

# @ HOSPITAL

REVISTA • CIENTÍFICA

HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS DR. LEÓNIDAS LUCERO

VOLUMEN 5

ISSN 2683-8192

N° 3

2023

DICIEMBRE



## PORTADA DE ESTA EDICIÓN

### **Título: “Latidos del futuro”**

Residencia de Kinesiología. Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”

1er premio. Concurso fotográfico “Desafiando el futuro”. XXX Jornadas de Casuística e Investigación del HMALL, XXIII Jornadas de Residentes de la Municipalidad de Bahía Blanca, V Jornadas de Estudiantes.

## PROPIEDAD Y EDITOR RESPONSABLE

---

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

## AUTORIDADES HOSPITALARIAS

---

Director General: Gustavo Adolfo Carestía.  
Dirección de Ciencia, Tecnología y Educación: Facundo Leandro Arnaudo.  
Jefe de Departamento de Docencia e Investigación: Analía Verónica Ocampo.

## COMITÉ EDITORIAL

---

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

## COMITÉ DE REDACCIÓN

---

Fabiana Ciccioli.  
María Gabriela Harguindeguy.  
Patricia Alejandra Barberio.

## COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO

---

Martín Biaggioni.  
Federico Rocca.  
Romina Doderó.  
Agustín Insausti.  
Gustavo Stork.

## DISEÑO Y ASESORAMIENTO TÉCNICO

---

Juan Manuel Arbotti.  
Noelia Soledad Prieto.

## IMAGEN DE PORTADA

---

Lourdes Galindez.  
Karina Miralles.  
Roxana Oliva.

## SECRETARIOS

---

Antonela Arnaldi.  
José Ignacio Giangreco Dueña.

ÍNDICE

---

EDITORIAL	5-7
<b>Día Mundial de la Diabetes: Reflexiones Sobre una Epidemia Silenciosa</b>	
<i>Méd. Guallace, María Eugenia.</i>	
REPORTE DE CASO	8-13
<b>Viraje de Colitis Ulcerosa a Enfermedad de Crohn. Reporte de Caso.</b>	
<i>Med. Cedré, Sofía Liliana.</i>	
REPORTE DE CASO	14-18
<b>Miocardopatía Periparto: Reporte de Caso.</b>	
<i>Med. Zorzano Osinalde, Paula; Med. Espinoza, Franco Ezequiel; Med. Duran, Lucas Gonzalo; Med. Montenegro Fernandez, Micaela Giselle; Med. Millán, Vanesa Alejandra; Med. Cruz, Magdalena; Med. Grassi, Nicolas Antonio; Med. Otamendi, Marina; Med. Petasny, Marcos.</i>	
REPORTE DE CASO	19-22
<b>Cámara Hiperbárica: ¿El Futuro de las Heridas Crónicas? Reporte de Caso</b>	
<i>Med. Viora Barahona, Agustina.</i>	
SERIE DE CASOS	23-29
<b>Hematoma Espontaneo del Músculo Psoas Ilíaco en Pacientes Anticoagulados. Reporte de Tres Casos Clínicos.</b>	
<i>Med. de Tapia, Julieta; Esp. Biaggioni, Martín; Med. Ostrowski, Melisa; Med. Presa, Cecilia.</i>	
ARTÍCULO ESPECIAL	30-37
<b>Unidad de Corta Estancia de Urgencias del Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”</b>	
<i>Esp. Pompermayer, Luciano; Esp. Quispe Laime, Adolfo Máximo.</i>	
NORMAS PARA AUTORES	38-41

## Día Mundial de la Diabetes: Reflexiones sobre una Epidemia Silenciosa

**Méd. María Eugenia Gullace**

Médica de planta Unidad de Endocrinología  
HMALL

En el contexto de la medicina contemporánea, marcada por avances científicos y tecnológicos, el Día Mundial de la Diabetes, celebrado el 14 de noviembre, nos brinda la oportunidad de reflexionar sobre una enfermedad que ha alcanzado proporciones epidémicas (por no decir pandémicas) a nivel global. Es importante detenerse en esta vorágine actual, y entender que, tanto a nivel local en nuestra ciudad, como a nivel mundial, al día de hoy sigue siendo imperioso focalizar en algo tan básico como su detección temprana y control adecuado para disminuir la morbilidad y las complicaciones crónicas asociadas.

La diabetes no conoce fronteras ni distinciones; afecta a personas de todas las edades, razas y estratos socioeconómicos. En mi caso particular, tras haber tenido la oportunidad de formarme y trabajar tanto a nivel público en este hospital, como a nivel privado en el Hospital Italiano de Buenos Aires, puedo destacar que, a pesar de las diferencias en el acceso, coberturas y recursos que puede haber entre ambos lugares, los problemas radicales y necesidades de acción que demanda la diabetes, siguen siendo los mismos en todos lados.

El Día Mundial de la Diabetes no es simplemente una fecha en el calendario, sino una iniciativa impulsada por la Federación Internacional de Diabetes (FID- IDF en inglés) y respaldada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).



Su creación en 1991 buscó sensibilizar a la población sobre esta enfermedad, destacando la importancia de la prevención, el diagnóstico precoz y el acceso a un tratamiento adecuado.

Esta efeméride, que se celebra el 14 de noviembre en conmemoración del aniversario de Frederick Banting, quien, junto con Charles Best, contribuyó al descubrimiento de la insulina en 1921, sirve como recordatorio de la necesidad de un enfoque global para abordar la diabetes.

La campaña está representada por el logotipo del círculo azul, que fue adoptado en 2007 tras la aprobación de la Resolución de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

El círculo azul es el símbolo mundial de la concientización sobre la diabetes y representa la unidad de la comunidad diabética mundial en respuesta a esta epidemia. Cada año, la campaña se enfoca en un tema que dura uno o más años. El tema central del Día Mundial de la Diabetes 2021-23 es “el acceso equitativo a los cuidados de la diabetes”.

### **Prevalencia e impacto de la Diabetes: Una Cifra que Debe Movernos a la Acción**

Según las cifras de la IDF 2021, el 10,5% de la población adulta (20-79 años) tiene diabetes, y casi la mitad desconoce que vive con esta afección. Para 2045, las proyecciones muestran que 1 de cada 8 adultos, aproximadamente 783 millones, vivirá con diabetes, representando un aumento del 46%.

En el caso de Sudamérica, se estima que 1 de cada 11 personas tiene diabetes (unos 33 millones) y en Argentina, según la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2019, el 12.7% de la población tiene glucemia alterada o diabetes reportada. Otro dato interesante es que las madres de 1 de cada 6 niños nacidos vivos cursaron el embarazo con diabetes gestacional.

El aumento expansivo de la epidemia de diabetes, va de la mano del incremento de sus factores de riesgo. Las Américas es la región con más sobrepeso/obesidad e inactividad física del mundo: 63 de cada 100 adultos tiene sobrepeso u obesidad y 39 de cada 100 personas tienen un nivel de actividad física insuficiente. El aumento de los factores de riesgo para la diabetes es alarmante en niños y adolescentes, 32 de cada 100 adolescentes y 36 de cada 100 niños tienen sobrepeso u obesidad, mientras que 81 de cada 100 adolescentes practican actividad física insuficiente.

En Argentina, como en el mundo, las cifras de morbimortalidad relacionadas con la diabetes son alarmantes: en solo 20 años la mortalidad por diabetes aumentó 70%. En la Región de las Américas es la sexta causa principal de muerte y la séptima de años de vida perdidos prematuramente (incluyendo la nefropatía diabética y enfermedad cardiovascular principalmente). En solo 20 años, el número de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) debidos a la diabetes aumentó un 88% (es la segunda causa de AVAD, precedida solo por la cardiopatía isquémica).

Tener diabetes implica: mayor riesgo de tuberculosis, aumenta dos veces el riesgo de depresión y ansiedad, también hoy se sabe que predispone a demencia, mayor riesgo de cáncer (de páncreas y otros) y como es ya conocido, las personas tienen el doble de riesgo de desarrollar un cuadro severo y de fallecer por COVID-19.

### **Un llamado a la acción: Nuestra actividad desde el Hospital Municipal de Agudos “Dr. L. Lucero” en 2023**

Detrás de todas estas cifras frías se encuentran historias de vida afectadas por una condición que, en muchos casos, podría haberse prevenido o diagnosticado en sus etapas iniciales. Nuestro compromiso va más allá de la consulta médica; implica educar, sensibilizar y abogar por políticas de salud que faciliten la detección temprana y el acceso a tratamientos efectivos.

En la Unidad de Endocrinología del Hospital Municipal de Agudos “Dr. L. Lucero” (HMALL), como centro de derivación de segundo y tercer nivel de las Unidades Sani-

tarias, la diabetes es el motivo de consulta más frecuente, seguido de la patología tiroidea. De estos pacientes, el 60% aproximadamente no cuenta con ninguna cobertura. Para estas personas, existe el programa provincial PRODIABA el cual suministra medicaciones orales, insulina e insumos para la medición de glucemia capilar. Sin embargo, dada la creciente demanda de atención, por el aumento de la prevalencia de diabetes, el aumento de la población sin cobertura, se produce un lamentable retraso en los turnos médicos.

En este contexto, de acuerdo con el lema 2023, basado en la EQUIDAD y con la idea de acercar la atención y los recursos a aquellos que estaban con dificultad para el acceso, se ideó la campaña del 14 de Noviembre 2023 en el HMALL.

Junto con Enfermería, Nutrición, Endocrinología Infantil, Oftalmología y Nefrología, y con la colaboración de estudiantes de la Carrera de Enfermería y de Medicina, se realizaron las Jornadas en el Día de la Diabetes, convocando a personas que ya tuviesen diagnóstico de diabetes y estuvieran o no en seguimiento en nuestro centro. Se organizaron stands para la realización de examen físico, toma de glucemia capilar, presión arterial, información sobre alimentación y pie diabético. También se abrieron consultorios para realizar breves charlas sobre tratamiento insulínico, en diabetes tipo 1 y 2, conteo de hidratos de carbono, charlas grupales sobre complicaciones de la diabetes a cargo de Endocrinología y Nefrología, y finalmente se realizó examen de fondo de ojos a cargo de Oftalmología.

Las jornadas tuvieron una duración de cuatro horas, con una buena convocatoria, tanto de de pacientes del hospital como de personas ajenas

al mismo. No solo se logró mejorar el acceso a la información sino también realizar controles intermedios y coordinar turnos médicos a futuro para pacientes con mayor prioridad. Consideramos para próximas jornadas, aumentar la convocatoria mejorando la difusión, sumando más profesionales y colaboradores que deseen participar.

En este 14 de noviembre, Día Mundial de la Diabetes (aunque ojalá pudiéramos pensarlo y hacerlo todos los días), les hago un llamado a la acción: intensificar nuestros esfuerzos como comunidad médica en la prevención, mejorar los programas de detección temprana desde la atención primaria y fortalecer la educación sobre la diabetes. Debemos unir fuerzas desde los tres niveles de atención y desde todas las especialidades para abordar esta epidemia de manera integral.



Equipo de trabajo de las Jornadas del Día Mundial de la Diabetes

## Viraje de Colitis Ulcerosa a Enfermedad de Crohn. Reporte de Caso

### *Conversion from ulcerative colitis to Crohn's disease. Case report*

Med. Cedré, Sofía Liliana<sup>1</sup>.

1. Servicio de Cirugía General Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", Bahía Blanca, Argentina.

#### Resumen

Recibido:  
Diciembre  
2023

Aceptado:  
Diciembre  
2023

Dirección de  
correspondencia:

Cedré Sofía,  
Liliana.

cedresofia@gmail.  
com

**Introducción:** La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica que afecta a la mucosa del colon. Se presenta en forma de brotes que se alternan con períodos de remisión o inactividad de la enfermedad.

No hay ningún síntoma patognomónico ni hallazgo en los estudios complementarios exclusivo para colitis ulcerosa. Un estudio de cohorte realizado en Corea muestra que, entre 1.444 pacientes con colitis ulcerosa, el diagnóstico final se cambió a colitis indeterminada en el 0,4% y enfermedad de Crohn en el 1,7%.

**Objetivos:** Brindar información sobre el viraje de colitis ulcerosa a enfermedad de Crohn. Conocer los motivos que pueden estar relacionados con su evolución.

**Desarrollo del caso:** Paciente de sexo femenino de 24 años de edad con diagnóstico reciente de enfermedad intestinal inflamatoria (pancolitis ulcerosa). Intercurre reagudización severa de patología de base. Realizó tratamiento con infliximab con escasa respuesta. Al octavo día de internación, empeoró su estado clínico (colitis tóxica) por lo que se decidió realización de colectomía total videolaparoscópica más ileostomía y fístula mucosa. A los 8 meses, se realizó proctectomía pouchileal más anastomosis ileoanal con ileostomía de protección. Evolucionó con pouchitis refractaria al tratamiento. Se decide resección pouch ileal con ileostomía terminal definitiva. Se analizó la pieza quirúrgica en nuestra institución y en un centro de referencia nacional, informando viraje a enfermedad de Crohn.

**Conclusión:** El viraje de colitis ulcerosa a enfermedad de Crohn tiene baja incidencia, pero debemos conocer las probables causas.

**Palabras clave:** Colitis ulcerosa; enfermedad de Crohn.

#### Abstract

**Introduction:** Ulcerative colitis is a chronic inflammatory bowel disease that affects the mucosa of the colon. Its presentation is in the form of outbreaks that alternate with periods of remission or inactivity of the disease.

There are no pathognomonic symptoms or findings in complementary studies exclusive to ulcerative colitis. A cohort study conducted in Korea shows that among 1,444 patients with ulcerative colitis, the final diagnosis was changed to indeterminate colitis in 0.4% and Crohn's disease in 1.7%.

**Aim:** Provide information about the change from ulcerative colitis to Crohn's disease regarding a case. Know the reasons that may be related to its evolution.

**Case development:** 24-year-old female patient with recent diagnosis of inflammatory bowel disease (ulcerative pancolitis). Severe exacerbation of underlying pathology occurs. She underwent treatment with infliximab with little response. On the eighth day of hospitalization, her clinical condition worsened (toxic colitis), so it was decided to perform videolaparoscopic total colectomy plus ileostomy and mucosal fistula. At 8 months, ileal pouch proctectomy plus ileoanal anastomosis with protective ileostomy was performed. He developed pouchitis refractory to treatment. Pouch ileal resection with definitive terminal ileostomy was decided. The surgical specimen was analyzed at our institution and at a national reference center, reporting a change to Crohn's disease.

**Conclusion:** The change from ulcerative colitis to Crohn's disease has a low incidence, but we must know the probable causes.

**Keywords:** Ulcerative colitis; crohn's disease; crohn's disease of the pouch.



## Introducción

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica que afecta a la mucosa del colon. Tiene una extensión variable, desde el recto hasta el ciego. Su forma de presentación es en forma de brotes en los cuales se presenta la sintomatología típica de la enfermedad, diarrea, dolor abdominal y proctorragia, acompañada o no de síntomas sistémicos, y/o manifestaciones extraintestinales. Estos se alternan con períodos de remisión o inactividad de la enfermedad, en los cuales los pacientes están asintomáticos. No hay ningún síntoma patognomónico ni hallazgo en los estudios complementarios exclusivo para colitis ulcerosa por lo que es un desafío para el equipo tratante. Los criterios utilizados más frecuentemente son los de Lennard- Jones que combina criterios clínicos, endoscópicos, radiológicos y anatomopatológicos<sup>1</sup>. La videocolonoscopia con toma de biopsia permite confirmar el diagnóstico de colitis ulcerosa. La afectación de la mucosa es difusa y continua, afectando desde el recto en sentido proximal. En los casos más leves aparece disminución o desaparición del patrón vascular, edema y eritema, mientras que, en los más graves, úlceras de distintos tamaños y sangrado espontáneo al roce. Esta entidad se clasifica en proctitis ulcerosa, rectosigmoiditis y colitis izquierda, colitis extensa y pancolitis. Esta última representa el 10-15% del total de las colitis ulcerosas, como en el caso de nuestra paciente.

## Presentación de caso

Paciente de sexo femenino de 24 años de edad con diagnóstico reciente de enfermedad intestinal inflamatoria (pancolitis ulcerosa), derivada desde otro centro de menor complejidad por presentar dolor abdominal a-

sociado a proctorragia y fiebre. Se encontraba en seguimiento desde febrero del 2020 cuando inició tratamiento con mesalazina supositorios, con buena respuesta inicial. Un año después intercurrió con cuadro de hematoquecia asociado a registros subfebriles. Se interpretó como una reagudización severa de patología de base. Sin respuesta al tratamiento médico con hidrocortisona 100 mg cada 8 hs, mesalazina 1 gr cada 8 hs. Comenzó estudio en nuestra institución, se repitió una videocolonoscopia donde se observó pérdida de patrón vascular en todo el trayecto colónico, con afección continua y simétrica, sin parches de mucosa sana, mucosa sin sangrado. Múltiples úlceras redondeadas (Anatomía patológica: colitis ulcerosa). Se detectó anemia (hematocrito de 32%, hemoglobina 10.9 g/dl), perfil nutricional alterado (prealbúmina de 7.8 mg/dl, proteínas totales de 5.1 g/dl, albúmina 2.5 g/dl), reactantes de fase aguda elevados (Proteína C reactiva 250 mg/l, eritrosedimentación 20 mm), resto sin particularidades. Además, se solicitaron serologías para: Epstein barr anticuerpos IgG IgM, Hepatitis B y C, HIV, investigación de Clostridium difficile e Intradermoreacción de mantoux para tuberculosis (PPD) las cuales fueron todas negativas. Radiografía de tórax y abdomen de pie sin hallazgos patológicos. Al quinto día de internación, comenzó tratamiento con infliximab con escasa respuesta. Al octavo día de internación, empeoró el estado clínico. Comenzó con taquicardia, hipotensión y fiebre, asociado a dolor abdominal intenso y 7 episodios de proctorragia. Laboratorio con leucocitosis en aumento (16280 glóbulos blancos), caída de hematocrito y hemoglobina (20% y 6.8 g/dl respectivamente), ácido láctico aumentado 3.4. No respondió a tratamiento médico, intercurrió con cuadro de colitis tóxica por lo que se decide realización de colectomía

totalvideolaparoscópica más ileostomía y fístula mucosa.

Buena evolución clínica, al día doce postoperatorio se otorgó alta hospitalaria. Realizó tratamiento tópico con espuma rectal (budenofalk) hasta remisión de la enfermedad. A los 8 meses, se llevó a cabo la proctectomía pouch ileal más anastomosis ileoanal (IPAA) con ileostomía de protección. Al quinto día postoperatorio, se fue de alta. Dos meses después del postoperatorio, comenzó con síntomas de pouchitis severa con respuesta parcial al tratamiento médico (metronidazol y espuma rectal). Durante el seguimiento con el equipo de coloproctología, se realizaron varias dilataciones endoscópicas por estenosis de la anastomosis, secundarias a la pouchitis. A los 4 meses postoperatorios manifestó síntomas extraintestinales (artritis). Empezó tratamiento con adalimumab. Finalmente se diagnosticó una fístula pouch-vaginal, por lo que se decidió resección pouch ileal con ileostomía terminal definitiva (Figura 1-2).



Figura 2: Resección pouchileal (piezaquirúrgica)

Se analizó la pieza quirúrgica tanto en nuestra institución como en un centro de referencia nacional arrojando como resultado, enfermedad de Crohn (EC). Actualmente en tratamiento con medicación biológica y remisión de la enfermedad.

### Discusión

Las características endoscópicas y patológicas tanto de la enfermedad de Crohn como de la colitis ulcerosa se pueden identificar en el 7-10% de los pacientes con enfermedad intestinal. El diagnóstico en estos pacientes suele ser un desafío y en muchos casos se informa como colitis indeterminada o no clasificada. En un estudio sueco retrospectivo con 44.302 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, el 18% de los pacientes tuvo un cambio en su diagnóstico inicial y entre ellos el 39% cambió el diagnóstico de CU a EC<sup>2</sup>.

La CU se limita a la mucosa y la submucosa del colon, mientras que la EC se caracteriza por inflamación transmural. La EC y la CU se deben a la alteración de las uniones estrechas y de las capas mucosas que cubren el epitelio intestinal.

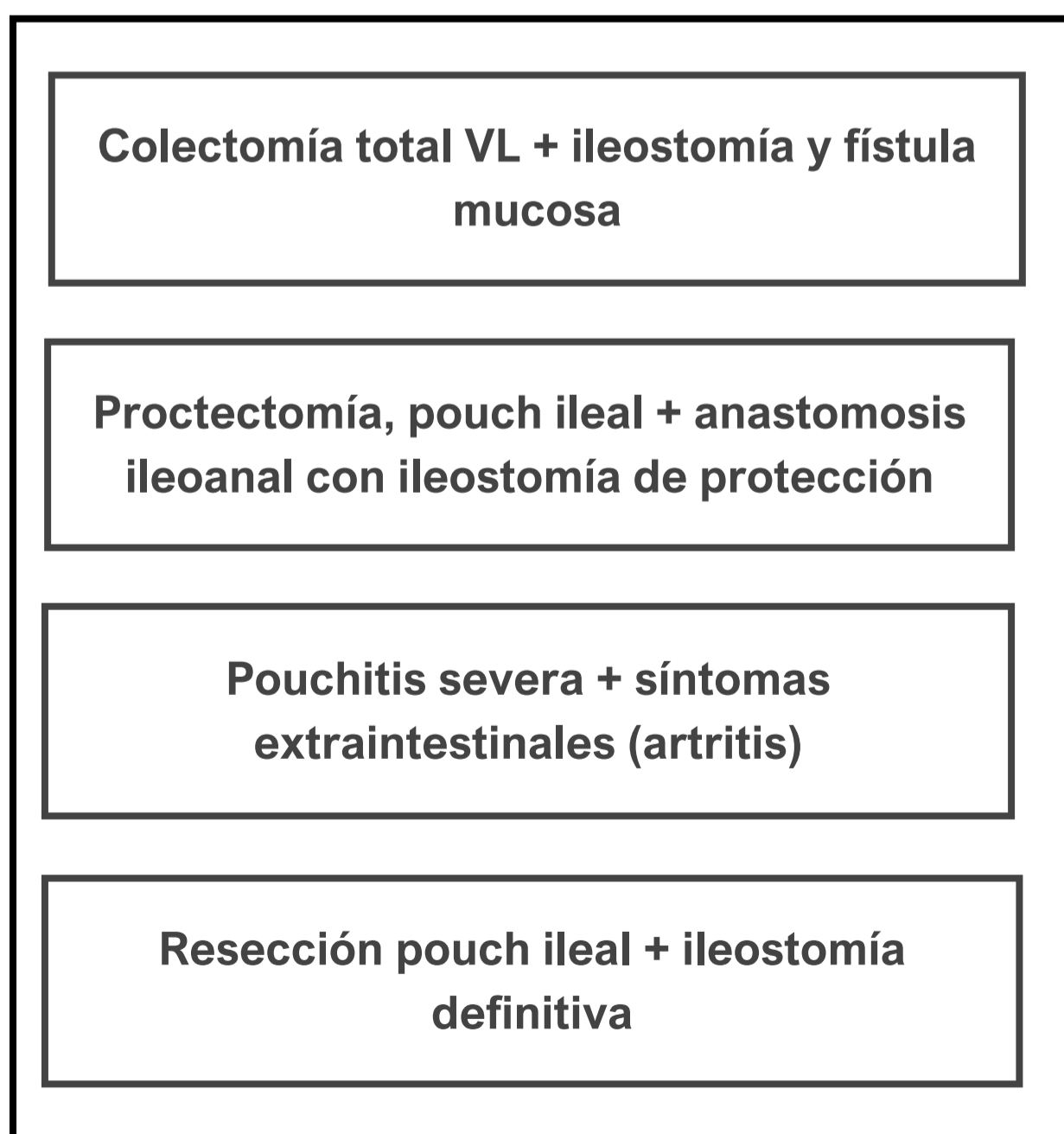


Figura 1: Esquema de procedimientos quirúrgicos

Tanto el aumento del reclutamiento y la retención de macrófagos efectores, neutrófilos y células T en el intestino inflamado dan como resultado liberación y activación de citocinas proinflamatorias. En el caso de la EC fisiopatológicamente la principal es la TH1- y TH17 mientras que en la CU es TH2. La activación de proteínas quinasas y factores de transcripción conducen a la exacerbación de la CU.

Esto da como resultado que la inflamación se transfiera de la mucosa y la submucosa a las capas de tejido muscular propio y serosa, que es una inflamación transmural, por lo que es patológicamente posible que la CU se convierta en EC con el tiempo<sup>3,9</sup>.

Se define fracaso del reservorio a todos aquellos casos en que la bolsa se debe reseca, ya sea por complicaciones o por malos resultados funcionales, o cuando no se puede cerrar la ileostomía. La tasa de fracaso varía del 3,5 a 37% aumentando a medida que aumenta el tiempo de seguimiento de las series. Entre los factores preoperatorios que hacen suponer un mal pronóstico para la continuidad del reservorio, se encuentra la enfermedad de Crohn, así como también los fallos tardíos se relacionan con un diagnóstico tardío de enfermedad de Crohn.

Existen múltiples publicaciones acerca de la utilización del reservorio ileal en la enfermedad de Crohn, la mayoría confeccionados en pacientes con diagnóstico de Colitis Indeterminada (CI) o de CU, que luego del estudio de la pieza completa o por su evolución, se categorizaron como enfermedad de Crohn.

La enfermedad de Crohn en el reservorio (CDP) dependerá de la forma clínica, pudiendo presentarse con fístulas, abscesos, senos residuales, pouchitis severa y/o estenosis. Esto ocurre hasta en el 13% de las bolsas ileales y

puede ocurrir porque el reservorio se realizó en un paciente con diagnóstico de enfermedad de Crohn colorrectal sin afectación del intestino delgado ni perianal, en pacientes con diagnóstico de CU o CI, en la cual la revisión de la pieza informa Crohn, u originarse de novo, semanas o años después de la cirugía y con un informe histopatológico que no evidencia Crohn<sup>4</sup>.

Existen predictores clínicos, factores de riesgo y resultados asociados con el desarrollo de CDP en pacientes sometidos IPAA para colitis ulcerosa<sup>5</sup>. Entre las publicaciones, se encontró que los pacientes tenían síntomas inespecíficos como náuseas, vómitos y estreñimiento y/o afecciones relacionadas con la inflamación del pouch. Hubo variación en cuanto a la definición de CDP entre los estudios encontrados. Sin embargo, la presencia de inflamación o una fístula que surge del pouch/extremidad aferente o el desarrollo de una estenosis más de 1 año después de la cirugía IPAA se describieron consistentemente como características de CDP identificadas en la endoscopia.

La reconstrucción con bolsa en J en forma de procedimiento de dos etapas fue la más realizada. Este estudio encontró que una edad más temprana de diagnóstico de CU [20,5–28,0 vs 26,0–30,0 años] y cirugía del pouch [26–36 vs 36–40 años] y una duración más corta de la CU [48–96 vs 72–109 meses] son potencialmente factores de riesgo preoperatorios para el desarrollo de CDP.

Esto resalta la importancia del momento del diagnóstico y la cirugía. Otros factores de riesgo para CDP fueron el antecedente familiar de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) y el tabaquismo. Por el contrario, un factor protector contra la CDP es la indicación para la cirugía de pouch en caso de displasia o cáncer de colon.

Estudios previos han demostrado otros factores potenciales que podrían ayudar a predecir el desarrollo posterior de CDP en pacientes con IPAA,

incluido el diagnóstico preoperatorio de CI, úlceras bucales, estenosis colorrectal y fisura anal.

Se ha sugerido que la IPAA realizada en tres tiempos se asocia con una presentación tardía de CDP.

No se encontraron diferencias en los resultados perioperatorios, incluida la pouchitis, en pacientes sometidos al procedimiento de dos o tres etapas<sup>6</sup>.

La positividad serológica para anticuerpos anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA) y anticuerpos Cbir1 después de IPAA también se asocia con CDP, al igual que el polimorfismo NOD2insC.

Las directrices de consenso del Consorcio Internacional de Pouch Ileal enfatizaron la importancia de llegar a un acuerdo sobre la terminología y los criterios de diagnóstico de la CDP, ya que esto conduciría a beneficios posteriores para su tratamiento y pronóstico. La estenosis del reservorio o íleon pre-reservorio, la presencia de fístula y la ileítis pre-reservorio fueron los criterios diagnósticos informados con mayor frecuencia.

No es suficiente para el diagnóstico de CDP la presencia de inflamación transmural en la bolsa ya que también puede observarse en la pouchitis crónica.

No está claro el mecanismo de la CDP después de IPAA para la CU. Se cree que podría estar relacionado con cambios en la flora bacteriana después de la creación del pouch y con una susceptibilidad genética subyacente. Otras hipótesis son que la formación de una anastomosis con potencial de estasis fecal y/o el ambiente no fisiológico creado en el íleon terminal hace que la CU se comporte inmunológicamente de manera diferente en el pouch que dentro de la mucosa del colon, volviéndose así fenotípicamente similar a la EC.

El desarrollo de CDP afecta negativamente los resultados y el pronóstico de los pacientes. Es uno de los principales riesgos de falla del reservorio. Shannon et al. informaron que ocho de cada diez pacientes (80%) tenían falla del pouch relacionada con la CDP<sup>7</sup>. Los pacientes que presentan CDP pueden requerir tratamiento médicoagresivo (fármacos, biológicos e inmunosupresores) y en algunos casos la resección del pouch con realización de ileostomía terminal definitiva.

Cabe destacar que la CDP es probable que esté clínicamente sobrediagnosticada debido a la ausencia de una definición clara.

En un estudio solo el 20% pacientes catalogados como CDP finalmente demostró características histopatológicas de CD en la escisión del pouch<sup>8</sup>.

## Conclusión

El manejo de las enfermedades inflamatorias intestinales se debe hacer de manera interdisciplinaria. Aunque es baja la incidencia del viraje de colitis ulcerosa a enfermedad de Crohn, la presencia de la misma en reservorios ileales realizados en pacientes con diagnóstico previo de CU, resulta un desafío. Debemos esforzarnos en estudiar la presencia de eventuales factores pronósticos en el desarrollo de CDP.

---

## Referencias bibliográficas

1. Lennard-Jones JE. Classification of inflammatory bowel disease. Scand J Gastroenterol Suppl 1989;170:2-6.
2. Everhov AH, Sachs MC, Malmborg P, et al. Changes in inflammatory bowel disease subtype during follow-up and over time in 44,302 patients.
3. Scand J Gastroenterol 2019; 54:55-6 [PubMed] [Google Scholar] Elson CO, Cong Y, Weaver CT, Schoeb TR, McClanahan TK, et al. (2007) Monoclonal anti-interleukin 23 reverses active colitis in a Tcell-mediated model in mice. Gastroenterol 132: 2359 - 2370.

4. Regimbeau JM, Panis Y, Pocard M, et al. Resultados a largo plazo de la anastomosis anal- bolsa ileal para la enfermedad de Crohn colorrectal . *Dis Colon Recto* 2001; 44 : 769–76. [ PubMed ] [ Google Scholar ]
5. Michael G Fadela,b,\* , Georgios Geropoulosb,\* , Oliver J Warrenb. Risks Factors Associated with the Development of Crohn's Disease After Ileal Pouch-Anal Anastomosis for Ulcerative Colitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2023, XX, 1–12.
6. Lee GC, Deery SE, Kunitake H, et al.. Comparable perioperative outcomes, long-term outcomes, and quality of life in a retrospective analysis of ulcerative colitis patients following 2- stage versus 3-stage proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis. *Int J Colorectal Dis* 2019;34:491–9. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
7. Shannon A, Eng K, Kay M, et al.. Long-term follow up of ileal pouch anal anastomosis in a large cohort of pediatric and young adult patients with ulcerative colitis. *J Pediatr Surg* 2016;51:1181–6. [PubMed] [Google Scholar]
8. Lightner AL, Fletcher JG, Pemberton JH, Mathis KL, Raffals LE, Smyrk T.. Enfermedad de Crohn de la bolsa: ¿un diagnóstico verdadero o un diagnóstico de exclusión excesivo ? *Dis Colon Recto* 2017; 60 : 1201–8. [ PubMed ] [ Google Scholar ]
9. Satish Chandra Yadav, Bingqiang Zhang. Transformation of Ulcerative Colitis to Crohn's. Disease: A Case Report and Literature Review. *Medical Case Reports*. ISSN 2471-8041. Vol.7 No.1:2 2021.

### Otra bibliografía consultada:

- Saransh Jain, VineetAhuja, Jimmy K Limdi. Optimalmanagement of acute severe ulcerative colitis. *Postgrad Med J* 2019;95:32–40.
- Parambir S. Dulaiand Vipul Jairath.Acute severe ulcerative colitis: latest evidenceand therapeutic implications. *Ther Adv Chronic Dis* 2018, Vol. 9(2) 65–72
- Emanuel Burri, Michel H. Maillard,Alain M. Schoepferet al. Treatment Algorithm for Mild and Moderate-to-Severe Ulcerative Colitis: An Update. *Digestion*. Oct 2019

## Miocardopatía Periparto: Reporte de Caso

### *Peripartum Cardiomyopathy: Case Report*

Med. Zorzano Osinalde, Paula<sup>1</sup>; Med. Espinoza, Franco Ezequiel<sup>1</sup>; Med. Duran, Lucas Gonzalo<sup>1,2</sup>; Med. Montenegro Fernandez, Micaela Giselle<sup>1</sup>; Med. Millán, Vanesa Alejandra<sup>1</sup>; Med. Cruz, Magdalena<sup>1</sup>; Med. Grassi, Nicolas Antonio<sup>1</sup>; Med. Otamendi, Marina<sup>1</sup>; Med. Petasny, Marcos<sup>1,2</sup>.

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

### Resumen

Recibido:  
Noviembre  
2023

Aceptado:  
Diciembre  
2023

Dirección de  
correspondencia:

**Paula Zorzano  
Osinalde.**

pauzorzano@gmail  
.com

La miocardopatía periparto es una condición que se manifiesta como una miocardopatía idiopática con falla cardíaca asociada, desarrollándose en el último mes del embarazo hasta los cinco meses posparto. Se presenta el caso clínico de una paciente de 29 años con antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico, tabaquista y con tres gestas, dos partos, y un aborto espontáneo que durante el puerperio experimentó disnea de clase funcional IV, acompañada de dolor precordial, opresión y ortopnea, lo que motivó la consulta médica, con posterior necesidad de intubación oro-traqueal. Se realizó angiotomografía de tórax que descartó tromboembolismo pulmonar. Se realizó un ecocardiograma que objetivó hipocinesia global, disfunción sistólica (fracción de eyección del ventrículo izquierdo 40%). Posteriormente, se descartó síndrome antifosfolipídico y enfermedades autoinmunes. Después de optimizar el tratamiento con enalapril, espironolactona y anticoagulación, la paciente presentó mejoría clínica, logrando el destete del respirador y su posterior traslado a clínica médica. Se destaca que la presentación más común de la miocardopatía periparto son los signos de insuficiencia cardíaca. A pesar de su incidencia relativamente baja, se subraya la importancia de considerar esta patología tempranamente y establecer un tratamiento rápido.

**Palabras clave:** Miocardopatía; complicaciones cardiovasculares del embarazo; período periparto.

### Abstract

Peripartum cardiomyopathy is a condition that manifests as an idiopathic cardiomyopathy with associated heart failure, developing in the last month of pregnancy until five months postpartum. The clinical case of a 29-year-old patient with a history of ischemic stroke, a smoker and with three pregnancies, two births, and a spontaneous abortion is presented, who during the postpartum period experienced functional class IV dyspnea, accompanied by precordial pain, oppression and orthopnea, which prompted her to consult a doctor, with the subsequent need for oro-tracheal intubation. Chest angiotomography was performed, which ruled out pulmonary thromboembolism. An echocardiogram was performed, which revealed global hypokinesia and systolic dysfunction (left ventricular ejection fraction 40%). Subsequently, antiphospholipid syndrome and autoimmune diseases were ruled out. After optimizing treatment with enalapril, spironolactone and anticoagulation, the patient showed clinical improvement, achieving weaning from the respirator and subsequent transfer to a medical clinic. It is highlighted that the most common presentation of peripartum cardiomyopathy is signs of heart failure. Despite its relatively low incidence, the importance of considering this pathology early and establishing rapid treatment is highlighted.

**Keywords:** Cardiomyopathies; pregnancy complications; cardiovascular; peripartum period.

## Introducción

La miocardiopatía periparto (MCP) es una enfermedad poco frecuente pero grave que se manifiesta en mujeres previamente sanas. Se caracteriza por disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (VI) y síntomas de insuficiencia cardíaca, que ocurren durante el período periparto. De etiología incierta, se presenta generalmente en la última etapa del embarazo y los primeros cinco meses del posparto<sup>1,2</sup>. Demakis et al introdujeron la primera definición de miocardiopatía periparto en 1971 como una forma de insuficiencia cardíaca (IC) idiopática, sin que se identifique ninguna enfermedad cardíaca subyacente. Posteriormente, a los tres criterios clínicos clásicos (desarrollo de insuficiencia cardíaca en el último mes de embarazo o dentro de los cinco meses posteriores al parto, ausencia de una causa identificable de insuficiencia cardíaca y ausencia de enfermedad cardíaca reconocible antes del último mes de embarazo), se agregó el criterio ecocardiográfico para evitar una sobre identificación de casos (fracción de eyección del ventrículo izquierdo (fey) <45%, fracción de acortamiento <35%, o ambos y diámetro diastólico del ventrículo izquierdo >5,7 cm o área > 2,7 cm/m<sup>2</sup>). Esto resultó ser la pieza fundamental para el diagnóstico ya que permite definir el grado de deterioro de la función sistólica<sup>3,4</sup>. Se presenta a continuación un caso clínico de insuficiencia cardíaca secundaria a miocardiopatía periparto.

## Presentación de caso

Paciente de sexo femenino de 29 años con antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico, tabaquista, que cursó COVID-19 hace un año, con tres gestas, dos partos y un aborto espontáneo hace 4 años, al momento de la consulta se encontraba cursando puerpe-

rio alejado en día 16. Concurrió al servicio médico de urgencias por haber presentado disnea clase funcional IV, asociada a dolor precordial, de carácter opresivo, sin irradiación, con intensidad 9/10 persistente, sin posibilidad de identificar atenuantes y ortopnea. Refirió haber presentado cinco días antes un episodio de síncope sin desencadenantes.

Durante el examen físico evolucionó con aumento de los requerimientos de oxígeno, presentando refractariedad a las medidas terapéuticas instauradas (aporte de oxígeno con máscara de reservorio, balance negativo con diuréticos) por lo que requirió intubación orotraqueal de urgencia y posterior conexión a asistencia ventilatoria mecánica en terapia intensiva. Se realizó electrocardiograma que evidenció isquemia subepicárdica (ondas T negativas) en cara anterior extensa (Imagen 1).



Imagen 1: ECG de ingreso

En el examen de laboratorio de ingreso se constató: Hematocrito 31%, Hemoglobina 10,1 g/dl, leucocitos 8.700/uI, plaquetas 306.000 por mm<sup>3</sup>, RIN 1,08, urea 32 mg/dl, creatinina 0,85 mg/dl, sodio 149 mmol/l, potasio 3,8 mmol/l, cloro 112 mmol/l, Troponina de 1.119 ng/l, Estado ácido base arterial

pH: 7.45/PO<sub>2</sub>124/CO:34.6/EB:0.3/HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> : 23.8/  
Sat: 97%, saturación venosa central 71%,  
proteína C reactiva 63,2 mg/dl.

A las 24 horas del ingreso, una vez estabilizada la paciente se le realizó una angiotomografía de tórax con protocolo para tromboembolismo pulmonar (TEP), donde no se observaron imágenes compatibles con TEP, sin embargo, se evidenciaron hiperdensidades bilaterales, áreas de consolidación, broncograma aéreo y derrame pleural bilateral escaso a predominio derecho (Imagen 2).

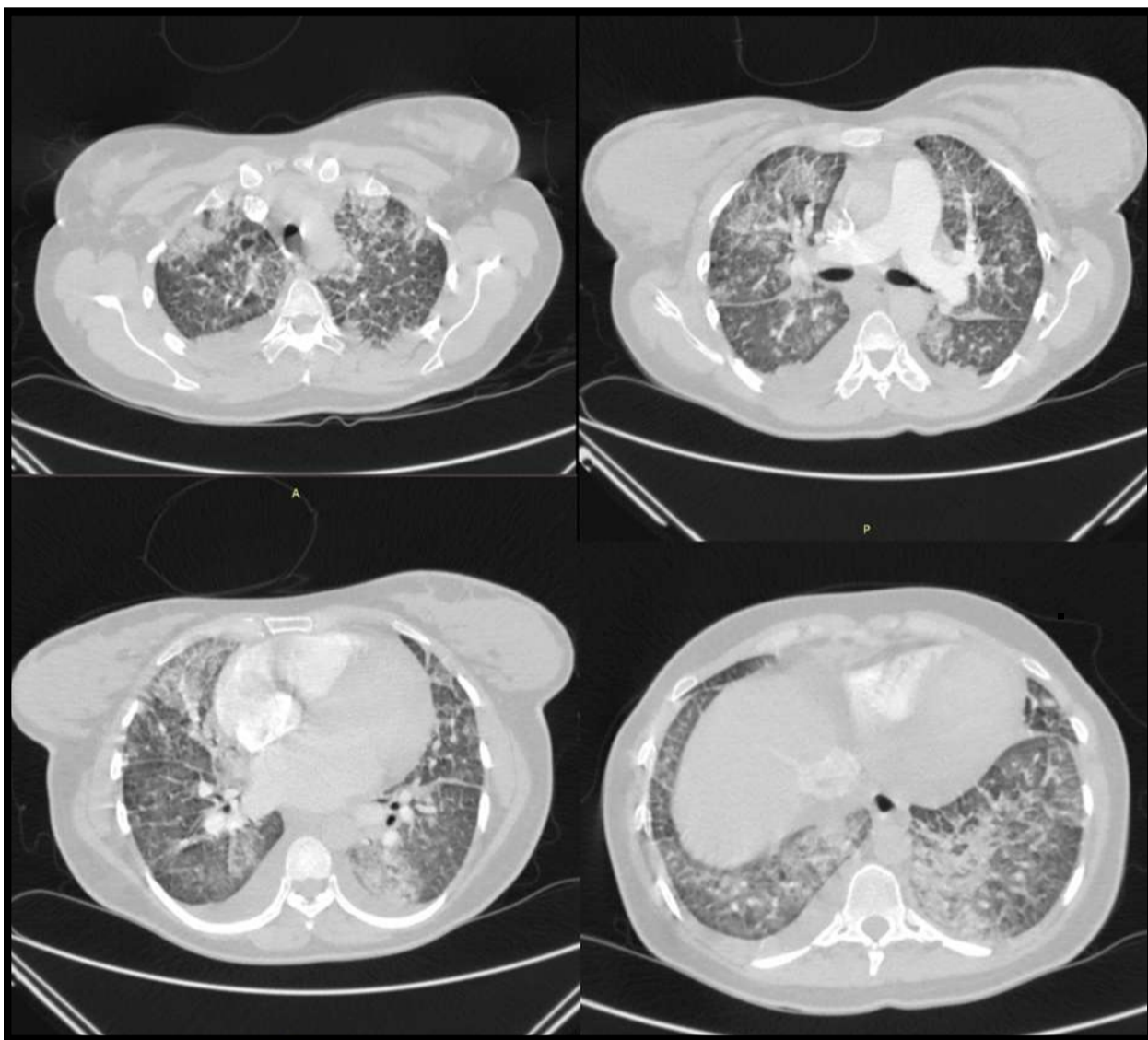


Imagen 2: Tomografía de tórax en ventana pulmonar.

En el examen de laboratorio presentó deterioro de la saturación venosa central a 62%, troponina de 1.000 ng/ml. Inicialmente requirió noradrenalina y dobutamina ante la evidencia de bajo gasto por clínica y laboratorio compatible con lo que se logró mejorar el inotropismo cardíaco normalizando los valores de saturación venosa central. Posteriormente, se realizó un ecocardiograma transtorácico que evidenció hipocinesia global, con disfunción sistólica con deterioro moderado de la fey del 40% e insuficiencia valvular tricúspide leve. Se interpretó el cuadro como miocardiopatía periparto y quedó anticoagula-

da con enoxaparina, con un seguimiento de la funcionalidad cardíaca mediante ecocardiografía doppler color.

Luego de una valoración en conjunto con hematología y ginecología se decidió realizar dosaje de anticuerpos Inmunoglobulina G (IgG) e Inmunoglobulina M (IgM) anticardiolipinas (aCL), anti-β2GP 1 IgG e IgM, anticoagulante lúpico y factor reumatoideo que resultaron negativos descartando la sospecha inicial de síndrome antifosfolipídico y vasculitis.

La paciente evolucionó favorablemente, se instauró tratamiento con enalapril en baja dosis y espironolactona. Se logró extubar de manera programada dentro de las 72 horas, pudiendo continuar su tratamiento en sala de clínica médica agregando al tratamiento establecido un betabloqueante y anticoagulación vía oral para posteriormente recibir el alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio a cargo del servicio de cardiología.

### Discusión

Dada la baja incidencia de la MCPP, presentándose en 1 cada 2.300 embarazos y siendo que en nuestro nosocomio no se cuenta con un servicio de obstetricia, su diagnóstico representa un verdadero desafío.

En el caso relatado se observa una presentación cronológica de los síntomas compatibles con lo identificado en la diversa bibliografía internacional que incluye dificultad para respirar o esfuerzo, fatiga, tos, ortopnea, disnea nocturna paroxística, edema y opresión en el pecho. El examen físico a menudo revela taquipnea, taquicardia, presión venosa yugular elevada, estertores pulmonares y edema periférico<sup>5</sup>.

La mayoría de estas mujeres son diagnosticadas después del parto, típicamente en el primer mes posparto, tal como fue el caso de nuestra paciente, sin embargo, a diferencia



de lo identificado en otras experiencias, no presentaba los factores de riesgo típicos (multiparidad, hipertensión arterial, preeclampsia, edad avanzada y etnia negra), lo cual conllevó a la necesidad de descartar otras causas de tipo hematológicas<sup>6</sup>.

Existen dos mecanismos hipotéticos por medio de los cuales se intenta explicar esta entidad, el más aceptado es el modelo que se estudió en ratones (STAT3) en el que el estrés oxidativo condujo a la escisión de la hormona prolactina. El fragmento de prolactina 16 kDa tenía propiedades vasculares tóxicas y pro-apoptóticas, que podrían generar disfunción vascular y miocárdica. Los ratones tratados con bromocriptina, supresor de la secreción de prolactina, tuvieron una reversión completa de la miocardiopatía<sup>7</sup>.

El diagnóstico de MCPP incluye los criterios descritos al comienzo del reporte. No existen anomalías de laboratorio específicas para la MCPP, aunque el péptido natriurético tipo B (BNP) suele estar elevado. Sin embargo, también se deben considerar otros estudios de laboratorio excluyentes, incluida la evaluación de las enzimas cardíacas y un estudio de preeclampsia. Los estudios de imagen incluyen electrocardiografía, radiografía de tórax y ecocardiografía<sup>8</sup>. Los hallazgos electrocardiográficos suelen ser normales, pero pueden incluir taquicardia sinusal, anomalías inespecíficas de las ondas ST y T y anomalías del voltaje como se observó en el presente caso descrito. El ecocardiograma generalmente muestra disminución de contractilidad y agrandamiento del VI sin hipertrofia.

El tratamiento es similar al de la disfunción ventricular aguda y crónica izquierda de otra etiología. La mayoría de los tratamientos indicados en falla cardíaca son compatibles con la lactancia materna. Las pacientes que se presentan con signos congestivos, pero

adecuada perfusión periférica, requieren diuréticos y vasodilatadores venosos<sup>9, 10</sup>. Si aparecen signos de bajo gasto, se debe considerar el uso de drogas inotrópicas hasta restablecer una perfusión periférica adecuada y la mejoría de los signos de congestión pulmonar. Cuando se logre la suspensión de los fármacos intravenosos, se deberá iniciar el tratamiento con betabloqueantes e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina<sup>11, 12</sup>. La anticoagulación está recomendada debido a los reportes de aumento de incidencia de la trombosis del VI y tromboembolismo sistémico en mujeres con MCPP, estado de hipercoagulabilidad propio del embarazo y el período postparto temprano, que en el caso de nuestra paciente se instauró desde un principio debido a sus antecedentes de accidente cerebrovascular y aborto espontáneo. Se desconoce cuál es el mejor momento para suspender la anticoagulación, pero se recomienda continuar su uso durante al menos un año. Si los tratamientos médicos no tienen éxito, el trasplante de corazón suele ser el último recurso. Afortunadamente, en los últimos años, la tasa de trasplante requerido ha disminuido a alrededor del 4% al 7%<sup>13</sup>. Las tasas de éxito de los trasplantes son buenas con tasas favorables de supervivencia a largo plazo.

En informes de casos recientes, se sugiere que la inclusión de bromocriptina, un inhibidor de la prolactina, en la terapia convencional para la insuficiencia cardíaca podría resultar beneficiosa en pacientes con miocardiopatía periparto. Este enfoque busca atenuar el daño ventricular y una baja morbilidad y mortalidad<sup>14</sup>, pero en nuestro medio, dada la falta de disponibilidad y la pronta recuperación de la paciente no fue utilizada.

## Conclusión

A pesar de su baja incidencia general se debería considerar esta patología lo más precozmente posible e instaurar rápidamente su tratamiento. Es fundamental tener presentes la dilatación del VI, el trombo del VI, la disfunción sistólica del ventrículo derecho y la obesidad como factores que empeoran el pronóstico. En consecuencia, resulta imperativo que los profesionales de la salud posean un conocimiento adecuado sobre esta entidad, a fin de considerarla como un diagnóstico diferencial en la evaluación sistemática de pacientes que presenten síntomas de disnea. Este enfoque no solo optimizará el proceso de diagnóstico, sino que también permitirá una intervención médica más eficaz en casos de afecciones con riesgo vital.

## Referencias bibliográficas

1. Davis MB, Arany Z, McNamara DM, Golland S, Elkayam U. Peripartum Cardiomyopathy: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol.* 2020;75(2):207-221. doi:10.1016/j.jacc.2019.11.014.
2. Arany Z, Elkayam U. Peripartum Cardiomyopathy. *Circulation.* 2016;133(14):1397-1409. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.115.020491
3. Echeverría MP, Auquilla Clavijo PE, Plou Izquierdo S, et al. Miocardiopatía periparto: claves clínicas para su sospecha. *Anales Sis San Navarra [online].* 2020, vol.43, n.1, pp.93-97. Epub 17-Ago-2020. ISSN 1137-6627. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0780>.
4. Ramaraj R, Sorrell VL. Peripartum cardiomyopathy: Causes, diagnosis, and treatment. *Cleve Clin J Med.* 2009;76(5):289-296. doi:10.3949/ccjm.76a.08004
5. Sliwa K, Hilfiker-Kleiner D, Petrie MC, et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of peripartum cardiomyopathy: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Working Group on peripartum cardiomyopathy. *Eur J Heart Fail.* 2010;12(8):767-778. doi:10.1093/eurjhf/hfq120.
6. Polanía Ardila DF, Navarrete Hurtado S, Acuña Osorio EM, Álvarez Rosero RA. Miocardiopatía periparto. *Insuf. card.*[Internet]. 2009 Dic: 177-183.
7. Gallardo Arozena M, Suarez TG, Contreras González B, et al. La miocardiopatía periparto como causa de insuficiencia cardiaca en el embarazo y el puerperio. *Prog Obstet Ginecol.* 2015;58(8):363-367.
8. Bhakta P, Biswas BK, Banerjee B. Peripartum cardiomyopathy: review of the literature. *Yonsei Med J.* 2007 Oct 31;48(5):731-47. doi: 10.3349/ymj.2007.48.5.731. PMID: 17963329; PMCID: PMC2628138..
9. Kim MJ, Shin MS. Practical management of peripartum cardiomyopathy. *Korean J Intern Med.* 2017;32(3):393-403. doi:10.3904/kjim.2016.360
10. Konstam MA, Kiernan MS, Bernstein D, et al. Evaluation and Management of Right-Sided Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2018;137(20):e578-e622. doi:10.1161/CIR.0000000000000560
11. Bauersachs J, Arrigo M, Hilfiker-Kleiner D, et al. Current management of patients with severe acute peripartum cardiomyopathy: practical guidance from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Study Group on peripartum cardiomyopathy. *Eur J Heart Fail.* 2016;18(9):1096-1105. doi:10.1002/ejhf.586
12. Roldan MC. Miocardiopatía periparto. *Insuf Card* 2022;17(2):42-60.
13. Felker GM, Jaeger CJ, Klodas E, et al. Myocarditis and long-term survival in peripartum cardiomyopathy. *Am Heart J.* 2000;140(5):785-791. doi:10.1067/mhj.2000.110091
14. Sliwa K, Blauwet L, Tibazarwa K, et al. Evaluation of bromocriptine in the treatment of acute severe peripartum cardiomyopathy: a proof-of-concept pilot study [published correction appears in *Circulation.* 2010 Jun 1;121(21):e425. Struhman, Ingrid [corrected to Struman, Ingrid]]. *Circulation.* 2010;121(13):1465-1473. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.901496

## Cámara Hiperbárica: ¿El Futuro de las Heridas Crónicas? Reporte de Caso

### *Hyperbaric Chamber: the Future of Chronic Wounds? Clinical Case Report*

Med. Viora Barahona, Agustina<sup>1</sup>.

1. Servicio de Cirugía General Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", Bahía Blanca, Argentina.

#### Recibido:

Diciembre  
2023

#### Aceptado:

Diciembre  
2023

#### Dirección de correspondencia:

**Agustina Viora  
Barahona**

agustinaviara@gm  
ail.com

#### Resumen

Dada la elevada prevalencia de las heridas crónicas y el costo que representan para el sistema de salud, el uso de la cámara hiperbárica podría representar una oportunidad de tratamiento para pacientes con esta patología. Se presenta el caso de una paciente femenina de 51 años, internada en el Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", que cursó con una herida crónica de pared abdominal, producto de múltiples intervenciones quirúrgicas. Debido al tamaño de la lesión, a la imposibilidad de realizar un cierre por primera intención y a la falta de progresión con las curaciones estándares, se inició tratamiento con 7 sesiones de cámara hiperbárica. A lo largo de las sesiones se pudo ver una mejoría en la vascularización del lecho de la lesión y un progreso en el cierre por segunda intención de la misma. Por la disminución del diámetro de la lesión y a la granulación del tejido del fondo, se decidió realizar un cierre con dermolipectomía invertida. Actualmente, la Undersea and Hyperbaric Medical Society, no incluye a las heridas crónicas dentro de sus indicaciones, sin embargo recomienda la oxigenación hiperbárica en caso de colgajos e injertos que se encuentren comprometidos, por lo que se podría evaluar su aplicación en heridas crónicas. Por otro lado, al realizar un tratamiento de corta duración, no se pudo apreciar en profundidad los alcances del mismo y sus posibles complicaciones. Los distintos estudios y revisiones sistemáticas consultadas concluyen que en los pacientes con heridas crónicas la oxigenación hiperbárica mejoró significativamente las heridas a corto plazo (41 % versus 21.7 % con  $P=0.04$ ) pero no a largo plazo (48.1 % versus 41.7 %). Como conclusión, si bien la evidencia indica la falta de estudios con diseño adecuado para probar la eficacia de la oxigenación hiperbárica, creemos que debemos seguir aplicando este tipo de terapia en los pacientes. Este puede ser el puntapié inicial que los conduzca hacia el tratamiento definitivo, que en un principio no hubiese sido posible.

**Palabras clave:** Cámara hiperbárica; oxígeno hiperbárico; oxigenoterapia; heridas crónicas.

#### Abstract

Given the high prevalence of chronic wounds and the cost they represent for the healthcare system, the use of hyperbaric chambers could offer a treatment opportunity for patients with this pathology. The objective of this work is to understand the evidence-based benefits of hyperbaric chambers in chronic wounds. We present the case of a 51-year-old female patient admitted to the Municipal Acute Care Hospital "Dr. Leonidas Lucero" in Bahía Blanca. The patient presented with a chronic abdominal wall wound resulting from multiple surgical interventions. Due to the size of the lesion, the impossibility of performing primary closure, and the lack of progression with standard dressings, it was decided to initiate treatment with 7 sessions of hyperbaric chamber therapy. Throughout the sessions, an improvement in the vascularization of the wound bed was observed, along with progress in secondary intention wound closure. Due to the reduction in the diameter of the lesion and the granulation of the tissue at its base, closure was performed using inverted dermolipectomy. Currently, the Undersea and Hyperbaric Medical Society does not include chronic wounds in its indications. However, it does recommend hyperbaric oxygenation in the case of compromised flaps and grafts, suggesting its potential application in chronic wounds. On the other hand, the full extent of hyperbaric oxygenation and its potential complications could not be fully appreciated in short-duration treatments. Different studies and systematic reviews consulted concluded hyperbaric oxygenation significantly improved the patients' chronic wounds in the short term (41 % versus 21.7 % with  $P=0.04$ ) but not in the long term (48.1 % versus 41.7 %). In conclusion, although the evidence indicates a lack of well-designed studies to prove the efficacy of hyperbaric oxygenation, we believe that this type of therapy should continue to be applied to patients. This could be the starting point that leads them towards definitive treatment, which initially might not have been possible.

**Keywords:** Hyperbaric chamber; hyperbaric oxygenation; oxygen therapy; chronic wounds.

## Introducción

Las heridas crónicas representan un importante problema de salud debido al elevado costo que generan para el sistema sanitario a nivel mundial además de dolor, sufrimiento, invalidez e incapacidad laboral, entre otros. Se estima que el 1 a 2 % de la población de países en vías de desarrollo, tendrá una herida crónica. En los Estados Unidos, por ejemplo, se estima que esta dolencia afecta a más de 6.5 millones de personas, y que se gastan más de 25 billones de dólares al año para el tratamiento de las complicaciones<sup>1</sup>. En España, se estima una prevalencia, sólo de úlceras en miembro inferior, entre el 0,10 y el 0,30 %; y una incidencia de tres a cinco nuevos casos por 1.000 personas al año, con costos de entre el 1,5 y el 3 % del presupuesto total de los sistemas nacionales de salud en Europa<sup>2</sup>.

El uso de la cámara hiperbárica se ha extendido a diferentes patologías dentro de las que se encuentran las heridas crónicas, debido a los distintos beneficios observados tanto a nivel molecular, inmunológico, sensitivo, entre otros. Ahondar en el efecto positivo del tratamiento con cámara hiperbárica en las lesiones crónicas podría significar una mejoría de la calidad de vida de miles de pacientes. El objetivo de este reporte es conocer los beneficios basados en la evidencia de la cámara hiperbárica en heridas crónicas.

## Presentación de caso

Paciente de sexo femenino, de 51 años, obesa y tabaquista con antecedente de colectomía derecha videolaparoscópica convertida, con ileotransversoanastomosis en mayo de 2018 por adenocarcinoma diferenciado ulcerado infiltrante de colon derecho (T3 N0 M0) con márgenes libres.

En julio del 2023 se internó por colangitis aguda moderada litiásica asociada a eventración mediana supraumbilical. Fue intervenida quirúrgicamente en un mismo tiempo quirúrgico con eventroplastía con colocación de malla de refuerzo, colecistectomía abierta con coledocolitotomía transcística y colocación de stent transpapilar. En agosto del mismo año se internó, por infección de herida quirúrgica asociada a shock séptico por lo que ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos. Se realizó tratamiento médico y toilette de pared abdominal.

En el transcurso del mismo mes acudió a la consulta por dehiscencia de herida quirúrgica mediana por lo que fue nuevamente internada en sala de cuidados intermedios. El defecto de pared presentaba un tamaño de aproximadamente 20 cm de largo por 15 cm de ancho. Debido al tamaño y la imposibilidad de realizar un cierre primario de la lesión, comenzó con el tratamiento médico con eventual cierre quirúrgico. A partir de ese momento, inició el desafío del tratamiento con curaciones locales, con azúcar dos veces al día, las cuales le generaban un fuerte dolor e incomodidad a la paciente. Por la situación económica de la paciente, se decidió en conjunto con ella que continuara internada para asegurar la continuidad del tratamiento. Luego de dos semanas, el 6 de septiembre se decidió empezar con sesiones de cámara hiperbárica asociada a las curaciones diarias, y documentar el progreso de la lesión. Alcanzó un total de 7 sesiones de cámara hiperbárica con las que se logró un aumento visible en la vascularización del lecho, un crecimiento de los márgenes y una mejoría en la calidad de los mismos (Figura 1 y 2).



Figura 1 : Lesión de la pared abdominal previo al inicio de tratamiento con cámara hiperbárica. Se observa lesión de gran tamaño, con bordes y fondo con restos de fibrina y poco vascularizados.

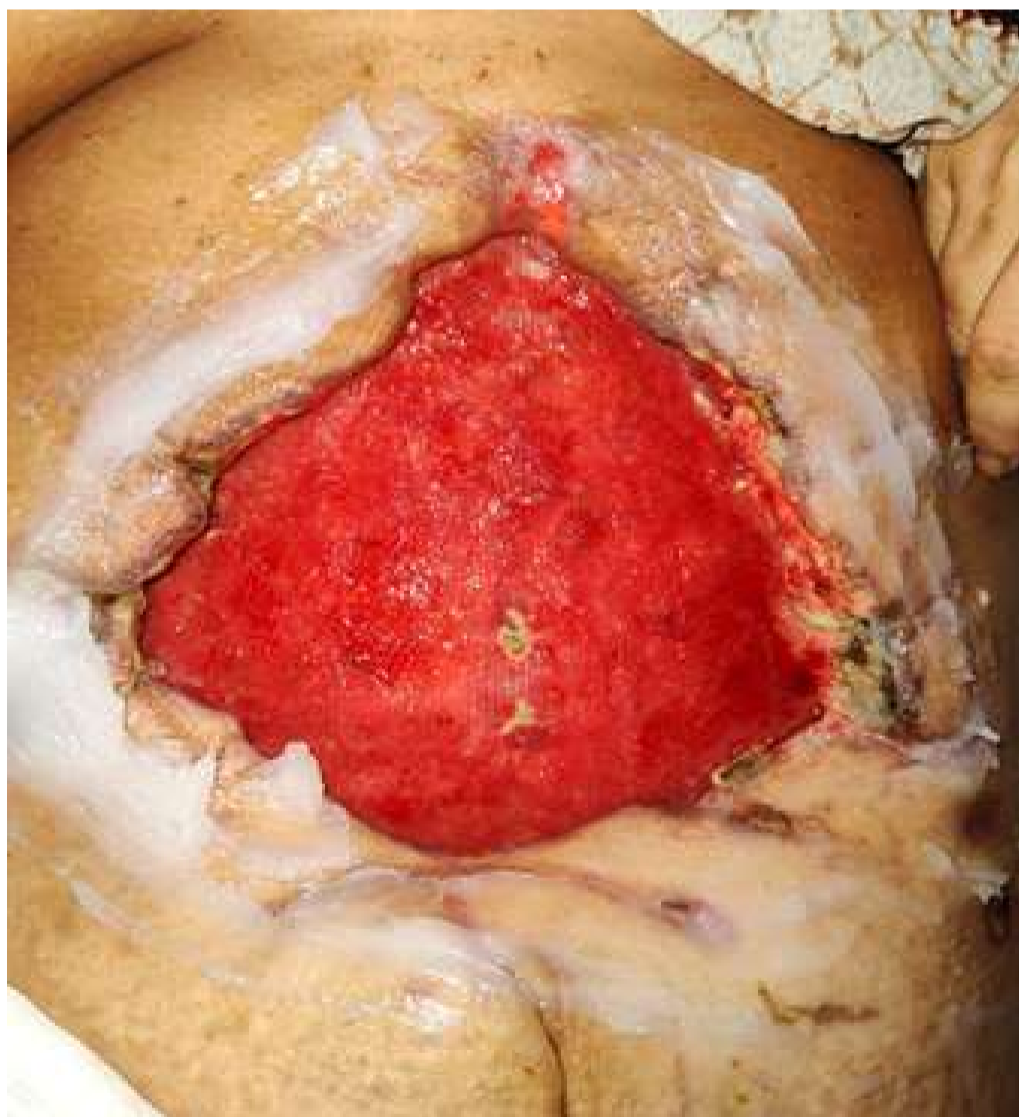


Figura 2. Se observa lesión con disminución de tamaño, fondo granulante, vascularizado y con bordes vitales. Se puede ver vaselina en la periferia de la lesión.

Trece días después, gracias a la reducción del tamaño del defecto de la pared abdominal se decidió realizar una dermolipsectomía invertida

para lograr el cierre definitivo.

### Discusión

La bibliografía explica que la cámara hiperbárica funciona aumentando al 100 % el oxígeno disponible, y su presión parcial hasta valores de por encima de los 2000 mmHg. Esto permite que la concentración de oxígeno se incremente exponencialmente, aumentando la cantidad disuelta en plasma y también la disponibilidad en los tejidos. De esta forma los radicales libres de oxígeno estimulan la proliferación de células endoteliales y la vasoneogenesis desde la periferia, mejor vascularizada, hasta el centro de la lesión. Además, aumenta el poder de los fagocitos para producir radicales libres y así eliminar bacterias y restos celulares<sup>3,4</sup>.

Actualmente, las indicaciones de la Undersea and Hyperbaric Medical Society no incluyen a las heridas crónicas dentro de sus indicaciones pero sí indica la oxigenación hiperbárica en caso de colgajos e injertos que se encuentren comprometidos por lo que podría evaluar su aplicación en heridas crónicas<sup>5</sup>.

Los distintos estudios y revisiones sistemáticas consultadas concluyen que en los pacientes con heridas crónicas la oxigenación hiperbárica mejoró significativamente las heridas a corto plazo, pero no a largo plazo. En la revisión Cochrane sobre la temática, dos estudios informaron que en el grupo tratado con cámara hiperbárica se redujo el tamaño de la úlcera más rápidamente que en el grupo control, en un 41 % versus 21.7 % con  $p=0.04$ . Esta diferencia no se vio reflejada al finalizar el tratamiento luego de 4 semanas, 48.1 % versus 41.7 %. Aún así, informan que los estudios disponibles no tienen la potencia suficiente y se deben diseñar otros estudios para poder definir mejor su eficacia<sup>6,7,8</sup>.

## Conclusión

Como conclusión, si bien la evidencia indica la falta de estudios con diseño adecuado para probar la eficacia de la oxigenación hiperbárica, creemos que debemos seguir aplicando este tipo de terapia en los pacientes. Este puede ser el puntapié inicial que lo conduzca hacia el tratamiento definitivo, que en un principio no hubiese sido posible, y así mejorar su calidad de vida.

## Conflicto de interés

La autora declara no tener conflictos de interés.

## Referencias bibliográficas

1. Pärbrink K; et al. Prevalence and incidence of chronic wounds and related complications: a protocol for a systematic review. *Syst Rev.* 2016 Sep 8;5(1):152. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5017042/>
2. Roura, M; Soriano,V. Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.). Documento de consenso 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018.
3. Berner, J; Will, P; Castillo, P. Uso de oxígeno hiperbárico para el manejo de heridas: bases físicas, biológicas y evidencia disponible. *Rev Med Chile.*2014; 142: 1575-1583. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n12/art\\_11.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n12/art_11.pdf)
4. Kulikovsky, M; et al. Wounds Healing-Non for Therapy Oxygen Hyperbaric. *IMAJ.* 2009 (11). Disponible en: <https://www.ima.org.il/FilesUploadPublic/IMAJ/0/42/21017.pdf>
5. Ortega, M; et al. A General Overview on the Hyperbaric Oxygen Therapy: Applications, Mechanisms and Translational Opportunities. *Medicina (Kaunas).* 2021 Sep; 57(9): 864. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10145168/>
6. Kranke, P; et al. Tratamiento con oxígeno hiperbárico para las heridas crónicas. *Cochrane Library*;2015. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004123.pub4/full/es>
7. Zhou; D. The Role of Hyperbaric Oxygen Therapy in the Treatment of Surgical Site Infections: A Narrative Review. *Medicina (Kaunas).* 2023 Apr; 59(4): 762. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10145168/>
8. Teguh, D; et al. Hyperbaric oxygen therapy for nonhealing wounds: Treatment results of a single center. *Wound Rep Reg.*2021;29:254–260. Disponible en: [1](#)
9. Pärbrink K; et al. Prevalence and incidence of chronic wounds and related complications: a protocol for a systematic review. *Syst Rev.* 2016 Sep 8;5(1):152. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5017042/>

## Hematoma Espontáneo del Músculo Psoas Ilíaco en Pacientes Anticoagulados. Reporte de Tres Casos Clínicos.

### *Spontaneous Hematoma Of The Ilious Psoas Muscle In Anticoagulated Patients. Report Of Three Clinical Cases.*

Med. de Tapia, Julieta<sup>1</sup>; Esp. Biaggioni, Martín<sup>1,2</sup>; Med. Ostrowski, Melisa<sup>1</sup>; Med. Presa, Cecilia<sup>1</sup>.

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

Recibido:  
Diciembre  
2023

Aceptado:  
Diciembre  
2023

Dirección de  
correspondencia:

**Julieta Belén de  
Tapia**

julidetapia@gmail.  
com

### Resumen

El hematoma del músculo iliopsoas es una entidad infrecuente que suele producirse en pacientes con alteraciones de la coagulación, ya sea por enfermedades como la hemofilia y otras discrasias sanguíneas, o como consecuencia de la toma de medicación anticoagulante. Los episodios de hemorragia del psoas ilíaco suelen ser de gran volumen, causando inhibición de la función muscular y afectación nerviosa. Se presentan tres casos clínicos con hematomas del músculo psoas ilíaco espontáneo en pacientes anticoagulados con enoxaparina durante la internación y con acenocumarol de forma ambulatoria.

**Palabras clave:** Hematoma; músculos psoas; anticoagulantes.

### Abstract

Hematoma of the iliopsoas muscle is a rare entity that usually occurs in patients with coagulation disorders, either due to diseases such as hemophilia and other blood dyscrasias, or as a consequence of taking anticoagulant medication. Episodes of iliopsoas hemorrhage are usually large in volume, causing inhibition of muscle function and nerve involvement. Three clinical cases are presented with spontaneous hematomas of the iliopsoas muscle in patients anticoagulated with enoxaparin during hospitalization and with acenocoumarol on an outpatient basis.

**Keywords:** Hematoma, psoas muscles, anticoagulants.

## Introducción

La hemorragia retroperitoneal es una complicación rara, con incidencia de un 1,3% a un 6,6% al año, dentro de la cual se encuentra el hematoma del músculo iliopsoas, entidad muy infrecuente que suele producirse en pacientes con alteraciones de la coagulación, ya sea por enfermedades como la hemofilia y otras discrasias sanguíneas o como consecuencia de la toma de medicación anticoagulante<sup>1</sup>. Con menor frecuencia se puede ver en personas sanas, generalmente debido a una rotura traumática del músculo. A su vez, pueden aparecer hematomas iatrogénicos como resultado de la compresión de las raíces nerviosas después de la cirugía lumbar.

En ocasiones, los hematomas se originan por importantes hemorragias, lo que causa repercusión en el estado hemodinámico del paciente. La sintomatología que producen se caracteriza por dolor inguinal, lumbar y abdominal inferior, una masa hiperestésica en la fosa iliaca y contractura en flexión de la cadera, acompañada de impotencia funcional del miembro afectado. La neuropatía por compresión del nervio femoral es la complicación más grave y frecuente<sup>2,7</sup>.

En la actualidad existen pocos estudios publicados sobre el hematoma espontáneo del músculo psoas ilíaco, la mayoría corresponden a reportes de casos clínicos. A continuación se presentan tres casos clínicos de la práctica diaria de hematomas espontáneos del músculo psoas-ilíaco, así como una revisión de la literatura en relación al tema en cuestión.

## Serie de casos

Caso I:

Paciente de sexo masculino de 59 años de e-

dad, tabaquista activo, antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva y fibrilación auricular, anticoagulado con acenocumarol. Ingresó al hospital por Servicio Pre-hospitalario tras paro cardiorrespiratorio con ritmo de taquicardia ventricular polimorfa. Se realizó desfibrilación con 150 Joules bifásico, con recuperación de pulso y salida a ritmo de fibrilación auricular y T negativas en cara lateral alta. Laboratorio: Anemia (Hto 33 %, Hb 11.5 g/dl), coagulograma (TP: 21.9 seg. CP 57 %. RIN 1.7), hepatograma con aumento de transaminasas a predominio de TGO (TGO:148/TGP:109/FAL: 76/ BIL: 1.12). Troponina T ultrasensible 33.3 ng/l y acidosis metabólica descompensada con hiperlactacidemia.

La tomografía de encéfalo no mostraba imágenes espontáneamente hiperdensas ni signos de isquemia. Informe de ecocardiograma: aurícula izquierda dilatada severa. Ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia concéntrica. Hipoquinesia global. Fracción de eyección 37 %. Insuficiencia tricuspídea leve.

Completó 11 días de internación en Unidad de Cuidados Intensivos, donde intercurrió con episodio de fibrilación auricular de alta respuesta ventricular que requirió digoxina y bisoprolol e infección asociada a catéter con rescate de *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (SAMS) con hemocultivos control negativos, cumplió 14 días de tratamiento con cefazolina. Al tercer día de internación se reinició anticoagulación con enoxaparina 60 mg cada 12 hs subcutánea por CHAD2S2 VASc 3 puntos - Riesgo moderado a alto. HAS-BLED 1 punto. Al noveno día de internación evolucionó con dolor lumbar izquierdo de intensidad 8/10 e imposibilidad para extender



miembro inferior del mismo lado. El análisis de laboratorio evidenciaba caída de un punto de hemoglobina con respecto al ingreso (Hto 30 % y Hb 10.4 g/dl), parámetros inflamatorios elevados PCR 195.8 mg/dl, sin coagulopatía.

Por persistir el dolor y evolucionar con hematoma en zona lumbar izquierda, se decidió realizar tomografía axial computado (TAC) de abdomen y tórax con contraste que evidenció gran hematoma espontáneo del músculo psoas-ilíaco izquierdo y en menor medida de músculo ilíaco derecho, acompañado de engrosamiento de fascia lateroconal derecha, estriación y densificación de grasa perirrenal y pelviana, más prominente en lado izquierdo (Figura 1).

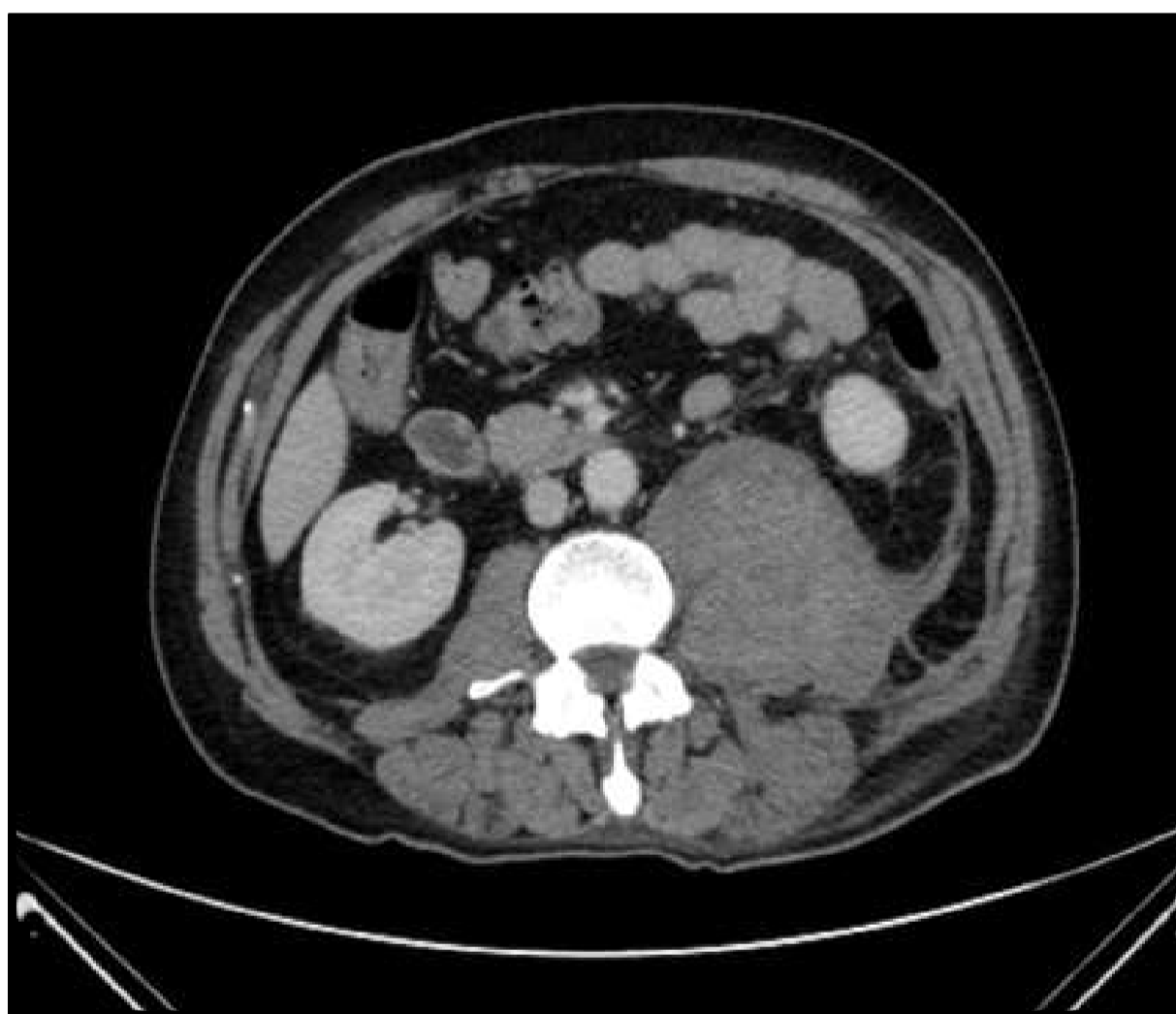


Figura 1. TAC abdomino-pélvica, que evidencia hematoma del músculo psoas ilíaco izquierdo

Fue evaluado por Servicio de Cirugía quienes tomaron conducta expectante y se suspendió anticoagulación. Finalizado el tratamiento antibiótico, se realizó la cinecoronariografía que informaba: arterias coronarias epicárdicas permeables y sin obstrucciones angiográficas significativas. Se realizó nueva tomografía para evaluar evolución del hematoma y tomar conducta en relación a anticoagulación.

La misma evidenciaba disminución del tamaño

del psoas en comparación con tomografía previa, manteniéndose heterogéneo y aumentado de tamaño en relación al contralateral. Hematoma en evolución (Figura 2).



Figura 2. TAC abdomino-pélvica control donde se evidencia reabsorción del hematoma

Con coagulograma basal normal y hematoma en reabsorción, se acordó reiniciar anticoagulación con estricto control y pautas de alarma.

Se solicitó resonancia cardíaca con contraste y se sugirió control con electrofisiología para estudio. Finalmente se otorgó alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio.

#### Caso II:

Paciente de sexo masculino de 67 años, tabaquista, con antecedentes de infarto agudo de miocardio un año atrás, stent en la arteria descendente anterior, y enfermedad vascular periférica. Cursó internación por síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCASEST), ingresó con taquicardia ventricular estable, que revirtió con antiarrítmicos, se realizó cinecoronariografía

(CCG) que evidenciaba: arteria descendente anterior que presentó un stent previamente implantado a nivel proximal el cual se encontraba permeable sin reestenosis; y arteria circunfleja con desarrollo de ateromatosis y oclusión en su tercio medio. Se internó en sala general a la espera de colocación de stent, en tratamiento con antiagregación combinada y anticoagulación con enoxaparina. Evolucionó con dolor de alta intensidad en región inguinal derecha y medial del muslo derecho, con gran impotencia funcional. Se objetivó flexión obligada del muslo derecho, y dolor a la movilización activa y pasiva de dicho miembro. Presentaba caída de la hemoglobina de 12 g/dl a 8,4 g/dl. La TAC abdomino-pélvica evidenciaba una colección hemática heterogénea con algunas áreas de mayor hiperdensidad en músculo psoas derecho que en el sector pelviano se fusiona con el músculo iliaco ipsilateral la cual presentaba una extensión de 194 mm. en longitud y 81 mm. en el diámetro transverso (Figura 3).

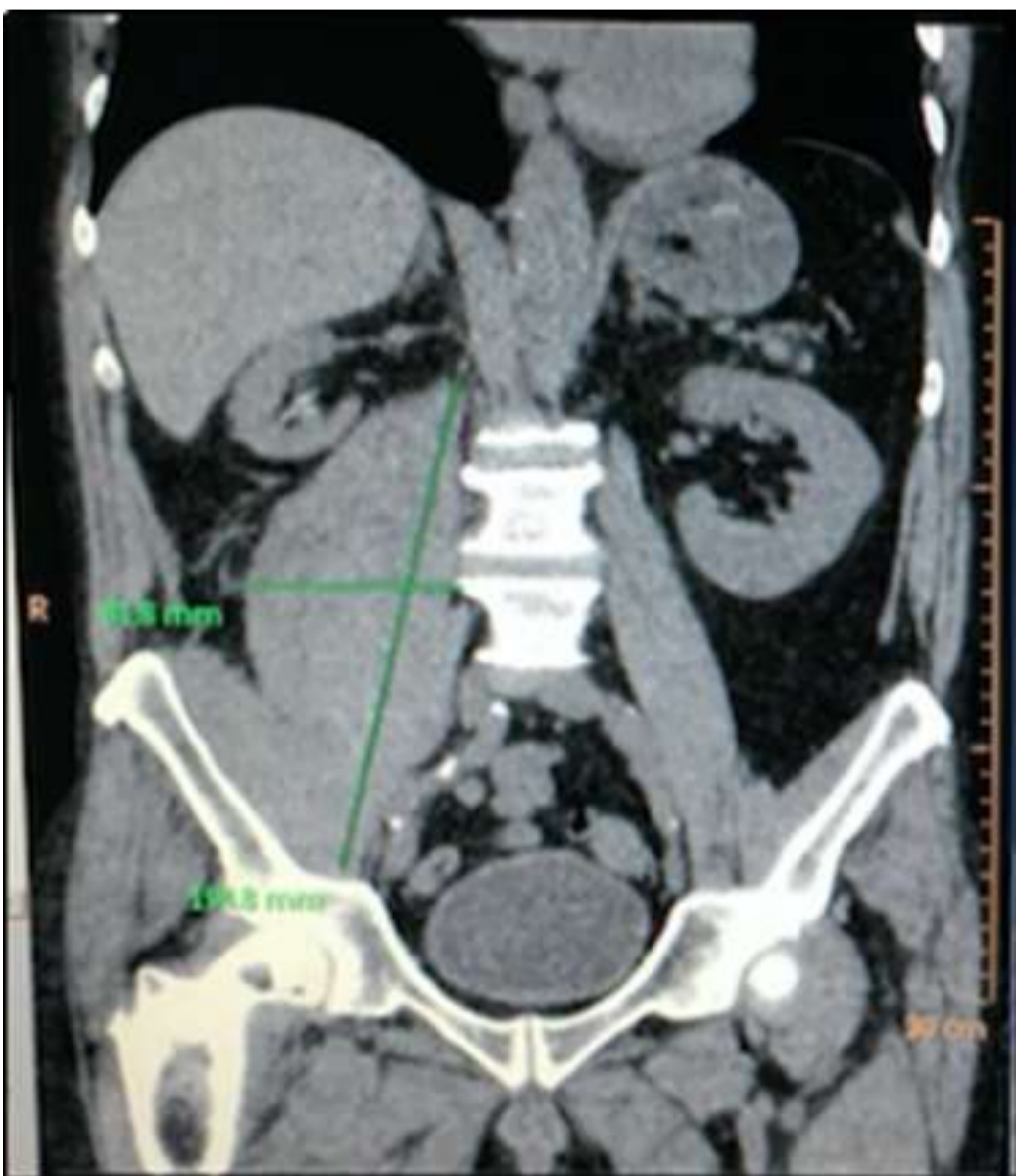


Figura 3. TAC abdomino-pélvica con las dimensiones cuadro

Se interpretó como hematoma de psoas-iliaco derecho. Se indicó tratamiento analgésico, suspendiéndose la anticoagulación y la antiagregación. Evolucionó estable hemodinámicamente, con buen manejo del dolor.

La TAC abdomino-pélvica con contraste de control se realizó a los 10 días de la primera, mostró una disminución de la colección hemática, cuya extensión tenía una longitud de 160 mm de longitud y 80 mm en el diámetro transverso ( Figura 4).



Figura 4. TAC abdomino-pélvica durante la evolución del de la colección hemática.

Posteriormente se colocó exitosamente stent liberador de droga en el ramo posterolateral de la arteria circunfleja. El paciente presentó una evolución favorable por lo que se otorgó alta hospitalaria con pautas de alarma y seguimiento ambulatorio.

### Caso III:

Paciente de sexo femenino de 81 años de edad con antecedentes de cáncer de mama

libre de enfermedad, hipertensión arterial, recambio de válvula mitral hace veinte años, fibrilación auricular, anticoagulada con acenocumarol y accidente cerebrovascular isquémico. Consultó por coxalgia izquierda, sin trauma asociado, de tipo progresiva, que irradiaba a miembro inferior homolateral y generaba flexión del miembro. Fue evaluada por su médico clínico quien solicitó resonancia magnética (RMN) de cadera, que evidenció aumento del volumen del borde ilíaco izquierdo a expensas de una colección de contornos lobulados con señal heterogénea que presentaba áreas hiperintensas en T2 y T1, asociado a edema de las fibras musculares adyacentes, compatible con un hematoma intramuscular (Figuras 5 y 6).

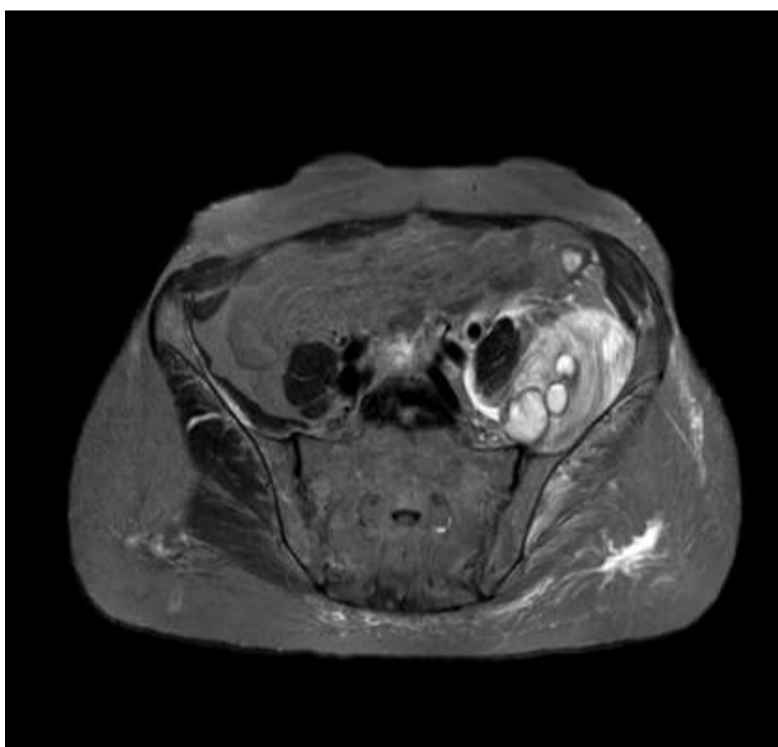


Figura 5. RMN abdomino-pélvica que evidencia hematoma del músculo psoas ilíaco izquierdo

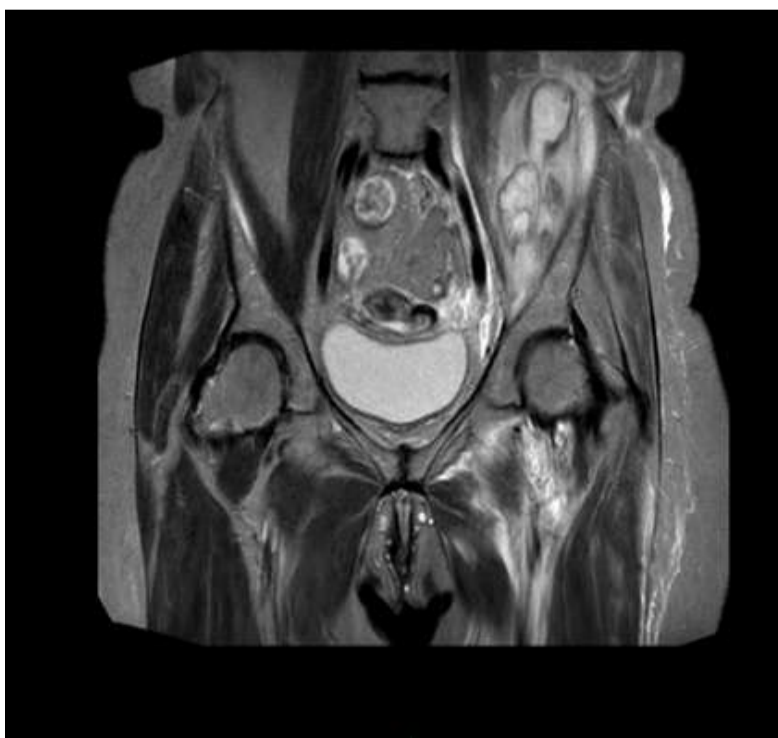


Figura 6. RMN abdomino-pélvica que evidencia hematoma del músculo psoas ilíaco izquierdo

Se rotó acenocumarol a enoxaparina. Se decidió internación por mal manejo del dolor. Ingresó estable hemodinámicamente. Al examen físico presentaba hematoma en región isquio trocantérea de aproximadamente 10 cm de longitud. En los exámenes de laboratorio se evidenciaba anemia moderada (Hb 8.9 g/dl), leucocitosis leve (GB 11710 cel/ul), RIN 1.6. Fue evaluada por Servicio de Traumatología que solicitó radiografía de cadera, la misma solo evidenciaba signos de artrosis e indicaron conducta expectante. Fue evaluada por Servicio de Cirugía, quienes valoraron resonancia magnética previa e indicaron continuar con manejo conservador. Se inició analgesia con opioides. Se interconsultó con Hematología quienes debido a que la paciente presentaba controles irregulares, sumado al análisis de riesgos- beneficios del tratamiento anticoagulante decidieron continuar únicamente con antiagregación. Evolucionó estable hemodinámicamente, con buen manejo del dolor y se decidió brindar alta hospitalaria luego de cinco días de internación en sala de clínica médica. Continuó en seguimiento de forma ambulatoria por su médico de cabecera, con buena evolución clínica y sin impotencia funcional. Actualmente tiene 83 años.

### Discusión

Los casos clínicos presentados anteriormente tienen en común como factor de riesgo relevante para el desarrollo del hematoma del músculo psoas ilíaco, el tratamiento con fármacos anticoagulantes, dos de ellos como parte de la terapéutica de una fibrilación auricular y el restante como parte del tratamiento de un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. En dos de los pacientes, se inició anticoagulación con enoxaparina durante su internación y el último

presentaba el antecedente de anticoagulación con acenocumarol de manera ambulatoria por su médico de cabecera, debido a una fibrilación auricular.

Los episodios de hemorragia del psoas ilíaco suelen ser de gran volumen, causando inhibición de la función muscular y afectación nerviosa. En todos los casos, el inicio estuvo clínicamente marcado por un dolor repentino y violento en la ingle, dolor abdominal severo que característicamente se irradia hacia la pierna y generalmente hacia el nervio femoral. La inhibición de la función motora depende de la gravedad de la neuropatía femoral<sup>3</sup>. En concordancia con la literatura revisada, se observó que la presentación clínica principal de los casos expuestos fue el dolor lumbar o inguinal, con impotencia funcional del miembro inferior del lado homolateral. Uno de los pacientes evolucionó con hematoma en zona lumbar del lado afectado.

Para establecer el diagnóstico, una correcta anamnesis recabando los antecedentes clínicos y tratamientos previos y una minuciosa exploración física son básicas. Es de importancia solicitar como pruebas complementarias, una analítica sanguínea con hemograma y parámetros básicos de la coagulación. La ecografía abdominal puede llegar al diagnóstico en la mayoría de los casos, aunque es la TAC la que mayor rentabilidad diagnóstica presenta. La resonancia magnética es más sensible en comparación con la imagen por tomografía computarizada cuando se diagnostica un hematoma, pero presenta como desventaja sus altos costos y que no siempre se encuentra disponible en todos los centros de salud. Las imágenes de TAC de hematomas que muestran afectación difusa de los músculos y una lesión hiperdensa en el músculo puede ser

el signo temprano de hematoma<sup>4</sup>, que posteriormente disminuye su densidad y no se modifica con el uso del contraste endovenoso. En relación a los casos presentados, fue la presentación clínica característica, junto con el antecedente de anticoagulación, lo que llevó a sospechar el diagnóstico y decidir confirmarlo mediante técnicas de imágenes, decidiendo utilizar la TAC de abdomen y pelvis con contraste por su alta sensibilidad y especificidad, sumado a la disponibilidad en el hospital. Uno de los pacientes con resonancia magnética abdomino-pélvica solicitada por su médico de cabecera debido a la fuerte sospecha clínica.

El tratamiento depende de la velocidad de instauración de la hemorragia, el estado hemodinámico del paciente y el déficit neurológico. Se opta por un tratamiento conservador en los de pequeño o mediano tamaño no expansivos que no producen una importante compresión de estructuras adyacentes. En estos casos, el reposo absoluto, la corrección de la alteración hemostática con las medidas oportunas y la medicación analgésica y antiinflamatoria consiguen controlar los síntomas. En casos de hematomas de gran volumen, expansivos, que comprimen estructuras vecinas con impotencia funcional por neuropatía grave del nervio femoral o que, por la importante pérdida hemática, causen shock hipovolémico, se deben considerar acciones más invasivas. En caso de disponer de profesionales y medios técnicos adecuados, la angiografía y la posterior embolización del vaso sangrante es un procedimiento que puede resolver el cuadro sin elevada morbimortalidad. Sin embargo, puede ser necesario, en determinadas circunstancias, someter a estos pacientes a una cirugía urgente para evacuar

el hematoma e intentar controlar la hemostasia identificando el vaso sangrante en el espacio retroperitoneal<sup>4</sup>.

En nuestros pacientes se instauró un tratamiento conservador con suspensión de la anticoagulación, reposo y analgesia, debido a las características imagenológicas y a la ausencia de complicaciones, como la compresión de estructuras externas, luego de la evaluación por parte del Servicio de Cirugía y la evidencia de reabsorción del hematoma en estudio control. Uno de los casos fue dado de alta y controlado clínicamente por su médico particular, evolucionando favorablemente.

Estudios revelan que el riesgo de sangrado crece de forma directamente proporcional a la elevación del Índice Internacional Normalizado (RIN), siendo significativamente mayor cuando ésta es superior a 3<sup>6</sup>. En estos casos clínicos, ningún paciente presentó un RIN superior a 2, lo cual puede explicar en gran parte la ausencia de complicaciones hemodinámicas y la elección de tratamiento conservador.

## Conclusión

El reconocimiento oportuno y temprano de una hemorragia del músculo iliopsoas es fundamental y puede prevenir complicaciones y situaciones potencialmente mortales. Este diagnóstico siempre debe considerarse, especialmente en pacientes adultos mayores con factores de riesgo, como la utilización de fármacos anticoagulantes o la presencia de algún trastorno hemorrágico, y que presentan sintomatología compatible tales como el dolor espontáneo en la cadera o la espalda, con o sin déficits neurológicos.

Se remarca la necesidad de ampliar el conocimiento de esta patología, con el fin de

disminuir el subdiagnóstico, promover un tratamiento adecuado en relación a las características clínicas y en especial, prevenir las complicaciones que pueden llegar a comprometer la vida del paciente en los casos más graves. Con el uso generalizado de fármacos anticoagulantes, el hematoma del músculo iliopsoas se ha convertido en una condición más frecuente y no debe pasarse por alto.

## Referencias bibliográficas

1. Trasancos-Escura, C., Meseguer-Noguera, R., Hernández-Vidal, M. J., & Gil-Ortega, M. (2015). Hematoma del músculo iliopsoas secundario a tratamiento anticoagulante oral. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 41(7), 403–404. doi:10.1016/j.semerg.2014.12.005
2. Canelles, E., Bruna, M., & Roig, J. V. (2010). Hematoma espontáneo del músculo psoas-ilíaco. Aporte de 3 casos y revisión de la literatura médica. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 54(4), 234–237. doi:10.1016/j.recot.2010.02.005
3. Marquardt G, Barduzal Angles S, Leheta F, Seifert V. Spontaneous haematoma of the iliac psoas muscle: a case report and review of the literature. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2002 Mar;122(2):109-11. doi: 10.1007/s004020100310. PMID: 11880914.
4. Seo JG, Yang JC, Kim TW, Park KH. Intramuscular Hematoma on the Psoas Muscle. *Korean J Neurotrauma*. 2019 Oct 15;15(2):234-238. doi: 10.13004/kjnt.2019.15.e29. PMID: 31720283; PMCID: PMC6826083.
5. Bruna M, Tormos B, Canelles E, García A, Roig J. Hematoma espontáneo del músculo iliopsoas. *Cirug Esp* 2009; 85(5):323-4.
6. Oake N, Jennings A, Forster AJ, Fergusson D, Doucette S, Walraven CV. Anticoagulation intensity and outcomes among patients prescribed oral anticoagulant therapy: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2008; 179 (3): 235-44.
7. Guiroyl A., Jaloni P., Fuertes F., Condomí Alcortal M., Espinas M., Mezzadri J.J. Radiculopatía por hematoma espontáneo del músculo psoas ilíaco. *Revista Argent Neuroc* 2011; 25: 115 05058

## Unidad de Corta Estancia de Urgencias del Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”

### *Short-Stay Emergency Unit Of The Municipal Acute Care Hospital "Dr. Leónidas Lucero"*

Esp. Pompermayer Luciano<sup>1</sup> ; Esp. Quispe Laime Adolfo Máximo<sup>2</sup> .

1. Sub-jefe del Área Clínica, Servicio de Medicina de Urgencias, Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”.
2. Jefe de Departamento de Medicina Crítica, Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”.

#### Resumen

Recibido:  
Diciembre  
2023

Aceptado:  
Diciembre  
2023

Dirección de  
correspondencia:

**Quispe Laime,  
Adolfo Máximo.**

qladolfo@gmail.com

El incremento progresivo de la demanda de atención urgente hospitalaria es una realidad constatada en la mayoría de los servicios de urgencias hospitalarios, siendo la guardia la mayor puerta de entrada de los pacientes a internación.

La problemática situación de ocupación de camas en las salas de internación, por momentos superiores al 90 %, genera en ocasiones que los pacientes permanezcan internados en el Servicio de Medicina de Urgencias, esto lo ha convertido en una sala más de internación, con porcentajes de ocupación promedio del 126 %.

La internación en unidades de corta estancia junto a otros modelos como internación por cuidados progresivos y hospitalización domiciliaria han demostrado ser costo efectivas.

El 2 de octubre de 2023 se puso en funcionamiento en el Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” la Unidad de Corta Estancia adscripta al Servicio de Medicina de Urgencias, constituyéndose en una alternativa de hospitalización, con un rol muy definido: la atención de pacientes que ingresan por guardia con patología médica que requiera exclusivamente de tratamiento y evolución en un máximo de 72 horas. Da soporte al servicio de urgencias, mejora su descompresión, evita ingresos inadecuados en hospitalización convencional y contribuye a paliar el problema de saturación.

El objetivo de este trabajo es presentar el desarrollo del proyecto de su creación.

**Palabras clave:** Hospitalización de corta estancia; costo-efectividad.

#### Abstract

The progressive increase in demand for hospital emergency care is a well-documented reality in most hospital emergency services, with the emergency department being the main entry point for patients requiring hospitalization. The problematic situation of bed occupancy in hospitalization wards, at times exceeding 90%, occasionally results in patients being hospitalized in the Emergency Medicine Service, turning it into an additional ward with an average occupancy rate of 126%. Hospitalization in short-stay units, along with other models such as progressive care hospitalization and home hospitalization, have proven to be cost-effective. On October 2, 2023, the Short-Stay Unit affiliated with the Emergency Medicine Service was established at the "Dr. Leónidas Lucero" Municipal Acute Care Hospital, providing an alternative for hospitalization with a clearly defined role: to care for patients entering through the emergency department with medical conditions that exclusively require treatment and monitoring for a maximum of 72 hours. It supports the emergency service, improves its decompression, prevents inappropriate admissions to conventional hospitalization, and helps alleviate the issue of overcrowding. The objective of this work is to present the development of the project of its creation.

**Keywords:** Short-stay hospitalization; cost-effectiveness.

## Introducción

El incremento progresivo de la demanda de atención urgente hospitalaria es una realidad constatada en la mayoría de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) hasta el día de hoy. Estos son la puerta de entrada más importante del hospital con una presión de atención mayor al 50%<sup>1,2</sup>. Dejando de lado el análisis de las posibles causas externas e internas de dicho aumento de la demanda y que han sido objeto de muchos trabajos<sup>3</sup>, el día a día nos muestra la situación de conflicto que genera la competencia por las camas hospitalarias entre los ingresos procedentes del SUH y los ingresos programados. O lo que es lo mismo, el dilema que se le plantea a los directivos entre acumular pacientes pendientes de ingreso sin cama disponible, con el consiguiente empeoramiento de las condiciones de trabajo en el SUH, o anular pacientes programados contribuyendo a aumentar las listas de espera, fundamentalmente quirúrgicas<sup>1,4</sup>.

Entre las soluciones planteadas, algunas alternativas a la hospitalización convencional son: hospital de día de diferentes especialidades, unidades de observación de urgencias, unidades de diagnóstico rápido, la hospitalización domiciliaria o las unidades de corta estancia de urgencias (UCEU)<sup>1,5,6</sup>, entre otras. Todas han demostrado ser costo-efectivas y facilitan la descompresión de los SUH, disminuyen el número de ingresos inadecuados en hospitalización convencional, aumentan la capacidad de ingreso programado o, lo que es lo mismo, disminuyen la presión de urgencias.

En el año 2015 el Departamento de Medicina Crítica del Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” (HMALL) analizó el posible impacto de una UCEU de acuerdo con los nú-

números de los años 2013 y 2014 del Servicio de Clínica Médica. Sobre un total de internaciones de 1811 pacientes en el 2013 y 1702 en el 2014 en el Servicio de Clínica Médica se observó que alrededor del 30% permanecieron menos de 96 horas internados<sup>7</sup>.

De acuerdo con estos datos, 1 de cada 3 pacientes podría haberse beneficiado en un UCEU. La problemática situación de ocupación de camas, en la Sala de internación Clínica, superior al 90 % genera en ocasiones que los pacientes permanezcan internados en el Servicio de Medicina de Urgencias (SMU), esto lo ha convertido en una sala más de internación, con porcentajes de ocupación promedios del 126 %. El día a día es un conflicto permanente por la competencia de las camas hospitalarias entre los ingresos de la guardia, los ingresos programados para cirugía y las transferencias de otras unidades de internación. Todo esto ocasiona un empeoramiento de las condiciones de trabajo del SMU, afecta la calidad de atención, la seguridad del paciente, genera ansiedad en el paciente y su familia y mal clima laboral. Esta modalidad de internación, junto a otras como Internación por Cuidados Progresivos y Hospitalización Domiciliaria ha demostrado ser costo efectivas<sup>7,8,9</sup>.

El 2 de octubre de 2023 se puso en funcionamiento en el HMALL la Unidad de Corta Estancia adscripta al Servicio de Medicina de Urgencias con una disponibilidad de 6 camas, constituyéndose en una alternativa de hospitalización, con un rol muy definido: la atención de pacientes que ingresan por guardia de SMU con patología médica que requiera exclusivamente de tratamiento y evolución en un máximo de 72 horas<sup>7,8,9</sup>.

El objetivo de este trabajo es presentar el desarrollo del proyecto de creación de la

UCEU en el HMALL.

### Desarrollo del proyecto

Pensando en las principales funciones de la UCEU nos planteamos las siguientes metas.

1. Contribuir a paliar el problema de saturación del SMU, facilitando su descompresión, evitando que la estancia media de los pacientes ya diagnosticados y en tratamiento supere las 24 horas. Este apoyo permite disminuir el tiempo de estancia en el SMU, aumenta el índice de rotación de los puntos de asistencia y el tiempo de espera por parte de los pacientes para ser atendidos.
2. Ofrecer una respuesta más adecuada a los diferentes tipos de demanda de atención urgente. Esto compartimenta la asistencia en el SMU y evita que un paciente, familiar o acompañante sufra las incomodidades del entorno de las zonas emergencia.
3. Establecer alternativas al ingreso convencional en patologías médicas, sobre todo en aquellos pacientes con patología médica agudizada que, si bien necesitan más de 24 horas de tratamiento y observación, pueden beneficiarse de estancias hospitalarias de menos de 72 horas<sup>10</sup>.
4. Disminuir el impacto de los ingresos urgentes sobre la actividad programada. Una menor competencia por la cama de hospitalización convencional reduce la presión de urgencias facilitando la entrada de la actividad programada y, a su vez, junto con otras medidas directivas produce el efecto paradójico de aumentar la disponibilidad de camas para el ingreso urgente.

Para que la UCEU pueda cumplir los objetivos

de forma eficaz fue fundamental investigar y pensar tanto en una correcta selección de los pacientes tributarios de ingreso en la misma como de una correcta información a pacientes y familiares de las particularidades de la atención a ofrecer<sup>11</sup>. Se establecieron los siguientes criterios:

#### Criterios de ingreso

1. Pacientes diagnosticados en el SMU y cuya estancia previsible sea menor a 72 horas.
2. Pacientes con necesidades mínimas de pruebas complementarias, la mayoría de las cuales deberían haber sido realizadas en el SMU previamente al ingreso en la UCEU.
3. Pacientes con procesos agudos ya diagnosticados que su período de observación y evolución haya superado las 24 horas en el SMU.
4. Pacientes que puedan ser dados de alta a domicilio, o beneficiarse también de control domiciliario de atención primaria, control por equipo de hospitalización a domicilio y traslado a un centro de subagudos de soporte.

Tan importantes, o más, que los criterios de ingreso fueron los criterios de no ingreso:

1. Pacientes que tras su estancia en el SMU no tienen una orientación diagnóstica clara.
2. Pacientes con probable problemática social y/o familiar al alta.
3. Pacientes que requieran aislamiento.
4. Pacientes que puedan requerir exploraciones complementarias complejas.
5. Pacientes que puedan presentar inestabilidad hemodinámica.
6. Pacientes programados o pacientes que deberían ingresar en una unidad de hospi-



talización convencional de otras especialidades.

7. Pacientes con reagudización y/o debut de patología psiquiátrica.

De las diversas experiencias publicadas, se destaca la utilización de categorías orientativas de pacientes con potencial ingreso a la UCEU basadas en los denominados Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)<sup>12</sup>.

Criterios de inclusión y exclusión según GRD:

#### GENERALES:

- Inclusión: Enfermedades que requieran fundamentalmente tratamiento con una estancia deseable menor a 72 horas.
- Exclusión: Problemas socio-familiares graves u otros que puedan condicionar el alta.

#### EPOC/BRONQUITIS AGUDA:

- Inclusión: Todos los casos.
- Exclusión: Neumonía grave asociada, bronquiectasias crónicamente infectadas, criterios de ventilación mecánica, intolerancia a VMNI.

#### NEUMONIA:

- Inclusión: Todos los casos.
- Exclusión: Insuficiencia respiratoria grave, criterios de ventilación mecánica, cavitaciones, derrame pleural con descompensación hemodinámica.

#### ASMA:

- Inclusión: Todos los casos.
- Exclusión: Insuficiencia respiratoria grave, criterios de ventilación mecánica.

#### TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO (TEP):

- Inclusión: Todos los que no presenten complicaciones.
- Exclusión: Insuficiencia respiratoria grave,

criterios de ventilación mecánica, shock, sobrecarga del VD (elevación marcada de troponinas).

#### INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC):

- Inclusión: Miocardiopatía dilatada (isquémica, hipertensiva, valvular).
- Exclusión: Pacientes sin diagnóstico previo y evaluación previa por cardiología, infección asociada grave, angina o elevación enzimática asociada, shock.

#### ARRITMIAS:

- Inclusión: Fibrilación auricular de alta respuesta, intoxicación digitálica, bradicardias sintomáticas ya estudiadas, arritmias habitualmente controladas en piso.
- Exclusión: Complicaciones graves hemodinámicas, cardioversión eléctrica-UTI.

#### HEMORRAGIAS DIGESTIVAS AGUDAS ALTAS:

- Inclusión: Todos los casos.
- Exclusión: Complicaciones hemorrágicas graves, várices esofágicas, hepatopatía grave.

#### INFECCIÓN URINARIA Y PIELONEFRITIS:

- Inclusión: Todos los casos.
- Exclusión: Uropatía obstructiva asociada, inestabilidad hemodinámica, necesidad de procedimiento urgente.

#### OTRAS:

- Inclusión: Infecciones cutáneas, dolor torácico inespecífico, infecciones ORL, crisis comiciales en pacientes conocidos, alteraciones metabólicas, gastroenteritis agudas, trombosis venosas profundas.
- Exclusión: Inestabilidad hemodinámica y necesidad de procedimiento urgentes, sepsis grave y/o meningitis, pancreatitis o colangitis, anemia no conocida, sospecha de neoplasias.

Ante la situación de que haya más pacientes candidatos que camas disponibles en la unidad, se priorizaran los pacientes que presenten menor complejidad y por lo tanto se prevea una estancia hospitalaria menor<sup>12</sup>.

### Control de calidad

El control de calidad de la UCEU se centrará fundamentalmente en dos aspectos: correcta selección de pacientes desde el SMU y correcto manejo de los mismos desde la UCEU.

Los indicadores a utilizar para evaluar la efectividad de la UCEU son:

1. Estancia media. Estableciendo como ideal  $\leq 3$  días.
2. Índice de ocupación. Ideal alrededor del 90%.
3. Índice de destino al alta externo. Ideal  $\geq 90\%$ .
4. Índice de retorno a unidad de hospitalización convencional. Ideal  $\leq 10\%$ .
5. Tasa de mortalidad no esperada. Ideal  $\leq 1\%$ .
6. Índice de re-consultas al SUH dentro de las 72 horas del alta de la UCEU. Ideal  $\leq 5\%$ .
7. Índice de satisfacción por parte de pacientes y familiares, evaluado por encuestas validadas.

### Recursos Humanos

La selección de los profesionales médicos se hizo de acuerdo a sus habilidades en medicina de urgencias e internación<sup>13</sup>. Para esto, se convocaron profesionales especialistas en medicina interna, clínica médica, emergentología y terapia intensiva.

Se tuvo en cuenta el carácter proactivo de los profesionales dada la dinámica y razón de ser de la unidad.

Se consideró también prioritaria la rotación de residentes avanzados de las residencias de emergentología, terapia intensiva y clínica mé-

dica de nuestro hospital. Se establecieron inicialmente para un óptimo funcionamiento, dos profesionales médicos en el turno diurno de 8 a 20 horas y un profesional médico en turno de 20 a 8 horas los días de semana, y de un profesional médico en cada turno en los días de fin de semana y feriados. Esta distribución tuvo en cuenta la dinámica de la unidad donde se prevé mayor carga de trabajo e interacción con el resto de los servicios en horarios diurnos y los días de semana.

La selección de los profesionales de enfermería se hizo de acuerdo a sus habilidades en internación, manejo de potenciales pacientes críticos con una participación activa en la dinámica de la unidad. Se establecieron dos profesionales de enfermería por turno, los 7 días de la semana, con una relación de enfermero-cama de 1:3.

La unidad además cuenta con personal con perfil proactivo: administrativo, para realizar tareas relacionadas a la internación, estancia y alta de los pacientes. Personal responsable de la higiene del sector, personal encargado de proporcionar el desayuno, almuerzo, merienda y cena para pacientes y profesionales de la unidad.

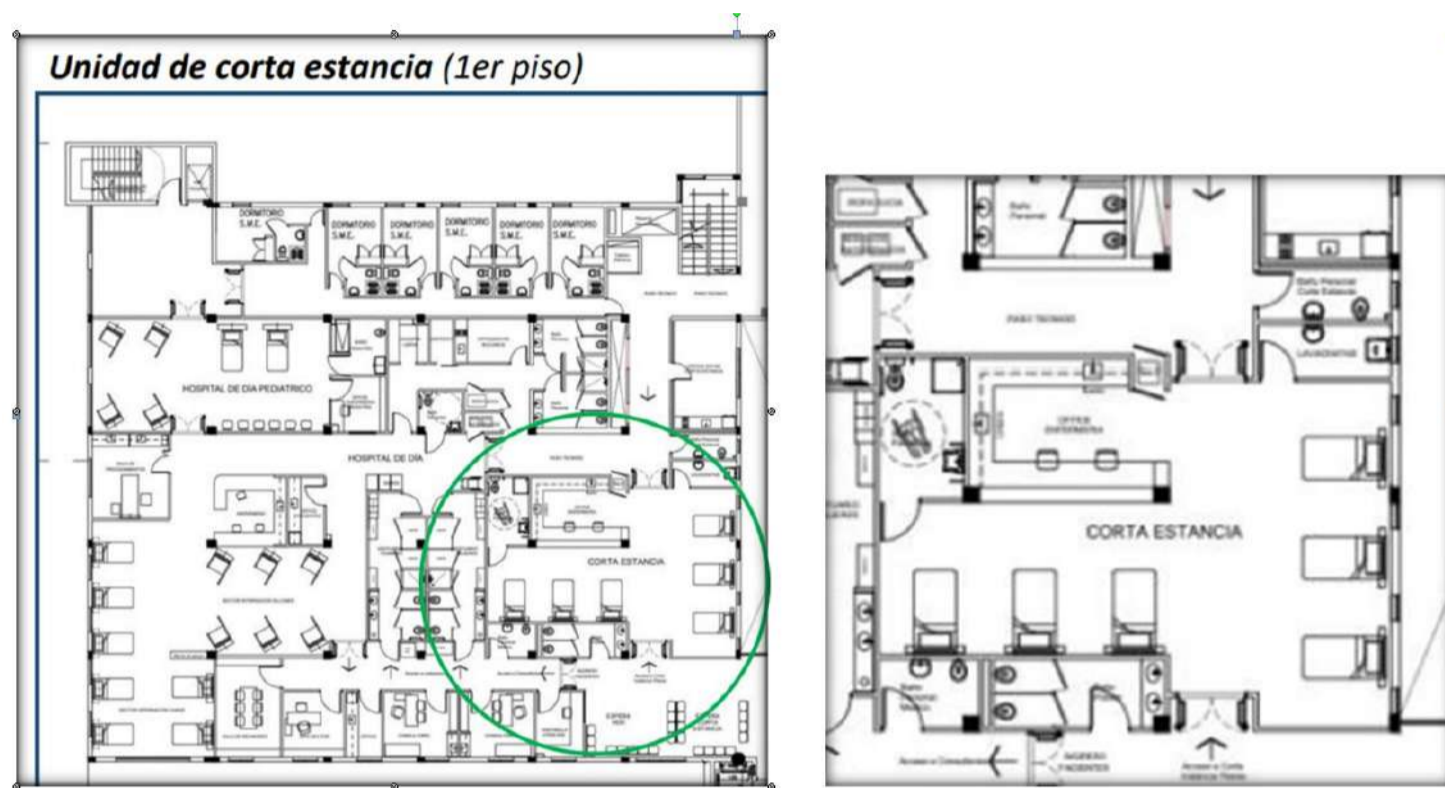
Considerando que la dinámica del sector es de alto flujo y de recambio de pacientes, también se consideró prioritario contar con personal que realice los traslados de pacientes, ya sea entre diferentes servicios del hospital como así también para realizar estudios complementarios optimizando al máximo el tiempo de estadía de los pacientes.

### Infraestructura

La estructura edilicia de la UCEU se localiza en el primer piso del sector de emergencias calle Bravard 51, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

Cuenta con 6 camas de internación, una isla de

observación y dependencias sanitarias. El equipamiento y las instalaciones son aptas para brindar atención de máxima calidad.



Plano de Unidad de Corta Estancia

### Interacción con otros Servicios

La selección de los pacientes a ingresar será en el sector de internación del SMU por profesionales médicos de la unidad, aplicando los criterios de inclusión y exclusión definidos.

Los profesionales médicos del sector interactúan con los diferentes servicios intermedios, profesionales especialistas y con todo sector del HMALL que se vea involucrado en la resolución del cuadro que motiva dicha internación.

Si se presentara la situación de una complicación o desmejoramiento del cuadro general del paciente internado en la UCEU, que requiera un sector de mayor complejidad, dicho paciente tendrá prioridad al pase, de no ser posible por falta de camas del lugar que correspondiera, se derivará al paciente al sector del SMU.

### **Consideraciones Finales**

En resumen, la UCEU es una unidad eficaz y segura en la atención de pacientes con patología médica tributaria exclusivamente de

tratamiento y evolución en un máximo de 72 horas. No es una unidad de diagnóstico o de pre-ingreso en otros servicios de hospitalización convencional, su función es de soporte del SMU facilitando la descompresión del mismo desde una doble vertiente: la inmediata como tercer escalón dentro del SMU y diariamente como facilitador de mayor disponibilidad de camas de hospitalización convencional. La instauración de UCEU ha significado una alternativa a la hospitalización convencional, que ahorra estancias en dicha hospitalización convencional, disminuye la estancia media de los servicios médicos hospitalarios<sup>14</sup> y, por ende, disminuye la presión de urgencias y la competencia entre la cama urgente y la programada. La UCEU es una unidad totalmente compatible con otras alternativas a la hospitalización convencional, hospitalización a domicilio, hospitalización en centros de subagudos o alta a domicilio con control domiciliario de atención primaria. Se potencia con todas ellas y evita el retorno o re-consulta en el SMU<sup>15</sup>.

Es importante al implementar una UCEU darle especial atención a los costos-beneficios de las misma, ya que uno de los peligros es el de dotarlas de recursos extra de forma ineficiente, estableciendo así unidades privilegiadas que, sin duda, resolverán los problemas con más efectividad que otras unidades, pero con un costo mucho mayor y afectando, además, a la equidad del sistema<sup>16</sup>.

Implementar un protocolo de manejo en la UCEU implica analizar tanto la efectividad como los costos del procedimiento, intentando además valorar otros aspectos de la calidad, entre los que se encuentra la satisfacción del usuario. Dentro de los costos no solo considerar los directos, sino también los indirectos, pues el cuidado al paciente que es

dado de alta precozmente de una unidad de este tipo debe requerir un plan de continuidad de cuidados con el siguiente nivel asistencial, para así evitar el riesgo de reingreso<sup>17</sup>.

En el contexto socio-sanitario actual también es imprescindible valorar otras alternativas, como la atención domiciliaria en programas de crónicos y la atención hospitalaria con un modelo de cuidados progresivos.

En cualquier caso, probablemente la principal ventaja de las UCEU es su papel como herramientas del cambio de las estructuras y conceptos tradicionales hospitalarios. De esta forma, lo más importante de una UCEU no sería la reducción «bruta» de la estancia media, sino la orientación hacia conseguir una estancia apropiada en cada paciente.

### Conclusión

La implementación de una UCEU como una herramienta de cambio, que trabaje con protocolos y guías clínicas basadas en la evidencia, puede ser un camino adecuado, hacia la estancia apropiada y la máxima calidad de atención.

### Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con este artículo.

### Mención especial

Agradeciendo al Dr. Gustavo Piñero por su aporte diagnóstico a la problemática de la saturación hospitalaria y la importancia de una unidad de corta estancia como alternativa de internación hospitalaria.

### Agradecimientos

A los profesionales que participaron dando todo su apoyo para hacer posible este proyecto.

Al director general, directora de atención médica, subdirección de enfermería, subdirección de infraestructura, departamento de informática y a todas las áreas del staff de apoyo del HMALL.

### Referencias bibliográficas

1. G. Alonso, J. M. Escudero. La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010; 33 (Supl. 1): 97-106
2. Graff L. Overcrowding in the Emergency Department: an International symptom of health care system failure. *Am J Emerg Med* 1999; 17: 208-209.
3. Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millà J. Estimación del efecto relativo que ejercen los determinantes externos e internos sobre la eficacia de un servicio de urgencias de medicina. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 294-296.
4. Escarrabill J, Corbella X, Salazar A, Sánchez JL. Los colapsos en los servicios de urgencias hospitalarios durante el invierno. *Aten Primaria* 2001; 27: 137-140.
5. Juan A, Salazar A, Álvarez A, Pérez JR, García L, Corbella X. Effectiveness and safety of an Emergency Department short-stay unit as an alternative to standard inpatient hospitalization. *Emerg Med J* 2006; 23: 833-837.
6. González-Armengol JJ, Fernández Alonso C, Martín-Sánchez FJ, González-del Castillo J, López Farré A, Elvira C et al. Actividad de una unidad de corta estancia de urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. *Emergencias* 2009; 21: 87-94.
7. Proyecto Dirección de Atención Hospitalaria Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” Dr. Gustavo Piñero. 2018-2022.
8. Proyecto Dirección de Atención Hospitalaria Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” Unidad de Corta Estancia (UCE). Autor: María Fernanda Bartolini. Noviembre de 2022.
9. Proyecto Departamento de Medicina Crítica Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” Unidad de Corta Estancia (UCE). Autor: Adolfo Máximo Quispe Laime, Jefe de Servicio de Terapia Intensiva. Diciembre de 2022.
10. Corbella X, Salazar A, Maiques JM, Juan A. Unidad de corta estancia de urgencias, una alternativa a la hospitalización convencional. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 515-516.
11. Gómez C, Guillamont J, Salazar A, Novelli A, Corbella X.

Evaluación de la satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de corta estancia de urgencias. *Emergencias* 2005; 17:12-16.

12. Joaquín Alfonso-Megidoa , Victoriano Cárcaba-Fernández , et al. Descripción y resultados de una unidad de corta estancia con un modelo de gestión clínica abierta. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22(1):14-20

13. Salazar A. ¿Urgenciólogos rentables? *Emergencias* 2009; 21: 83-84.

14. Kong GK, Belman MJ, Weingarten S. Reducing length of stay for patients hospitalized with exacerbation of COP by using a practice guideline. *Chest* 1997; 111: 89-94.

15. Hernández C, Casas A, Escarrabill J, Alonso J, Puig-Junoy J, Farrero E et al. CHRONIC project. Home hospitalization of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *Eur Respir J* 2003; 21: 58-67.

16. Castro Guardiola A. A propósito de las unidades de estancia corta. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:477.

17. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sánchez GM, Johnson AE, et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: A randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009;150:178---87

## Revista científica del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero

### REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

Las normas de publicación de la revista e-Hospital se vasan 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](http://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 a 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/10policie%2Fs/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 de 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.

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

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

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

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

## INSTRUCCIONES PARA EL ENVÍO DE MANUSCRITOS

Los trabajos deberán ser enviados por correo a [revistacientificahmall@gmail.com](mailto:revistacientificahmall@gmail.com) consignando en el asunto la sección a la que corresponde. Se deberá adjuntar en el correo electrónico el

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

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

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

C. Declaración de los autores informando que el manuscrito ha sido leído y aprobado por todos, que ceden los derechos y autorizan su publicación en e-Hospital y que se han cumplimentado los requerimientos para la autoría expuestos en estas normas. Indicar en caso que proceda, que se acompañan copias de cualquier permiso que fuera necesario para reproducir material, para usar ilustraciones, con 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 enumerarán 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) académicos(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 tiene 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 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 IC 95 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](http://www.icmje.org)). Los nombres de las revistas se deben abreviar de acuerdo con el estilo editorial utilizado en Index Medicus abbreviations of journal titles (disponible en: <http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>)

### Tablas o Cuadros

Coloque las tablas o cuadros en la página siguiente a las Referencias, numeradas consecutivamente por el orden de aparición de las



menciones en el cuerpo del texto y con un breve título a cada una.

### ***Ilustraciones (Figuras)***

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

### ***Abreviaturas y símbolos***

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