

@ HOSPITAL

REVISTA • CIENTÍFICA
HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS DR. LEÓNIDAS LUCERO

VOLUMEN 7

ISSN 2683-8192

N° 2
2025
AGOSTO



PROPIEDAD Y EDITOR RESPONSABLE

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

AUTORIDADES HOSPITALARIAS

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

COMITÉ EDITORIAL

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

COMITÉ DE REDACCIÓN

Patricia Barberio
José Ignacio Giangreco Dueña
Antonela Arnaldi

COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO

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

DISEÑO Y ASESORAMIENTO TÉCNICO

Juan Manuel Arbotti
Luciana Caserta

IMAGEN DE PORTADA

Javier Herrera

SECRETARIO

José Ignacio Giangreco Dueña

ÍNDICE

EDITORIAL	4-5
Hepatitis C: la infección olvidada <i>Lamponi Tappatá, Lucía</i>	
ARTÍCULO ORIGINAL	6-14
Valoración nutricional en pacientes internados en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero <i>Gonzalez Harguindeguy, Camila; Reimers, Liliana; Elisei, Ana Carolina; Baleani, María Eugenia</i>	
INFORME DE CASO	15-18
Infarto Renal Bilateral e Infarto Esplénico en Paciente Adulto <i>Encina, Romina; Lenta, María del Rosario</i>	
INFORME DE CASO	19-23
Paniculitis Pancreática Asociada a Tumor Pancreático <i>Encina, Romina; Dezurko, Denis; Giovanelli, Gustavo</i>	
INFORME DE CASO	24-28
Leucoencefalopatía multifocal progresiva en paciente VIH con recuento de CD4 mayor a 200 células/μl <i>Biaggioni, Martin Alejandro; Doiny Cabré, Lucía; Dominguez, Emanuel Alexis</i>	
COMUNICACIÓN BREVE	29
La Unidad de Informática en Salud del Hospital Municipal de Bahía Blanca: experiencia pionera y en evolución <i>Ferraro, Jorge</i>	
NORMAS PARA AUTORES	30-33

Hepatitis C: la infección olvidada

Lucía Lamponi Tappatá

*Especialista en infectología. Hospital Municipal de Agudos
“Dr. Leónidas Lucero”*

El 28 de julio se conmemoró el Día Mundial contra la Hepatitis, una fecha que invita a reflexionar sobre una enfermedad silenciosa pero curable: la hepatitis C.

La infección por el virus de la hepatitis C continúa siendo un problema de salud pública, con elevada carga de enfermedad atribuible a cirrosis y carcinoma hepatocelular. El principal desafío radica en el subdiagnóstico, se estima que más del 50% de las personas infectadas desconocen su condición. La eliminación de la hepatitis C es un objetivo alcanzable si se articulan estrategias efectivas de diagnóstico, tratamiento y prevención.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en el año 2022 aproximadamente 50 millones de personas vivían con hepatitis C crónica, prevalencia mundial de 0,7%, registrándose cada año alrededor de 1,5 millones de nuevas infecciones. En el año 2019 se reportó una mortalidad de 290.000 personas a causa de la enfermedad, principalmente por cirrosis o hepatocarcinoma.

En Argentina, la tasa de infección crónica por hepatitis C osciló entre 0,74 casos cada 100.000 habitantes en 2010 a 1,60 en el año 2015. De acuerdo a datos del año 2021, de la totalidad de personas que tienen hepatitis C en nuestro país, solo el 25% tienen diagnóstico confirmado, el 10% tienen evaluado el estadio de la enfermedad, el 5% poseen indicación de tratamiento y solo el 4,5% se consideran curados.

Históricamente, las principales vías de transmisión en personas nacidas entre los años 1945 y 1965, fueron las cirugías y las transfusiones de sangre. A partir del año 1992, con el control en bancos de sangre, esta vía disminuyó de forma significativa, siendo actualmente el uso de drogas endovenosas la forma de contagio más frecuente. Otras vías menos comunes incluyen relaciones sexuales, trasplante de órganos, accidentes cortopunzantes, exposiciones percutáneas como tatuajes, piercings y transmisión perinatal.



La mayoría de los casos de infección aguda por hepatitis C son asintomáticos, el hecho de que solo el 25% presenten síntomas, explica en gran parte el subdiagnóstico.

Hasta el año 2014, el tratamiento para la hepatitis C se basaba en interferón, con esquemas inyectables prolongados, tasas de curación bajas de entre 29- 65% según genotipo, alta toxicidad y limitado acceso. La llegada de los antivirales de acción directa (AAD) transformó radicalmente el abordaje de la enfermedad a esquemas orales de corta duración, bien tolerados y con tasas de curación superiores al 95%, incluso en pacientes con enfermedad avanzada.

En la Argentina, desde el año 2015 al 2021, se trataron 5.331 personas con hepatitis C, en su mayoría con fibrosis avanzada. Sin embargo, se estima que solo un 5% de los infectados accedieron a los AAD.

A diferencia de la infección por VIH y la hepatitis B, la hepatitis C puede erradicarse definitivamente con tratamiento, previniendo cirrosis hepática,

hepatocarcinoma, manifestaciones extrahepáticas y mortalidad.

En el año 2016, la OMS fijó metas para el 2030: curación del 80% de los pacientes elegibles para tratamiento, reducción del 90% en la incidencia de nuevas infecciones y disminución del 65% de la mortalidad relacionada a causas hepáticas. Para alcanzar estos objetivos es imprescindible reforzar los programas de detección y garantizar el acceso universal al tratamiento.

A través de esta editorial, incentivamos a los profesionales de la salud a solicitar de manera sistemática la serología para hepatitis C a sus pacientes, integrando el rastreo en la práctica clínica habitual. La eliminación de la hepatitis C en nuestro país requiere un compromiso sostenido en todos los niveles del sistema sanitario.

La eliminación de la hepatitis C es posible y está en nuestras manos.

Valoración nutricional en pacientes internados en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero

Nutritional assessment of inpatients in the Internal Medicine Service at Dr. Leónidas Lucero Municipal Hospital

Gonzalez Harguindeguy, Camila¹; Reimers, Liliana²; Elisei, Ana Carolina²; Baleani, María Eugenia²

1. Becaria en la Unidad de Nutrición Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”.
2. Unidad de Nutrición Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”.

Resumen

Recibido:
Enero 2025

Aceptado:
Agosto 2025

Dirección de
correspondencia:

**Camila Gonzalez
Harguindeguy**

c.harguindeguy@
outlook.com

Introducción: La valoración nutricional es el primer eslabón de la práctica clínica y determina la elección de la alimentación más adecuada en función a la situación encontrada. Las guías de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo definen al riesgo nutricional como aquella situación en la que la probabilidad de un mejor o peor desenlace se relaciona con la presencia de factores nutricionales, y que dichos resultados pueden ser mejorados a través de estrategias de intervención.

Objetivo: Determinar el estado nutricional en pacientes internados en Sala de Clínica Médica del Hospital Municipal de agudos “Dr. Leónidas Lucero” admitidos desde junio del 2022 hasta junio 2024.

Materiales y Método: Estudio descriptivo de corte transversal. La población diana fue conformada por pacientes entre 18 y 80 años. Para la valoración nutricional se utilizó la escala de puntuación “Nutritional Risk Screening 2002”.

Resultados: Se valoraron 86 pacientes. El 50 % pertenecían a la franja etaria de 60 a 80 años y el 51.16% al sexo femenino. El estudio determinó que el 54,65% de los pacientes hospitalizados presentaron riesgo nutricional al ingreso.

Conclusión: Más de la mitad de los pacientes evaluados presentaron un riesgo nutricional al momento de su ingreso hospitalario. El instrumento que se utilizó es práctico y de bajo

costo, facilitando una evaluación del estado nutricional de los pacientes y orienta el tratamiento de forma integral e interdisciplinaria.

Palabras claves: tamizaje; estatus nutricional; paciente hospitalizado; comorbilidades.

Abstract

Introduction: Nutritional assessment is the first link in clinical practice and determines the most appropriate feeding choice based on the situation observed. The guidelines of the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism define nutritional risk as a situation in which the likelihood of a better or worse outcome is related to the presence of nutritional factors, and such outcomes can be improved through intervention strategies.

Objectives: Determine the nutritional status of inpatients in the Internal Medicine Ward of the Dr. Leónidas Lucero Municipal Hospital admitted from June 2022 to June 2024.

Materials and Method: Descriptive, cross-sectional study. The target population consisted of patients aged 18 to 80 years. For the nutritional assessment, the Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) scale was used.

Results: 86 patients were evaluated. 51.16% were female. 50% of the patients belonged to the 60–80 year age bracket. The study determined that 54.65% of hospitalized patients presented nutritional risk at admission.

Conclusion: More than half of the evaluated patients had nutritional risk at the time of hospital admission. The instrument used is practical and low-cost, facilitating assessment of patients’ nutritional status and guiding integral, interdisciplinary treatment.

Keywords: screening; nutritional risk; inpatients; comorbidities.

Introducción

El estado nutricional de un paciente puede determinar el éxito o el fracaso de la terapia que se le aplique. Si bien hay que tener en cuenta que muchos pacientes ingresan al hospital con un grado de desnutrición previo, también puede desarrollarse durante el transcurso de su internación y, con frecuencia se acentúa con la enfermedad o incluso con algunos tratamientos médicos.¹

A menudo las prescripciones de los pacientes que ingresan a las instituciones se realizan independientemente de su estado nutricional. Como también ocurre con las dietas terapéuticas ya sea hiposódicas, modificadas en consistencias y texturas, sin gluten, etc.; las mismas muchas veces son determinadas sin una evaluación previa. Estas condiciones favorecen a una disminución en el aporte calórico-proteico del paciente, contribuyendo así al riesgo de malnutrición.² Determinar el riesgo nutricional de un paciente de manera temprana permite evaluar el plan de acción e intervención adecuado para mejorar la situación de salud de ese paciente. Las guías de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) definen al riesgo nutricional como aquella situación en la que la probabilidad de un mejor o peor desenlace, se relaciona con la presencia de factores nutricionales, y que dichos resultados pueden ser mejorados a través de estrategias de intervención.³

En Argentina, según los datos preliminares del último estudio de la Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral (AANEP) llevado a cabo en 2014, la prevalencia de malnutrición hospitalaria es del 45,45%. Sin embargo disponemos de escasa información acerca del estado nutricional previo a la internación hospitalaria.⁴ Más allá del método que se utilice para determinar el grado de desnutrición de un paciente, su prevalencia es cada vez mayor y se ve agravada en gran medida por las mismas enfermedades que inducen a una persona a hospitalizarse.⁵

Un paciente desnutrido tiene como consecuencia un aumento del riesgo de desarrollar complicaciones, aumentando la morbilidad por causa infecciosa o no infecciosa, generando una prolongación de los días de internación, como

así también más reingresos hospitalarios.⁶ Se puede mencionar incluso un aumento marcado de mortalidad; todo esto trae como resultado un aumento de los costos siendo un 60% más alto comparado con aquellos pacientes con un buen estado nutricional.⁷

La pérdida de peso superior al 5% en un período corto de tiempo sumado a la disminución de la ingesta de alimentos se asocia a un deterioro del estado nutricional. La malnutrición puede ser consecuencia de una ingesta insuficiente de nutrientes, una absorción deficiente o la pérdida de nutrientes debido a una enfermedad, a un traumatismo o a una mayor demanda metabólica.

La desnutrición surge cuando el organismo no recibe los nutrientes suficientes, causando alteraciones en la estructura y funcionamiento de los órganos y sistemas. Además, disminuye la respuesta inmunitaria, retrasa la cicatrización de heridas, favorece la aparición de escaras, genera dificultad respiratoria, desequilibrio hidroelectrolítico, favorece la aparición de infecciones.

Actualmente, en los países desarrollados la causa más frecuente de un déficit calórico proteico es la desnutrición hospitalaria, teniendo una prevalencia con estudios realizados en diferentes países entre el 20% y el 50%.⁶

Existen diferentes factores a tener en cuenta a la hora de evaluar el estado nutricional de un paciente al ingreso hospitalario como son el motivo de su internación, las enfermedades concomitantes, contexto social y la edad del paciente.

Los adultos mayores son considerados un grupo de riesgo para la desnutrición debido al deterioro fisiológico relacionado con la edad, reducido acceso a alimentos nutritivos y comorbilidades.⁸

La valoración nutricional es el primer eslabón de la práctica clínica y determina la elección de la alimentación más adecuada en función a la situación encontrada. Es la interpretación conjunta de todos los parámetros, que nos permiten obtener un diagnóstico preciso. Por lo tanto, debe formar parte de la intervención inicial del paciente, para poder planificar de manera correcta el tratamiento y que el mismo sea eficaz; debe ser considerado parte integral de tratamiento médico.

Realizar un screening es esencial para poder identificar aquellos pacientes en riesgo de mal-

nutrición que necesitan de una valoración nutricional y una intervención temprana.⁹ Las herramientas que se utilizan son procedimientos sencillos, que insumen poco tiempo y tienen una alta sensibilidad y especificidad para identificar a aquellos sujetos que se encuentran en riesgo nutricional. Debe ser realizado en las primeras 24 a 48 hs de ingresada la persona a la institución médica.

Conocer el estado nutricional de un paciente al ingreso hospitalario guarda estrecha relación con su riesgo de padecer complicaciones como estancias prolongadas, infecciones, aumento de morbilidad general, causando un impacto en la salud como en los costos. Es por ésta razón que se considera un tema de prioridad en la salud pública.

Objetivo general

Determinar el estado nutricional al ingreso en pacientes internados en la Sala de Clínica Médica del Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” admitidos desde junio del 2022 hasta junio 2024.

Objetivos específicos

- Determinar el porcentaje de pacientes que presentan pérdida de peso en los últimos tres meses previos a la internación.
- Determinar el porcentaje de pacientes que presenta disminución de la ingesta previo a la internación.
- Describir las características de la población estudiada según sexo, edad, diagnóstico al ingreso y comorbilidades asociadas.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal.

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Municipal de Agudos Leónidas Lucero (HMALL). Este servicio dispone de 40 camas, de las cuales 4 corresponden a terapia intermedia, y registra un promedio anual cercano a 2.000 egresos. La mediana de edad de los pacientes atendidos es de 60 años. Las

patologías más prevalentes incluyen accidente cerebrovascular, enfermedades respiratorias (neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, gripe y COVID-19), infecciones del tracto urinario y enfermedades cardiovasculares como insuficiencia cardíaca, dolor precordial e infarto agudo de miocardio.

En relación con la atención nutricional, las actividades realizadas en esta área comprenden la anamnesis alimentaria sistemática a todos los pacientes ingresados, con el objetivo de evaluar su estado nutricional y establecer la intervención más adecuada. Según las necesidades identificadas, se implementan estrategias que incluyen la indicación de suplementos nutricionales, la prescripción de colaciones y, cuando corresponde, la recomendación de soporte nutricional. El equipo de nutrición participa activamente tanto en la evaluación de todos los pacientes hospitalizados en la sala como en la atención de interconsultas específicas solicitadas por otros servicios.

Criterios de inclusión

- Pacientes de 18 a 80 años internados en la sala de Clínica Médica del HMALL.
- Pacientes con capacidad de comprender y responder las preguntas por sí mismos o por un familiar.
- Que den su consentimiento informado para participar en el estudio.

Procedimiento

Los pacientes fueron seleccionados dentro de las 48 horas de admitidos. Se realizó un muestreo por conveniencia. Fueron seleccionados para su valoración desde junio del año 2022 hasta diciembre del mismo año; luego fue interrumpida durante el año 2023 y se reinició en marzo del 2024.

La herramienta utilizada para realizar la evaluación nutricional fue el Nutritional Risk Screening 2002 (NRS- 2002), recomendada por la ESPEN para la población en estudio. Esta fue creada en el año 2002 en Alemania por Kondrup et al. para detectar la malnutrición o el riesgo de desarrollarla en pacientes hospitalizados.

Esta escala se aplica en dos etapas. La primera, un tamizaje inicial, conformado por 4 preguntas. Si en alguna de dichas preguntas la respuesta es afirmativa, se realiza el tamizaje final donde se considera la pérdida de peso, el índice de masa corporal (IMC), la edad del paciente, la ingesta dietética y la severidad de la enfermedad.¹⁰ (Figura 1).

Se procedió a registrar el peso de cada paciente que pudiera mantenerse parado con una balanza digital portátil y la talla con una cinta métrica inextensible.¹⁰ Estas herramientas de medición resultan sencillas y pueden ser aplicadas por cualquier profesional de la salud; no obstante, en el presente estudio las evaluaciones fueron

realizadas por la Lic. Ana Elisei, nutricionista del Servicio de Clínica Médica, y por la Lic. Camila Gonzalez Harguindeguy, autora de este trabajo de investigación, dado que forman parte de los procedimientos habituales en el ejercicio de nuestra profesión.

A partir de este último dato se procedió a completar la escala con la siguiente información: a) IMC menor a 20.5 kg/m², b) pérdida de peso en los últimos tres meses, c) disminución en la ingesta de alimentos, d) presencia de enfermedad grave.

En caso de existir al menos una respuesta afirmativa, se continuó con el tamizaje final, donde se indagó acerca del estado nutricional y severi-

Figura 1. Nutritional Risk Screening 2002

TAMIZAJE DE RIESGO NUTRICIONAL NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS – 2002)			
Paciente: _____		Fecha: _____	
Servicio y cama: _____		H.C.: _____	Edad: _____
Dx: _____		Sexo: _____	
Screening inicial		SI	NO
1	¿El IMC < 20.5?		
2	¿Ha perdido peso en los últimos 3 meses?		
3	¿Ha reducido la ingesta durante la última semana?		
4	¿Está gravemente enfermo?		
Si la respuesta es SI a cualquiera de las preguntas, realizar el screening final			
Si la respuesta es NO a todas, volver a evaluar semanalmente.			
Screening final			
Estado Nutricional		Severidad de la enfermedad	
Ausencia Score = 0	Estado de nutrición normal	Ausencia Score = 0	Necesidades nutricionales normales
Leve Score = 1	Pérdida de peso > 5% en 3 meses o Ingesta de comida menor del 50 – 75 % de las necesidades normales en la semana precedente	Leve Score = 1	Fractura de cadera Paciente con enfermedad crónica con complicaciones agudas (cirrosis, EPOC, hemodiálisis crónica, diabetes, oncología)
Moderado Score = 2	Pérdida de peso > 5% en 2 meses o IMC 18.5 – 20.5 + mal estado general o Ingesta de comida del 25 – 50 % de las necesidades normales en la semana precedente	Moderado Score = 2	Cirugía abdominal mayor Accidente vascular encefálico Neumonía severa Neoplasia hematológica
Grave Score = 3	Pérdida de peso > 5% en 1 mes (>15% en 3 meses) o IMC < 18.5 + mal estado general o Ingesta de comida del 0 – 25 % de las necesidades normales en la semana precedente	Grave Score = 3	Injuria encefálica Trasplante de médula ósea Pacientes en cuidados intensivos (Apache >10)
Score: _____		Score: _____	
Edad: Si el paciente es > 70 años, sumar 1 punto al score obtenido = Score ajustado por edad:			
Score ≥ 3 el paciente está nutricionalmente en riesgo y es necesario iniciar soporte nutricional			
Score ≤ 3 reevaluar al paciente semanalmente. Si el paciente va a ser sometido a una cirugía mayor, iniciar soporte nutricional perioperatorio			

dad de la enfermedad.

Si el paciente tenía más de 70 años, se sumó un punto al puntaje final (score adaptado a la edad). Por último, se definió riesgo según score obtenido.

Otras variables que se midieron en el trabajo fueron: sexo y edad. También fueron relevados de la historia clínica el diagnóstico de ingreso y comorbilidades. Todos estos datos fueron ingresados a una planilla Excel para facilitar su posterior análisis.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas fueron analizadas mediante medidas de frecuencias relativas y representadas por gráficos de barra mientras que para las cuantitativas se utilizó la media como medida de tendencia central junto al desvío estándar como medida de dispersión. Para dicho

análisis se utilizaron hojas de cálculo de la planilla Excel.

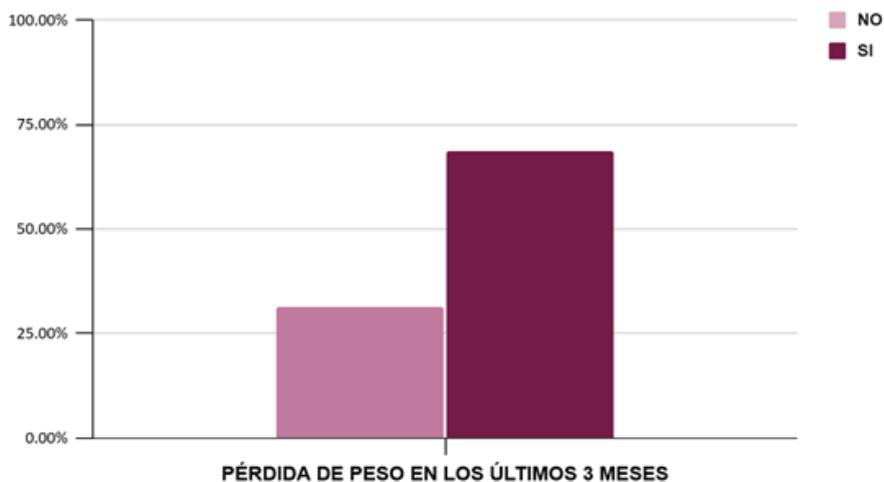
Resultados

La muestra obtenida fue de 86 pacientes, siendo el 51,16% (44/86) de sexo femenino. El 50,00% (43/86) se ubicó en un rango de edad de 60 a 80 años, dentro de este grupo los mayores a 70 años fueron el 55,81% (24/43).

La media de IMC fue de 25,18 kg/m² (DS+5,76). El 87,95% (73/86) de los pacientes presentó IMC normal. El 10,46% (9/86) presentó desnutrición y solo el 4,65% (4/86) se encontraba en el límite inferior debajo del peso.

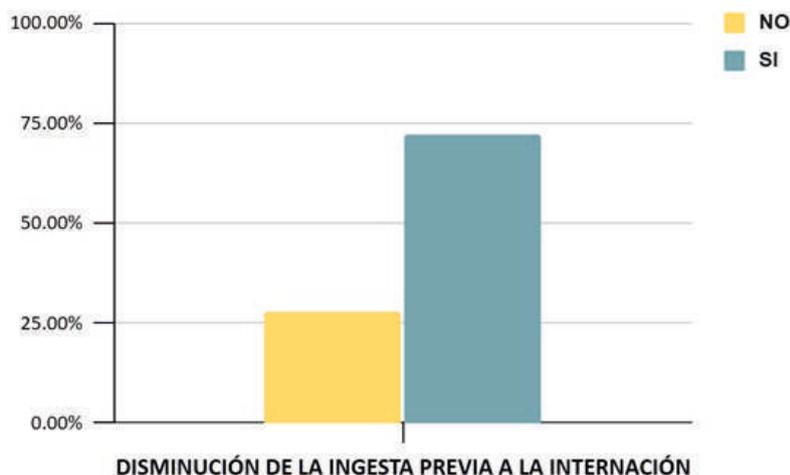
En la figura 2 y 3, se representan los resultados

Figura 2. Pérdida de peso en los últimos 3 meses previo a la internación



Fuente: elaboración propia

Figura 3. Disminución de la ingesta previa a la internación



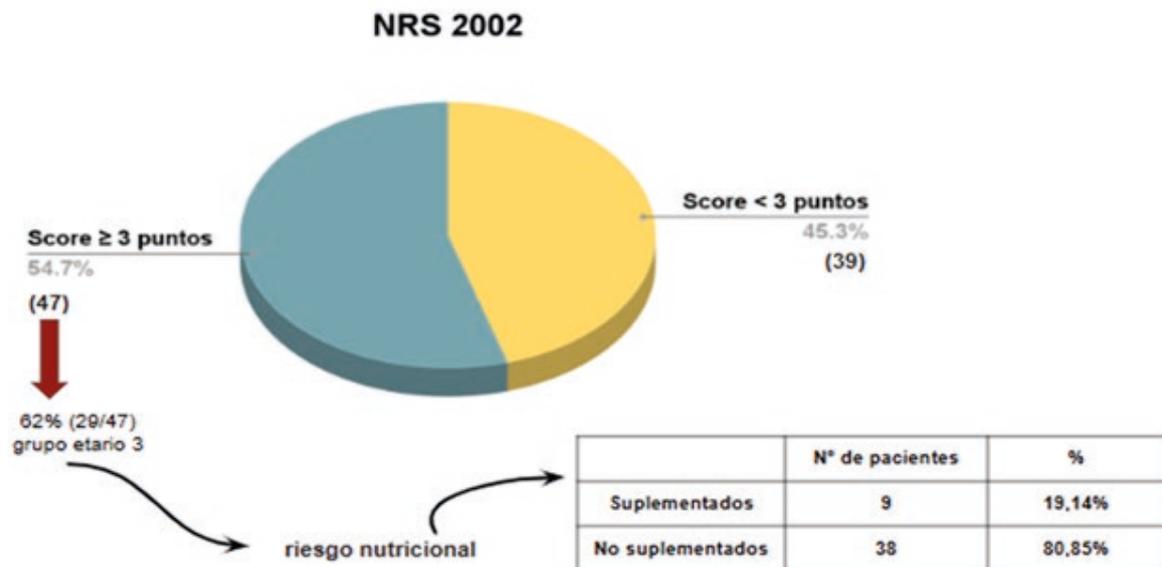
Fuente: elaboración propia

obtenidos de NRS 2022.

El 54,65% de los pacientes fueron definidos como nutricionalmente en riesgo. Solo 9 pacientes de aquellos que presentaron riesgo nutricional (19,14%) tenían la indicación de suplemento o soporte nutricional previo al ingreso a la sala (Ver figura 4).

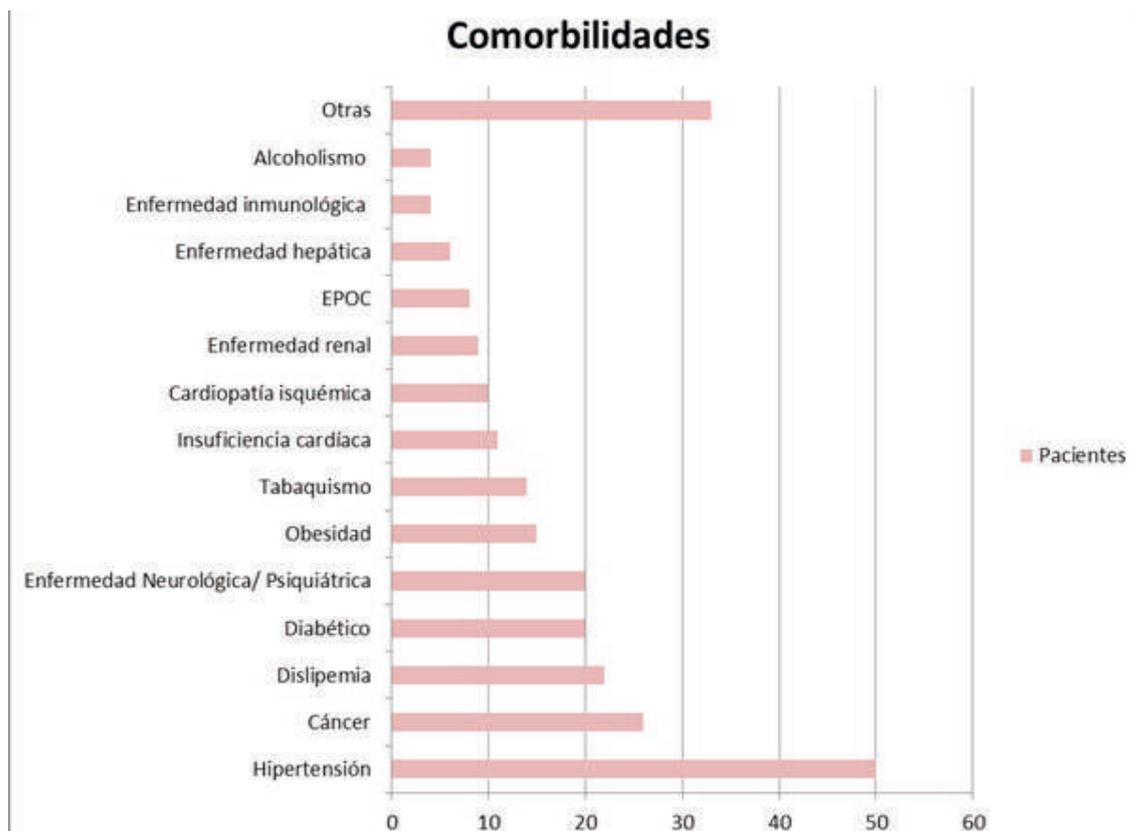
En cuanto a las comorbilidades la hipertensión arterial fue la más frecuente presente en el 58,14% de los pacientes (50/86). Las que tuvieron menor frecuencia fueron las enfermedades inmunológicas y el alcoholismo. Se catalogaron como otras comorbilidades: OMSB 24, disfagia, anemia, hernia inguinal, reflujo, diarrea crónica y

Figura 4. Resultados de screening NRS 2002



Fuente: elaboración propia

Figura 5. Frecuencia absoluta de comorbilidades en pacientes valorados (n=86)



Fuente: elaboración propia

candidiasis. (Ver figura 5)

En aquellos pacientes con un score ≥ 3 las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión con el 70,21% seguido por cáncer con el 44,68%, y otras con el 40,42% entre las cuales la más frecuente fue la anemia 26,31%.

Con respecto al diagnóstico por el cual los pacientes fueron admitidos el más frecuente fue el oncológico con el 27,90%, seguido por el neurológico/ psiquiátrico e insuficiencia respiratoria donde ambos compartieron porcentaje 19,76% (17/86). Sin embargo el 26,74% (23/86) de los pacientes fueron diagnosticados con enfermedades que no estaban incluidas dentro de las categorías establecidas, entre esos diagnósticos se pueden diferenciar la anemia, OMSB 24 y cetoacidosis diabética.

Discusión

El riesgo nutricional en pacientes hospitalizados es un importante y constante problema de la salud pública a nivel mundial debido a su elevada prevalencia en los diferentes hospitales.⁷ Los resultados obtenidos en nuestra investigación reportan de igual manera una posibilidad de riesgo de desarrollar desnutrición.

La herramienta que se utilizó en el presente trabajo es un método validado para pacientes hospitalizados, fácil de aplicar y de bajo costo al igual que la Evaluación Global Subjetiva (EGS) que se ha utilizado en otros proyectos aplicados en poblaciones similares⁶.

Con respecto al riesgo de malnutrición, nuestros resultados (54,65%) fueron similares a los datos obtenidos en un estudio del Hospital Central de Formosa donde evaluaron a los pacientes a las 48 hs de internación, arrojando como resultado que un 49,12% presentaban malnutrición. El método que se utilizó en ese caso fue EGS.³

A su vez el IMC comparándolo con el mismo estudio sobre 116 pacientes el 13,81% presentó bajo peso, el 47,41% peso normal; mientras que en nuestro estudio sobre 86 pacientes, el 87,95% presentó IMC normal. El 10,46% presentó desnutrición y solo el 4,65% en el límite inferior de bajo peso. Esta diferencia podría explicarse por la herramienta de valoración nutricional empleada

en cada investigación: en el Hospital Central de Formosa se utilizó la EGS, mientras que en nuestro estudio se aplicó la NRS 2002.

En Latinoamérica, el estudio IBRANUTRI (Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional), que incluyó a 4.000 pacientes hospitalizados, evidenció que aproximadamente el 48,1% presentaba algún grado de desnutrición, de los cuales un 12,6% correspondía a casos de desnutrición grave. Asimismo, concluyó que el 31,8% de los 813 pacientes evaluados dentro de las primeras 48 horas de hospitalización presentaba desnutrición primaria, asociada a condiciones socioeconómicas desfavorables, en conjunto con desnutrición secundaria derivada de la propia condición clínica del enfermo. Si bien el número de pacientes incluidos en nuestro estudio fue considerablemente menor, en ambos trabajos la evaluación se realizó dentro de las primeras 48 horas del ingreso hospitalario, contemplándose también la presencia de desnutrición primaria vinculada al estilo de vida del paciente, independientemente de la enfermedad de base.

El estudio ELAN (Estudio Latinoamericano de Desnutrición), realizado en doce países entre los que participó Argentina, de 9348 pacientes estudiados, el 50,2% de la población hospitalizada presentaba algún tipo de desnutrición, siendo el 11,2% desnutrido grave. La terapia nutricional se indicó con baja frecuencia, puesto que sólo 7,3% de los pacientes estaban recibiendo suplemento oral, 5,6% nutrición enteral y 2,3% nutrición parenteral.¹⁰ Similar a nuestro estudio donde solo 9 de los 47 pacientes que presentaban riesgo nutricional tenían prescripto previa a la internación suplemento nutricional o soporte nutricional.

En nuestro país, un estudio multicéntrico de corte transversal realizado en varios hospitales, en el que se aplicó la EGS a 1000 pacientes, encontró que 36,1% tenía desnutrición moderada y 11,2% desnutrición grave.¹¹

Por último un estudio realizado en un hospital de la provincia de Buenos Aires durante el año 2019, que incluyó 2296 pacientes, informó una prevalencia de desnutrición al ingreso hospitalario de un 24,4%. El método de evaluación nutricional fue la combinación de la EGS y Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).¹²

Una de las limitaciones que tuvo el estudio fue que la selección de pacientes que debió ser interrumpida durante un año, esto perjudicó a la organización del trabajo en cuanto a los tiempos planteados por el equipo.

Por otro lado, un número considerable de pacientes debió ser excluido del estudio debido a la imposibilidad de mantenerse en posición erguida para realizar las mediciones de peso y talla, lo que implicó una pérdida significativa de potenciales participantes para la muestra final.

Y por último el número de muestra fue pequeño, sin embargo, refleja la importancia de la valoración nutricional al ingreso del paciente que permite determinar aquellos que se encuentran en riesgo nutricional o aquellos que ya presentan una malnutrición y así poder tratarlos adecuadamente.

La implementación sistemática del NRS 2002 como herramienta de tamizaje nutricional al momento del ingreso de los pacientes a la sala de Clínica Médica reviste gran importancia, ya que permite la detección temprana de aquellos en riesgo nutricional. Su aplicación favorecería una mejor respuesta clínica durante la hospitalización, contribuiría a reducir la tasa de reingresos y evitaría prolongar innecesariamente la estancia hospitalaria. De esta manera, no solo se optimiza el uso de los recursos disponibles, sino que también se mejora la calidad de la atención brindada y se promueve una gestión más eficiente del gasto público en salud.

Conclusión

La posibilidad de contar con un método de screening sencillo y avalado en pacientes internados, nos permite una primera aproximación de valoración nutricional para detectar aquellos pacientes que se encuentran en riesgo nutricional y por lo tanto necesitarán de un contacto con el especialista en nutrición para la implementación de un plan alimentario adecuado a los requerimientos del paciente.

En el trabajo realizado 47 pacientes presentaron riesgo de malnutrición y solo 9 recibieron suplementación previo al ingreso a la sala de Clínica Médica. Más de la mitad de los pacientes evaluados presentaron un riesgo nutricional al mo-

mento de su ingreso hospitalario.

La NRS 2002 es un instrumento, práctico y de bajo costo, que facilita una evaluación del estado nutricional de los pacientes al ingreso, aportando información valiosa para orientar el tratamiento de forma integral e interdisciplinaria. La identificación temprana de riesgo nutricional permite implementar intervenciones adecuadas y contribuir a una mejor recuperación y calidad de atención.

Consideraciones éticas: Se tomó consentimiento informado a los participantes. La confidencialidad de los datos fue protegida durante toda la investigación. Este trabajo fue aprobado por el Comité de Bioética en Investigación del HMALL, el día 16 de junio de 2022.

Conflictos de interés: no presenta.

Agradecimiento: Al Mg. en Nutrición y Epidemiólogo Juan Agustín Castiglia Solé por sus valiosos aportes en el análisis estadístico.

Referencias bibliográficas

1. Monti GR, editor. Desnutrición hospitalaria: una patología subdiagnosticada. Vol. 121. Revista de la Asociación Médica Argentina; 2008.
2. Ronan Thibault a, Osman Abbasoglu b, Elina Ioannou c, Laila Meija d, Karen Ottens-Oussoren e, Claude Pichard f, Elisabet Rothenberg g, Diana Rubin h, Ulla Siljamäki-Ojansuu i, Marie-France Vaillant k, Stephan C. Bischoff l, editor. ESPEN guideline on hospital nutrition. Vol. 40. Clinical Nutrition; 2021.
3. Jhossmar Cristians Auza-Santiváñez Dra. Yanín Díaz Lara Dr. Jorge Soneira Pérez Dr. David Orlando León Pérez. Valor predictivo de la escala CONUT en la detección precoz del riesgo nutricional y su relación con la mortalidad en pacientes críticos [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/353878480>
4. Di Sibio Mariana L, Zohar LJ, Paola LML, Mariela LF, Elizabeth LRS, Lic. Jereb Silvia LCM, editores. Revisión de diferentes herramientas de tamizaje nutricional para pacientes hospitalizados. Vol. 36. Scielo; 2018.
5. Zanín R, Perdomo CD, Palomar A. Utilidad de la evaluación del estado nutricional en pacientes hospitalizados. Salud i Ciencia. 2011;521-4.
6. G. Mercadal-Orfila, J. Lluch-Taltavull, C. Campillo-Artero and M. Torrent-Quetglas. Association between nutritional risk based on the NRS-2002 test and hospital morbidity and mortality. Nutrición Hospitalaria. 2012;1248-54.

7. María Isabel TD Correia, Mario Ignacio Perman, Dan Linetzky Waitzberg. Desnutrición hospitalaria en América Latina: una revisión sistemática. *Elsiever*. 2016;958–67.
8. Dent E, Wright ORL, Woo J, Hoogendijk EO. Desnutrición en adultos mayores. *The Lancet*. 2023;951–66.
9. Baltazar-Luna E, Bravo-Alvarez G, Sámano R, Chico-Barba G. Utilidad del CONUT frente al NRS-2002 en la valoración del riesgo nutricional en pacientes hemato-oncológicos. *Nutrición Clínica y dietética hospitalaria*. 2017;37:17–23.
10. Anthony PS. Herramientas de evaluación nutricional para pacientes hospitalizados. *Práctica de Nutrición Clínica*. 2008;373–82.
11. Isabel TD Correia M, Campos ACL. Prevalencia de desnutrición hospitalaria en América Latina: El estudio multicéntrico ELAN. *Elsevier*. 2003;19(10):823–5.
12. Magalí Cortina L, Andrea Ester Delledonne L, Rosana Delia Gonella L, Estefanía Orellana L, Alejandra Santa Scarinci L. Desnutrición al ingreso hospitalario y estancia prolongada en un hospital público de la Provincia de Buenos Aires. *Scielo*. 2022;40(177).

Infarto Renal Bilateral e Infarto Esplénico en Paciente Adulto

Bilateral Renal Infarction and Splenic Infarction in Adult Patient

Encina, Romina¹; Lenta, María del Rosario²

1. Residente de Servicio de Clínica Médica, Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”, Bahía Blanca, Buenos Aires.
2. Médica especialista en Clínica Médica, Servicio de Clínica Médica, Hospital Municipal de agudos “Dr. Leónidas Lucero”, Bahía Blanca, Buenos Aires.

Resumen

Recibido:
Marzo 2025

Aceptado:
Mayo 2025

Dirección de
correspondencia:

Encina Romina

rominaennn@gmail.
com

Se presenta un paciente masculino de 58 años con fibrilación auricular, anticoagulado que consultó por dolor en flanco derecho asociado a vómitos. Laboratorio con ratio internacional normalizado fuera de rango terapéutico y función renal conservada. Se realizó tomografía de abdomen y pelvis con contraste endovenoso en la cual se observaron áreas hipodensas renales de morfología triangular con ausencia de realce. Bazo con área hipodensa en el polo inferior. No se observó disección o trombosis en arteria aorta o renales. Se interpretó como infarto renal bilateral y esplénico secundario a taquiarritmia supraventricular. Se indicó anticoagulación evolucionando el paciente favorablemente.

Se resalta la relevancia de considerar el infarto renal y esplénico como eventos isquémicos que deben detectarse en determinados escenarios clínicos y la importancia de iniciar un tratamiento oportuno, ya que esto puede contribuir a reducir la morbimortalidad.

Palabras claves: infarto esplénico; infarto renal; fibrilación auricular.

Abstract

A 58-year-old male patient with anticoagulated atrial fibrillation presented with right flank pain associated with vomiting. Laboratory results showed an out-of-range International Normalized Ratio and preserved renal function. An abdominal and pelvic tomography scan with intravenous contrast was performed, revealing hypodense renal areas of triangular morphology with no enhancement. The spleen shows a hypodense area in the inferior pole. No dissection or thrombosis was observed in the aorta or renal arteries. The interpretation was bilateral renal and splenic infarctions secondary to supraventricular tachyarrhythmia. Anticoagulation therapy was initiated, and the patient progresses favorably.

The importance of considering renal and splenic infarcts as ischemic events that should be identified in certain clinical scenarios is emphasized; and the significance of initiating prompt treatment is highlighted, as this can help to reduce morbidity and mortality

Keywords: splenic infarction; renal infarction; atrial fibrillation.

Introducción

El infarto renal es un evento isquémico poco frecuente, reportándose en estudios de admisiones a servicios de urgencias una incidencia del 0,004% a 0,007%,^{1,2} y del 1.4% en un estudio a partir de autopsias.³ La etiología puede ser cardioembólica, por enfermedad ateroembólica, trombosis de la arteria renal, traumatismo, disección de la arteria aórtica o renal, o estados protrombóticos.⁴ La evidencia en relación a características clínicas, diagnóstico y tratamiento se basa en series o reportes de casos.^{5,7}

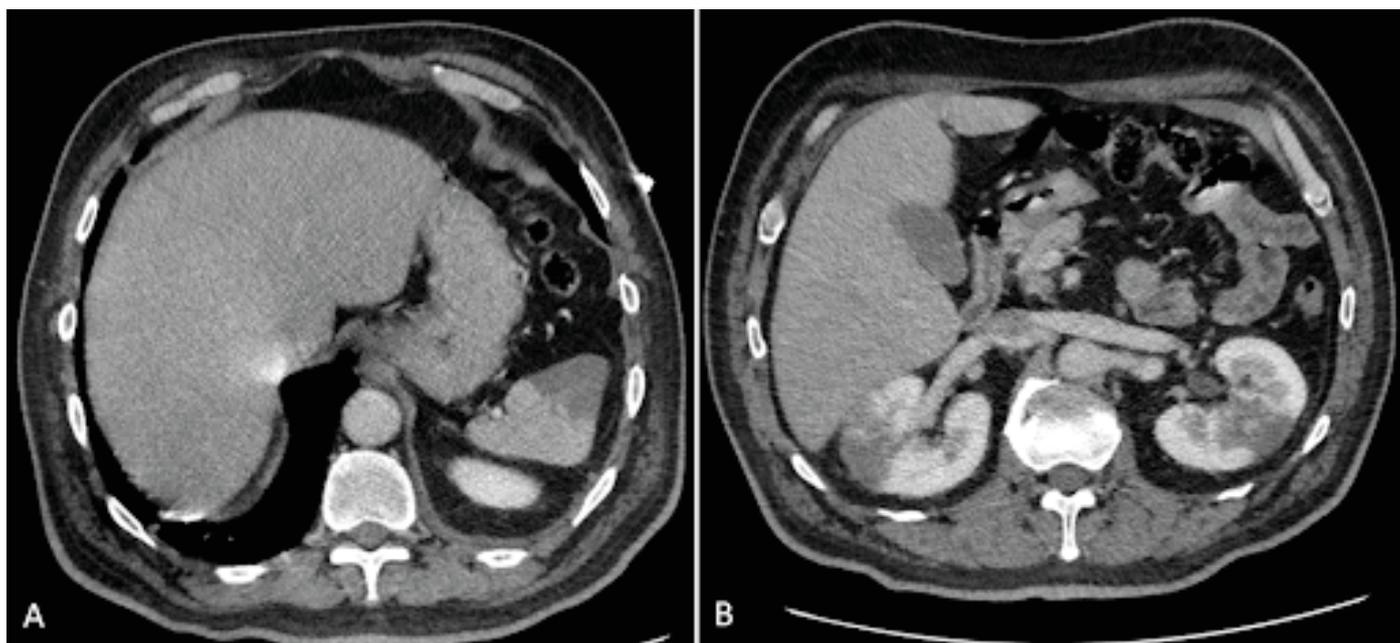
El infarto esplénico también se considera una causa infrecuente de dolor abdominal. Comparte factores etiológicos con el infarto renal especialmente procesos embólicos, trauma y estados protrombóticos, y agrega otros, como la hemoglobinopatía falciforme y el bazo errante. Se presenta un caso de un paciente adulto que presentó infarto renal bilateral e infarto esplénico.

Caso Clínico

Paciente de 58 años con fibrilación auricular, anticoagulado con acenocumarol, diabetes mellitus no insulino requiriente, enfermedad pulmo-

nar obstructiva crónica, tabaquista severo, ex consumidor de cocaína, que consultó por dolor abdominal en flanco derecho de 2 meses de evolución intensificado en las últimas 48 horas, agregando vómitos. Se solicitó laboratorio en el cual se reportó leucocitosis leve de 11.380cel/uL, ratio internacional normalizada (RIN) fuera de rango terapéutico de 1.43, y función renal conservada con urea 13 mg/dl y creatinina 0.47 mg/dl. Proteína C reactiva(PCR) y lactato deshidrogenasa (LDH) elevadas. Sedimento urinario sin proteinuria, hematuria o cetonas, y urocultivo negativo. Se realizó electrocardiograma en el cual se observó fibrilación auricular de alta respuesta ventricular a 120 latidos por minuto. Se realizó ecografía abdominal que reveló áreas hiperecogénicas parcheadas de 67 mm. en riñón derecho. Se realizó tomografía de abdomen y pelvis con contraste endovenoso en la cual se observaron ambos riñones de tamaño conservado, con áreas hipodensas en parénquima renal de morfología triangular con ausencia de realce. Bazo densitométricamente heterogéneo, con área hipodensa de 59 x 30 mm. en el polo inferior. El estudio comprende región torácica y abdominopélvica de grandes vasos, sin observarse disección o trombosis en arteria aorta o renales (Figura 1).

Figura 1. Tomografía abdomen-pelvis con contraste



A: Bazo con área hipodensa de 59 x 30 mm en el polo inferior compatible con infarto esplénico.
B. En riñones, parénquima renal con áreas hipodensas compatibles con infartos renales.

Se realizó ecocardiograma transtorácico en el que se observó dilatación e hipertrofia excéntrica del ventrículo izquierdo, con deterioro severo de la función sistólica del mismo con una fuerza de eyección del ventrículo izquierdo estimada en 25%, y dilatación moderada de ambas aurículas e hipoquinesia global. Se interpretó como infarto renal bilateral y esplénico secundarios a taquiarritmia supraventricular. Se indicó anticoagulación con enoxaparina y se ajustó la dosis de acenocumarol, llegando a un RIN entre 2 y 3. Evolucionó estable hemodinámicamente, afebril, sin requerimiento de oxígeno, con mejoría del dolor. Se otorgó alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio por especialistas de Clínica Médica, Endocrinología, Hematología y Cardiología.

Discusión

El diagnóstico del infarto renal es desafiante debido a su infrecuencia y a su presentación clínica con síntomas que pueden corresponder a afecciones comunes. Los síntomas más frecuentes son: dolor en flanco en un 50- 56% de los casos, dolor abdominal en un 48- 53%, náuseas en un 17- 25%, vómitos en un 13- 14%, fiebre en un 10- 17% de los casos.^{5,7} Para el diagnóstico del infarto esplénico también se requiere alta sospecha. Un estudio describió que el 20% de los pacientes con infarto esplénico no presentaba dolor abdominal. Cuando se presenta este síntoma, es más frecuente en cuadrante superior izquierdo, las náuseas o vómitos ocurren en un 20%, y fiebre o equivalentes febriles en el 27% de los casos.^{8,9} En el caso descrito, el paciente presentó dolor abdominal en flanco derecho y vómitos, compatibles con infarto renal, sin embargo, son síntomas que podrían corresponder a otros diagnósticos diferenciales más frecuentes como infección urinaria, nefrolitiasis, o cetoacidosis diabética. El infarto renal está asociado principalmente al embolismo y a la trombosis in situ, por lo cual este evento isquémico debe sospecharse en pacientes con posibilidad de cardioembolismo. En este grupo se incluye a personas con fibrilación auricular, reemplazo valvular y diagnóstico de endocarditis. El paciente reportado se encontraba tomando dosis infraterapéuticas de acenocumarol como parte del tra-

tamiento de la fibrilación auricular, persistiendo de esta manera con riesgo embólico. También debe sospecharse en pacientes con factores de riesgo cardiovasculares los cuales pueden presentar aterosclerosis de grandes vasos o disección, y en estados protrombóticos como trombofilia hereditaria, hiperhomocisteinemia, malignidad, síndrome antifosfolípido y síndrome nefrótico. Los hallazgos de laboratorio no son específicos para orientar el diagnóstico. El caso descrito presentó leucocitosis, que junto con la elevación de PCR y LDH, se describen en la literatura como hallazgos compatibles con infarto renal. En el infarto esplénico, puede encontrarse leucocitosis y LDH elevada.¹⁰ Se debe evaluar si el paciente presenta alteración en la función renal o hipertensión arterial al diagnóstico del evento isquémico, ya que representan factores pronósticos independientes para desarrollar enfermedad renal a largo plazo.^{11,12} El infarto renal también puede propiciar el desarrollo de hipertensión arterial crónica. En un estudio de pronóstico en pacientes con infarto renal, el 21% de los pacientes fallecieron tras una mediana de seguimiento de 29 meses (RIC 13-64). Las causas de mortalidad más frecuentes fueron la insuficiencia cardíaca y complicaciones asociadas a la diálisis.⁸ La terapéutica indicada en el caso presentado, fue el tratamiento de las comorbilidades y asegurar una anticoagulación efectiva, con el objetivo de evitar eventos embólicos recurrentes. En todos los pacientes se debe determinar la presencia de disección o grado de oclusión de las arterias renales, discernir si el paciente es monorreño, valorar la función renal y el tiempo de evolución del infarto, para evaluar el requerimiento de una revascularización temprana. En aquellos casos en los cuales la revascularización resultara beneficiosa, un diagnóstico temprano es crucial para disminuir la morbimortalidad. En cuanto al tratamiento del infarto esplénico, generalmente se basa en instaurar el tratamiento para la enfermedad que lo causa y de soporte como hidratación y analgesia. En casos seleccionados pueden producirse complicaciones (seudoquistes, hemorragia, absceso o ruptura esplénica), con requerimiento de esplenectomía.^{8,13,14}

Conclusión

Destacamos la importancia de considerar al infarto renal como evento isquémico a detectar en los escenarios descritos. Consideramos que debido a su baja frecuencia y a que cursa con síntomas inespecíficos, la sospecha clínica de esta entidad es reducida. Realizar un diagnóstico precoz resulta relevante, especialmente en aquellos casos en los cuales la revascularización temprana está indicada. La detección del infarto renal determina la necesidad de instaurar un tratamiento adecuado, con el objetivo de disminuir el riesgo de recurrencia, la progresión a una enfermedad renal terminal, y evitar el requerimiento de diálisis. Por otro lado, la detección del infarto esplénico también es un desafío. Se vuelve preponderante para establecer una terapia acorde a la enfermedad que lo provoca, con el objetivo de prevenir complicaciones y en algunos casos, la necesidad de esplenectomía con posterior inmunodeficiencia adquirida.

Referencias bibliográficas

- Huang CC, Lo HC, Huang HH, et al. ED presentations of acute renal infarction. *Am J Emerg Med.* 2007; 25: 164–169.
- Domanovits H, Paulis M, Nikfardjam M, et al. Acute renal infarction. Clinical characteristics of 17 patients. *Medicine (Baltimore).* 1999; 78: 386–394.
- Hoxie HJ, Coggin CB. Renal infarction: statistical study of two hundred and five cases and detailed report of an unusual case. *Arch Intern Med (Chic).* 1940; 65(3):587–594.
- Mulayamkuzhiyil Saju J, Leslie SW. Renal Infarction. *StatPearls [Internet]. Treasure Island.* 2024. [Updated 2024 Mar 10].
- Pizzarossa AC, Rodríguez M. Infarto renal: revisión sistemática sobre síntomas de sospecha clínica y repercusión sobre función renal. *Rev. Urug. Med. Int.* 2019;4(2):4-14.
- Donoso, M, Fernández, M; Sepúlveda, P. Renal infarction: report of clinical cases and comprehensive review of diagnosis and management. *Rev. chil. urol.* 2007; 72(3): 230-237.
- Oh YK, Yang CW, Kim YL, et al. Clinical Characteristics and Outcomes of Renal Infarction. *Am J Kidney Dis.* 2016 Feb;67(2):243-50.
- Jaroch MT, Broughan TA, Hermann RE. The natural history of splenic infarction. *Surgery.* 1986 Oct;100(4):743-50.
- Antopolsky M, Hiller N, Salameh S, Goldshtein B, Stalnikowicz R. Splenic infarction: 10 years of experience. *Am J Emerg Med.* 2009 Mar;27(3):262-5.
- Chapman J, Helm TA, Kahwaji CI. Splenic Infarcts. *StatPearls [Internet]. Treasure Island* 2024. [Updated 2023 Jul 17].
- Delezire A, Terrasse M, Bouet J, et al. Acute renal infarction: long-term renal outcome and prognostic factors. *J. Nephrol.* 2021; 34: 1501-1509.
- Caravaca-Fontána F, Pampa Saicoa S, Elías Triviño S. Acute renal infarction: Clinical characteristics and prognostic factors. 2016; 36: 89-216
- Nores M, Phillips EH, Morgenstern L, Hiatt JR. The clinical spectrum of splenic infarction. *Am Surg.* 1998 Feb;64(2):182-8.
- Tsatalas C, Margaritis D, Pantelidou D, Kotsianidis I, Karayiannakis AJ, Spanoudakis E, Kartasis Z, Kaloutsis V, Polychronidis A, Manavis I, Bourikas G. Splenectomy for massive splenic infarction unmasks paroxysmal nocturnal hemoglobinuria. *Acta Haematol.* 2003;110(4):193-6.

Paniculitis Pancreática Asociada a Tumor Pancreático

Pancreatic Panniculitis Associated with Pancreatic Tumor

Encina, Romina¹; Dezurko, Denis¹; Giovanelli, Gustavo².

1. Residente de Servicio de Clínica Médica, Hospital Municipal de agudos "Dr. Leónidas Lucero", Bahía Blanca, Buenos Aires.
2. Médico especialista en Clínica Médica, Servicio de Clínica Médica, Hospital Municipal de agudos "Dr. Leónidas Lucero", Bahía Blanca, Buenos Aires.

Resumen

Recibido:
Julio 2025

Aceptado:
Agosto 2025

Dirección de correspondencia:

Encina Romina

rominaennn@gmail.com

La pancreatitis pancreática es una manifestación cutánea rara asociada generalmente a una enfermedad pancreática. Está relacionada frecuentemente a pancreatitis aguda o crónica y a tumores pancreáticos. El abordaje comprende la resolución de la patología pancreática y tratamiento de sostén. Se presenta el caso de una paciente con pancreatitis pancreática asociada a un tumor pancreático avanzado.

Palabras claves: pancreatitis; artritis; neoplasias pancreáticas; enfermedades pancreáticas.

Abstract

Pancreatic panniculitis is a rare cutaneous manifestation generally associated with pancreatic disease. It is frequently related to acute or chronic pancreatitis and pancreatic tumors. The approach includes the resolution of the pancreatic pathology and supportive treatment. The case of a patient with pancreatic panniculitis associated with an advanced pancreatic tumor is presented.

Keywords: panniculitis; arthritis; pancreatic neoplasms, pancreatic diseases.

Introducción

La pancreatitis pancreática es un tipo de pancreatitis poco frecuente, que ocurre aproximadamente en el 2-3% de aquellos pacientes con patología pancreática, y fue descrita por primera vez por Chiari en 1883.¹ Está asociada a pancreatitis aguda y crónica, carcinoma pancreático (carcinoma de células acinares, adenocarcinoma ductal, carcinoma neuroendocrino) y neoplasia mucinosa papilar intraductal. El tumor más reportado en asociación con la pancreatitis pancreática es el carcinoma de células acinares.³ En menor frecuencia, esta manifestación cutánea puede vincularse con pseudoquistes pancreáticos, anomalías congénitas como páncreas divisum, fístula vascular pancreática, farmacoterapia con corticoides, sulfasalazina, tiazidas, anticonceptivos orales, sulindaco, azatioprina, furosemida, ciclosporina.^{1,2}

El desarrollo de las lesiones de piel se atribuye a la liberación al torrente sanguíneo de enzimas pancreáticas como la lipasa, la amilasa y la tripsina, las cuales producen lipólisis a distancia y necrosis del pániculo adiposo. Clínicamente se presenta con nódulos dolorosos, eritematosos o violáceos, que pueden ulcerarse espontáneamente y secretar una sustancia amarillada estéril de consistencia líquida y oleosa, que resulta de la licuefacción del pániculo adiposo. Las lesiones se presentan generalmente en miembros inferiores, aunque pueden extenderse a glúteos, brazos, abdomen, tronco y cuello cabelludo. También puede ocurrir una afectación poliarticular con artritis como resultado de la inflamación y necrosis de las membranas sinoviales. Esta última manifestación forma parte de un síndrome denominado PPP (pancreatitis- pancreatitis- poliartitis).^{1,9} El diagnóstico se realiza a partir de la determinación de enzimas pancreáticas séricas elevadas, la biopsia del pániculo adiposo con histopatología acorde, y la evidencia de patología pancreática a partir de estudios de imágenes. El hallazgo histopatológico patognomónico es la presencia de “adipocitos fantasmas”, los cuales tienen la pared gruesa, no tienen núcleo y presentan material granular basófilo en su interior (correspondientes a las células residuales parcialmente digeridas), generalmente aso-

ciados a pancreatitis lobulillar sin vasculitis.^{1,4} El abordaje de la pancreatitis pancreática comprende la resolución de la patología pancreática y el tratamiento de sostén.

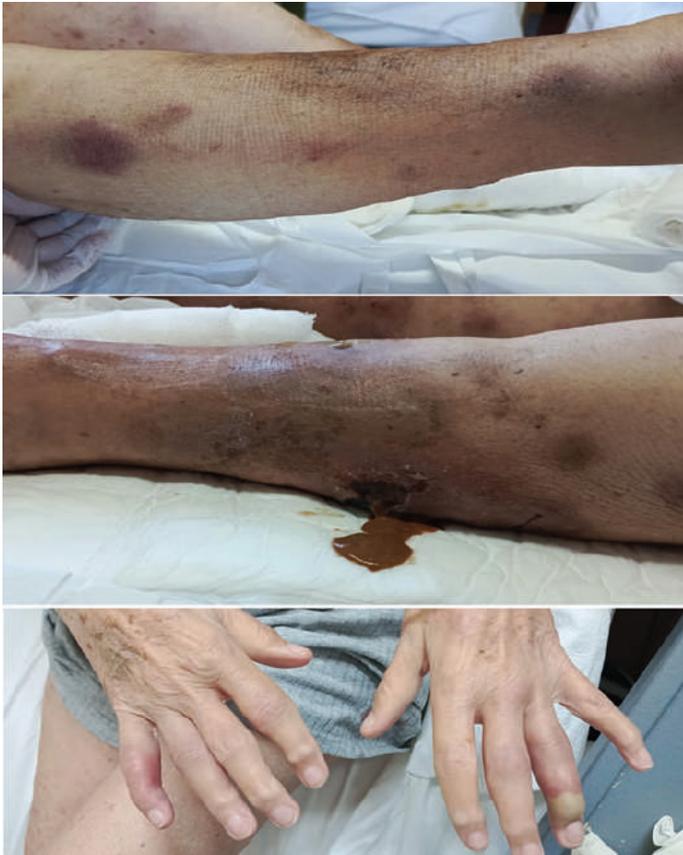
Caso clínico

Paciente mujer de 67 años con diabetes mellitus no insulino-requiriente que consultó por presentar lesiones cutáneas en miembros inferiores de cuatro meses de evolución, que comenzaron como nódulos eritematosos dolorosos y posteriormente se ulceraron, con presencia de una secreción amarillada. Al interrogatorio dirigido, refirió dolor articular en ambas manos, una pérdida de peso de 40 kg en los últimos ocho meses, episodios de diarrea y relató dolor en epigastrio hacia hipocondrio derecho de diez meses de evolución. Trajo múltiples estudios previos entre los cuales se encontró una biopsia cutánea tipo punch, que informó cambios que podrían corresponder a eritema nodoso. La paciente realizó tratamiento con corticoides vía oral, con progresión de las lesiones en piel.

Ingresó al nosocomio estable hemodinámicamente, afebril, vigil, lúcida, con artritis bilateral en articulaciones interfalángicas, múltiples lesiones nodulares rojo-violáceas en miembros inferiores, algunas ulceradas con secreción amarillada (figura 1).

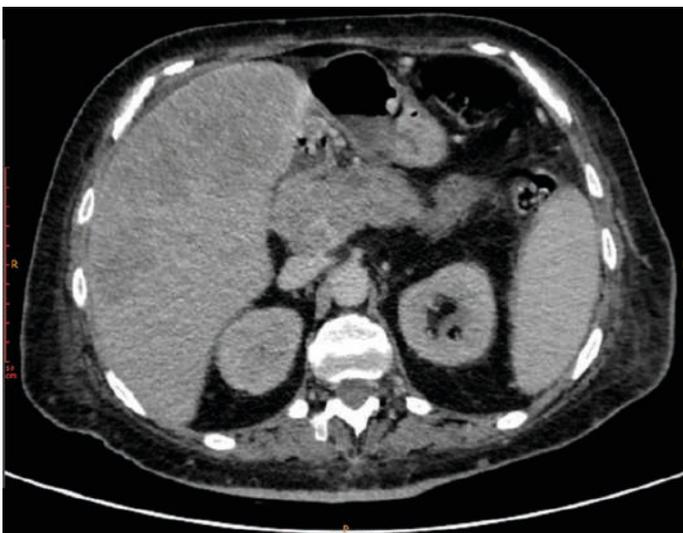
El laboratorio evidenció anemia con hematocrito de 28% y hemoglobina de 9.5 g/dl, eritrosedimentación de 87 mm, hiperfosfatemia con fosfatasa alcalina de 386 UI/L, serología para virus de inmunodeficiencia humana, anticuerpos antinucleares y anti citoplasma de neutrófilos negativos, y valores normales de factor reumatoideo y fracciones de complemento C3 y C4. Por sospecha de pancreatitis pancreática, se solicitó lipasa sérica que arrojó un valor elevado de 18.880 UI/L. Se realizó tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste que evidenció la presencia de múltiples lesiones hepáticas sólidas hipodensas que realzan de forma periférica con centro hipodenso, compatibles con secundarismo. El páncreas presentó lesión sólida a nivel de la cabeza y proceso uncinado de 34 mm. pudiendo corresponder a proceso primario.

Figura 1: A y B: lesiones nodulares violáceas en caras laterales de ambos miembros inferiores. En la imagen B se observa secreción oleosa amarronada. C: artritis en articulaciones interfalángicas en ambas manos.



A nivel del hilio hepático y peripancreáticos se observaron adenomegalias con degeneración necrótica (Figura 2).

Figura 2: Tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste en la cual se observa imágenes hepáticas compatibles con secundarismo, e imagen pancreática heterogénea con realce al contraste.



Se realizó biopsia escisional de lesiones en miembros inferiores que involucró pániculo adiposo con cultivo negativo para gérmenes comunes, hongos y micobacterias, e histopatología que muestra paniculitis septal y lobulillar sin vasculitis, con infiltrado inflamatorio compuesto por macrófagos, linfocitos, neutrófilos y células gigantes de tipo cuerpo extraño, focos de necrosis y depósitos basofílicos. Se interpretó como paniculitis pancreática asociado a tumor pancreático con metástasis hepáticas. Se presentó el caso clínico al comité de tumores del hospital y la paciente recibió tratamiento paliativo, que incluyó analgesia con opioides y curaciones, sin otras medidas invasivas.

Discusión

La paniculitis es la inflamación del tejido graso subcutáneo. Se manifiesta en relación a múltiples afecciones inflamatorias, autoinmunes, infecciosas, agresiones externas y neoplasias malignas. La orientación etiológica de esta manifestación se realiza a través de la anamnesis identificando fármacos, inyección de sustancias, traumatismos, infecciones, síntomas sistémicos acompañantes y respuesta a tratamientos realizados, junto con un examen físico completo con caracterización de las lesiones cutáneas y priorizando la detección de otras lesiones en piel y mucosas, adenopatías, artritis, rasgos esclerodermiformes u organomegalias.⁵ En el caso presentado, se detecta un descenso de peso significativo, dolor abdominal en hemiabdomen superior y diarrea intermitente de meses de evolución. Estos síntomas pueden relacionarse con patología pancreática, obligando además a considerar la malignidad, debido al cambio ponderal y el rango etario. La artritis presentada por la paciente, también es un signo compatible con paniculitis pancreática, sin embargo puede presentarse en otras afecciones que se manifiestan con inflamación del tejido graso subcutáneo. Un signo observado en la paniculitis pancreática es la ulceración de las lesiones cutáneas, con una secreción amarronada oleosa, la cual se manifestó en el caso clínico. Un número reducido de paniculitis pueden ulcerarse durante su evolución, como el eritema nodoso leproso, el eritema

indurado Bazin, la paniculitis por déficit de D1 antitripsina, y la paniculitis infecciosa, sin embargo, la presencia de las características descritas previamente deben orientar hacia la patología pancreática.⁵

Ante un diagnóstico de paniculitis se realiza una biopsia escisional amplia y profunda de las lesiones, evitando biopsia tipo punch o sacabocado. La biopsia es de utilidad para la toma de cultivos, en caso de sospecha de origen infeccioso. Además, logra clasificar las paniculitis en septales o lobulillares según dónde predomine la inflamación en la histopatología, lo cual podría orientar al diagnóstico. En la práctica, esta división no es tan clara detectándose inflamación en ambos lugares, sin embargo la presencia de vasculitis o no, y los tipos de infiltrados pueden ser más orientativos. En el caso descrito, se obtuvo una biopsia tipo punch previo al ingreso al hospital con resultado compatible con eritema nodoso, sin embargo la paciente presentó una evolución desfavorable a pesar de la corticoterapia, orientando a la posibilidad de un diagnóstico erróneo. Los hallazgos histopatológicos en la paniculitis pancreática, son variables según el momento en que se tome la muestra.^{1,4} En nuestro caso, se hallaron focos de necrosis, material basófilo como resultado de depósitos de calcio, y células gigantes multinucleadas, compatibles con una muestra tomada en fase desarrollada a tardía.^{1,4} El carcinoma de células acinares es la neoplasia que más se asocia a la paniculitis pancreática a pesar de ser un tumor poco frecuente.^{3,6} Zundler y col. describen una supervivencia media de 4.75 meses después de la aparición de la paniculitis pancreática asociada a malignidad. En el caso presentado, no se realizó biopsia diagnóstica para caracterizar el tipo de tumor debido al deterioro del estado general de la paciente teniendo indicación de tratamiento paliativo. Sin embargo, hay reportes de casos que describen la mejoría de las lesiones cutáneas y la recuperación de los pacientes luego del abordaje de la afección pancreática.⁷ En las paniculitis asociadas a neoplasias, un nuevo aumento de la lipasa sumado a la recaída de la paniculitis, se relaciona con progresión de enfermedad tumoral.⁸ Se describe como tratamiento adyuvante, el uso de analgésicos opioides, la elevación de

los miembros inferiores y el reposo.^{10,11} Por otro lado en Guannan y col., se ha descrito el uso de octreotide con el objetivo de disminuir los niveles de lipasa, observándose mejoría de la paniculitis en algunos casos.¹²

Conclusión

El reconocimiento de forma precoz de este tipo de paniculitis, como manifestación de una patología pancreática subyacente, permite un diagnóstico temprano y un tratamiento acorde y oportuno, pudiendo incidir en la morbimortalidad de los pacientes.

Consideraciones éticas

Se contó con el consentimiento informado del familiar para esta publicación.

Referencias bibliográficas

1. García Romero, D., Vanaclocha, F. Pancreatic Panniculitis. *Dermatologic Clinics*, 2008; 26: 465–470.
2. Fernández Jorge B., Vereá Hernando M. M., Álvarez Rodríguez R., Paradela S., Fonseca E. Presentación de un caso de paniculitis pancreática y revisión de la bibliografía. *An. Med. Interna (Madrid)* 2006; 23: 431-434.
3. Zundler S, Erber R, Agaimy A, et al. Pancreatic panniculitis in a patient with pancreatic-type acinar cell carcinoma of the liver--case report and review of literature. *BMC Cancer* 2016; 20; 16: 130.
4. Seguí M, Rodríguez Jiménez P, Fraga J, et al. Pancreatic panniculitis revisited: A series of 34 patients. *J Cutan Pathol.* 2023; 50: 983-990.
5. Blázquez Cañamero M. A., Revenga Martínez M., Llop Vilatella M. Diagnostic protocol of panniculitis. *Medicine* 2017; 12: 1599-1603.
6. Wen T. B., Li S. Z., Chong Ruan G., Qu T., Wang T., Li Y. Pancreatic panniculitis caused by pancreatic acinar cell carcinoma: A case report and literature review. *Journal of Digestive Diseases* 2024; 20; 707-711.
7. Ferri V, Ielpo B, Duran H, et al. Pancreatic disease, panniculitis, polyarthrititis syndrome successfully treated with total pancreatectomy: Case report and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2016;28:223-226.
8. Miksch RC, Schiergens TS, Weniger M, et al. Pancreatic panniculitis and elevated serum lipase in metastasized acinar cell carcinoma of the pancreas: A case report and

review of literature. *World J Clin Cases* 2020;8:5304-5312.

9. Gasque RA, Carbajal GM, Vera AB, Caminos S, Díaz Pantoja JP, Vigilante GE. Paniculitis pancreática. *Medicina (B Aires)* 2021;81:877.

10. Coimbra Y, Di Gaeta R, García S, Della Giovanna P. Pancreatic panniculitis. *Dermatología Argentina* 2018;24:202-204

11. Fernández JB, Vereá Hernando MM, Álvarez Rodríguez R, Paradela S, Fonseca E. Presentación de un caso de paniculitis pancreática y revisión de la bibliografía. *An. Med. Interna (Madrid)* 2006; 23:431-434.

12. Zhang G, Cao Z, Yang G, et al. Pancreatic panniculitis associated with pancreatic carcinoma: A case report. *Medicine* 2016 95;1:3.

Leucoencefalopatía multifocal progresiva en paciente VIH con recuento de CD4 mayor a 200 células/ μ l

Progressive multifocal leukoencephalopathy in an HIV patient with a CD4 count greater than 200 cells/ μ l.

Biaggioni, Martin Alejandro^{1,2}; Doiny Cabré, Lucía¹; Dominguez, Emanuel Alexis¹

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

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

Resumen

Recibido:
Julio 2025

Aceptado:
Agosto 2025

Dirección de
correspondencia:

Lucía Doiny
Cabré

lu.doiny@gmail.com

La leucoencefalopatía multifocal progresiva es producida por la reactivación del virus JC en pacientes con inmunocompromiso severo, entre ellos, portadores del VIH con recuento de CD4 menor a 200 cel/ μ l. Exponemos el caso de una mujer de 42 años que presentó hemiparesia derecha, bradipsiquia y disartria. Se recibió test para virus de la inmunodeficiencia humana positivo con un recuento de CD4 de 285 cel/ μ l. Se realizó una resonancia magnética de encéfalo que mostró lesiones focales múltiples predominantemente subcorticales de aspecto desmielinizante, sin realce post gadolinio. El líquido cefalorraquídeo evidenció ligera hiper celularidad y reacción de polimerasa en cadena para virus John-Cunningham positiva. Se interpretó como leucoencefalopatía multifocal progresiva y se inició tratamiento antirretroviral. Tras 63 días de internación la paciente falleció por complicaciones asociadas a la progresión de su enfermedad. Se resalta la importancia de considerar la leucoencefalopatía multifocal progresiva dentro de los diagnósticos diferenciales en portadores del virus de la inmunodeficiencia humana que cursan un cuadro neurológico focal, independientemente del recuento de CD4.

Palabras claves: leucoencefalopatía multifocal progresiva; recuento de CD4, diagnóstico diferencial.

Abstract

Progressive multifocal leukoencephalopathy is produced by reactivation of the John-Cunningham virus in patients with severe immunosuppression, including human immunodeficiency virus carriers with a CD4 count below 200 cells/ μ L. We present the case of a 42-year-old woman who developed right hemiparesis, bradyphrenia, and dysarthria. She tested positive for HIV with a CD4 count of 285 cells/ μ L. A brain nuclear magnetic resonance showed multiple focal lesions predominantly subcortical with demyelinating appearance, without gadolinium enhancement. Cerebrospinal fluid exhibited mild pleocytosis and a positive polymerase chain reaction for John-Cunningham virus. It was interpreted as progressive multifocal leukoencephalopathy, and antiretroviral therapy was started. After 63 days of hospitalization, the patient died from complications related to disease progression. The importance of considering progressive multifocal leukoencephalopathy within the differential diagnoses in human immunodeficiency virus infected individuals presenting with a focal neurological syndrome is emphasized, regardless of CD4 count.

Keywords: progressive multifocal leukoencephalopathy; CD4 lymphocytes; differential diagnosis.

Introducción

La leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central que se produce por la reactivación del virus John-Cunningham (JC). La primoinfección por este patógeno es asintomática y se estima que al menos el 50% de la población adulta es portadora del virus. El desarrollo de LMP es una complicación rara que suele ocurrir en pacientes con inmunocompromiso severo, secundario a infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o en tratamiento con terapias inmunomoduladoras.¹ Un tercio de los pacientes presentan alteraciones cognitivas y del comportamiento, de aparición subaguda. Los signos clínicos dependen del área afectada; los más frecuentes incluyen déficit motor, ataxia y déficit visual.

La tomografía computada (TC) puede mostrar lesiones hipodensas, sin embargo el estudio de imágenes de elección es la resonancia magnética (RM) por su alta sensibilidad. La RM muestra lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR e hipointensas en T1 que no ejercen efecto de masa; en sólo el 15% de los pacientes con infección por VIH las lesiones realzan tras la administración de gadolinio.² El análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) muestra hallazgos inespecíficos que no siempre son atribuibles a la LMP. Puede observarse pleocitosis, con un recuento celular que suele ser menor a 20 células/ μ l e hiperproteínorraquia en el 55%. La mayor utilidad del análisis del LCR radica en la detección del material genético del virus, aunque un resultado negativo no excluye LMP. El diagnóstico se establece con el hallazgo del virus JC en LCR o en tejido cerebral mediante la reacción de polimerasa en cadena (PCR) o inmunohistoquímica.³ No existen medidas terapéuticas específicas, por lo que el tratamiento se basa en la recuperación inmunológica, mediante la instauración de la terapia antirretroviral. Si bien el pronóstico en estos pacientes ha mejorado luego de la aparición de los nuevos antirretrovirales, la supervivencia al año ronda el 50%.

Caso clínico

Paciente femenina de 42 años de edad que consultó por fiebre de 48 horas de evolución asociada a odinofagia y tos en las últimas dos semanas, con expectoración mucopurulenta de 48 horas de evolución. Al interrogatorio dirigido, refería episodios de sudoración nocturna y pérdida de peso (3 kg en las últimas 3 semanas). Ingresó febril, taquicárdica y sin requerimientos de oxígeno. Presentaba semiología de consolidación en base pulmonar izquierda, paresia facio braquial derecha y disartria. En el laboratorio se evidenciaba leucocitosis. Se observó infiltrado alveolar coincidente con hallazgos del examen físico, que confirmaron el diagnóstico de neumonía. Hemocultivos x 2 negativos y se aisló *Haemophilus influenzae* en cultivo de esputo. Completó 7 días de tratamiento antibiótico dirigido con ampicilina/sulbactam.

Como antecedentes refería que había consultado un mes atrás por cuadro neurológico focal con disartria y paresia facio braquial derecha, se realizó TC de encéfalo que mostró foco hipodenso de 7 mm en brazo anterior de cápsula interna izquierda. Se interpretó como accidente cerebrovascular (ACV) isquémico y se indicó tratamiento con ácido acetilsalicílico y estatinas de alta intensidad.

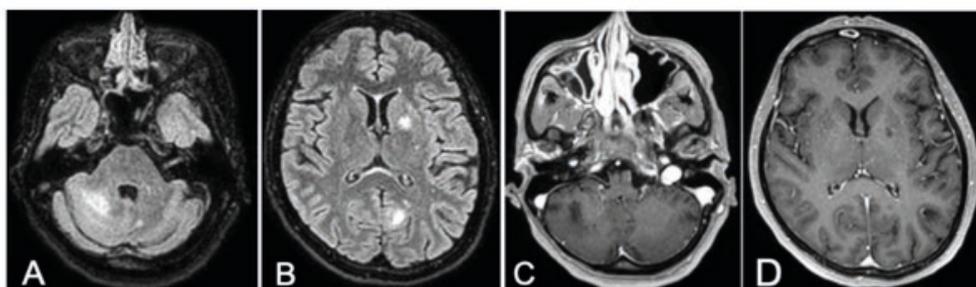
Se solicitó serología para VIH y test de antígeno p24, que resultaron ambos positivos, con carga viral 809.000 copias/ml y recuento CD4 285 células/ μ l. Dentro de otras serologías se obtuvo VDRL negativa, IgG toxoplasmosis negativa, IgG CMV positiva y Chagas negativo. Se realizó punción lumbar, y el análisis del LCR evidenció: proteínas 0.3 g/l, glucosa 0.47 g/l (50% de su glucemia), células 16/ μ l con 94% monomorfonucleares. Tinta china y antígeno para *Cryptococcus* negativos. PCR para CMV, VHS 1 y 2 y TBC negativas.

Prosiguiendo con el estudio, se solicitó RM de encéfalo con contraste que mostró lesiones focales predominantemente subcorticales con mínima extensión cortical a nivel occipital, temporoinsular, parietal y lenticular del lado izquierdo, hiperintensas en FLAIR y en T2 sin realce post gadolinio. Imágenes similares se visualizan a nivel protuberancial, en el esplenio del cuerpo

calloso, ambos brazos anteriores de cápsulas internas, pedúnculo cerebral mesencéfalo del lado izquierdo y temporoinsular frontoparietal y hemisferio cerebeloso del lado derecho. Lesiones focales centrales y laterales a predominio en el cordón medular en el segmento C4-C5 tenuemente hiperintensa en STIR sin realce post gadolinio. (imagen 1)

Evolucionó con profundización del foco neurológico con hemiparesia derecha, afasia de expresión, dismetría, ataxia, bradilalia y temblor cefálico de reposo. Se interconsultó con servicio de neurología y por sospecha de enfermedad desmielinizante se suspendió tratamiento antiisquémico y se iniciaron pulsos de corticoides. La paciente evolucionó con intensificación del temblor cefálico, empeoramiento de la dismetría

Imagen 1: primera RMN corte axial, secuencia FLAIR (A y B) y T1 (C y D).

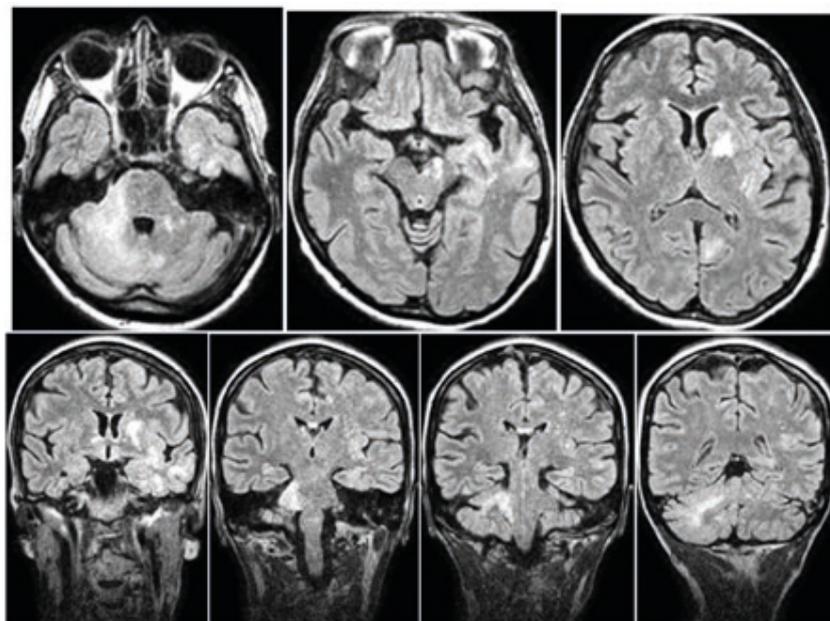


bilateral y de la ataxia de la marcha y bradilalia más pronunciada.

Se recibieron resultados pendientes de laboratorio en LCR: Bandas oligoclonales y Ac AQP-4 negativos, cultivo negativo y PCR para virus JC positiva. Se reinterpreto el cuadro como leucoencefalopatía multifocal progresiva. Se instauró tratamiento antirretroviral y se decidió repetir estudio de imagen por la progresión de la signo-sintomatología neurológica. Se realizó

la RM 26 días luego de la primera, que informó (ver imagen 2): compromiso al vertiente derecho del tronco cerebral, pedúnculo cerebeloso medio y hemisferios cerebelosos, como así también la sustancia blanca supratentorial más evidente del lado izquierdo, núcleos de la base del lado izquierdo; y siguiendo las fibras del haz corticoespinal existen imágenes hiperintensas en FLAIR y T2 que restringen discretamente en difusión, no cambiando con el contraste. Han incremen-

Imagen 2: segunda RMN. Cortes axial y coronal, secuencia FLAIR.



tado su extensión con respecto al estudio previo.

La paciente evolucionó con profundización de la afasia de expresión, agravamiento de ataxia y disfagia, con postración. Se indicó tratamiento con levodopa y antipsicóticos para control del temblor cefálico con escasa respuesta clínica y se inició alimentación enteral por sonda nasogástrica. Intercurrió con fiebre, requerimientos de oxígeno, regular mecánica ventilatoria y roncus bilaterales. Interpretando neumonía intrahospitalaria, se indicó tratamiento antibiótico con ceftriaxona que cumplió 7 días. En días siguientes, se constató deterioro del sensorio con GCS 8/15 y rigidez de miembros superiores con posición de extenso-pronación. Posteriormente presentó anisocoria izquierda, espasticidad e hiperextensión de 4 miembros y mala mecánica ventilatoria con aumento de los requerimientos de oxígeno. Falleció por insuficiencia respiratoria a los 63 días de internación.

Discusión

Se estima que entre el 30-50% de las personas con infección por VIH desarrollarán en algún momento de su vida sintomatología neurológica, que puede ser secundaria a una infección oportunista y a neoplasias del SNC dependiendo del grado de inmunosupresión, o incluso por el propio VIH.⁴ Las infecciones oportunistas más frecuentes son la toxoplasmosis y la criptococosis. El ACV isquémico es una causa poco frecuente, aunque se ha determinado que los pacientes con VIH tienen a largo plazo riesgo aumentado de desórdenes neurológicos tales como eventos isquémicos, demencia y neuropatía periférica.⁵ El abordaje diagnóstico del síndrome neurológico en contexto de infección por VIH se realiza teniendo en cuenta datos epidemiológicos, la administración de tratamiento antirretroviral, comorbilidades, antecedentes de enfermedades oportunistas previas y el grado de inmunocompromiso. Es mandatorio el análisis del LCR, cuyos parámetros físico-químicos permitirán orientar hacia distintas etiologías.

En el caso clínico presentado se diagnosticó inicialmente un ACV isquémico en una paciente joven sin factores de riesgo cardiovascular. En

una segunda instancia, aún teniendo el resultado positivo de VIH, se desestimaron las infecciones oportunistas como principales diagnósticos diferenciales interpretando que la paciente no se encontraba severamente inmunosuprimida por tener un recuento de CD4 mayor a 200 células/ul.

La asociación entre el bajo recuento de linfocitos CD4 y la mayor prevalencia de enfermedades oportunistas como la LMP está bien descrita. Se han reportado, sin embargo, casos de LMP en individuos con VIH sin inmunocompromiso severo, teniendo incluso un recuento de CD4 mayor a 500 células/ μ l.⁶ Grewal et al⁷ y Johansen et al⁸ han presentado casos de esta enfermedad sin causa aparente de inmunosupresión. Lo relevante del caso presentado radica entonces en la baja prevalencia de esta entidad en pacientes con infección por VIH con alto recuento de CD4, invitando a la reflexión de cómo se lleva adelante el proceso diagnóstico de un síndrome neurológico asociado a la infección por VIH. Por otro lado, muestra la importancia de considerar el test de VIH dentro de los estudios complementarios a solicitar cuando nos encontramos ante una persona joven que presenta un cuadro neurológico sin antecedentes que impliquen un riesgo cardiovascular aumentado.

En cuanto a las medidas terapéuticas disponibles para el abordaje de la LMP, la opción más acertada es la terapia antirretroviral con el fin de restaurar la inmunidad, ya que no se ha demostrado la utilidad de los fármacos estudiados hasta el momento. No obstante, el carácter progresivo de la enfermedad determina, aún hoy en día, un mal pronóstico a corto plazo con una mortalidad de hasta el 50% a los 3 meses del diagnóstico.¹ La evolución de nuestra paciente es coincidente con los datos referidos en la bibliografía, considerando que la progresión de su enfermedad llevó finalmente a la muerte 3 meses después de haber comenzado con los primeros síntomas.

Conclusión

La relevancia del caso presentado radica en la infrecuencia del diagnóstico de LMP en pacientes VIH positivos sin inmunocompromiso severo. Es importante considerar esta patología dentro

de los diagnósticos diferenciales, teniendo en cuenta que el diagnóstico temprano y el inicio oportuno de la terapia antirretroviral pueden mejorar la sobrevida.

Por otro lado, es preciso resaltar la importancia de realizar screening de VIH en pacientes mayores de 18 años que tienen contacto con el sistema de salud y sobre todo, incluir dicho test en el estudio de un paciente joven que se presenta con un síndrome neurológico focal, a fin de realizar un diagnóstico temprano y poder evitar futuras complicaciones.

Es posible concluir entonces que, ante la presencia de un síndrome neurológico en un individuo portador de VIH, debemos tener en mente el diagnóstico de LMP dentro de las etiologías posibles y realizar los estudios correspondientes para su confirmación, independientemente del recuento de CD4.

Referencias bibliográficas

1. Zucker, B. Stacpoole, S. (2018). Progressive multifocal leukoencephalopathy in the absence of immunosuppression. *J. Neurovirol.* 24, 119-122. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13365-017-0592-2>
2. Berger. J. R. (2013). PML diagnostic criteria Consensus statement from the AAN Neuroinfectious Disease Section. *Neurology* 80(15):1430-1438. Disponible en: <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31828c2fa1>
3. Tan, C. S. Koralnik, I. J. (2010). Beyond progressive multifocal leukoencephalopathy: expanded pathogenesis of JC virus infection in the central nervous system. *Lancet Neurol* ; 9(4): 425–437. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(10\)70040-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(10)70040-5)
4. Valle-Murillo MA, Amparo-Carrillo ME. (2017). Infecciones del Sistema Nervioso Central, parte 2: Neuroinfecciones en pacientes con Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana. *Rev Mex Neuroci.* ;18(6):87-97. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rev-mexneu/rmn-2017/rmn172f.pdf>
5. Saylor D. (2018). Neurologic Complications of Human Immunodeficiency Virus Infection. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. Oct;24(5, Neuroinfectious Disease):1397-1421. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30273245/>
6. Nery, F., Franca, M., Vasconcelos, C. (2010). Progressive Multifocal Leukoencephalopathy in an HIV Patient. *J Med Cases.* 1(3):103-107 Disponible en: <https://doi.org/10.4021/jmc78w>
7. Grewal, J., Dalal, P., Bowman, M. et al. (2016). Progressive multifocal leukoencephalopathy in a patient without apparent immunosuppression. *J. Neurovirol.* 22, 683–687.

Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13365-016-0459-y>

8. Johansen KK, Torp SH, Rydland J, Aasly JO. (2013). Progressive multifocal leukoencephalopathy in an immunocompetent patient? *Case Rep Neurol.* Sep 4;5(3):149-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000354828>

La Unidad de Informática en Salud del Hospital Municipal de Bahía Blanca: experiencia pionera y en evolución

The Health Informatics Unit of the Municipal Hospital of Bahía Blanca: a pioneer experience and evolving

Ferraro, Jorge ¹.

1. Jefe de la Unidad de Informática en Salud Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”.

Recibido:
Agosto 2025

Aceptado:
Agosto 2025

Dirección de
correspondencia:

Jorge Ferraro

jorgeferraro007@
gmail.com

La Unidad de Informática en Salud (UIS) del Hospital Municipal “Dr. Leónidas Lucero” es una iniciativa pionera en el sistema público de salud de la provincia de Buenos Aires. Con más de siete años de trayectoria, se destaca por su enfoque interdisciplinario y por su capacidad de desarrollar software propio, alineado con las necesidades reales y cambiantes de la organización.

Integrada por profesionales de la salud —médicos, licenciados en enfermería, becarios, fellows y estudiantes— junto a desarrolladores informáticos, la UIS trabaja en contacto directo con los usuarios de la Historia Clínica Electrónica (HCE), generando soluciones que optimizan, registran y en muchos casos automatizan procesos previamente manuales.

Uno de los desafíos iniciales más relevantes fue la resistencia al cambio, una barrera frecuente en procesos de transformación digital. Para sortearla, se implementaron estrategias de capacitación continua, talleres presenciales y acompañamiento personalizado, favoreciendo la apropiación de las herramientas por parte del personal de salud. Esta dimensión pedagógica fue clave para lograr una transición exitosa desde la historia clínica en papel hacia una plataforma informatizada y funcional.

La experiencia acumulada ha sido presentada en dos oportunidades ante el Consejo de Salud Provincial, así como en el Congreso Argentino de Informática y Salud, posicionando a la UIS como referente técnico y académico en el área.

La unidad de Informática en Salud cumple un rol clave en el hospital al acompañar la transformación digital de los procesos asistenciales. Más allá de la implementación de sistemas, nuestro trabajo se centra en la gestión del cambio organizacional, favoreciendo la adopción de nuevas herramientas y minimizando las barreras que pueden surgir frente a la innovación tecnológica.

Mantenemos una comunicación permanente con los profesionales de la salud, escuchando sus necesidades, promoviendo la participación activa y ofreciendo instancias de capacitación que fortalecen la apropiación de los sistemas. De esta manera, garantizamos que la tecnología se adapte a la práctica clínica y no a la inversa.

Además, impulsamos la interoperabilidad, la seguridad y la calidad de la información clínica, asegurando que los datos sean accesibles y confiables para la toma de decisiones.

Nuestro aporte no se limita a lo técnico, trabajamos como puente entre lo clínico y lo digital acompañando a la institución en el camino hacia una atención más eficiente, segura y centrada en el paciente.

Hoy, la UIS no sólo da soporte operativo, sino que se proyecta hacia áreas clave como la docencia, la investigación, y el desarrollo de nuevas soluciones basadas en inteligencia artificial, que actualmente se encuentran en fase de prueba. Estas nuevas tecnologías abren un horizonte de posibilidades para optimizar aún más la gestión clínica, la toma de decisiones y la calidad del cuidado.

La UIS demuestra que es posible generar innovación desde el ámbito público, cuando se conectan saberes clínicos con capacidades tecnológicas y una visión estratégica centrada en las personas.

Revista científica del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

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

ALCANCE

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

PROCESO DE REVISIÓN Y EDICIÓN

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

TRABAJO ORIGINAL

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

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

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

CONFLICTOS DE INTERÉS

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

ÉTICA

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

TRABAJOS CONSIDERADOS PARA SU PUBLICACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

INSTRUCCIONES PARA EL ENVÍO DE MANUSCRITOS

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

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

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

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

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

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

La primera página deberá contener:

- Título del artículo, en español e inglés, conciso pero informativo (no más de 150 caracteres con espacios)

- Título corto, en español e inglés, con no más de 40 caracteres.

- Categoría del trabajo.

- Número de palabras que contiene el manuscrito.

- Cantidad de figuras y tablas que se acompañan.

- Nombre y apellido completos de cada autor, con su(s) más alto(s) grado(s) académico(s) y filiación institucional de cada uno claramente identificada. Se aceptará un máximo de 6 autores.

- El nombre del o los departamento(s) o institución(es) a los cuales se debe acreditar el trabajo.

- Nombre, dirección postal y de e-mail del autor responsable de la correspondencia.

- Fuente(s) de apoyo en forma de financiamiento, equipamiento, medicamentos o todos ellos.

La segunda página deberá contener:

a) Resumen y palabras clave

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

SECCIONES DEL MANUSCRITO DE ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

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

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

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

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

Referencias bibliográficas

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

Tablas o Cuadros

Coloque las tablas o cuadros inmediatamente después de ser mencionadas en el cuerpo del texto. Todas deben tener un breve título en la

parte superior y la fuente en la parte inferior.

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.