuesto, habitualmente acompañado de un sentimiento de incomodidad o de inadecuación al sexo anatómico propio, y del deseo de someterse a cirugía y a tratamiento hormonal para hacer el propio

cuerpo tan congruente como sea posible con el sexo preferido por la persona.

- F64.2 Trastorno de la identidad de género en la niñez: Trastorno cuya primera manifestación ocurre generalmente durante la niñez temprana (siempre, mucho antes de la pubertad), que se caracteriza por intensa y permanente angustia en relación con el propio sexo, conjuntamente con el deseo de pertenecer al otro sexo o con la insistencia de que pertenece a él. Hay preocupación persistente por el vestuario y por las actividades del sexo opuesto y repudio al propio sexo. Para hacer este diagnóstico se requiere que exista una alteración profunda de la identidad de género normal. No son suficientes solamente los hábitos masculinos en las niñas o la conducta afeminada en los niños.

- F64.8 Otros trastornos de la identidad de género.
- F64.9 Trastorno de la identidad de género, no especificado.

Operacionalización de las variables a analizar:

Variable	Tipo de variable	Descripción
Edad	Cuantitativa continua	Edad registrada en el SIS
Sexo	Dicotómica: Femenino/ Masculino	Sexo asignado al nacer registrado en el SIS
Género	Politómica: Mujer trans/ Hombre trans/ otro/ Desconocido	Género con el que se identifica a la persona en el SIS
Cobertura de salud	Politómica: Sistema público/Obra social o seguridad social/ Medicina prepaga/ Desconocido	Cobertura en salud al momento de la atención
Cambio de sexo en el DNI	Dicotómica: Si/No	Modificación del sexo registrado en el DNI
Tratamiento hormonal	Dicotómica: Si/No	Condición del usuario en cuanto a la transición hormonal
Edad inicio del tratamiento hormonal	Cuantitativa continua	Edad de inicio del tratamiento hormonal registrada en el SIS

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Bioética del HMALL y por el Comité de Investigación del Departamento de Docencia e Investigación de la misma institución.

Se respetó la confidencialidad de acuerdo a la Ley de protección de los datos personales 25.326¹⁰ y la ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud 26.529¹¹. Además, se asignó un número de orden a cada usuario para mantener dicha confidencialidad en el manejo de los datos durante todo el transcurso de la investigación.

Resultados

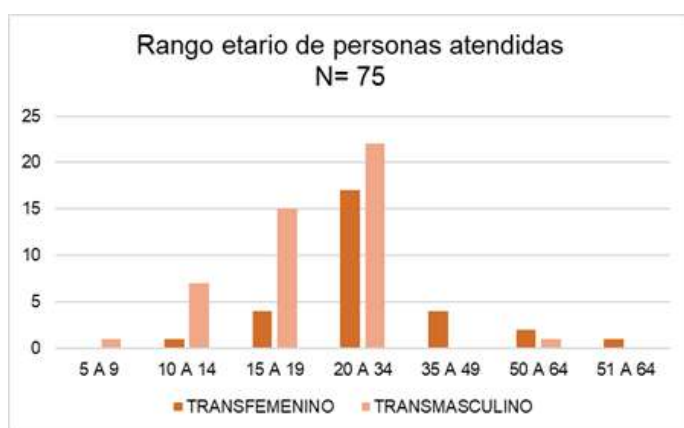
En el período estudiado, el total de consultas en los CEG, CEIJ y CGIJ fue de 342, abarcando a 75 usuarios del sistema de salud. De ellos, el 61% (46) fueron personas del género transmasculino, y el 39% (29) del género transfemenino. La razón transmasculino/transfemenino fue de 1,58, la cual en sus inicios era de 0,37. La mediana de edad de los usuarios fue de 23 (RIQ 19 - 31,5) y la moda 23. El 52,0% (29) perteneció al rango etario de 20 a 34 años, seguido por el rango de 15 a 19 con un 25,3% (19) y en

tercer lugar el de 10 a 14 con un 10,7% (8). Los rangos con menor frecuencia fueron los de 35 a 49 con un 5,3% (4), 50 a 64 con un 4,0% (3); y por último, 5 a 9 y 51 a 64 ambos con un 1,3% (1). La distribución por rangos etarios se puede observar en la **Figura 1**.

El 60% de las personas transgénero que se acercaron a la unidad de endocrinología realizaron el cambio registral en el DNI. De ellas, el 57,8% eran transmasculinos.

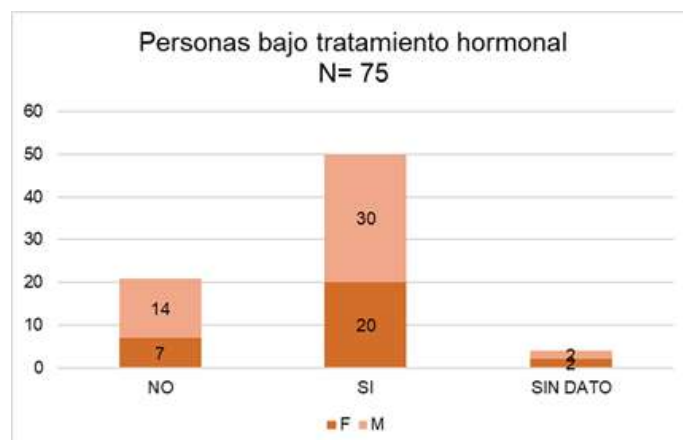
En la evaluación de las personas que se encontraban bajo terapia hormonal (esto contempla terapia hormonal cruzada -THC- y bloqueadores hormonales de la pubertad -BHP-), de un total del 66,7% (50), la mayoría, eran trans masculinos, con una diferencia del 20% respecto de la población transfemeninos (**Figura 2**). El rango etario en el cual se iniciaron más tratamientos hormonales fue el de 20 a 34 años 58% (29), con una mediana de 24 años (RIQ 20 - 32) y moda de 23 años; entre 15 a 19 años 20% (10), entre 10 a 14 años 12% (6) y por último con un 4% (2) cada uno los rangos de 35 a 49 años y 60 a 64 años.

Figura 1. Rangos etarios de personas transgénero atendidas en el período diciembre de 2017 a junio 2022 en la UE del HMALL.



Fuente: Sistema Informático del HMALL. Elaboración propia.

Figura 2. Personas que se encuentran bajo tratamiento hormonal que fueron atendidas en el período diciembre 2017 a junio 2022 en la UE del HMALL.



Fuente: Sistema Informático del HMALL. Elaboración propia.

Analizando la cobertura de salud se hallaron los siguientes datos: aproximadamente la mitad, 49,3% (37) tenía algún tipo de cobertura, y de ellos 89,2% (34) poseían obra social y 10,8% (3) tenían cobertura.

Se clasificó según el consultorio de atención en dónde se destaca mayoritariamente el CEG 77,3% (58), luego el CGIJ 14,7% (11) y por último el CEIJ 8,0% (6), los resultados se pueden observar en la **Tabla 1**.

Para caracterizar la cantidad de consultas se realizó una evaluación de las tendencias en los períodos especificados anteriormente. **Figura 3**.

Tabla 1. Distribución de frecuencias de usuarios atendidos en el período diciembre de 2017 a junio de 2022 en los diferentes consultorios pertenecientes a la UE del HMALL.

Género	Consultorio Endocrinología General	Consultorio de Género Infanto juvenil	Consultorio Endocrinología Infanto Juvenil	TOTAL
F	26	3	0	29
M	32	8	6	46
TOTAL	58	11	6	75

Fuente: Sistema Informático del HMALL. Elaboración propia.

Figura 3. Evolución anual de consultas y usuarios nuevos registrados en el Sistema de Información del HMALL.



Fuente: Sistema Informático del HMALL. Elaboración propia.

Discusión

Según el Análisis de la accesibilidad y la calidad de atención de la salud para la población LGBTI en cinco regiones sanitarias de la Provincia de Buenos Aires,¹² los consultorios y servicios inclusivos como dispositivos que facilitan el acceso de la población LGBTI a la atención de la salud, señalan la necesidad de construir un sistema de salud integral que no discrimine a las personas en función de su identidad y orientación sexual. Es importante mantener los consultorios de género como estrategia, ya que en el caso del HMALL desde su implementación, en sólo 6 meses pudo captar nuevos usuarios. En cuanto a las subpoblaciones, este estudio también coincide en que los hombres trans se han acercado al sistema de salud más recientemente que la de mujeres trans.

También este análisis destaca la variabilidad a lo largo del tiempo en la cantidad de consultas en distintos consultorios y supone que “la variabilidad depende del grado de conocimiento de la población acerca de los consultorios, su disponibilidad horaria y de personal asignado, la estabilidad en el tiempo de los profesionales y del consultorio mismo, y el grado de articulación con redes y organizaciones de la sociedad civil”. Esto hace pensar qué estrategias son necesarias implementar para captar usuarios que necesitan de estos servicios.

Datos de los consultorios pediátricos de género del Hospital las Higueras de Talcahuano indican: “un mayor número de usuarios hombres transgénero (89,5%) y advierten una disminución de la prevalencia de mujeres transgénero adolescentes, lo que coincide con la literatura internacional revisada y que por lo demás requiere futuras investigaciones para ir comprendiendo estos cambios”. Respecto a ello en una revisión y sugerencias de intervención a profesionales indican que lo “importante también a tener en cuenta es el desarrollo diferencial entre niñas y niños trans, ya que en la práctica clínica se observa el trato diferente desde la sociedad, siendo más sancionadora con las conductas femeninas en una niña y adolescente trans, observando que muchas veces la transición social se retrasa debido a estos factores”¹³.

La tendencia de población trans joven que se acerca a la UE en el HMALL es similar a la que se halló en los hospitales públicos de Neuquén,¹⁴ no así la media etaria que, en nuestro caso, es menor; “los datos de las encuestas a la población trans de la ciudad de Neuquén se denotan que las edades presentan un valor modal en la categoría de 30 a 34 años (20%). A su vez el promedio de edad de esta población es de 35 años. En esa misma publicación, un 76% de los encuestados se definió con la identidad sexual mujer trans y un 24% por hombre trans, lo contrario a lo que reveló el análisis de las consultas en el HMALL, además afirma que existe cierta suposición de que las mujeres trans se acercan más a los consultorios en búsqueda de los tratamientos hormonales y cirugías, lo cual no coincide con lo hallado en este trabajo. Allí, indicaba que sólo el 20% tenía obra social, y ninguna persona con prepaga, esto último también llamó la atención, porque no encontramos usuarios con prepaga, aunque en nuestro caso, casi la mitad de la población tenía obra social.

En las encuestas de población trans en Neuquén, el 60% afirmó haberse realizado tratamiento, y la frecuencia fue mayor en las mujeres trans (80%) que en los hombres trans (20%), inverso a nuestros hallazgos en que existía una diferencia menor entre ambas identidades.

La Ley de Identidad de Género establece la no-obligatoriedad del cambio registral y que cada institución pública debe respetar la identidad de género autopercebida de las personas más allá de la información de sus documentos. Se observó que en algunas historias clínicas no se respetaba dicha identidad ni el nombre elegido, pudiendo esto repercutir la atención en salud de calidad, accesible y no discriminatoria.

Conclusión

Dados los resultados de las consultas y usuarios se ve que la atención brindada a la población es muy necesaria ya que muchos realizan seguimiento actualmente y la mitad no posee algún tipo de cobertura social. Predomina la atención en transmasculinos, con una evolución positiva en el transcurso de los años (la tasa transmasculino/transfemenino aumentó).

Es muy llamativo el gran número de personas jóvenes que se acercan a la unidad, y que al abrir el CGIJ en enero de este año más usuarios nuevos de menor edad se han acercado (hasta junio 11 usuarios nuevos). Analizando las personas en tratamiento, sigue predominando el género transmasculino que inicia la terapia hormonal a edades más tempranas.

El impacto de las medidas de aislamiento por la pandemia de COVID-19 se puede observar en la disminución del total de consultas y usuarios en el 2020. En el 2021 las consultas tienen un gran aumento, esto se podría deber al retorno de los usuarios a los consultorios.

Las debilidades observadas en este trabajo son la falta de información de aspectos socioeconómicos y vitales que se encuentran en vistas de poder estar en completitud dentro de las historias clínicas electrónicas. Además, no se tomaron en cuenta consultas y usuarios del consultorio de adolescencia, que, aunque está en continua comunicación con la UE, podrían haber aportado información valiosa.

Finalmente, es importante destacar que a partir del conocimiento de las prácticas realizadas y personas atendidas podremos mejorar la apertura y atención del cuidado integral de las personas trans. Es el sistema de salud quien debe dar el primer paso para lograr su visibilización que es tan necesaria.

Reconocimientos:

A Myriam García, Sandra Ruggero y a la Unidad de Endocrinología por su acompañamiento y motivación.

Los investigadores declaran no presentar conflicto de interés alguno.

Referencias bibliográficas

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2013). Consultorios amigables para la diversidad sexual. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000323cnt-2014-01_guia-implementacion-consultorios-amigables.pdf
2. Identidad de Género, 26743 Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación 16 (2012). http://www.jus.gob.ar/media/3108867/ley_26743_identidad_de_genero.pdf
3. Farji Neer A. Obstáculos y facilitadores para garantizar el derecho a la salud integral trans en el Gran Buenos Aires y La Plata. *Rev Argent Salud Pública* [Internet]. 30 de marzo de 2017 [citado 19 de octubre de 2022];7(29):26-30. Disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/156>
4. García-Acosta JM, Castro Peraza ME, Arias-Rodríguez M de los Ángeles, Llabrés-Solé R, Lorenzo-Rocha ND, Perdomo-Hernández AM. Atención sanitaria trans* competente, situación actual y retos futuros. Revisión de la literatura. *Enf Global* [Internet]. 21 de septiembre de 2019 [citado 19 de octubre de 2022];18(4):529-54. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/357621>
5. Discacciati V. Siglo XXI, tiempo de inclusión: llega el momento de revisar la categoría género en la práctica clínica. *Evid actual pract ambul* [Internet]. 14 de febrero de 2022 [citado 19 de octubre de 2022];25(1):e007001. Disponible en: <https://www.evidencia.org.ar/index.php/Evidencia/article/view/7001>
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013 /World Health Organization. *International classification of diseases and related health problems-10th revision*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
7. Coleman E, Adler R, Bockting W, Botzer M, Brown G, Cohen-Kettenis PT, et al. Standards of care for the health of transexual, transgender, and gender-nonconforming people, 7 th version. *Int J Transgen*. 2012;13:165---232. Gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102:11.
8. Principios de Yogyakarta. (s/f). yogyakartaprinciples.org. Recuperado el 22 de julio de 2022, de <https://yogyakartaprinciples.org/principles-sp/>
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Nuevas realidades, nuevas demandas. Desafíos para la medición de la identidad de género en el Censo de Población [Internet]. 1a edición. Av. Presidente Julio A. Roca 609 : INDEC; 2019. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/identidad_genero_censo_2020.pdf
10. Ley de protección de los datos personales [Internet]. 25326 oct 30, 2000. Disponible en: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/14402.html>
11. Ley de protección de los datos personales [Internet]. 25326 oct 30, 2000. Disponible en: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/14402.html>
12. Fundación Huésped, Instituto Germani (Universidad de Buenos Aires-CONICET). Análisis de la accesibilidad y la calidad de atención de la salud para la población lesbiana, gay, trans y bisexual (lgbt) en cinco regiones sanitarias de la provincia de buenos aires. 2017. Disponible en: <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2017/04/Informe-Salud-LGBT-PciaBsAs-FINAL.pdf>
13. Retamal maria dorca, Hermosilla Rubio W, Arancibia Cabalá M, Medel Arriagada M, Retamal Vargas C. Incongruencia de género en niñas, niños y adolescentes:

intervenciones transafirmativas en Hospital las Higueras Talcahuano: Gender incongruity in girls, boys and adolescents: transaffirmative intervention at Las Higueras Hospital, Talcahuano. ARS med [Internet]. 30 de marzo de 2021 [citado 19 de octubre de 2022];46(1):44-5. Disponible en: <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1651>

14. Sevilla FJ. Análisis de la calidad en atención de la salud sexual y reproductiva de la población trans en los hospitales públicos de la ciudad de Neuquén [Internet]. [Facultad de ciencias médicas]: Universidad Nacional de Córdoba; 2016. Disponible en: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/sevilla-francisco-jesus2016.pdf>

Vasculitis Asociada a ANCA Inducida por Metimazol

ANCA-Associated Vasculitis Induced by Methimazole

Dominguez, Emanuel Alexis¹; Grassi, Nicolás Antonio²; Pintado, Nicole Florencia¹; Otamendi, Marina²; Lenta, Maria del Rosario¹; Di Biase, Nicolás Alberto¹.

1. Servicio de Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca, Buenos Aires.
2. Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca, Buenos Aires.

Resumen

El tratamiento con fármacos antitiroideos puede inducir una vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). Presentamos el caso de un paciente masculino de 33 años con antecedentes de hipertiroidismo en tratamiento con metimazol. Consulta por fiebre, mialgias, pérdida de peso y artralgias de tres semanas de evolución. Al examen físico, presenta máculas eritematosas en manos y rales velcro pulmonares. Laboratorio con anemia, parámetros inflamatorios aumentados y hemocultivos negativos. Tomografía de tórax con opacidades nodulares cavitadas y patrón de vidrio esmerilado. Evoluciona con lesiones purpúricas, con biopsia de piel que informa vasculitis leucocitoclástica, y síndrome de distrés respiratorio agudo que requiere asistencia ventilatoria mecánica. Se obtienen resultados positivos para ANCA-c y PR3 (anti-proteinasa 3). Se interpreta como vasculitis inducida por metimazol, se suspende dicho fármaco y se inicia metilprednisolona a altas dosis, con buena respuesta. Destacamos la importancia de la sospecha clínica ante esta patología de presentación infrecuente.

Palabras clave: vasculitis; anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos; metimazol.

Abstract

Treatment with antithyroid drugs can induce anti-neutrophil cytoplasmic antibody (ANCA) - associated vasculitis. We present the case of a 33-year-old male with a history of hyperthyroidism on treatment with methimazole. He consults for fever, myalgia, weight loss and arthralgia of three weeks' duration. On the physical exam, he presents erythematous macules on the hands and lung crackles. The laboratory shows anemia, increased inflammatory parameters and negative blood cultures. The chest tomography shows nodular cavitated opacities and ground glass pattern. He evolves with purpuric lesions and acute respiratory distress syndrome that required mechanical ventilation. A skin biopsy reported leukocytoclastic vasculitis. Positive results are obtained for c-ANCA and PR3 (anti-proteinase 3). It's interpreted as vasculitis induced by methimazole. This drug is suspended and high-dose methylprednisolone is started, with a good response. We highlight the importance of clinical suspicion because it's an infrequent disease.

Keywords: vasculitis; antineutrophil cytoplasmic antibodies; methimazole.

Recibido:
Diciembre
2022

Aceptado:
Diciembre
2022

Dirección de
correspondencia:

**Emanuel
Alexis Domin-
guez.**

emanuel.domingu
@gmail.com

Las vasculitis son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la inflamación, y a veces necrosis, de las paredes de los vasos sanguíneos, con la consiguiente estenosis u oclusión con isquemia e infarto tisular. Pueden aparecer de forma primaria sin causa identificada, o de forma secundaria, asociadas a algún agente infeccioso, farmacológico, enfermedad neoplásica o del tejido conectivo¹.

Las vasculitis asociadas a ANCA son vasculitis necrotizantes, clasificadas dentro del grupo de vasculitis de pequeño vaso según la Clasificación de la Conferencia Internacional de Consenso Chapel Hill 2012 (CHCC 2012). Se asocian con la expresión de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA), específicos para mieloperoxidasa (MPO) o proteinasa 3 (PR3), con depósitos inmunológicos escasos o inexistentes. Los autoanticuerpos ANCA están dirigidos contra antígenos expresados en los gránulos de los neutrófilos, los cuales contienen proteínas antibacterianas, de las cuales son relevantes las anteriormente mencionadas, MPO y PR3^{2,3,4}.

Afectan principalmente a pacientes de edad avanzada, con un pico de aparición entre los 60 y 70 años, y la incidencia varía de 10 a 25 casos por millón en Europa y Estados Unidos. Los medicamentos que se asocian con mayor frecuencia a vasculitis ANCA positivas son hidralazina, alopurinol y fármacos antitiroideos (propiltiouracilo y metimazol)^{4,5,6}.

Está demostrado que los fármacos antitiroideos pueden inducir la expresión de anticuerpos ANCA en pacientes asintomáticos, siendo más frecuente dicha asociación con el uso de propiltiouracilo en comparación con el consumo de metimazol. En un pequeño porcentaje de estos pacientes se desarrollan manifestaciones clínicas de vasculitis⁷.

Las vasculitis ANCA positivas tienen un amplio espectro de presentación, y constituyen una entidad potencialmente mortal, siendo el compromiso pulmonar y renal las formas de presentación más graves⁸.

Presentación del caso

Presentamos el caso de un paciente masculino de 33 años con antecedentes de hipertiroidismo

en tratamiento con metimazol desde hace 12 años, vitiligo y tabaquismo. Sin enfermedades relevantes en la familia. Trabaja en ganadería porcina.

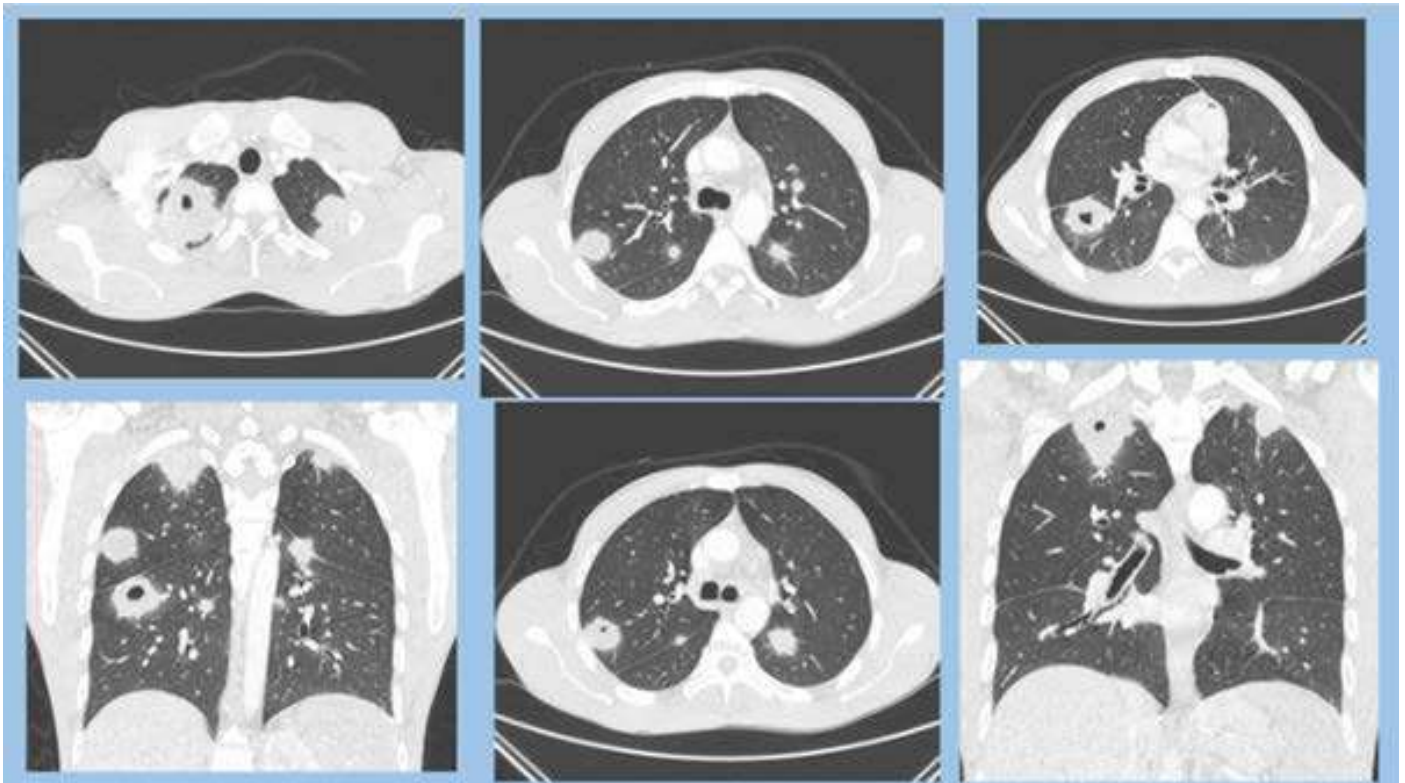
Medicado con metimazol 30 mg/día. En el último año, por indicación médica, había aumentado la dosis de metimazol en forma progresiva.

Consulta por fiebre de predominio nocturno, mialgias a predominio del tronco y cintura escapular, pérdida de peso (5-7 kg en el último mes) y artralgias de tres semanas de evolución. Agrega tos en los últimos días y dolor abdominal. Ingresó con signos vitales normales. Al examen físico, impresiona crónicamente enfermo, se encuentra adelgazado, presenta facies con exoftalmos. Lesiones en piel hipocoloreadas compatibles con el antecedente de vitiligo y pequeñas máculas eritematosas en manos y región glútea. A la auscultación, presenta regular entrada de aire bilateral, con rales crepitantes tipo velcro generalizados. Ruidos cardíacos normofonéticos, presentes en 4 focos, silencios impresionantes libres. Abdomen sin particularidades.

El laboratorio de ingreso informa: anemia (hematocrito 35% - hemoglobina 11,9 g/dl), parámetros inflamatorios aumentados (eritrosedimentación 102 mm/h y proteína C reactiva 279,2 mg/dl), FAL levemente aumentada (180 U/L) e hiponatremia leve (sodio 132 mEq/L), resto dentro de parámetros normales.

Se solicitan hemocultivos y serologías para VIH, hepatitis B y C y VDRL, todas negativas. También se solicita reacción de Huddleson para brucelosis que resulta negativa y serología para hidatidosis con anticuerpos anti Echinococcus granulosus positivo 1/512.

Previo a la internación, se había realizado radiografía de tórax en la que se observaban dos imágenes redondeadas y de bordes lisos con contenido hidroaéreo. Al ingreso se realiza tomografía de tórax, abdomen y pelvis que evidencia: parénquima pulmonar con múltiples opacidades nodulares, algunas cavitadas, con centros hipodensos que no realzan con contraste como signos de probable necrobiosis. Se asocian a opacidades en halo de vidrio esmerilado (**figura 1**). Engrosamiento cisural bilateral y derrame pericárdico bibasal. Ganglios mediastínicos paratraqueales y prevasculares con realce, que

Figura 1. Tomografía de tórax realizada al ingreso hospitalario.

impresionan reactivos. Se destaca una adenomegalia de 11 mm a nivel paratraqueal superior derecho. Abdomen: bazo de tamaño aumentado (DL: 146 mm). Realce heterogéneo con áreas de realce seudonodular no mayor a 7 mm, de aspecto moteado. Páncreas, con un área de aumento de tamaño a nivel del cuerpo, que no presenta realce en ninguna fase, de márgenes mal definidos. Mide 30 mm aproximadamente.

Se interpreta como síndrome febril y se consideran los siguientes diagnósticos diferenciales: neumonía abscedada, endocarditis infecciosa, tuberculosis, enfermedades autoinmunes y enfermedades linfoproliferativas. Se inicia tratamiento empírico con ampicilina y gentamicina por sospecha de endocarditis, la cual posteriormente se descarta con hemocultivos x3 que resultan negativos y ecocardiograma transtorácico en el que no se observaron imágenes compatibles con vegetaciones ni alteraciones estructurales.

Agrega lesiones purpúricas en cuatro miembros (**figura 2**), de las cuales se realiza biopsia de piel que informa vasculitis leucocitoclástica.

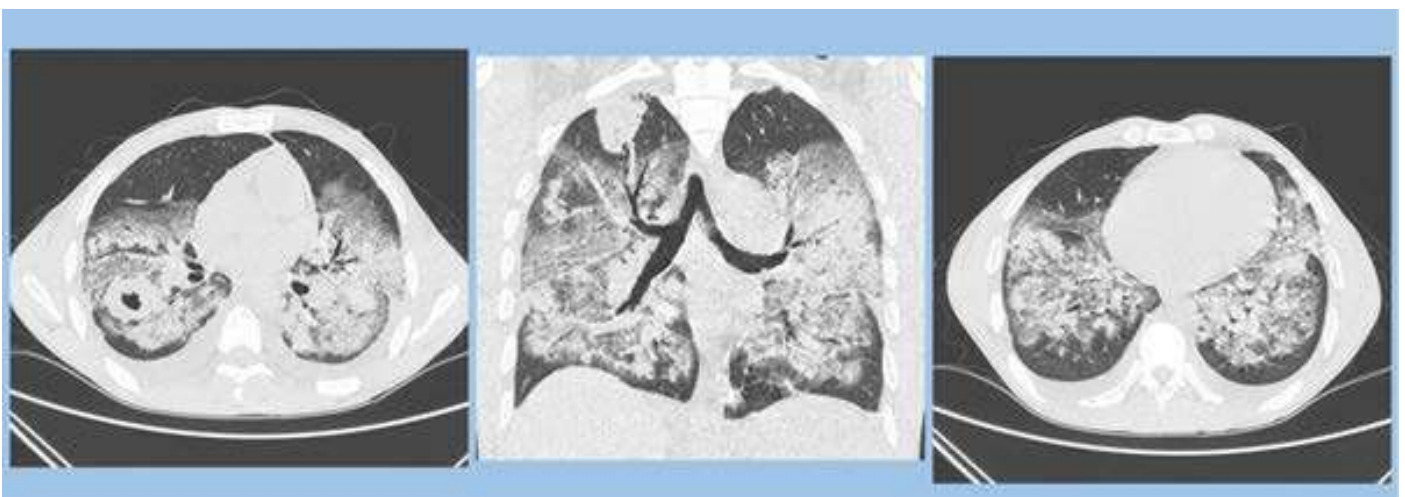
Es evaluado por Oftalmología que diagnostica escleritis. Se solicita orina completa en la que

presenta trazas de proteínas y microhematuria con 10-12 hematíes/campo. En base a los nuevos hallazgos, y luego de realizar interconsulta con Reumatología y Endocrinología, se interpreta como posible vasculitis inducida por metimazol y se solicitan anticuerpos ANCA, resultando positivos para ANCA-c (título 1/320) y PR3 (anti-proteinasa 3). Se decide suspender dicho fármaco y se inicia metilprednisolona a altas dosis, administrada en pulsos de 1 g en días consecutivos.

Evoluciona con disnea, aumento de los requerimientos de oxígeno y mala mecánica ventilatoria, por lo que se solicita nueva TC de tórax en la que se evidencia opacidades en vidrio esmerilado en 4 cuadrantes y derrame pleural bilateral (**figura 3**). Se interpreta como síndrome de distrés respiratorio agudo en contexto de probable hemorragia alveolar difusa teniendo en cuenta el diagnóstico de vasculitis de pequeño vaso.

El paciente ingresa a la Unidad Cuidados Intensivos (UCI), donde se realiza intubación orotraqueal y se conecta a asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Recibe en total 3,5 g de metilprednisolona.

Posteriormente evoluciona en forma favorable,

Figura 2. Lesiones purpúricas en miembros inferiores.**Figura 3.** Tomografía de tórax con progresión de infiltrados pulmonares.

y luego de 4 días en AVM y 6 días de estadía en UCI, regresa a sala de Clínica Médica donde continúa su internación, con buena evolución. Se le otorga el alta hospitalaria con azatioprina 50 mg/día en plan de aumento de la dosis y metilprednisona 60 mg/día.

A los 3 meses del alta se realiza tiroidectomía para tratamiento definitivo del hipertiroidismo. Continúa con seguimiento ambulatorio a cargo de Reumatología y Endocrinología con disminución de los parámetros inflamatorios.

Discusión

Presentamos un caso de vasculitis ANCA inducida por metimazol, la cual se destaca por ser una

patología rara, ya que existen escasos reportes en la literatura^{5,9,10}, siendo mayor la frecuencia de casos citados por uso de propiltiouracilo.

Las vasculitis idiopáticas asociadas a ANCA, entre las que se encuentra la granulomatosis con poliangeitis y la poliangeitis microscópica, pueden también desencadenarse por sustancias químicas, infecciones virales y bacterianas y algunos medicamentos, entre los que se incluyen los fármacos antitiroideos. A diferencia de las vasculitis idiopáticas, aquellas inducidas por drogas tienen un curso más leve y en ocasiones no requieren tratamiento con citotóxicos. En un estudio⁸ en el que compararon datos de pacientes positivos para anticuerpos ANCA, tanto inducidos por fármacos como de origen idiopático, se halló que

en el grupo inducido por drogas era mayor la proporción de mujeres y eran más jóvenes (dado que el hipertiroidismo es más frecuente en este grupo poblacional) y tenían manifestaciones cutáneas con mayor frecuencia (especialmente vasculitis tipo urticaria y púrpura, con demostración histológica de vasculitis leucocitoclástica)⁸. Además del compromiso en piel, son frecuentes las artralgias y se considera que los pacientes tienen mejor pronóstico a largo plazo por la menor frecuencia de afectación renal¹¹.

También se identificó que el uso prolongado de drogas antitiroideas, como así su uso repetido, constituyen un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad^{8,10}.

En una revisión de la literatura que incluyó 260 informes de casos de vasculitis inducida por drogas antitiroideas¹⁰, se halló que el 75% de dichos casos se asociaron al uso de propiltiouracilo y el 25% a metimazol. Los anticuerpos ANCA estaban presentes en 4-64% (mediana 30%) de los pacientes que tomaban propiltiouracilo y en 0-16% (mediana 6%) de los pacientes que tomaban metimazol. Solo el 15% de los pacientes ANCA positivos desarrollaron evidencia clínica de vasculitis (correspondían al 3% del total de pacientes que recibían dichos fármacos)¹⁰, lo que sugiere la posibilidad de una predisposición genética en aquellas personas que cursan con manifestaciones clínicas.

La identificación de los anticuerpos ANCA con su antígeno específico permite la asociación con las distintas vasculitis conocidas de este tipo (granulomatosis con poliangeitis, poliangeitis microscópica, granulomatosis eosinofílica con poliangeitis, etc.). En el caso de las vasculitis ANCA inducidas por fármacos, en la bibliografía se describe la identificación en un 90% de los casos de positividad para MPO-ANCA, y un 10% para PR3-ANCA⁴. En el caso que presentamos un aspecto distintivo es que el paciente presentó positividad para ANCAc y PR3, siendo este patrón de laboratorio el menos frecuente en esta patología. Se debe tener en cuenta que la presencia de anticuerpos anti-MPO y anti-PR3 en el mismo paciente es muy rara y sugiere vasculitis inducida por fármacos⁴.

En relación a la patogenia en este tipo de vasculitis, se establece que los antígenos PR3 y

MPO normalmente se encuentran en los gránulos primarios de los neutrófilos y, ante un estímulo ambiental como una infección, se da lugar al “cebado” de neutrófilos, y estos antígenos se desplazan hacia la superficie celular. Cuando los anticuerpos ANCA se unen a ellos, da como resultado la activación de neutrófilos, se adhieren al endotelio vascular y su desgranulación conduce a la liberación de especies reactivas de oxígeno, proteasas y trampas extracelulares de neutrófilos que generan daño endotelial⁴.

Se postula que la oxidación del fármaco en presencia de neutrófilos activados crea muestras reactivas que estimulan el desarrollo de ANCA⁵. Debido a que no todos los pacientes ANCA positivos desarrollan vasculitis inducida por drogas, ciertos autores consideran, además del consumo del fármaco, la presencia de infecciones como factor desencadenante adicional, la cual podría inducir el cebado de neutrófilos y la translocación de PR3 y MPO a la superficie celular. Se ha sugerido que algunos fármacos pueden inducir la apoptosis de neutrófilos, la cual también se asocia a la translocación de antígenos a la superficie celular⁸.

En relación al tratamiento, el pilar fundamental es la suspensión del fármaco causante del cuadro, asociado a terapia inmunosupresora (con glucocorticoides y otros agentes como ciclofosfamida y azatioprina), de forma similar a la terapéutica implementada en casos de vasculitis ANCA idiopáticas. Se han descrito casos en los que el tratamiento solo consistió en suspender el fármaco, sin necesidad de tratamiento inmunosupresor⁵.

En resumen, el consumo de fármacos antitiroideos es un factor desencadenante de la expresión de anticuerpos ANCA y, en un grupo de personas, de manifestaciones clínicas de tipo vasculitis, con una amplia forma de presentación, entre las que se destacan las manifestaciones cutáneas, aunque pueden presentarse con compromiso pulmonar, renal y constituir una patología potencialmente mortal. Aunque se trata de una patología que no es de presentación habitual en la práctica clínica, es importante su identificación, considerando el uso frecuente de fármacos antitiroideos como el metimazol, dado

que la suspensión del mismo asociado a un tratamiento inmunosupresor conduce a la resolución del síndrome. Por lo tanto, es fundamental plantear la sospecha clínica de vasculitis inducida por fármacos para lograr un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Los investigadores declaran no presentar conflicto de interés alguno.

Referencias bibliográficas

1. Farreras - Rozman. Medicina Interna. Ed. Elsevier. 19° edición, 2020.
2. Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Ferrario F, Flores-Suarez LF, Gross WL, et al. 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis & Rheumatism*. 2013; 65(1):1-11.
3. Bielsa I. Actualización en la nomenclatura de las vasculitis. Conferencia de Consenso Internacional de Chapel Hill 2012. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2015; 106(8):605-608.
4. Geetha D, Jefferson JA. ANCA-Associated Vasculitis: Core Curriculum 2020. *Am J Kidney Dis*. 2020;75(1):124-137.
5. Neves PDMM, Mota LB, Dias CB, Yu L, Woronik V, Cavalcante LB, Malheiros DMAC, Jorge LB. Methimazole-Induced ANCA Vasculitis: A Case Report. *Diagnostics (Basel)*. 2021;11(9):1580.
6. Shi, L. Vasculitis asociada a anticuerpos anticito-plasma de neutrófilos: prevalencia, tratamiento y resultados. *Rheumatol Int* 37 , 1779–1788 (2017).
7. Wada N, Mukai M, Kohno M, Notoya A, Ito T, Yoshioka N. Prevalence of serum anti-myeloperoxidase antineutrophil cytoplasmic antibodies (MPO-ANCA) in patients with Graves' disease treated with propylthiouracil and thiamazole. *Endocr J*. 2002;49(3):329-34.
8. Bonaci-Nikolic B, Nikolic MM, Andrejevic S, Zoric S, Bukilica M. Antineutrophil cytoplasmic antibody (ANCA)-associated autoimmune diseases induced by antithyroid drugs: comparison with idiopathic ANCA vasculitides. *Arthritis Res Ther*. 2005;7(5):R1072-81.
9. Nikitopoulou E, Gazi S. Antithyroid drug induced syndrome that lies in between ANCA vasculitis and lupus-like syndrome in a 40-year-old female with Graves' disease under methimazole therapy: A Case report. *Mediter J Rheumatol*. 2018 Mar 19;29(1):52-54.
10. Balavoine AS, Glinoe D, Dubucquoi S, Wémeau JL. Antineutrophil Cytoplasmic Antibody-Positive Small-Vessel Vasculitis Associated with Antithyroid Drug Therapy: How Significant Is the Clinical Problem? *Thyroid*. 2015;25(12):1273-81.
11. Wiik A. Clinical and laboratory characteristics of drug-induced vasculitic syndromes. *Arthritis Res Ther*. 2005;7(5):191-2.

Hiponatremia Severa como Presentación Inicial de Panhipopituitarismo

Severe Hyponatremia as Initial Presentation of Panhypopituitarism

Encina, Romina¹; del Valle, Julián¹; di Biase, Nicolás¹.

1. Servicio de Clínica Médica, Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Bahía Blanca, Buenos Aires.

Recibido:
Diciembre
2022

Aceptado:
Diciembre
2022

*Dirección de
corresponden-
cia:*

**Encina
Romina**

rominaenn
@gmail.com

Resumen

Se presenta un paciente masculino de 83 años que consulta por cefalea y confusión, sin signos neurológicos focales/meníngeos. En el laboratorio presenta hiponatremia severa y parámetros compatibles con síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, permaneciendo sin respuesta a la restricción hídrica. Evoluciona con parálisis del III par izquierdo y se solicita una tomografía de encéfalo con contraste, evidenciándose una imagen compatible con tumor primario hipofisario con signos de sangrado. Se solicita un perfil hormonal con valores por debajo de la referencia. Se interpreta como hiponatremia severa por panhipopituitarismo e insuficiencia suprarrenal secundaria, y síndrome febril secundario a apoplejía pituitaria de probable adenoma hipofisario, con compromiso oculomotor. Realiza tratamiento con levotiroxina e hidrocortisona evolucionando favorablemente.

Se destaca la importancia de considerar panhipopituitarismo en el estudio etiológico de la hiponatremia para un tratamiento efectivo del trastorno electrolítico y una detección temprana de masas selares y sus posibles complicaciones.

Palabras clave: hipopituitarismo; hiponatremia; insuficiencia suprarrenal; apoplejía pituitaria.

Abstract

A 83-year-old male patient with headache and confusion, without focal/meningeal neurological signs. In the laboratory presents severe hyponatremia and parameters compatible with Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion, remaining without response to water restriction. He evolves with left pair III paralysis and a brain tomography with contrast is requested, showing an image compatible with primary pituitary tumor with signs of bleeding. A hormone profile with values below the reference, is requested. The clinical picture is interpreted as severe hyponatremia due to panhypopituitarism and secondary adrenal insufficiency, and febrile syndrome secondary to pituitary apoplexy of probable pituitary adenoma, with oculomotor involvement. It performs treatment with levothyroxine and hydrocortisone evolving favorably. The importance of considering panhypopituitarism in the etiological study of hyponatremia for an effective treatment of electrolyte disorder and early detection of selar masses and their possible complications is highlighted.

Keywords: hypopituitarism; hyponatremia; adrenal insufficiency; pituitary apoplexy.

Introducción

La hiponatremia definida como la concentración sérica de sodio menor a 135 mmol/L, es el trastorno hidroelectrolítico más común en la práctica clínica. Se considera leve cuando los valores se encuentran entre 130-135 mmol/L, moderada entre 129-125 mmol/L y severa cuando disminuyen por debajo de 125 mmol/L.¹ Se presenta con un amplio espectro de manifestaciones clínicas, desde sutiles a potencialmente fatales y se asocia con un aumento de la morbimortalidad y la duración de la estancia hospitalaria, por lo cual su estudio etiológico para su adecuado tratamiento es relevante.

El hipopituitarismo definido como la disminución de la secreción de hormonas pituitarias, es un trastorno poco frecuente, con una prevalencia aproximada descrita en adultos de 45,5 cada 100.000 personas y una incidencia media anual de 4,2 cada 100.000 personas.² Las causas de hipopituitarismo son debidas a enfermedades a nivel hipofisario o hipotalámico y pueden agruparse en patologías tumorales, por radiación, infecciosas, isquémicas, traumáticas, e inflamatorias. En un estudio realizado en centros terciarios especializados, la causa más frecuente de hipopituitarismo fue el adenoma hipofisario en todos los pacientes.³ Las manifestaciones clínicas dependen de la etiología y de las hormonas disminuidas. La deficiencia de hormona adrenocorticotropa (ACTH) específicamente, puede provocar pocos o nulos síntomas y en caso de producirlos, puede presentarse con hipotensión, taquicardia, cansancio, pérdida de peso y disminución de la libido. Además, de forma menos frecuente comparado con la insuficiencia suprarrenal primaria, puede manifestarse con hiponatremia.⁴

Caso

Presentamos el caso de un paciente de 83 años, ex- tabaquista, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST, independiente para las actividades de la vida diaria. Medicación habitual: Ácido acetilsalicílico 100 mg por día, Atorvastatina 40 mg por día, Carvedilol 3 125 mg cada 12 horas,

Enalapril 10 mg cada 12 horas. Sin antecedentes familiares de relevancia.

Consulta por astenia y cefalea de intensidad moderada de 15 días de evolución y deterioro del sensorio agregado en las últimas 72 horas. Niega fiebre o equivalentes febriles, u otros síntomas.

Ingresa al Servicio Médico de Urgencias hipertenso (170/80 mmHg), normocárdico, eupneico, afebril, sin requerimiento de oxígeno, escala de glasgow 14/15 a expensas de confusión. Al examen físico, buena perfusión perisférica, euvoléxico, sin foco motor o sensitivo, pares craneales conservados, sin signos meníngeos, examen abdominal, pulmonar y cardiovascular sin alteraciones.

Se realizan los siguientes estudios: Electrocardiograma con ritmo sinusal y frecuencia cardíaca: 75 lpm. Laboratorio que evidencia hiponatremia severa (Na 112 meq/l), Osmolaridad plasmática disminuida (242 mOsm/l), sodio urinario aumentado (NaU 96 mEq/l, KU: 37,6 mEq/l, CIU 70 mEq/l), ácido úrico: 3,3 mg/dl, Proteína C Reactiva aumentada (40,6 mg/l). Radiografía de tórax sin alteraciones. Tomografía Computada (TC) de encéfalo no contrastada, evaluada por médico de urgencias en la cual no se observan imágenes compatibles con sangrados intraparenquimatosos o signos de isquemia aguda.

Se decide su ingreso al Servicio de Clínica Médica.

Se interpreta como Hiponatremia severa hipotónica, con euvolemia y sodio urinario aumentado. Evoluciona sin respuesta a reposición de sodio y restricción hídrica, agregando registros febriles. Se realiza sedimento urinario con 5-6 leucocitos por campo, urocultivo negativo, una radiografía de tórax sin signos de consolidación, virus de la inmunodeficiencia humana (HIV 1/ 2- Antígeno p24- Anticuerpos totales): negativo.

Por sospecha de infección del sistema nervioso central se realiza una punción lumbar con líquido cefalorraquídeo ligeramente turbio, proteínas 2,4 g/l, glucosa 0,43 g/l (plasmática 0,88 g/l), lactato 1,8 mmol/l, células 138/μl (82% monomorfonucleares). Se interconsulta con el Servicio de Infectología y se interpreta como probable encefalitis viral, iniciando tratamiento con Aciclovir el cual se discontinúa luego de 4 días por insuficien-

cia renal de origen farmacológico con creatinina sérica de 3,23 mg/dl (valores previos de 1,1mg/dl) y parámetros compatibles con Necrosis Tubular Aguda (FeNa 2%, FeU 40,2%), con una ecografía de abdomen en la cual no se observa dilatación del sistema pielocalicial ni litiasis. Posteriormente se recibe el examen bacteriológico faltante del líquido cefalorraquídeo: Coloración de gram: negativa. Coloración de Ziehl Neelsen: negativa. Cultivo: negativo. Anatomía patológica: negativa para células neoplásicas.

El paciente evoluciona afebril, persiste confuso, y agrega al examen físico: ptosis palpebral izquierda con midriasis arreactiva y divergencia ocular hacia la izquierda que se interpreta como una parálisis del III par craneal izquierdo. Se solicita una TC de encéfalo con contraste que es informada por Servicio de Imagenología en la cual se evidencia: en línea media aumento de los diámetros de la silla turca a expensas de una imagen nodular heterogénea, a predominio denso (37 UH). Presenta áreas hipodensas (21 UH) y áreas densas (49 UH) que podrían corresponder a áreas de sangrado en distinto tiempo de evolución. Presenta una fina cápsula con calcificación y no realza con el contraste endovenoso. Empuja las estructuras supraselares. Contacta con el piso del III ventrículo y disminuye el volumen de las cisternas basales. Mide 29 x 21 x 24 mm; vol.: 7.6 cc., compatible con probable tumor primario hipofisario. (ver Imagen 1 y 2). Luego de la evaluación por el Servicio de Neurocirugía, el paciente no requiere conducta neuroquirúrgica de urgencia.

Ante la imagen detectada, se solicita un perfil hormonal: hormona estimulante de la tiroides (TSH) 0,1 mUI/l (VR: 0,27 - 4,20 mUI/L), tiroxina (T4) 0,5 ng/dl (VR: 0,93 - 1,70 ng/dl), hormona luteinizante (LH) 0.1 UI/l (1.70 - 8.60 UI/l), prolactina 1.2 ng/ml (VR: 4,0 - 15,2 ng/ml), cortisol 8am 1,8 mcg/dl (5 - 25 mcg/dl) y ACTH 1,2 pg/ml (VR: 7,2 - 63,3 pg/ml), todas por debajo del valor de referencia. Hormona foliculoestimulante (FSH): normal.

A partir de los hallazgos imagenológicos y de laboratorio, se inicia tratamiento con levotiroxina e hidrocortisona endovenosa, evolucionando con mejoría cognitiva y de la hiponatremia en el laboratorio. Se decide alta hospitalaria con segui-

Imagen 1: TC de encéfalo con contraste corte coronal. Se observa imagen nodular heterogénea a predominio denso en área de la silla turca.



Imagen 2: TC de encéfalo con contraste corte transversal. Se observa imagen nodular en área de la silla turca con fina cápsula calcificada, que no realza con el contraste endovenoso y presenta áreas densas e hipodensas, compatible con tumor primario hipofisario con signos de sangrado.



miento por Endocrinología y Neurocirugía, quedando pendiente la realización de la Resonancia Magnética (RM) con gadolinio para completar estudio de la masa hipofisaria.

En el presente caso, el desafío se centró en lograr el diagnóstico etiológico para la hiponatremia severa e instaurar un tratamiento eficaz para el trastorno hidroelectrolítico.

A la luz de los datos obtenidos con los estudios complementarios, se interpretó como una hiponatremia severa por panhipopituitarismo con insuficiencia suprarrenal secundaria y síndrome febril, debido a una apoplejía pituitaria en contexto de un probable adenoma hipofisario con compromiso oculomotor.

Discusión

Para una aproximación etiológica, la hiponatremia se clasifica según la osmolaridad y el volumen del líquido extracelular. En el presente caso, se clasificó como hiponatremia hipotónica con euvolemia, correspondiéndose con las siguientes posibles etiologías: síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) el cual es frecuente y obedece a múltiples causas como enfermedades malignas, infecciones pulmonares, infecciones, sangrados, traumas o lesiones ocupantes de espacio en el sistema nervioso central, farmacológica, hipotiroidismo, elevada ingesta de agua e insuficiencia suprarrenal secundaria.¹

El paciente presentó además, una concentración de sodio urinario mayor a 30 mEq/l, ausencia de respuesta con la corrección de solución fisiológica al 0,9% y ácido úrico menor a 4 mg/dl, parámetros que se correlacionan con SIADH.¹ Sin embargo, persistió sin respuesta a la restricción hídrica, comportamiento que debe orientar a otra etiología.

La hiponatremia como presentación de insuficiencia suprarrenal secundaria, es menos frecuente comparada con la insuficiencia suprarrenal de origen primario, en la cual se produce hipoaldosteronismo que favorece la hiponatremia y la hipovolemia. En la insuficiencia suprarrenal secundaria, en cambio, se produce un hipo cortisolismo por disminución de la secreción de la ACTH, siendo este el sustrato fisiopatológico

de la hiponatremia. En condiciones normales, el cortisol presenta un efecto supresor de la producción de la ACTH y de la vasopresina (ADH), por lo cual, las concentraciones persistentemente bajas de cortisol no logran suprimir a la ADH, alterando la excreción de agua libre con consecuente hiponatremia. La corrección de este trastorno hidroelectrolítico, se logra con buena respuesta, a partir de la administración de corticoides de forma exógena.^{1,4}

El hipopituitarismo secundario a una masa sellar es infrecuente, sin embargo en este caso, se realizó una TC sin contraste debido a los síntomas de presentación al ingreso, en la cual no se apreciaron alteraciones. En la actualidad, el método de imagen de referencia para el diagnóstico de enfermedad en la región hipotalámica-hipofisaria, es la RM con gadolinio.^{5, 6, 7} Al sospechar de una alteración anatómica o funcional de la hipófisis, éste debe ser el método complementario elegido para detectar lesiones y su relación con estructuras adyacentes. En el presente caso, se realiza la TC de encéfalo siendo un método de imagen accesible en la institución y adecuado en primera instancia, para descartar lesiones ante un paciente con deterioro del sensorio y cefalea. En cuanto a este método de imagen, la TC puede presentar artefactos especialmente en la base del cráneo y solo está recomendada para el diagnóstico de masas sellares cuando la RM está contraindicada por algún motivo. Como ventajas en relación a la enfermedad hipotalámico-hipofisaria, con la TC se logra visualizar mejor las calcificaciones que acompañan a ciertas masas sellares y es útil valorar la integridad ósea de la base del cráneo, para la planificación quirúrgica.^{5, 6, 7} En el caso presentado, se realiza una segunda TC de encéfalo contrastada luego de que el paciente desarrolla una nueva focalidad neurológica, en donde se observan imágenes hiperdensas compatibles con apoplejía hipofisaria en contexto de un probable adenoma hipofisario, no detectado previamente.

Con respecto a los síntomas, la cefalea y la confusión al ingreso pueden corresponderse con la hiponatremia severa. Por su parte, la cefalea puede presentarse como síntoma de la presencia de una masa sellar. La fiebre, por otro lado, al ser un signo inespecífico y al presentarse en

contexto de un paciente con un síndrome neurológico global, condujo a investigar infecciones del sistema nervioso central e incluso a comenzar un tratamiento empírico. Sin embargo, es una manifestación que puede presentarse en caso de apoplejía pituitaria, al igual que la parálisis del III par, que constituyó el signo neurológico focal que redirigió la sospecha diagnóstica. La relevancia del caso que se presenta radica en su singularidad, dado que se trata de una enfermedad poco común que puede manifestarse con el trastorno electrolítico más frecuente en la práctica clínica. Son escasos los reportes en la literatura sobre esta relación etiológica. En un reporte de 28 casos en un centro de endocrinología especializado, se informa del reingreso por hiponatremia grave en 12 de los individuos, evidenciándose la baja sospecha del hipopituitarismo como desencadenante de este trastorno hidroelectrolítico durante la primera internación.⁸ Asimismo, debido a la baja sospecha, puede retrasarse el diagnóstico de las masas selares causantes del hipopituitarismo, las cuales pueden cursar con complicaciones.

Conclusión

Destacamos la importancia de considerar el panhipopituitarismo dentro del diagnóstico etiológico de la hiponatremia en todos los pacientes con parámetros clínicos y de laboratorio similares al SIADH sin una causa evidente, especialmente si no responde a la restricción de líquidos. En estos casos y ante la sospecha de enfermedad hipotálamo-hipofisaria debería realizarse una RM como método de imagen para el diagnóstico. En caso de realizar una TC como método de imagen accesible, indicada en primera instancia para descartar lesiones, o en caso de contraindicaciones para realizar una RM, se debe examinar con cuidado la zona selar con asistencia de profesionales imagenólogos. Considerar al panhipopituitarismo en la aproximación etiológica de la hiponatremia tiene implicancias relevantes, como la instauración de un tratamiento eficaz para la corrección un trastorno hidroelectrolítico asociado a morbi-mortalidad y la detección temprana de masas selares con sus posibles complicaciones, incluyendo el sangrado como

evento potencialmente fatal.

Los investigadores declaran no presentar conflicto de interés alguno.

Referencias bibliográficas

1. Spasovski G., Vanholder R., Allolio B, et al. Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatremia, *Eur J Endocrinol.* 2014; 170(3), G1-G47.
2. Regal M., Páramo C. Sierra J.M., et al. Prevalence and incidence of hypopituitarism in an adult Caucasian population in northwestern Spain. *Clin Endocrinol.* 2002; 55, 735-740.
3. Tanriverdi F, Dokmetas HS, Kebapçı N, et al. Etiology of hypopituitarism in tertiary care institutions in Turkish population: analysis of 773 patients from Pituitary Study Group database. *Endocrine.* 2014;47(1):198-205.
4. Oelkers W. Hyponatremia and inappropriate secretion of vasopressin (antidiuretic hormone) in patients with hypopituitarism. *N Engl J Med.* 1989;321(8):492-496.
5. Fajardo Montanana C., Villar R., Gómez Ansón B. et al. Recomendaciones sobre el diagnóstico y seguimiento radiológico de los tumores neuroendocrinos hipofisarios. *Endocrinol Diabetes Nutr* 2021. 1239, 1-8.
6. Bashari W.A., Senanayake R., Fernández-Pombo A., et al. Modern imaging of pituitary adenomas. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.*(2019), 33, 1- 19.
7. Raverot G, Burman P., McCormack A., Heaney A., et al. European Society of Endocrinology Clinical Practice Guidelines for the management of aggressive pituitary tumours and carcinomas. *Eur J Endocrinol.* 2018, 178, G1–G24.
8. Diederich S., Franzen N., Bahr V., et al. Severe hyponatremia due to hypopituitarism with adrenal insufficiency: report on 28 cases. *Eur J Endocrinol* 2003. 148(6), 609-617.

Cavernoma en Tronco Encefálico con Complicación Hemorrágica Recurrente: a Propósito de un Caso

Recurrent Haemorrhage of a Brainstem Cavernoma: Case Report

Millán, Alejandra Vanesa¹; Petasny, Marcos^{1,2}; Beroiza, Claudio José¹; Duran, Lucas Gonzalo^{1,2}; Montenegro Fernández, Micaela Giselle¹; Zelaya de Leon, Nazareno Iñaki¹.

1. Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Bahía Blanca, Buenos Aires.
2. Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca, Buenos Aires.

Resumen

Las malformaciones vasculares cerebrales tienen una prevalencia de 0,1-4%, (cavernomas: 0,4-0,7%). Son asintomáticas, excepto en caso de sangrado o efecto de masa. La localización en tronco conlleva mayor riesgo de hemorragia y peor pronóstico. Se presenta una paciente de 18 años, sin antecedentes, que consultó por parálisis facial derecha de 48hs. de evolución y paresia grado I de hemicuerpo derecho. En angioresonancia cerebral se evidenció imagen polilobulada en mesencéfalo izquierdo, hiperintensa (T1), hipointensa (T2), con edema, comprimía III ventrículo y tálamo homolateral, interpretándose como cavernoma. Mejoró espontáneamente el foco neurológico, persistiendo con parálisis facial. Se externó y reconsultó a las 12hs. con clínica de hipertensión endocraneana. Requirió intubación orotraqueal. En tomografía control, se evidenció resangrado. Se descartó conducta quirúrgica. Se externó tras sesenta días de internación. Si bien el único tratamiento que permite controlar definitivamente los cavernomas es la resección quirúrgica, ésta se encuentra raramente disponible para aquellos de localización infratentorial.

Palabras clave: cavernoma; tronco encefálico; hemorragias intracraneales.

Abstract

The prevalence of cerebral vascular malformations is 0.1-4% (cavernomas: 0.4-0.7%). They are usually asymptomatic, except when bleeding or mass effect occur. A higher risk of haemorrhage and worse prognosis are described when they are located in the brainstem. We present a case of an 18-year-old female patient with no medical history, who consulted for right facial paralysis with 48 hours of symptom onset and grade I right hemiparesis. A cerebral angioresonance was performed, which showed a polylobulated mass that was hyperintense in T1 and hypointense in T2, with peripheral swelling, located in the left midbrain. It produced compression of the third ventricle and left thalamus. It was interpreted as a cavernoma. The patient showed spontaneous improvement of her symptoms, and was given hospital discharge with only a residual facial paralysis. However, she was readmitted 12 hours later for symptoms suggestive of intracranial hypertension, with orotracheal intubation requirement. A CT scan was performed, which showed evidence of recent bleeding. Neurosurgical treatment was dismissed. She was given hospital discharge after 60 days. In conclusion, although the only treatment that guarantees definitive control over cavernous malformations is its surgical resection, it is infrequently available for those with infratentorial location.

Keywords: Cavernous hemangiomas; Brain Stem; Intracranial Hemorrhages.

Recibido:
Diciembre
2022

Aceptado:
Diciembre
2022

Dirección de
correspondencia:

Millán
Alejandra
Vanesa

avmillan089
@gmail.com

Introducción

Las malformaciones vasculares cerebrales tienen una prevalencia de 0.1 a 4% de la población general, e incluyen 4 subtipos diferentes: 1) anomalías venosas del desarrollo, 2) malformaciones cavernosas cerebrales o cavernomas, 3) telangiectasias capilares y 4) malformaciones arteriovenosas.

Los cavernomas son un subtipo de angioma caracterizados por presentar una estructura trabeculada con espacios vasculares, pero sin interposición de tejido nervioso entre ellos. La incidencia de estas malformaciones es de 0.15 a 0.56 cada 100.000 habitantes, la edad promedio de presentación es entre los 30-40 años, se considera que la gran mayoría de los afectados por estas lesiones permanecerá asintomático y no tendrá diagnóstico, o bien este último será incidental.^{1,2}

Su presentación clínica dependerá de su localización. Es así que los supratentoriales suelen manifestarse con déficit neurológico progresivo y convulsiones, ambos secundarios al efecto de masa producido por el cavernoma o a microhemorragias con depósitos de hemosiderina que terminan irritando la sustancia cortical o subcortical, mientras que los infratentoriales suelen presentar hemorragias y deterioro neurológico progresivo, siendo los cavernomas del tronco los que se presentan con compromiso de pares craneales y signos de tracto largo secundarios al sangrado. Presentan una tasa de hemorragia del 2-3% anual, con una recurrencia del 17-21% y su manejo dependerá del desarrollo síntomas, manteniéndose conducta expectante en caso de pacientes asintomáticos.^{3,4,5}

El diagnóstico de la malformación cavernosa se realiza mediante resonancia magnética nuclear (RMN), en la que se observa, en secuencias T1 y T2, en caso de cavernomas no complicados (sin sangrado activo), la típica imagen en “palomita de maíz”, formada por un núcleo de señal heterogénea, que en T2, se ve rodeado por un anillo de hemosiderina de menor intensidad. El eco de gradiente T2 es la secuencia más sensible para su detección.

Por otro lado, la Tomografía Computada (TC) tiene una sensibilidad para la detección de ca-

vernomas del 30-50%, mostrando una lesión redondeada, hiperdensa y bien definida, que puede contener calcificaciones en su interior, con un parénquima cerebral circundante normal y sin realce luego de la administración de contraste endovenoso.

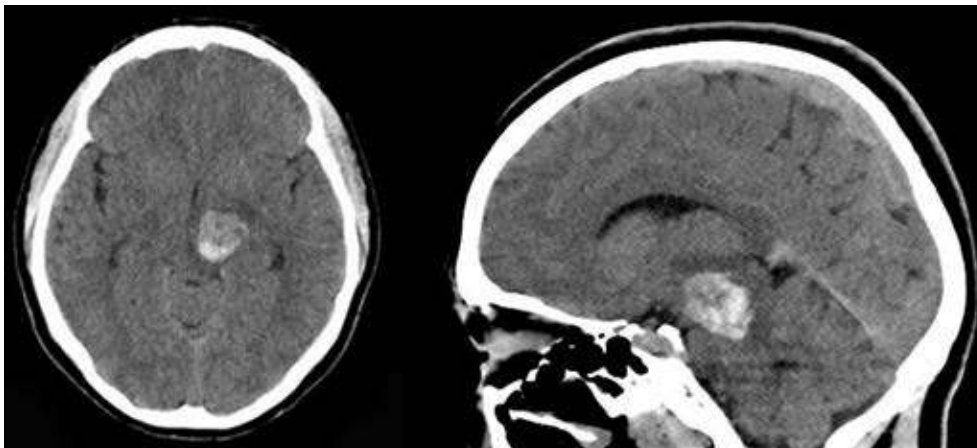
Existen escasos informes de manejo no quirúrgico de cavernomas en tronco encefálico; el objetivo es reportar la evolución clínica de una paciente con dicha lesión, bajo tratamiento médico de sostén.^{6,7,8}

Presentación del caso

Paciente femenina de 18 años, sin antecedentes conocidos, que fue derivada desde un centro de atención primaria por parálisis facial derecha de 48hs. de evolución, que agregó en las últimas horas, cefalea y parestesias en hemicuerpo derecho. Recibió tratamiento corticoideo por 24hs. en forma ambulatoria y evolucionó con hemiparesia derecha grado I (sumada a la parálisis facial, ya de 72hs de evolución). Se encontraba hemodinámicamente estable, con desorientación temporal. Laboratorio y resto del examen físico sin particularidades. Se realizó TC de encéfalo sin contraste, que evidenció imagen hiperdensa heterogénea en protuberancia y mesencéfalo izquierdo, con extensión hasta tálamo ipsilateral, asociada a zona hipodensa circunferencial que abarcaba hasta brazo posterior de cápsula interna.

Se interconsultó con el Servicio de Neurocirugía, que solicitó Angio-resonancia cerebral (Angio-RMN) por sospecha de malformación arterio-venosa e internación en el Servicio de Terapia Intensiva. Ingresó hemodinámicamente estable, Glasgow Coma Scale (GCS) 15/15, con parálisis facial central derecha, sin otro foco motor. Se realizó Angio-RMN, que evidenció imagen polilobulada en lado izquierdo del mesencéfalo con mínima extensión caudal de señal heterogénea con áreas espontáneamente hiperintensas en T1 e hipointensas en T2, con nivel líquido-hemático sin realce post-contraste. Además, presentaba leve edema perilesional que se extendía hacia brazo posterior de la cápsula interna y haz corticoespinal ipsilateral, con efecto de masa sobre el tercer ventrículo y el tálamo homolateral. Por

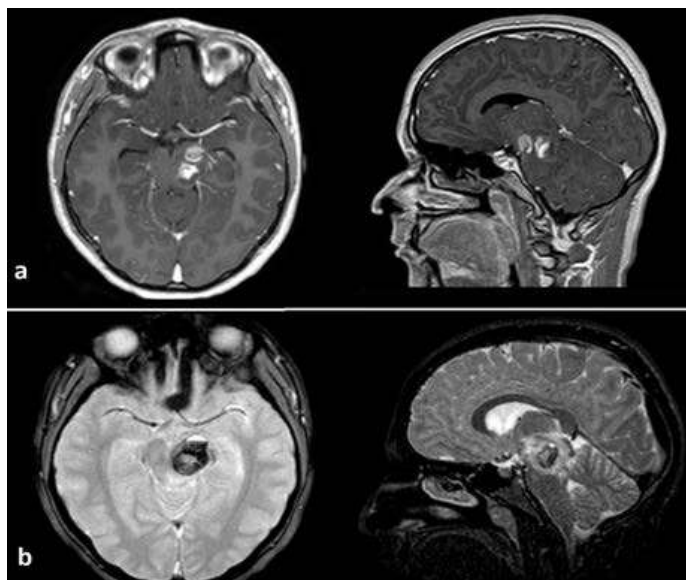
Imagen 1: TC de encéfalo sin contraste: Se observa imagen hiperdensa heterogénea en protuberancia y mesencéfalo izquierdo, con hipodensidad perilesional asociada.



tratarse de una lesión tipo popcorn (de núcleo heterogéneo, polilobulada, hiperintensa en T1, pero hipointensa en T2), se interpretó como una malformación cavernosa con signos de sangrado reciente, compatible con la clínica presentada por la paciente.

de Neurocirugía descartó conducta quirúrgica. Permaneció internada 11 días, persistiendo sólo con parálisis facial central derecha y se le otorgó el alta hospitalaria. Empero, a las 12hs. de

Imagen 2: Cortes sagital y axial de RMI. a) secuencia T1: Imagen hiperintensa polilobulada (“en palomita de maíz”) en mesencéfalo izquierdo, con edema perilesional; b) secuencia T2: La misma lesión se observa hipointensa, con núcleo heterogéneo.



la externación, reconsultó por cefalea, vómitos y tendencia al sueño de súbito comienzo. Ingresó hemodinámicamente estable, afebril, GCS 9/15 (O2V1M6). Al examen físico, presentaba nistagmus, vagabundeo ocular, disartria, parálisis facial central derecha, paresia braquio-crural derecha y disimetría braquial izquierda. Los familiares negaron que hubiese sufrido convulsiones. Se realizó nueva TC de encéfalo, que evidenció aumento de tamaño de la lesión respecto a imagen previa y mayor efecto de masa sobre el tercer ventrículo. Reingresó al Servicio de Terapia Intensiva, e inició corticoterapia para reducción del edema perilesional y carga de fenitoína para profilaxis anticonvulsiva. Evolucionó con deterioro del GCS a 6/15 (O1V1M4), se interpretó el cuadro como secundario a hipertensión endocraneana por lo que se realizó terapia hiperosmolar con solución salina hipertónica al 3% con parcial mejoría (GCS a 12/15), sin embargo, al deteriorar su estado neurológico nuevamente, se decidió intubación orotraqueal para protección de la vía aérea.

Bajo sedación, la paciente presentaba Babinski positivo en miembro inferior derecho y anisocoria a expensas de midriasis izquierda, compatibles con el compromiso talámico y del haz corticoespinal izquierdos secundarios al edema perilesional presente. Se interconsultó con el Servicio de Neurocirugía, que luego de interconsultar con centros de mayor complejidad refirieron la impo-

sibilidad del abordaje quirúrgico por la localización de la lesión.

A las 48hs, se disminuyó sedación para evaluación neurológica y se observó persistencia de hemiparesia derecha, sin otro foco motor, lograba comprender y ejecutar órdenes simples, presentando apertura ocular espontánea. A las 72hs., presentó episodio de excitación psicomotriz en el que se auto-extubó, requiriendo reintubación de urgencia y, finalmente, traqueostomía. Evolucionó con sensorio alternante y menor sostén cefálico que días previos, por lo que se realizó TC de encéfalo control, que mostró la lesión ya conocida, con aumento del volumen respecto a la TC previa, pero sin otros cambios. Se interpretó como resangrado y se mantuvo conducta quirúrgica expectante. Luego de 12 días con estabilidad neurológica y ya sin requerimientos de ventilación mecánica, se traslada al Servicio de Clínica Médica.

Permaneció estable y con misma focalidad neurológica, pero tras 9 días de internación, presentó nuevamente anisocoria y midriasis izquierda hiporreactiva. Se realizó TC control, que evidenció la misma lesión previa con áreas hiperdensas, probablemente secundarias a sangrado agudo, que generaban colapso de la cisterna interpeduncular y la cisterna ambiens del lado izquierdo y disminución de volumen de las cisternas perimesencefálicas. Se asoció a edema periférico con predominio del brazo posterior de la cápsula interna izquierda que generó efecto de masa sobre el tercer ventrículo.

Permaneció 60 días internada en el Servicio de Clínica Médica realizando rehabilitación kinesio-motora con mejoría del foco motor, persistía con hemiparesia derecha grado IV y parálisis facial central derecha, con adecuada tolerancia a dieta vía oral y requerimiento de nutrición enteral nocturna para cumplir con los requerimientos nutricionales diarios.

Discusión

Las malformaciones cavernosas son consideradas una patología de curso benigno, siendo complicada sólo por episodios de hemorragia intracerebral, o microhemorragias intracavitarias que terminan por aumentar su tamaño y gene-

rar efecto de masa significativo. Sin embargo, el riesgo de hemorragia está principalmente condicionado por la localización, siendo el tronco encefálico, el de mayor riesgo (30.8% en tronco vs 18% en lesiones supratentoriales). Un cavernoma en tronco encefálico será rápidamente sintomático por encontrarse en una zona elocuente y altamente sensible a sangrados.⁹

Es por esto que, en casos asintomáticos, se prefiere la conducta expectante; mientras que, cuando se tornan sintomáticos, su manejo varía. Si se presentan por primera vez con episodio convulsivo, se indicarán anticomiciales, pero en caso de manifestarse con epilepsia refractaria, estará indicada la resección quirúrgica.¹⁰

Por otro lado, en cavernomas supratentoriales con un primer episodio de hemorragia intracerebral, se realizará la resección quirúrgica en caso de fácil acceso quirúrgico. Finalmente, en cavernomas del tronco encefálico con un primer episodio de hemorragia, se indica la conducta expectante, mientras que a partir del segundo episodio estaría indicada la resección quirúrgica. Sin embargo, el abordaje quirúrgico no está exento de complicaciones, por lo que se debe individualizar la decisión en cada caso, teniendo en cuenta la localización del cavernoma y la relación riesgo-beneficio de instrumentar dicha zona. Se reserva la conducta quirúrgica para aquellos pacientes con epilepsia refractaria, cavernomas en tronco encefálico con hemorragia recurrente o bien, cavernomas supratentoriales en un primer episodio de hemorragia, siempre que la lesión sea accesible y se encuentre en una zona no elocuente.¹¹

Dada la baja prevalencia e incidencia de estas malformaciones, la resolución quirúrgica, si bien está indicada, termina siendo descartada por la imposibilidad de los servicios tratantes para llevarla delante de manera segura, con un adecuado nivel de certeza de que los beneficios de la cirugía superarán los riesgos que conlleva su realización.^{12,13}

Comentario final

Si bien, el único tratamiento que permite controlar definitivamente los cavernomas, es la resección quirúrgica, ésta se encuentra raramente

disponible para aquellos de localización infratentorial. Sin embargo, el trabajo multidisciplinario entre intensivistas, neurocirujanos, kinesiólogos, permite el sostén del paciente y la mejoría de su focalidad neurológica, luego del cese espontáneo de los episodios hemorrágicos.

Los investigadores declaran no presentar conflicto de interés alguno.

Referencias bibliográficas

1. Pandey P, Westbroek EM, Gooderham PA, Steinberg GK. Cavernous malformation of brainstem, thalamus, and basal ganglia: a series of 176 patients: A series of 176 patients. *Neurosurgery* [Internet]. 2013;72(4):573–89; discussion 588-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1227/NEU.0b013e318283c9c2>
2. Gross BA, Batjer HH, Awad IA, Bendok BR. Brainstem cavernous malformations. *Neurosurgery* [Internet]. 2009;64(5):E805-18; discussion E818. Available from: <http://dx.doi.org/10.1227/01.NEU.0000343668.44288.18>
3. Faleiro RM, Vieira Martins LR. Cavernomas da fossa posterior do crânio – Relato de série de seis casos. *Arq Bras Neurocir*. 2014;33(04):352–6. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1626239>
4. Horne MA, Flemming KD, Su I-C, Stapf C, Jeon JP, Li D, et al. Clinical course of untreated cerebral cavernous malformations: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet Neurol* [Internet]. 2016;15(2):166–73. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s1474-4422\(15\)00303-8](http://dx.doi.org/10.1016/s1474-4422(15)00303-8)
5. Stapleton CJ, Barker FG 2nd. Cranial cavernous malformations: Natural history and treatment: Natural history and treatment. *Stroke* [Internet]. 2018;49(4):1029–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEA-HA.117.017074>
6. Harris L, Poorthuis MHF, Grover P, Kitchen N, Al-Shahi Salman R. Surgery for cerebral cavernous malformations: a systematic review and meta-analysis. *Neurosurg Rev* [Internet]. 2022;45(1):231–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10143-021-01591-5>
7. Akers A, Al-Shahi Salman R, A. Awad I, Dahlem K, Flemming K, Hart B, et al. Synopsis of guidelines for the clinical management of cerebral cavernous malformations: Consensus recommendations based on systematic literature review by the angioma alliance scientific advisory board clinical experts panel. *Neurosurgery* [Internet]. 2017;80(5):665–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/neuros/nyx091>
8. Abla AA, Turner JD, Mitha AP, Lekovic G, Spetzler RF. Surgical approaches to brainstem cavernous malformations. *Neurosurg Focus* [Internet]. 2010 [cited 2022 Sep 17];29(3):E8.
9. Kupersmith MJ, Kalish H, Epstein F, Yu G, Benenstein A, Woo H, et al. Natural history of brainstem cavernous malformations. *Neurosurgery*. 2001;48(1):47–53; discussion 53-4.
10. Mattei T. Surgical management of brainstem cavernous malformations. *Neurological Sciences* [Internet]. 2015 [cited 2022 Sep 17];
11. Li D, Hao S-Y, Jia G-J, Wu Z, Zhang L-W, Zhang J-T. Hemorrhage risks and functional outcomes of untreated brainstem cavernous malformations: Clinical article. *J Neurosurg* [Internet]. 2014;121(1):32–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.3171/2014.3.JNS132537>
12. Garcia RM, Ivan ME, Lawton MT. Brainstem cavernous malformations: surgical results in 104 patients and a proposed grading system to predict neurological outcomes. *Neurosurgery* [Internet]. 2015;76(3):265–77; discussion 277-8.
13. Acerbi F, La Corte E, D'Incerti L, Ferroli P. Are there effective alternatives to surgery for the treatment of symptomatic brainstem cavernous malformation? *World Neurosurg* [Internet]. 2015;83(3):313–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wneu.2014.03.018>

Consumos Problemáticos: Noches Alegres, Mañanas Tristes

Problematic Consumption: Joyful Nights, Sad Mornings

Kern, Hugo Daniel¹.

1. Departamento de Salud Mental, Secretaría de Salud. Bahía Blanca, Buenos Aires.

Recibido:
Agosto
2022

Aceptado:
Diciembre
2022

*Dirección de
corresponden-
cia:*

**Kern Hugo
Daniel**

hugodanielkern
@gmail.com

Resumen

La problemática del uso de drogas en nuestra sociedad es un tema complejo que causa enfermedades y discapacidades que son prevenibles. Se presenta una reflexión de los resultados de una investigación sobre los egresos hospitalarios en el Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero, por sustancias psicoactivas y recomendaciones de intervención institucional.

Palabras clave: Trastornos relacionados con sustancias; alta del paciente; salud mental.

Abstract

The problem of drug use in our society is a complex issue that causes diseases and disabilities that are preventable. A reflection of the results of an investigation on hospital discharges at the Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero, for psychoactive substances and recommendations for institutional intervention is presented.

Keywords: Substance-related disorders; patient discharge; mental health.

Introducción

En mi tesis “Características del perfil epidemiológico de los egresos hospitalarios por intoxicación con sustancias psicoactivas en el Hospital Municipal de Agudos de la ciudad de Bahía Blanca 2010-2016”, se buscó determinar los diagnósticos más frecuentes y caracterizar el promedio de días de estada y el giro cama de los egresos hospitalarios originados por intoxicaciones con sustancias psicoactivas.¹

Como resumen de los resultados de la investigación realizada desde 2010 hasta 2016 inclusive, se encontraron 1.101 egresos hospitalarios debidos a intoxicaciones por sustancias psicoactivas. El 69,20% fueron varones, la edad promedio fue de 33,3 años para todos los egresos (31,86 años para las mujeres y 34,74 años para los varones). El 72,30% no poseía cobertura social y el 99,54% tenían residencia en Bahía Blanca. Las características por tipo de egreso se distribuyeron de la siguiente forma: alta definitiva no fatal 72,30%, fallecido 0,45%, otras altas no fatales 12,17%, retiro voluntario 11,17% y traslados no fatales 3,91%.

Los diagnósticos más frecuentes estuvieron relacionados en el 43,23% al uso de alcohol, 32,24% al uso de cocaína, 17,98% al uso de psicofármacos y el 5,45% al uso de múltiples drogas. En el período estudiado se registraron 2.876 días de internación por sustancias psicoactivas para el total de los egresos. El promedio de días de estada fue de 2,61, el giro cama estuvo en un rango de 5,2 días para el año 2010 y de 8,4 días para el 2016.

Los egresos hospitalarios de internaciones relacionadas a intoxicaciones por sustancias psicoactivas en el período estudiado fueron aumentando. La mayoría de los mismos fueron en personas domiciliadas en la ciudad de Bahía Blanca y se caracterizaron por ser mayoritariamente hombres de entre 14 y 24 años, generalmente sin cobertura social.

Desarrollo

Se considera que la experimentación con sustancias psicoactivas en edades tempranas (antes de los 14 años) se asocia con múltiples

consecuencias negativas. En este trabajo, se encontró que dicha población fue de 43 niños y niñas, que representaron el 5,38% de la población. El grupo de edad más frecuente fue de 14 a 20 años, con el 23 % de los egresos hospitalarios por sustancias psicoactivas, seguido por el grupo etario comprendido entre los 21 y 27 años, con el 18,52% de los egresos y el de 34 a 38 años, con el 15,02% de los egresos.

Esto pone en evidencia que el 60% de los egresos fueron personas menores de 34 años. Estos grupos etarios corresponden a los descriptos como adultez emergente, que se define como un nuevo período de la vida que se extiende desde los finales de la adolescencia hasta los 30 años con un foco en la edad de los 18 a los 25 años, etapa de la vida que se centra en varios aspectos como: la resolución de la vida estudiantil, la inserción laboral, la independencia del hogar familiar y el proyecto de pareja o familia.² A su vez, las características propias de la época y el contexto actual en los modos de volverse adulto, constituyen otra forma de pensar la determinación social de la vida.³

Los egresos relacionados con el uso de alcohol y por cocaína, se mantuvieron estables durante el período de estudio. Los egresos relacionados con el uso de sedantes e hipnóticos son los que proporcionalmente mostraron el mayor crecimiento. Esto podría deberse a la creciente medicalización de la vida cotidiana, a la disponibilidad de psicofármacos y a las tentativas suicidas fundamentalmente en la población de mujeres. Otras sustancias de uso recreativo, como el cannabis y las drogas de diseño, no aparecieron de forma significativa en este estudio. En el único caso en que los egresos de mujeres fueron mayores que los de los varones, fue en el uso y abuso de psicofármacos. Esto podría estar referido a los procesos de sobremedicación que intentan acallar los síntomas provocados por el estilo de vida y la inequidad de género.⁴

¿Cuánto duran las internaciones? El promedio de días de estada fue aumentando ligeramente en el período estudiado. De todas maneras, el promedio de días de estada fue inferior al reportado para los otros tipos de problemas de salud que generan internaciones en el mismo hospital. La mayoría de los egresos se produjeron des-

de el servicio de medicina de urgencia y fueron internaciones de menos de 24 horas. Estos “ingresos/egresos” por guardia breves, muestran un fenómeno de “puerta giratoria”, ya que constituyen mayormente recaídas e internaciones en las que se atiende solamente la urgencia clínica y no se le da continuidad a los cuidados. La atención de la urgencia debería transformarse en una oportunidad para informar, prevenir y reducir daños.

Las internaciones por sustancias psicoactivas se produjeron mayormente en vísperas del fin de semana, lo que nos habla de las características de la gestión de la vida recreativa en nuestra comunidad, evidencia la pauta cultural del consumo de sustancias psicoactivas, que incluyen prácticas como “la previa” y los “afters” y la búsqueda del ideal de la fiesta interminable. Estos encuentros implican el consumo de alcohol y otras drogas antes de un evento social, en el cual se continúa el consumo. Dicha práctica incrementa los riesgos de consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol y otras drogas.

La cobertura social, es un indicador de la vulnerabilidad social de los egresos. En este trabajo se observó que el 72,30% de las personas no poseían ningún tipo de cobertura social. Entre la cobertura social y los grupos etarios se observó una relación inversamente proporcional. A partir de los 63 años se equipararon los egresos con cobertura social con los egresos sin cobertura, debido a la incorporación de la población al sistema jubilatorio, situación que obviamente no es homóloga en los grupos más jóvenes, más aún cuando los jóvenes no encuentran forma de insertarse en el mercado laboral.^{1,5}

En cuanto al tipo de egreso hospitalario (alta definitiva, traslado, fuga u óbito), se evidenció que el 73% son descriptos como “alta definitiva”. Esto resulta contradictorio ya que muchas veces es el mismo usuario que vuelve una y otra vez por el mismo problema y por otro lado, hay que considerar que un alto porcentaje de egresos fueron fugas o retiros contra la indicación médica.

La mayoría de los egresos por sustancias psicoactivas se produjeron desde el servicio de medicina de urgencia. Entonces, debemos considerar que la llegada del usuario a un servicio

de emergencia es una oportunidad para la implementación de estrategias de reducción del daño. Si bien el uso de drogas implica riesgos, también algunas intervenciones sanitarias incrementan el riesgo. Por ejemplo, las internaciones prolongadas, la estigmatización de los usuarios, la expulsión institucional, y el uso no racional de psicofármacos.

Conclusiones y propuestas

Se debe relacionar el problema estudiado con los procesos de determinación social de la salud, en particular con los procesos destructivos que se dan desde la perspectiva del orden general de la sociedad, desde el orden particular de los modos de vivir de los grupos de pertenencia y en el orden de los estilos de vida de los individuos en la comunidad. Los egresos hospitalarios de personas por consumo de sustancias psicoactivas, representan rutas de la encarnación de las exposiciones y vulnerabilidades que afectan la vida. Es en este sentido que las acciones preventivas deben incluir una perspectiva emancipadora de los procesos malsanos, que se dan en el orden general de la sociedad, en lo particular de los grupos y en lo singular de los estilos de vida de los individuos. Asimismo, es necesario que se identifiquen los procesos protectores y de soporte colectivo, que contribuyen a mejorar la calidad de vida.³

En función del conocimiento adquirido a partir de esta investigación se proponen las siguientes recomendaciones:

1- Implementar un programa de formación sobre atención integral de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas para trabajadores de la salud, que incluyan la perspectiva de derechos. Dicha formación debe estar centrada en la búsqueda de caminos alternativos al modelo biologicista y abstencionista, en el que generalmente han sido formados los profesionales. Además, debe contribuir a la creación de herramientas cualitativas que puedan revalorizar la experiencia de trabajo en el primer nivel de atención, con el objetivo de implementar en el nivel local estrategias preventivas y de reducción del daño.

2- Desarrollar una estrategia de monitoreo epi-

demiológico sobre los consumos problemáticos en los servicios de medicina de urgencia y de internación hospitalaria, coordinado con el primer nivel de atención.

3- Incluir en el servicio de emergencias un equipo interdisciplinario de apoyo matricial, para las intervenciones del campo de la salud mental en general y de las intoxicaciones por sustancias psicoactivas. Este equipo debería integrarse como mínimo por un psicólogo, un trabajador social y un operador socio terapéutico.

4- Desarrollar un programa integrado de prevención secundaria desde el HMALL con la participación de organizaciones de usuarios y organizaciones de sociedades civiles como Narcóticos y Alcohólicos Anónimos.

5- Realizar actividades de prevención y comunicación social tendientes a reducir las intoxicaciones accidentales de niños, niñas y adolescentes con sustancias psicoactivas en el ámbito familiar.

6- Realizar un proyecto de detección precoz de consumos problemáticos, especialmente en la población menor de 21 años, por medio de un reporte semanal de los egresos por intoxicaciones por sustancias psicoactivas, con el objetivo de establecer un espacio de aproximación a los dispositivos clínicos y sociales.

7- Disponer en el ámbito de salud de un proyecto de trabajo en red interinstitucional e interjurisdiccional con los servicios locales y los organismos convocados por la ley 26.061 de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, a fin de garantizar el derecho a la salud, orientado fundamentalmente a la identificación de grupos vulnerables en ese sector de la población de la ciudad de Bahía Blanca.

herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(Supl 1): S13-S27.

4. Burin, Mabel, Esther Moncarz, and Susana Velázquez. "El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada." *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. 1990. 237-237.

5. Grunfeld MV. Perfil epidemiológico de los egresos del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero de Bahía Blanca durante el período 2005-2011. Tesis de Maestría. Maestría en epidemiología, gestión y políticas de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Referencias bibliográficas

1. Kern H. D "Características del perfil epidemiológico de los egresos hospitalarios por intoxicación con sustancias psicoactivas en Hospital Municipal de Agudos de la ciudad de Bahía Blanca 2010-2016" Tesis de maestría de salud colectiva Universidad Nacional del Sur 2020.

2. Arnett, Jeffrey Jensen. "Emerging Adulthood: ¿Qué es y para qué sirve?" *Perspectivas de desarrollo infantil*, vol. 1, no. 2, 2007, págs. 68-73. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x>

3. Breilh J. La determinación social de la salud como

Revista científica del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

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

ALCANCE

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

PROCESO DE REVISIÓN Y EDICIÓN

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

TRABAJO ORIGINAL

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

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

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

CONFLICTOS DE INTERÉS

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

ÉTICA

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

TRABAJOS CONSIDERADOS PARA SU PUBLICACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

INSTRUCCIONES PARA EL ENVÍO DE MANUSCRITOS

Los trabajos deberán ser enviados por correo a revistacientifica@hmabb.gov.ar consignando en el asunto la sección a la que corresponde. Se deberá adjuntar en el correo electrónico el ar-

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

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

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

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

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

La primera página deberá contener:

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

La segunda página deberá contener:

a) Resumen y palabras clave

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

SECCIONES DEL MANUSCRITO DE ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

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

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

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

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

Referencias bibliográficas

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

Tablas o Cuadros

Coloque las tablas 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.