

# ANUARIO CIENTÍFICO

## HOSPITAL DE EMERGENCIAS

### “DR. CLEMENTE ÁLVAREZ”

VOLUMEN 7 / NUMERO 1

Año 2023



Dirigido a especialistas  
en Ciencias de Salud

ANUARIO HECA

#### ARTÍCULOS ORIGINALES

**Cultura organizacional en enfermería del Hospital de Emergencia Dr. Clemente Álvarez**

Demarchi Angelina Laura

**Cáncer de mama en mujeres jóvenes asistidas en efectores de salud municipales de Rosario: aspectos clínico-patológicos y terapéuticos**

Vidallé Dalila; Alonso María Encarnación

**Aumento de la incidencia de cáncer de mama en adolescentes y adultos jóvenes (AYA) de la ciudad de Rosario, ¿impresión o realidad?**

Vidallé Dalila; González María Amelia

**Salud y Pandemia COVID-19. Una mirada desde la Psicósomática**

Angélica Alejandra; Valeria Villoria

**Correlación de las distintas lesiones por HPV en citología, biopsia incisional y escisional**

Serra Magdalena; Roggi Sofía; Diaz Virginia

#### CASUÍSTICAS

**Tumor testicular bilateral en paciente con hiperplasia suprarrenal congénita**

Hails Emilia; Herrera Claudio; Redin Ivana; Maximino Guillermo.

**Manejo endoscópico de fistula esofagoyeyunal post gastrectomía total**

Mian María Jesús; Calderón Melissa; Nadalin Pablo

#### ARTICULOS ESPECIALES

**Descripción de circuito de atención de enfermería durante la pandemia de covid-19 en la unidad de cuidados críticos en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez desde el año 2019 hasta actualidad**

Dupuy Rubén Darío; Rojas Marina Antonela

**Relato de experiencia desde la gestión durante la pandemia “Estrategias para organizar un Hospital de tercer nivel de atención”**

Brito Luz María

#### PROYECTOS

**Estudio de fase 2, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo para evaluar la seguridad y eficacia del aceite de cannabis en el tratamiento de pacientes quemados grupo II, III Y IV**

Talarn Ariel; Taljame Laura; Toneguzzo Janina; Cinelli Claudia; Pendino Ana; Selis Cecilia, Raffaghelli Mariano; Cristaldi Mariano; Ganin Lucia

**Programa de capacitación continua para personal de enfermería del HECA**

Quiroga Susana; Preve Alejandro; Suárez Lía

**Características epidemiológicas de jóvenes y adultos que padecen traumas violentos asociados a heridas de arma de fuego en la unidad de cuidados críticos del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez en la ciudad de Rosario en el año 2021**

Rojas Marina Antonela







**AUTORIDADES DE LA REVISTA**

DIRECTOR HECA

Dr. Jorge Bitar

**COMITÉ DE REDACCIÓN**

Dr. Gustavo Petroni

Dra. Silvia Luján

Est. Ana Pendino

TES María Elisabet Verano

Dra. Virginia Díaz

Fundación HECA

ISSN: 2545-8035

Esta publicación es propiedad del  
Hospital de Emergencias  
Dr Clemente Álvarez  
Rosario. Pcia de Santa Fe  
Argentina  
[www.fundacionheca.org.ar](http://www.fundacionheca.org.ar)

## Editorial

# INTRODUCCIÓN A LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y SALUD

*Dr. Pratto, Daniel José*  
*Coordinador del Área de Gastroenterología.*  
*Secretaría Salud Pública Rosario*

«La salud, a lo largo de la historia es y ha sido un campo siempre abierto a probar las nuevas tecnologías como parte de la evolución de la humanidad» La Inteligencia Artificial (IA) es un subcampo de la informática creado en la década de los sesenta. No existe una definición consensuada de IA pero es la inteligencia llevada a cabo por máquinas, es decir, sistemas que intentan hacer y pensar de manera similar a los humanos.

Hay cuatro tipos de IA:

- 1) Sistemas que piensan como humanos. Estos sistemas tratan de emular el pensamiento humano y automatizan actividades como la toma de decisiones, resolución de problemas y aprendizaje. Como los sistemas de soporte a la salud.
- 2) Sistemas que actúan como humanos; imitando el comportamiento humano; ejemplo la robótica.
- 3) Sistemas que piensan racionalmente, imitando el procesamiento lógico de las personas; ejemplo, los sistemas expertos.
- 4) Sistemas que actúan racionalmente. Imitan de forma racional el comportamiento humano; ejemplo los agentes inteligentes que desactivan artefactos.

Desde 1956 la IA es conocida en el entorno de la salud, debido a la primera experiencia llamada *Mycin*, sistema experto que detectaba las enfermedades infecciosas en la sangre. Desde entonces, mediante el análisis de grandes cantidades de datos y al *machine learning* podemos predecir, controlar y vigilar epidemias, brotes y enfermedades, establecer aprendizajes y modelos de educación poblacional, siendo un elemento fundamental en la triada promoción, prevención y protección de la salud, siempre, sin dejar de la participación del profesional sanitario.

Aunque la IA está en boca de todos, su conocimiento no es tan amplio y su aplicabilidad en el entorno de la salud, aún es un conocimiento restringido. Pretendo humildemente explorar la trascendencia que de la mano de la ciencia alcanzará la IA. La inteligencia artificial aplicada a la salud, vista por los profesionales médicos y expertos en IA puede contribuir al progreso de la ciencia, la sociedad y el conocimiento.

Un antiguo adagio, de al menos el siglo I a.C. que hace alusión a la espada de Damocles. 'Un gran poder con lleva una gran responsabilidad', se puede aplicar aquí. Un ejemplo el *ChatGPT* es una gran herramienta, sin embargo, no debe implementarse apresuradamente. Tiene el poder de cambiar la atención médica pero también hay motivos para desconfiar.



**Integrantes del Comité de Docencia e Investigación Interdisciplinaria**

Dra. Luján, Silvia (Coordinadora)

Dr. Jorge Bitar

Dr. Petroni, Gustavo

Psiqu. Cinelli, Claudia

Dr. Nallino, José

Est. Pendino, Ana

Dr. Pratto, Daniel

Lic. Enf. Quiroga, Susana

TES María Elisabet Verano

Lic. Enf. Abarno Susana

Dra. Díaz Susana

Dra. Díaz Virginia

Dra. María Rosa Siegel

Dra. Dalila Vidalle

Dra. Natalia Aquino

Dra. Mariana Sicardi

Comité de Docencia e Investigación Interdisciplinario (CDII)  
Hospital de Emergencias  
"Dr. Clemente Álvarez" (HECA)  
Rosario – Santa Fe – Argentina

La medicina es particularmente sensible cuando se trata de la implementación de nuevas tecnologías porque se trata de vidas humanas.

Tiene conocimientos médicos limitados porque sigue siendo solo un modelo de lenguaje grande con muchas limitaciones. Simplemente todavía no es muy bueno cuando se trata de conocimiento médico. Por ejemplo, logró un 66 % y un 72 % en las pruebas de Soporte Vital Básico y Soporte Vital Cardiovascular Avanzado y estuvo cerca del umbral de aprobación en el Examen de Licencia Médica de los Estados Unidos. Esto no es lo que estaría muy emocionado de escuchar como paciente si fueran los resultados de un médico que me atendió.

Puede lograr buenos resultados en las pruebas basadas en el conocimiento, ya que se entrenan en grandes conjuntos de datos que contienen información relevante. Pero son notoriamente malos en el contexto y los matices (grises), puntos críticos para la atención segura y eficaz del paciente, que requieren la implementación de conocimientos, conceptos y principios médicos en entornos del mundo real.

La responsabilidad y la ética son un desafío; la responsabilidad: habrá que decidir un enigma muy discutido de quién tiene la culpa cuando un algoritmo de IA comete un error.

En medicina, los modelos sesgados son simplemente demasiado peligrosos para implementarlos en la toma de decisiones clínicas, ya que no debería haber lugar para el error. Los algoritmos de IA son muy buenos para analizar datos, sin embargo, no pueden superar el problema del diseño experimental y la recopilación de datos. Independientemente de la calidad de la recopilación de datos, este mismo conjunto de datos puede estar sesgado cuando se trata de otros resultados (secundarios).

Debido a esto entrenar un buen modelo requiere una gran cantidad de datos de alta calidad (imparciales); esto suele ser sinónimo de datos de alta calidad de ensayos controlados aleatorios prospectivos diseñados para reducir el sesgo tanto como sea posible y permitirnos analizar un cierto efecto de interés predeterminado. Esto si se puede hacer confiablemente en el mundo real.

También existe el peligro de la desinformación; es útil porque puede mejorar la legibilidad de los manuscritos o ayudar a los investigadores a escribir mejor. Pero no puede producir un texto de investigación significativo de suficiente calidad sin la intervención humana. No es necesariamente malo, es una herramienta útil para ayudar a escribir un manuscrito más rápido, pero está lejos de hacerlo por sí solo. Además, a veces, inventa referencias y escribe respuestas que suenan creíbles pero incorrectas; puede promover la difusión de información errónea.

En mi perspectiva como especialista de haber trabajado en investigación aplicada de IA: La dependencia de la IA puede hacer que la nueva generación de endoscopistas sea menos hábil y meticulosa dada la sensación de seguridad proporcionada por esta herramienta. Los estudios prospectivos futuros deberían evaluar el impacto de estos posibles inconvenientes de la aplicación generalizada de la IA además de su eficacia.

El Futuro: Se debe someter a rigurosas pruebas de control de calidad antes de implementarse para garantizar que no sean responsables de errores médicos o los propaguen si ocurren. Pero incluso si esto fuera posible, soy escéptico acerca de que las herramientas de IA como *ChatGPT* acaben reemplazando por completo a los profesionales médicos y sanitarios en general debido a que nuestro trabajo es simplemente demasiado complejo y contextual para que los comprenda un algoritmo. En la actualidad podrían hacerse cargo por completo de algunas tareas que actualmente sobrecargan al personal médico.

Como conclusión la IA podría convertirse en un conjunto de herramientas que facilitará la vida de un médico al aumentar la eficacia mediante la redistribución de la carga de trabajo y la optimización del rendimiento.

**EDITORIAL**

<b>Introducción a la inteligencia artificial y salud</b> .....	1
Autor: Pratto Daniel	

**■ ARTÍCULOS ORIGINALES**

<b>Cultura organizacional en enfermería del Hospital de Emergencia Dr. Clemente Álvarez</b> .....	5
Autora: Demarchi Angelina Laura	

<b>Cáncer de mama en mujeres jóvenes asistidas en efectores de salud municipales de Rosario: aspectos clínico-patológicos y terapéuticos</b> .....	8
Autores: Vidallé Dalila; Alonso María Encarnación	

<b>Aumento de la incidencia de cáncer de mama en adolescentes y adultos jóvenes (AYA) de la ciudad de Rosario, ¿impresión o realidad?</b> .....	17
Autores: Vidallé Dalila; González María Amelia	

<b>Salud y Pandemia COVID-19. Una mirada desde la Psicopatología</b> .....	21
Autores: Angelica Alejandra; Valeria Villoria	

<b>Correlación de las distintas lesiones por HPV en citología, biopsia incisional y escisional</b> .....	28
Autores: Serra Magdalena; Roggi Sofia; Díaz Virginia	

**■ CASUÍSTICAS**

<b>Tumor testicular bilateral en paciente con hiperplasia suprarrenal congénita</b> .....	34
Autores: Hails Emilia; Herrera Claudio; Redin Ivana; Maximino Guillermo	

<b>Manejo endoscópico de fístula esofagoyeyunal post gastrectomía total</b> .....	37
Autores: Mian María Jesús; Calderón Melissa ; Nadalin Pablo	

**■ ARTICULOS ESPECIALES**

<b>Descripción de circuito de atención de enfermería durante la pandemia de covid-19 en la unidad de cuidados críticos en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez desde el año 2019 hasta actualidad</b> .....	39
Autores: Dupuy Rubén Darío; Rojas Marina Antonela	

<b>Relato de experiencia desde la gestión durante la pandemia “Estrategias para organizar un Hospital de tercer nivel de atención”</b> .....	41
Autora: Brito Luz María	

**■ PROYECTOS**

<b>Estudio de fase 2, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo para evaluar la seguridad y eficacia del aceite de cannabis en el tratamiento de pacientes quemados grupo II, III Y IV</b> .....	47
Autores: Talarn Ariel ; Taljame Laura; Toneguzzo Janina; Cinelli Claudia; Pendino Ana; Selis Cecilia, Raffaghelli Mariano; Cristaldi Mariano; Ganin Lucia	

<b>Programa de capacitación continua para personal de enfermería del HECA</b> .....	52
Autores: Quiroga Susana; Preve Alejandro; Suárez Lía	

<b>Características epidemiológicas de jóvenes y adultos que padecen traumas violentos asociados a heridas de arma de fuego en la unidad de cuidados críticos del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez en la ciudad de Rosario en el año 2021.....</b>	<b>55</b>
Autor: Rojas Marina Antonela	
<b>REGLAMENTO .....</b>	<b>58</b>

# CULTURA ORGANIZACIONAL EN ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DR. CLEMENTE ÁLVAREZ

*Mag. Demarchi Angelina Laura*

\* Servicio de Enfermería. Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez. Rosario

Correspondencia: [alaurademarchi@gmail.com](mailto:alaurademarchi@gmail.com)

## RESUMEN

**Introducción:** la investigación describe la cultura organizacional del Servicio de Enfermería de un hospital público de la ciudad de Rosario y su influencia en la gestión del cuidado y del Servicio.

**Objetivo:** Describir la cultura organizacional en las áreas de internación general y en las áreas críticas del Servicio de Enfermería en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA) de la ciudad de Rosario.

**Material y Métodos:** estudio cualitativo evidenciando la realización de un trabajo de campo. Se trabajó con la Guía para el Análisis de Cultura Organizacional de Schein. Para la recolección de la información se empleó la observación, la observación participante y las entrevistas semi-estructuradas.

**Conclusiones:** la cultura organizacional del HECA influye en la gestión del cuidado y el Servicio de Enfermería, ya que se conforma en una red de vínculos articulados a partir de la conexión con el paciente, de su gestión del cuidado, y en base a conceptos unificadores de emergencia y cuidado. Esto les da la identidad que los une desde los conceptos mencionados.

**Palabras claves:** *Cultura organizacional, Enfermería, Gestión.*

## SUMMARY

**Introduction:** this research describes the organizational culture of the Nursing Service of a public hospital in the city of Rosario and its influence on care management and the Nursing Service.

**Objective:** To describe the organizational culture in the general hospitalization areas and in the critical areas of the Nursing Service in a public hospital: Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA) in the city of Rosario.

**Material and Methods:** the study is part of a qualitative study evidenced by field work. We worked with the Guide for the Analysis of Organizational Culture of Schein. For the collection of information, observation, participant observation and semi-structured interviews were used.

**Conclusions:** the organizational culture of HECA influences care management and the Nursing Service, since it is made up of a network of articulated links based on the connection with the patient, their care management, and based on unifying concepts of emergency and care. This gives them the identity that unites them from the aforementioned concepts.

**Keywords:** *Organizational culture. Nursing. Management.*

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación demuestra la cultura organizacional del Servicio de Enfermería del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA), en Rosario (Santa Fe), perteneciente al tercer nivel de atención

de salud pública, reconocido como centro de emergencias y trauma de alta complejidad y su influencia en la gestión del cuidado. “*La cultura es el aglutinante social que ayuda a mantener unida la organización*”

al proveer estándares apropiados de lo que deben decir y hacer los empleados. Sirve como mecanismo que da sentido y control para guiar y conformar las actitudes y comportamiento de los empleados”<sup>1</sup>. El objetivo es describir la cultura organizacional en las áreas de internación general y en las áreas críticas del Servicio de Enfermería en un hospital público: HECA

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo evidenciando la realización de un trabajo de campo. Se utilizó la Guía para el Análisis de Cultura Organizacional de Schein<sup>2</sup> de tres niveles. Se ordenó el espacio geográfico de la forma que un paciente ingresa al hospital, siguiendo la lógica de los cuidados progresivos. El primer encuentro con el hospital, es a través del Área de Emergencias Primaria (AEP) o Guardia, considerada un Área Crítica. Primer nivel artefactos, espacio físico, vestimenta, rituales, lenguaje, comunicación. Se describieron los espacios físicos, las dimensiones de los ambientes, el mobiliario, la iluminación, su refrigeración/calefacción, la circulación de los integrantes del equipo de salud, la tecnología que utiliza cada sector, como se organiza el trabajo, la relación de las personas con los ambientes, los canales físicos de comunicación y la vestimenta en un cuaderno de campo. Continuando con las otras Áreas Críticas: Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (UCIC) y Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Luego se describieron las Áreas de internación General: Área de Cuidados Intermedios Altos: A1 y A2 y Área de Cuidados Intermedios Bajos: B1 y B2. Para finalizar se describió el Área de Gestión: Departamento de Enfermería, Enfermeros Jefes, y el Área Sindical con un representante gremial. Esta etapa se llevó adelante mediante varias fases en las cuales se estudiaron las diferentes categorías y se enlistan a continuación: fase 1, visita a la Biblioteca del Hospital donde se revisaron los documentos para el aporte del primer nivel de la cultura: los artefactos; fase 2 observación participante del sitio; fase 3 selección de los informantes claves para las entrevistas; fase 4 entrevistas; fase 5 verificación teórica; fase 6 codificación; fase 7 procesamiento de datos. Para la recolección de la información se empleó la observación, la observación participante<sup>3</sup> y las entrevistas semi-estructuradas. Se realizaron entrevistas a 25 Licenciados en Enfermería y Enfermeros

que aceptaron participar, considerando la antigüedad y su área de desempeño. Las entrevistas fueron grabadas y se efectuaron entre Agosto de 2016 y Abril de 2017. Se indagó en relación a la Guía para el Análisis de Cultura Organizacional de Schein<sup>4</sup> para el segundo nivel: valores: mitos, clima de trabajo, toma de decisiones, capacitación, y el tercer nivel: creencias arraigadas: creencias.

## RESULTADOS

En *el primer nivel de artefactos*: las áreas críticas (AEP, UTI, UCIC): el espacio físico es considerado desorganizado, aunque práctico y con camas invisibles; la vestimenta: se identifican con el blanco aunque utilizan cualquier color; el lenguaje se presenta como técnico, según el grupo perciben la comunicación como formal. En el Área de Internación General (A1 y A2, B1 y B2): el espacio físico es visto como estrecho e incómodo; no todos se sienten identificados con el color blanco, utilizando otros colores y formas de vestimenta; el lenguaje es formal, diferenciado entre médicos y familiares; la comunicación refieren escasa, solo con el jefe y supervisores. En *el segundo nivel de valores*: las áreas críticas: el valor se lo atribuyen a los vínculos y lo diferencian en *enfermero/enfermero* como trabajo en grupo y *enfermero/paciente* expresándose en respeto y eficacia, unido y comprometido frente a la urgencia. Vínculo Enfermero–medico: verticalista, de confrontación. Poco incentivo de formación. En el Área de Internación General: los valores además de los anteriores se suma el vínculo *Enfermero–familia*. Para ambas áreas el clima de trabajo está asociado al grupo y la toma de decisiones se observa verticalista. En *el tercer nivel de creencias arraigadas*: las áreas críticas: a pesar del mito que “*la mosquita se los lleva*”, aun así, ellos tienen la creencia que son capaces de recuperar la vida del paciente “*todos juntos*”. En el Área de Internación General: formar a la familia a través de programas de educación.

## DISCUSIÓN

Para las áreas críticas el entorno es percibido como dificultoso y verticalista desde la toma de decisiones, el blanco de la vestimenta está asociado a la abnegación y la pureza mientras que en las áreas de internación se observa una marcada diferencia de representación simbólica hacia un cambio de identificación,

---

<sup>1</sup> Robbins, Judge 2009 p. 555. (2009). Comportamiento Organizacional. Decimotercera Edición. México. Pearson Educación.

<sup>2</sup> Schein, E. (1988). La cultura empresarial y el liderazgo. Buenos Aires. Prentice Hall

<sup>3</sup> Gordo, A y Serrano A. (2008) “Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social”. Pearson Educación S.A., Madrid.

<sup>4</sup> Schein, E. (1988). La cultura empresarial y el liderazgo. Buenos Aires. Prentice Hall



hacia mayor visibilidad y un mayor estatus. Reconocen la diferencia entre quienes vienen del antiguo HECA y quienes comenzaron en la nueva institución. Consideran que el vínculo con el paciente es mínimo, y perciben que no existe el vínculo con los familiares del paciente. El lenguaje se manifiesta como dominio y poder de una información exclusiva que da estatus y que se representa como barrera de interrelación. Mientras que para las áreas de internación general muestran barreras en las interrelaciones con los médicos y el compromiso de empoderar a la familia. El *entramado de vínculos* está relacionado con la misión del hospital: la emergencia. Esta articulación de vínculos que conducen los comportamientos del grupo actúa como un patrón que orienta la manera de percibir, pensar y sentir en relación a cómo recuperar al paciente de una emergencia, como “salvar “esa vida, como “cuidar” en esos momentos tan críticos de vida/muerte.

## CONCLUSIONES

La cultura organizacional del HECA influye en la gestión del cuidado y el Servicio de Enfermería, ya que se conforma en una red de vínculos articulados a partir de la conexión con el paciente, de su gestión del cuidado, y en base a conceptos unificadores de emergencia y cuidado. Esto les da la identidad que los une desde los conceptos mencionados. Cuando ingresamos a un hospital nos topamos con los “artefactos” de la cultura, con sus manifestaciones más visibles y tangibles que son causa de profundos impactos. Dentro del escenario, el espacio físico, es un producto de la cultura fácilmente visible, fácil de obtener, pero difícil de interpretar, ya que esconden valores y reflejan la cultura. En este espacio físico observamos la territorialidad y debemos distinguir diferentes conexiones: territorialidad/visibilidad/pacientes; territorialidad/visibilidad/gestión del cuidado. Para la territorialidad/visibilidad/pacientes se hace referencia a la privacidad del paciente, donde la visibilidad del paciente es total; completa, sin pudores ni intimidad ya que se exterioriza la emergencia y el cuidado antes que la privacidad. Para la territorialidad/visibilidad/gestión del cuidado se exponen todos los lugares que han sido “perdidos” o “apropiados” ya que el diseño del hospital no permite un lugar de enfermería, pensada al lado del paciente, sin tener en cuenta la dinámica del cuidado enfermero: su tiempo de planificación, registro y evaluación. Esta territorialidad es una de las formas más externas de mostrar la posición que ocupa cada profesional de la salud en la organización. La vestimenta se asocia con el blanco que representa la abnegación y la pu-

reza y recorre las áreas críticas hasta las áreas de internación general y las áreas de gestión donde hay un cambio de identificación, hacia mayor visibilidad y estatus de poder, en búsqueda de reconocimiento. El valor se traduce en el cambio de representación simbólica del color blanco a otros colores que adquieren nuevos significados. A través de la vestimenta o uniforme se busca cambiar las antiguas jerarquías buscando visibilidad y reconocimiento profesional. El conocimiento de la cultura organizacional del HECA nos conduce a identificar dos elementos clave para optimizar la gestión del cuidado y el servicio de enfermería. Se trata de sostener en el tiempo la identidad que los une (a pesar de las diferencias) desde la articulación de vínculos, y los conceptos unificadores de cuidado y emergencia. Para tal cuestión, es necesario enfatizar sobre el clima de trabajo, y la toma de decisiones que son los indicadores principales para seguir manteniendo en equilibrio la identidad de la cultura organizacional del hospital. La cultura se encuentra sumergida esquemáticamente y ligada a los conocimientos, sensaciones y emociones de las personas. Provee una mirada integral y le da sentido a las situaciones, facilita a los integrantes de la organización una perspectiva histórica y una visión de identidad. Según Schein (2009, p.207) “cuanto más experimentado es el grupo, más fuerte será su cultura. Más intensas las experiencias que los miembros hayan compartido, más intensos son los frutos del aprendizaje y más firme serán sus respuestas”<sup>5</sup>. Este estudio intentó captar el significado de las acciones y los sucesos para las personas que tratamos de comprender y refleja la mirada de los enfermeros para la Cultura Organizacional del HECA.

## BIBLIOGRAFÍA

- Gordo, A y Serrano A. (2008) “Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social”. Pearson Educación S.A., Madrid.
- Guber, R. (2004). “El Salvaje Metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo”. Editorial PAIDÓS, Buenos Aires.
- Hacia un Proyecto Sanitario Integral (2011) recuperada en [www.rosario.gov.ar](http://www.rosario.gov.ar) consultada el día 23/03/2016.
- Robbins, S; Judge, T. (2009). Comportamiento Organizacional. Decimotercera Edición. México. Pearson Educación.
- Schein, E. (1988). La cultura empresarial y el liderazgo. Buenos Aires. Prentice Hall.

<sup>5</sup> Schein, E. (1988). La cultura empresarial y el liderazgo. Buenos Aires. Prentice Hall

# CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES ASISTIDAS EN EFECTORES DE SALUD MUNICIPALES DE ROSARIO: ASPECTOS CLÍNICO-PATOLÓGICOS Y TERAPÉUTICOS

*Dra Vidallé Dalila; Dra Alonso María Encarnación*

\* *Servicio de Ginecología – Obstetricia y Servicio de Mastología. Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA) y Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR). Secretaría de Salud Pública de Rosario.*

*Correspondencia: dvidalle@hotmail.com*

## RESUMEN

**Introducción:** El cáncer de mama (CM) es el cáncer más diagnosticado en mujeres y la edad es factor de riesgo en su desarrollo, adquiriendo características particulares en las pacientes que corresponden al grupo de adolescentes y adultas jóvenes, concepto asignado por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) a los pacientes oncológicos entre 15 a 39 años.

**Objetivos:** Evaluar aspectos clínico-patológicos y terapéuticos en mujeres jóvenes con CM.

**Material y Métodos:** Estudio multicéntrico, descriptivo y retrospectivo. Reclutamos 128 pacientes mujeres de entre 15 a 39 años con CM asistidas en efectores públicos de la Secretaría de Salud Pública de Rosario –Santa Fe entre enero/2010 y enero/2020. Analizamos edad; estadificación tumoral al diagnóstico; histopatología; inmunohistoquímica; receptores hormonales (RH); expresión de Her2; grado histopronóstico (GHP); infiltración linfovascular (ILV); tratamiento quirúrgico; evaluación axilar; cirugía oncoplástica. Para el análisis estadístico utilizamos IBM–SPSS Statistics Version 26.

**Resultados:** Incluimos 128 pacientes con una media de edad de diagnóstico de CM de 35 años (DE  $\pm$  3,6 años). Del total de pacientes: el 19,5% fue diagnosticado en estadios avanzados (III y IV); los tumores luminales fueron los más frecuentes, aunque los tumores triple negativos representaron el 19,1% del total; la positividad de Her2 fue del 22,6%; la presencia de ILV del 33,3% y cirugía radical (mastectomía) se aplicó en el 32,5%. Un 37,7% se benefició con reconstrucción mamaria.

**Conclusión:** Las pacientes jóvenes con CM presentaron mayores probabilidades de ser diagnosticadas con tumores con caracteres biológicos agresivos, enfermedad avanzada y recibir tratamiento más radical (mastectomía).

**Palabras claves:** *Cáncer de mama. Mujeres jóvenes. Estadios tumorales. Características tumorales. Tratamiento.*

## ABSTRACT

**Introduction:** Breast cancer (BC) is the most diagnosed cancer in women and age is a risk factor in its development, acquiring particular characteristics in patients who correspond to the group of Adolescents and Young Adults, a concept assigned by the NCI to cancer patients between 15 to 39 years.

**Objectives:** To evaluate clinical-pathological and therapeutic aspects in young women with BC.

**Material and Methods:** A multicentric descriptive retrospective study was designed. 128 female patients with BC were recruited from public health centres of Rosario –Santa Fe– from January 2010 to January 2020. Age, clinical stage, histological type, immunohistochemical markers, hormonal receptors (HR), HER–2 neu expression, histopronostic grade, lymphovascular infiltration (LVI), surgical treatment, axillar evaluation and onco-

plastic surgery were analysed for all the cases. For statistical analysis, IBM–SPSS Statistics 26 version was used. *Results:* 128 patients with a mean age of 35 years at diagnosis of BC (SD  $\pm$  3.6 years) were included. Of the total number of patients: 19.5% were diagnosed in advanced stages (III and IV); luminal tumors were the most frequent, although triple negative tumors represented 19.1% of the total; Her2 positivity was 22.6%; the presence of LVI was 33.3% and radical surgery (mastectomy) was applied in 32.5%. 37.7% were benefited from breast reconstruction.

*Conclusion:* Young patients with BC are more likely to be diagnosed with tumors with aggressive biological characteristics, advanced disease, and receive more radical treatment (mastectomy).

**Keywords:** Breast cancer. Young women. Tumor stages. Tumor characteristics. Treatment

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama (CM) es el cáncer más comúnmente diagnosticado en la mujer, aproximadamente una de cada 8 mujeres enfermará de cáncer de mama a lo largo de su vida según datos de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) dependiente de la Organización Mundial de la Salud.<sup>1, 2</sup>

La edad es factor de riesgo dominante en el desarrollo del CM. Según el SEER (Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales del Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos –NCI–), la mediana de edad para el diagnóstico de CM es de 62 años<sup>3</sup> y aproximadamente solo un 4% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama son menores 35 años.<sup>4, 5</sup>

El Instituto Nacional del Cáncer (INC) –dependiente del Ministerio de Salud de la Argentina–, informa que en 2020 el CM representó el tumor más frecuente y la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en Argentina<sup>6</sup>, teniendo una incidencia de 22.024 casos y una mortalidad de 6.821 casos.<sup>7, 8</sup>

La mayoría de las publicaciones científicas respecto al CM centran en el grupo etario de mujeres de 40 a 65 años,<sup>9</sup> mientras que el estudio del CM en adolescentes y adultas jóvenes continúa siendo limitado.

Definimos como Adolescentes y Adultas Jóvenes (sigla en inglés: AYA) a las pacientes de entre 15 a 39 años que reciben el diagnóstico de cáncer de mama (CM). Este concepto aportado por el NCI (Instituto Nacional del Cáncer – EEUU) define a una población con características y necesidades particulares. No sólo la biología y la terapéutica del CM son distintas, sino que también presentan problemáticas inherentes a la edad (fertilidad, efectos secundarios a largo plazo, problemas económicos, maternidad y cuidado de los hijos, problemas psicosociales–sexuales–estéticos y la adherencia a la terapia).<sup>10, 11</sup> El CM es el tipo tumoral más frecuente en esta población (30% del total).<sup>12</sup> La incidencia del CM en AYA se ha incrementado en los últimos años y a expensas de tumores invasores, con características más agresivas y en

estadios avanzados con respecto al CM en mujeres mayores de 40 años.

Es necesario ampliar la evidencia científica acerca del CM en mujeres jóvenes de nuestra ciudad –Rosario, Santa Fe– para el manejo integral de estas pacientes.

El objetivo de esta investigación fue evaluar aspectos clínico–patológicos y terapéuticos en mujeres jóvenes con diagnóstico de cáncer de mama atendidas en efectores de la Secretaría de Salud Pública de Rosario en el período comprendido entre enero de 2010 y enero 2020.

Los objetivos secundarios fueron:

- reconocer proporción de pacientes jóvenes con diagnóstico de cáncer de mama asistidas en el Servicio de Mastología de la Secretaría de Salud Pública de Rosario;
- establecer si el grupo etario estudiado presenta características tumorales que se asociarían con peor pronóstico del cáncer de mama; y aportar datos acerca de la población de pacientes mujeres jóvenes con cáncer de mama de la ciudad de Rosario.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio multicéntrico de carácter descriptivo y retrospectivo que incluyó 128 pacientes que fueron diagnosticadas con cáncer de mama en efectores públicos dependientes de la Secretaría de Salud Pública (SSP) de la Municipalidad de Rosario, provincia de Santa Fe (Hospital de Emergencia “Dr. Clemente Álvarez” –HECA–; Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario –CEMAR– y Hospital “Roque Saénz Peña” –HRSP–), en el período comprendido entre enero de 2010 y enero 2020. Luego de la aprobación institucional y del Comité de Ética de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, se analizaron las historias clínicas de las pacientes incluidas en este análisis.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres con edad entre 15 a 39 años, que fueron diagnosticadas

con cáncer de mama en el período previamente mencionado, asistidas en efectores públicos de la SSP de Rosario.

Se analizaron las siguientes variables:

- Edad de las pacientes: incluimos pacientes entre 15 a 39 años al momento del diagnóstico del CM, coincidiendo con el grupo Adolescentes y Adultos Jóvenes (AYA) propuesto en las guías de la NCCN (National and Comprehensive Cancer Network) y el NCI (Instituto Nacional del Cáncer – EEUU).
- Estadificación tumoral al momento del diagnóstico: se consideraron Estadios tempranos (Estadio 0 –in situ–, Estadio I y Estadio II) y Estadios Avanzados (Estadio III y Estadio IV);
- Histopatología: Carcinoma Ductal In Situ; Carcinoma Ductal Invasor; Carcinoma Lobulillar Invasor; y Otros tipos histológicos;
- Inmunoquímica: Luminal A; Luminal B; Luminal B/Her2; Her2 Puro; Triple Negativo;
- Receptores Hormonales (RH): Positivos y Negativos;
- Expresión de Her2: Positivos y Negativos;
- Grado Histopronóstico (GHP): GHP 1; GHP 2 y GHP 3;
- Infiltración Linfocelular (ILV): Presente y Ausente;
- Tratamiento quirúrgico: Mastectomía; Cirugía Conservadora de Mama (CCM) y Sin tratamiento quirúrgico;
- Evaluación Axilar: Biopsia de Ganglio Centinela (BGC); Biopsia de Ganglio Centinela + Disección Axilar (BGC + DA); Disección Axilar (DA); Sampling Ganglionar y No se realiza – en aquellas pacientes en las que no se realizó evaluación axilar–;
- Cirugía Oncoplástica: categorizada en Realizada y No realizada.

Debido a que los datos son retrospectivos existen casos perdidos en algunas variables. Dichos casos se contemplaron en el análisis estadístico como casos perdidos. Se realizó el análisis estadístico utilizando el programa IBM–SPSS Statistics Version 26 para análisis de variables.

## RESULTADOS

Un total de 956 pacientes con diagnóstico de CM fueron asistidas en efectores públicos de la SSP de Rosario en el período de tiempo antes mencionado. Del total de éstas: 128 pacientes (13,4%) presentaron criterios de inclusión en nuestro análisis (15 a 39 años).

Nuestra población exhibió una media de edad de diagnóstico de CM de 35 años con un desvío estándar (DE) de  $\pm 3,6$  años; con un mínimo de edad de 21 años y un máximo de edad de 39 años.

La mayoría de las pacientes se presentó en estadios tempranos (Estadio 0, Estadio I y Estadio II) al momento del diagnóstico (80,5%; n=103) mientras que sólo un 19,5% (n=25) se presentó en estadios avanzados (Estadio III y Estadio IV). Esto revela que en nuestra serie aproximadamente 1 de cada 5 mujeres jóvenes con CM fue diagnosticada en estadios avanzados de la enfermedad.

El carcinoma ductal invasor fue el subtipo histopatológico más frecuente de la población (78,2%, n=93).

El subtipo inmunoquímico más frecuente en nuestras pacientes jóvenes fue el tumor luminal A (48,7%, n=56), le secundó el tumor triple negativo (19,1%; n=22) y luego el tumor luminal B Her2 (14,8%; n=17). En nuestro estudio, aproximadamente 1 de cada 5 mujeres jóvenes con CM presenta un tumor triple negativo.

La mayoría de las pacientes incluidas presentaron receptores hormonales positivos (n=84; 73%). Aunque un 27% de nuestras pacientes presentaron negatividad de receptores hormonales.

El 22,6 % de la población presentó positividad en la expresión de Her2.

La mayoría de los tumores se presentaron con un GHP 2 y GHP 3, en igual porcentaje (41,3% en ambos GHP), y sólo un 17,5% se diagnosticó con un GHP 1.

El 66,7% de la población total no presentó infiltración linfocelular (ILV). Entre nuestras pacientes el porcentaje de presencia de ILV fue del 33,3%. (Tabla 1)

Con respecto al tratamiento quirúrgico: en nuestra población predominó la cirugía conservadora de mama (61,8%). Si bien prima la cirugía conservadora, aproximadamente un tercio de la población intervenida quirúrgicamente recibió un tratamiento más radical (32,5%).

La evaluación axilar en esta población se realizó a través de BGC en la mayoría de los casos (63,2%) y la segunda la modalidad más frecuente de evaluación axilar fue la disección axilar en primera instancia, sin BGC previa (22,2%).

La reconstrucción mamaria como complemento del tratamiento quirúrgico no fue frecuente (sin reconstrucción: 62,3% vs. con reconstrucción: 37,7%). En nuestra serie casi 4 de cada 10 pacientes jóvenes operadas reciben cirugía oncoplástica. (Tabla 2)

<b>Edad</b>	n	128	
	Media + DE	35 ± 3,6	
	Mínimo – Máximo	21–39	
<b>Estadio Clínico</b>		n	%
	Estadios Tempranos	103	80,5
	Estadios Avanzados	25	19,5
	Total	128	100
<b>Histopatología</b>	Ductal In Situ	3	2,5
	Invasor Ductal	93	78,2
	Invasor Lobulillar	9	7,6
	Otros tipos histológicos	14	11,8
	Total	119	100
<b>GHP</b>	1	14	17,5
	2	33	41,3
	3	33	41,3
	Total	80	100
<b>Infiltración Linfovascular</b>	NO	66	66,7
	SI	33	33,3
	Total	99	100
<b>IHQ</b>	Luminal A	56	48,7
	Luminal B	11	9,6
	Her2 Puro	9	7,8
	Triple Negativo	22	19,1
	Luminal B Her2	17	14,8
	Total	115	100
<b>Receptores Hormonales</b>	Negativos	31	27
	Positivos	84	73
	Total	115	100
<b>Her2</b>	Positivo	26	22,6
	Negativo	89	77,4
	Total	115	100

Tabla 1. Aspectos clínicos y patológicos del cáncer de mama en pacientes jóvenes

		n	%
<b>Tratamiento Quirúrgico</b>	Cirugía Conservadora	76	61,8
	Mastectomía	40	32,5
	Sin tratamiento quirúrgico	7	5,7
	Total	123	100
<b>Evaluación Axilar</b>	BGC	74	63,2
	BGC + DA	2	1,7
	DA	26	22,2
	No se realiza	13	11,1
	Sampling Ganglionar	2	1,7
	Total	117	100
<b>Cirugía Oncoplástica</b>	Con reconstrucción	46	37,7
	Sin reconstrucción	76	62,3
	Total	122	100

Tabla 2. Aspectos quirúrgicos del cáncer de mama en mujeres jóvenes.  
BGC: biopsia de ganglio centinela – DA: disección axil

## DISCUSIÓN

En la bibliografía actual se sostiene que el CM en pacientes jóvenes (de 15 a 39 años) se presenta con características clínico-patológicas asociadas con peor pronóstico, expresado en última instancia como mayor riesgo de recurrencia de la enfermedad y menor sobrevida global.<sup>13, 14</sup>

En nuestro análisis se incluyen 128 pacientes que recibieron el diagnóstico de CM con rango de edad de 21 a 39 años, y una media de edad de 35 años (DE  $\pm$  3,6 años). El rango de edad propuesto para nuestra serie –de 15 a 39 años– respeta la edad establecida por el NCI para la población AYA<sup>15</sup> que corresponde a una población con características y necesidades específicas, asimismo con biología tumoral y aspectos terapéuticos distintos con respecto a otros grupos etarios.<sup>16, 17</sup>

Es un hecho que la distribución de las características clínico-patológicas del cáncer de mama se modifican con la edad, la cual es factor pronóstico.

En concordancia con la literatura, nuestra serie exhibe que al momento del diagnóstico del cáncer de mama los estadios tempranos son los más frecuentes (Estadios 0, I y II). No obstante, se evidencia en la literatura que la población joven (AYA) se presenta con un porcentaje significativamente mayor de enfer-

medad en estadios avanzados (Estadios III y IV) con respecto a las pacientes mayores de 40 años con cáncer de mama –quienes tienden a diagnosticarse en estadios tempranos–.<sup>18</sup>

En nuestra serie el subtipo inmunohistoquímico más frecuente son los tumores luminales. El tumor Triple Negativo es el segundo más frecuente en nuestra población –aproximadamente 1 de cada 5 mujeres jóvenes fueron diagnosticadas con un tumor triple negativo–. Consecuentemente con lo expuesto en los trabajos revisados las pacientes <40 años son las que presentan en mayor proporción tumores de tipo triple negativo<sup>19, 20</sup>, mientras que pacientes mayores presentan tumores luminales mayormente.<sup>21, 22</sup>

En las series revisadas la expresión de receptores hormonales (receptores de estrógeno y receptores de progesterona) es significativamente negativa y la expresión de Her2 es significativamente alta en tumores mamarios de pacientes jóvenes (< 40 años). Condiciéndose con este dato, nuestras pacientes presentan una proporción de expresión de Her2 similar a las pacientes jóvenes de la bibliografía.<sup>23, 24, 25, 26</sup>

Destacamos que la ASCO/CAP (American Society of Clinical Oncology/ College of American Pathologists), en su última Guía sobre el testeo de receptores hormonales en CM (2019), recomienda que se

realice testeo de receptores de estrógeno (RE) en tumores invasores por inmunohistoquímica (IHQ) para establecer quienes se verán beneficiados con la terapia endócrina. Aquellas piezas de biopsias de CM que presenten RE con un valor de 1% a 100% (de células marcadas) serán interpretados como tumores con RE positivos. Sin embargo, existe información limitada en los tumores con RE con valor de 1% a 10%, estos tumores deberían reportarse como RE bajos positivos (ER Low Positive). Se consideran RE negativos si el resultado es <1%. Principios similares se aplican para testear los Receptores de Progesterona (RP), que se utiliza para fines pronósticos en el contexto de un tumor RE+.<sup>27</sup>

También mencionamos que la ASCO/CAP en la guía de 2018 sobre testeo de Her2 (Human Epidermal Growth Factor Receptor 2) en CM recomienda identificar a Her2 por inmunohistoquímica y valorarlo como positivo (score 3+), negativo (score 0 y 1+) o Dudoso/Equívoco (score 2+). En caso de dudoso o equívoco debe verificarse nuevamente con técnicas de hibridación in situ (FISH/SISH).<sup>28</sup>

Nuestro estudio no respeta la disquisición entre RE y RP por separado ni tampoco su valor numérico (expresado en porcentaje), sino que se consideraron Receptores Hormonales en conjunto y con carácter cualitativo (Positivo/Negativo), debido a que la gran mayoría de las pacientes fueron reclutadas en el período anterior al año 2019 cuando se emitieron las recomendaciones antes mencionadas. Igual situación ocurre con Her2 que en nuestro análisis es valorado de manera cualitativa.

Tanto en nuestro análisis como en la bibliografía las pacientes jóvenes presentan más frecuentemente el carcinoma ductal invasor como subtipo histopatológico.<sup>29, 30, 31</sup>

En nuestro estudio se evidencia que las pacientes jóvenes (15 a 39 años) evidencian presencia de ILV en el 33,3% de la totalidad de la población y la mayoría de los tumores se presentaron con un GHP2 y GHP3, en igual porcentaje (41,3% ambos GHP). Recordamos que el grado histopronóstico o grado de diferenciación celular se evalúa a través del Score de Nottingham, que surge de la suma de resultados parciales asignados a 3 parámetros: 1) Diferenciación glandular/acinar – 2) Pleomorfismo Nuclear – 3) Índice Mitótico. Los resultados son: Grado 1 (Scores 3, 4 o 5) o bien diferenciado / Grado 2: (scores 6 o 7) o moderadamente diferenciado / Grado 3: (scores 8 o 9) indiferenciado. Las series revisadas muestran resultados variables al respecto (ILV y GHP), pero mayormente coinciden en que las pacientes jóvenes (< 40 años) se presentan con mayor grado histopronóstico e invasión linfovascular positiva.<sup>32, 33, 34</sup>

Nuestra experiencia muestra que respecto al tra-

tamiento quirúrgico: la población recibe mayormente cirugía conservadora de la mama. Si bien la bibliografía es discordante con respecto a la modalidad de tratamiento según la edad (pacientes menores y mayores de 40 años con cáncer de mama), existe evidencia de que las pacientes AYA son más pasibles de recibir tratamiento radical (mastectomía) en comparación con las adultas mayores (dado que presentan más posibilidades de mutaciones genéticas, cuestiones estéticas para evitar asimetría de las mamas, etc.).<sup>35, 36, 37, 38</sup>

Escapa a la metodología de este estudio hacer asociación entre el tipo de abordaje quirúrgico (conservador/cuadrantectomía vs. radical/mastectomía) y las causas del mismo. Pero en las publicaciones se menciona que el tratamiento conservador en las jóvenes puede asociarse a cuestiones estéticas y capacidad para tolerar la radioterapia adyuvante. Mientras que el tratamiento radical podría relacionarse con mutaciones genéticas de alto riesgo, la falta de necesidad de mantener la imagen corporal y la escasa tolerancia o adherencia a la adyuvancia.

Nuestro análisis revela que nuestras pacientes reciben BGC como modalidad más frecuente de evaluación axilar. En relación con el tratamiento quirúrgico de la axila las publicaciones observan una mayor utilización de la técnica de ganglio centinela en las pacientes jóvenes, coincidiendo con nuestros datos.<sup>39</sup>

Actualmente la cirugía oncoplástica mamaria (COM) o reconstructiva permite mejorar los resultados quirúrgicos y cosméticos sin alterar el manejo oncológico de las pacientes, traduciéndose en una mejor calidad de vida sin alterar el pronóstico de la enfermedad. Debería ofrecerse a las pacientes pasibles de tratamiento quirúrgico.<sup>40, 41, 42</sup> La reconstrucción mamaria como complemento del tratamiento quirúrgico se aplicó en el 37,7% de nuestras pacientes. No es posible por este estudio comprender los factores determinantes de la escasa aplicación de este recurso, pero explicamos que este análisis se realizó en un período de tiempo en el cual la cirugía oncoplástica estaba aún estudiándose y en desarrollo. Asimismo, es necesario a nivel institucional conformar un equipo multidisciplinario para la aplicación de COM (articulando equipo de salud mental, cirugía general, cirugía estética y mastología).

Las debilidades de este estudio están representadas por el carácter retrospectivo del análisis que conlleva a faltante de datos en las variables –encontramos errores en el registro y existen datos escritos en las historias clínicas y otros se encuentran digitalizados–. Debido al carácter transversal no es posible evaluar tasas de sobrevida libre de enfermedad ni sobrevida global.

Al cotejar nuestros resultados con la bibliografía apreciamos que las características tumorales halladas en AYAs se corresponden con un pronóstico en particular: las AYA poseen características tumorales que se asociarían a peor pronóstico. La razón exacta de este hecho no puede inferirse a partir de nuestro estudio dado que es de carácter descriptivo.

La fortaleza de este estudio radica en el número de casos correspondientes a mujeres jóvenes en la ciudad de Rosario, Santa Fe. Esto permite aportar datos locales acerca del cáncer de mama en pacientes que corresponden a un grupo etario en el cual se necesitan mayor evidencia científica. Representa un estímulo para nuevas investigaciones especialmente prospectivas y también evaluación del impacto de la pandemia por Sars–COV2 en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

## CONCLUSIÓN

El cáncer de mama es el cáncer más comúnmente diagnosticado en la mujer y continúa teniendo una alta tasa de mortalidad. La edad al momento del diagnóstico del CM se erige como un factor de riesgo independiente, adquiriendo esta patología características particulares en las mujeres jóvenes. En concordancia con los datos de la bibliografía revisada, nuestros resultados demuestran que las pacientes jóvenes que desarrollan CM tienen mayores probabilidades de ser diagnosticadas en estadios tumorales avanzados (Estadios III y IV) y presentar características tumorales asociadas a mayor agresividad –presencia de infiltración linfovascular, mayor proporción de tumores triple negativo y expresión de Her2, mayor GHP–. El carcinoma ductal invasor es el subtipo histopatológico más frecuente en mujeres jóvenes. Sin embargo, la metodología de nuestro estudio no permite asociar aspectos clínico–patológicos tumorales con pronóstico de la enfermedad.

La modalidad de tratamiento quirúrgico más frecuentemente aplicada es la cirugía conservadora de la mama. No obstante, en nuestra serie el tratamiento radical (mastectomía) se aplicó en aproximadamente un tercio de las pacientes. En cuanto a la cirugía reconstructiva –oncoplastica– no es un recurso frecuentemente utilizado en nuestra serie, aunque debe ofrecerse a las pacientes pasibles de tratamiento quirúrgico.

El abordaje integral de la mujer joven con cáncer de mama requiere un equipo multidisciplinario con amplia formación en el manejo y tratamiento de la enfermedad para una atención de calidad. El presente análisis aporta datos sobre mujeres jóvenes con cáncer de mama en Rosario y sus diferentes características. Son necesarios más estudios de carácter

prospectivo y que consideren resultados quirúrgicos y oncológicos a largo plazo (sobrevida libre de enfermedad y supervivencia global).

## Referencias Bibliográficas

- 1 OMS – IARC. 2021. Breast Cancer Awareness Month 2021. Recuperado el 15/9/2022. Disponible en: <https://www.iarc.who.int/featured-news/breast-cancer-awareness-month-2021/#:~:text=IARC%20estimates%20that%20there%20we-re,cause%20of%20cancer%20death%20overall>.
- 2 American Cancer Society. 2022. How frequent is breast cancer? Recuperado el 15/9/2022. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-tan-comun-es-el-cancer-de-seno.html#:~:text=Actualmente%2C%20el%20riesgo%20promedio%20de,mujeres%20nunca%20tengan%20la%20enfermedad>.
- 3 Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al. 2014. SEER Cancer Statistics Review. 1975–2014. Disponible en: [https://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2014/](https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014/).
- 4 Chung M, Chang HR, Bland KI, Wanebo HJ. 1996. Younger women with breast carcinoma have a poorer prognosis than older women. *Cancer*;77(1):97–103.
- 5 Canello G, Maisonneuve P, Rotmensz N, et al. 2010. Prognosis and adjuvant treatment effects in selected breast cancer subtypes of very young women (<35 years) with operable breast cancer. *Ann Oncol*; 21(10):1974–81.
- 6 <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>
- 7 Cancer Today – IARC. 2020. Estimated number of deaths in 2020, Argentina, females, all ages. Recuperado el 15 de septiembre de 2022. Disponible en: [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode\\_population=continents&population=900&populations=32&key=asr&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&group\\_cancer=1&include\\_nmsc=0&include\\_nmsc\\_other=1](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=32&key=asr&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1)
- 8 Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (sf). Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama. Recuperado el 15/9/2022. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pncm>
- 9 National Cancer Institute. 2021. Age. Recuperado el 15/09/2022. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/edad>
- 10 National Cancer Institute. 2021. Age and cancer risk. Recuperado el 15/09/2022. Disponible en: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/)



- pdf/aya.pdf
- 11 Tichy J.R., Lim E., Anders C.K. 2013. Breast cancer in adolescents and young adults: a review with a focus on biology. *J Natl Compr Canc Netw.*;11(9):1060-9. doi: 10.6004/jnccn.2013.0128.
  - 12 Johnson R.H., Anders C.K., Litton J.K., et al. 2018. Breast cancer in adolescents and young adults. *Pediatr Blood Cancer* 65:e27397.
  - 13 Chung M, Chang HR, Bland KI, et al. 1996. Younger women with breast carcinoma have a poorer prognosis than older women. *Cancer*;77(1):97–103.
  - 14 Fredholm H, Eaker S, Frisell J, et al. Breast cancer in young women: poor survival despite intensive treatment. *PLoS One*;4(11):7695.
  - 15 Ketterl TG. 2021. Closing the Gaps: Progress in the Care of Adolescents and Young Adults With Cancer. *JCO Oncol Pract.*;17(6):302-304. doi: 10.1200/OP.21.00223.
  - 16 National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®). 2022. NCCN Guidelines Version 2.2023: Adolescent and Young Adult (AYA) Oncology. Recuperado el 26/10/2022. Disponible en: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/aya.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/aya.pdf)
  - 17 Tichy JR, Lim E, Anders CK. 2013. Breast cancer in adolescents and young adults: a review with a focus on biology. *J Natl Compr Canc Netw.*;11(9):1060-9. doi: 10.6004/jnccn.2013.0128..
  - 18 Johnson RH, Chien FL, and Bleyer A. 2009. Incidence of breast cancer with distant involvement among women in the United States, 1976 to 2009. *JAMA*, 309(8): 800–5.
  - 19 Parker JS, Mullins M, Cheang MCU, et al. 2009. Supervised risk predictor of breast cancer based on intrinsic subtypes. *Journal of Clinical Oncology*, 27(8): 1160–1167.
  - 20 Johnson RH, Anders CK, Litton JK, et al. 2018. Breast cancer in adolescents and young adults. *Pediatr Blood Cancer.*;65(12):e27397. doi: 10.1002/pbc.27397.
  - 21 Shachar SS, Hurria A, Muss HB. 2016. Breast Cancer in Women Older Than 80 Years. *J Oncol Pract.*;12(2):123-32. doi: 10.1200/JOP.2015.010207.
  - 22 Radecka B, Litwiniuk M. 2016. Breast cancer in young women. *Ginekol Pol.*;87(9):659-663. doi: 10.5603/GP.2016.0062.
  - 23 Parker JS, Mullins M, Cheang MCU, et al. 2009. Supervised risk predictor of breast cancer based on intrinsic subtypes. *Journal of Clinical Oncology*; 27(8): 1160–1167.
  - 24 Anders CK, Hsu DS, Broadwater G, et al. 2008. Young age at diagnosis correlates with worse prognosis and defines a subset of breast cancers with shared patterns of gene expression. *J Clin Oncol*; 26:3324–3330.
  - 25 Anders CK, Fan Ch, Parker JS, et al. 2011. Breast carcinomas arising at a young age: unique biology or a surrogate for aggressive intrinsic subtypes? *J Clin Oncol.* 29, e18–e20.
  - 26 Radecka B, Litwiniuk M. 2016. Breast cancer in young women. *Ginekol Pol.*;87(9):659-663. doi: 10.5603/GP.2016.0062.
  - 27 Allison KH, Hammond MEH, Dowsett M, et al. 2020. Estrogen and Progesterone Receptor Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Guideline Update. *Arch Pathol Lab Med.*;144(5):545-563. doi: 10.5858/arpa.2019-0904-SA.
  - 28 Wolff AC, Hammond MEH, Allison KH, 2018. Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Focused Update. *J Clin Oncol.*;36(20):2105-2122. doi: 10.1200/JCO.2018.77.8738.
  - 29 Leclere B, Molinie F, Tretarre B, et al. 2013. Trends in incidence of breast cancer among women under 40 in seven European countries: a GRELL cooperative study. *Cancer Epidemiol*,37(5): 544–9.
  - 30 Grumpelt AM, Ignatov A, Tchaikovski SN, 2016. Tumor characteristics and therapy of elderly patients with breast cancer. *J Cancer Res Clin Oncol*; 142(5):1109-1116.
  - 31 Arballo C, Semeniuk E, Gennaro V, et al. 2019. Características clínico-patológicas y de tratamiento en pacientes de edad avanzada con cáncer de mama atendidas en el Policlínico Pami I de Rosario. *Rev Arg Mast.*; 38 (137): 98-115.
  - 32 Colleoni M, Rotmensz N, Robertson C, et al. 2002. Very young women (< 35 years) with operable breast cancer: features of disease at presentation. *Annals of Oncology*, 13(2):273–279.
  - 33 Anders CK, Hsu DS, Broadwater G, et al. 2008. Young age at diagnosis correlates with worse prognosis and defines a subset of breast cancer with shared patterns of gene expression. *J Clin Oncol.*; 26, 3224–3330.
  - 34 Johnson RH, Anders CK, Litton JK, et al. 2018. Breast cancer in adolescents and young adults. *Pediatr Blood Cancer.*;65(12):e27397. doi: 10.1002/pbc.27397.
  - 35 Tesarova P. 2016. Specific Aspects of Breast Cancer Therapy of Elderly Women. *Biomed Res Int.*:1381695. doi: 10.1155/2016/1381695.
  - 36 Wang J, Kollias J, Boulton M, et al. 2010. Patterns of surgical treatment for women with breast cancer in relation to age. *Breast J*; 16(1):60-65.
  - 37 Mustacchi G, Cazzaniga ME, Pronzato P, et al.

2007. Breast cancer in elderly women: a different reality? Results from the NORA study. *Ann Oncol*; 18(6):991-996.
- 38 Wyld L, Garg DK, Kumar ID, et al. 2004. Stage and treatment variation with age in postmenopausal women with breast cancer: compliance with guidelines. *Br J Cancer*; 90(8):1486-1491.
- 39 Ursino AS, Crosbie ML, D Imperio L, et al. 2013. Cáncer de mama en pacientes mayores de 80 años. *Rev Arg Mastologia*; 32(114):21-31.
- 40 Iwuchukwu OC, Harvey JR, Dordea M, 2012. The role of oncoplastic therapeutic mammoplasty in breast cancer surgery--a review. *Surg Oncol*; 21:133-41.
- 41 Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, et al. 2000. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst* ; 92(17):1422-9.
- 42 Rose M, Svensson H, Handler Jet al. 2019. Oncoplastic Breast Surgery Compared to Conventional Breast-Conserving Surgery With Regard to Oncologic Outcome. *Clin Breast Cancer*.;19(6):423-432. e5. doi: 10.1016/j.clbc.2019.05.016.

# AUMENTO DE LA INCIDENCIA DE CÁNCER DE MAMA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES (AYA) DE LA CIUDAD DE ROSARIO, ¿IMPRESIÓN O REALIDAD?

*Dra Vidallé Dalila<sup>1</sup>, Dra González Ma. Amelia<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Servicio de Ginecología - Obstetricia y Servicio de Mastología. Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA) y Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR). Secretaría de Salud Pública de Rosario

<sup>2</sup> Residente de 4<sup>o</sup> año de la Carrera de Posgrado de Ginecología y Obstetricia, UNR, Rosario.  
Correspondencia: ameliagonzalez@gmail.com

## RESUMEN

**Introducción.** Las pautas de la NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*) adolescentes y adultos jóvenes (AYA) se define como pacientes de 15 a 39 años de edad en el momento del diagnóstico inicial del cáncer. Desde hace tiempo, colegas y pacientes sostienen que cada vez “se diagnostican más casos de cáncer de mama en mujeres jóvenes”.

**Objetivo.** Demostrar si la percepción de aumento en el número de casos de cáncer de mama en mujeres jóvenes, es impresión o realidad.

**Materiales y métodos.** Se evaluaron los registros de 1795 pacientes con cáncer de mama asistidos en efectores públicos de la municipalidad de Rosario desde enero 2008 a diciembre 2021. Se analizó la tendencia de incidencia de cáncer de mama en mujeres menores de 40 años usando la prueba no paramétrica de Mann - Kendall (significación del 5%).

**Resultados.** Independientemente de la edad, observamos una tendencia creciente de la incidencia de cáncer de mama en el período en estudio.

**Conclusión.** El cáncer de mama en adolescentes y adultos jóvenes de la ciudad de Rosario, advierte una tendencia creciente a través del tiempo. La investigación realizada parecería determinar que, efectivamente, la incidencia de cáncer de mama en mujeres jóvenes se encontraría en aumento.

**Palabras claves:** *Cáncer de mama, Adolescentes, Adultos Jóvenes, Incidencia.*

## ABSTRACT

**Introduction.** According to the NCCN guidelines, AYA is defined as patients 15 to 39 years of age at the time of initial cancer diagnosis. Colleagues and patients have long argued that “more and more cases of breast cancer are being diagnosed in young women”.

**Objective.** Demonstrate whether the perception of an increase in the number of cases of breast cancer in young women is impression or reality.

**Materials and methods.** The records of 1,795 patients with breast cancer assisted in public clinics of the Rosario municipality from January 2008 to December 2021 were evaluated. The incidence trend of breast cancer in women under 40 years of age was analyzed using Mann's non- parametric test. - Kendall (5% significance).

**Results.** Regardless of age, we observed an increasing trend in the incidence of breast cancer in the study period.

**Conclusion.** Breast cancer in adolescents and young adults in the city of Rosario shows a growing trend over time. The research carried out would seem to determine that, indeed, the incidence of breast cancer in young women would be increasing.

**Keywords:** *Breast cancer, Adolescents, Young Adults, Incidence.*

## INTRODUCCIÓN

Las pautas de la NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*), adolescentes y adultos jóvenes (AYA) se define como pacientes de 15 a 39 años de edad en el momento del diagnóstico inicial del cáncer.

Los adolescentes y los pacientes adultos jóvenes con cáncer tienen una serie de preocupaciones psicosociales únicas.

Desde hace tiempo, colegas y pacientes sostienen que cada vez “se diagnostican más casos de cáncer de mama en mujeres jóvenes”. Nuestro objetivo es demostrar si esta percepción de aumento en el número de casos de cáncer de mama en mujeres jóvenes, es impresión o realidad.

## MATERIALES Y MÉTODO

Se evaluaron los registros de 1795 pacientes con cáncer de mama asistidos en efectores públicos de la municipalidad de Rosario desde enero 2008 a diciembre 2021. Se analizó la tendencia de incidencia de cáncer de mama en mujeres menores de 40 años usando la prueba no paramétrica de Mann - Kendall (significación del 5%).

## RESULTADOS

Los registros de 1795 pacientes con cáncer de mama se agruparon en 3 grupos etarios: menores de 40 años, 40-50 años y mayores de 50 años (tabla 1).

Año	<40 años		40-50 años		>50 años		Total
	n	%	n	%	n	%	
2008	3	7	13	32	25	61	41
2009	4	18	9	41	9	41	22
2010	19	8	55	23	161	69	235
2011	7	8	24	28	54	64	85
2012	9	10	31	34	51	56	91
2013	10	11	22	24	61	66	93
2014	19	21	15	16	57	63	91
2015	18	14	36	27	78	59	132
2016	21	19	28	26	59	55	108
2017	41	14	86	29	166	57	293
2018	34	25	38	28	63	47	135
2019	36	24	45	30	70	46	151
2020	43	32	40	30	52	39	135
2021	48	26	60	33	75	41	183

Tabla. 1795 Pacientes desde Enero 2008 a Diciembre 2021

Independientemente de la edad, observamos una tendencia creciente de la incidencia de cáncer de mama en el período en estudio (gráfico 1).

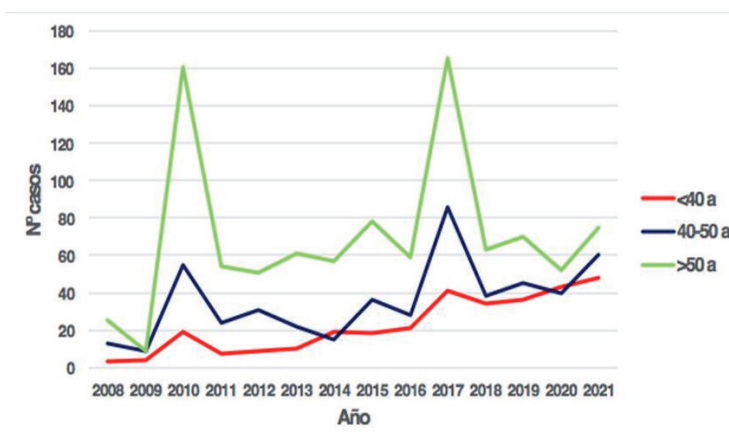


Gráfico 1. Incidencia de cáncer de mama en el período en estudio.

En el caso de adolescentes y adultos jóvenes, gráficamente se advierte una suave tendencia creciente en los 14 años investigados (gráfico 2). Encontrándose una tendencia de los datos de tipo creciente y monótonos ( $V = -0,0547$ ,  $p > 0,05$ ).

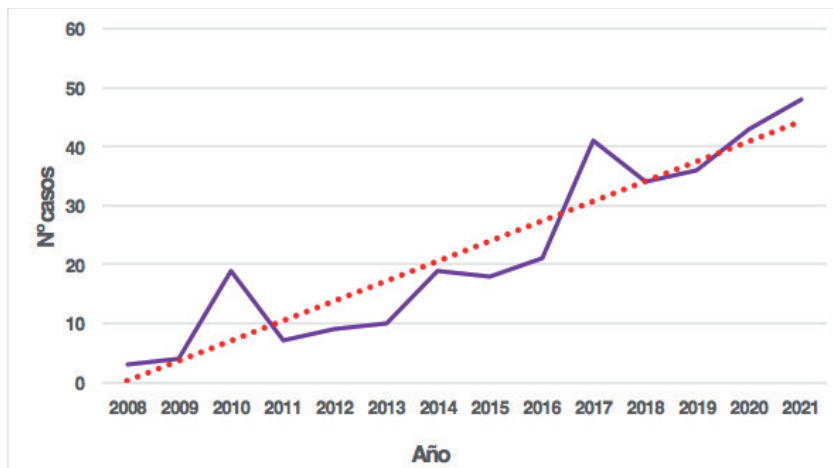


Gráfico 2. Incidencia de cáncer de mama en el período en estudio en adolescentes y adultos jóvenes.

## DISCUSIÓN

El cáncer de mama o el cáncer de cérvix son los tipos de cáncer más comunes en adultos jóvenes en la mayoría de los países en términos de incidencia y mortalidad. Según un estudio publicado en 2020 por la *American Cancer Society*, habrá aproximadamente 89 500 nuevos casos de cáncer y 9270 muertes por cáncer en AYA<sup>1</sup>. El cáncer de mama es el cáncer que se diagnostica con mayor frecuencia entre las mujeres de 30 a 39 años, con un estimado de 11 100 casos esperados en 2020. Durante los 10 años más recientes de datos disponibles, las tasas de incidencia de cáncer de mama aumentaron casi un 2% anual entre las mujeres de 20 a 29 años y un 0,2% anual entre las mujeres de 30 años; las tasas en adolescentes se mantuvieron estables.

En países sudamericanos como Brasil, la incidencia aumenta a un ritmo alarmante, saltando de 19 a 27.6 por 100,000 mujeres de 30 a 34 años desde la década de 1980.<sup>2</sup>

Esta población presenta como factor de riesgo de gran importancia mutaciones en la línea germinal BRCA 1, BRCA 2 y TP53, los cuales se observan en el 50% de los casos de cáncer de mama en adolescentes y adultos jóvenes. Se comprobó que el riesgo se ve aumentado en aquellas pacientes con menarca temprana, uso de anticonceptivos, infertilidad, edad avanzada (mayor a 30 años) al momento del nacimiento del 1° hijo.<sup>3</sup>

La evidencia sugiere que el cáncer de mama en adolescentes y adultos jóvenes puede ser etiológica y clínicamente distinta del que se manifiesta en muje-

res mayores. Cuando ocurre en AYA se presenta con: un peor pronóstico y un fenotipo más agresivo, mayores proporciones de tumores de alto grado y etapas posteriores, positividad de receptor de estrógeno (ER) más bajo y sobreexpresión de HER2.<sup>4</sup>

En nuestro estudio se observa una leve tendencia ascendente en el diagnóstico de cáncer de mama, en todas las edades, como se presenta en otros países de la región.

La limitación en nuestro estudio fue la ausencia en la evaluación de los factores de riesgo, debido a que, según lo planteado anteriormente, se asocia a cambios en el estilo de vida de la población más joven.

Posiblemente se evaluará próximos estudios prospectivos factores de riesgo asociados al aumento en la incidencia de cáncer de mama en población menor de 40 años.

## CONCLUSIÓN

El cáncer de mama en adolescentes y adultos jóvenes de la ciudad de Rosario, advierte una tendencia creciente a través del tiempo. La investigación realizada parecería determinar que, efectivamente, la incidencia de cáncer de mama en mujeres jóvenes se encontraría en aumento (al igual que en los otros grupos etarios). Por lo tanto, es imperativo adecuar nuestra atención multidisciplinaria en salud a tal demanda, ya que el manejo de este tipo de pacientes supone un desafío. Los adolescentes y los pacien-

tes adultos jóvenes con cáncer tienen una serie de preocupaciones psicosociales únicas, incluyendo la preservación de la fertilidad, la crianza de los hijos, la escolarización, el logro de empleo y la retención. Estos problemas deben considerarse como parte del plan terapéutico general para el paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Cancer statistics for adolescents and young adults, 2020. Kimberly D. Miller MPH, Miranda Fidler- Benaoudia PhD, Theresa H. Keegan PhD, MS, Heather S. Hipp MD, Ahmedin Jemal DVM, PhD, Rebecca L. Siegel MPH.
- 2 Gewefel, H., & Salhia, B. Breast Cancer in Adolescent and Young Adult Women. *Clinical Breast Cancer*, Vol. 14, 2014.
- 3 Johnson, R. H., Anders, C. K., Litton, J. K., Ruddy, K. J., & Bleyer, A. Breast cancer in adolescents and young adults. *Pediatric Blood & Cancer* 2018.
- 4 Theresa HM Keegan, Mindy C DeRouen, David J Press, Allison W Kurian & Christina A Clarke. Occurrence of breast cancer subtypes in adolescent and young adult women. *Breast Cancer Research*. Article number: R55 (2012).

## SALUD Y PANDEMIA COVID-19. UNA MIRADA DESDE LA PSICOSOMÁTICA

*Ps. Angélica Alejandra\*, Ps. Villoria Valeria\**

\* Instituto de Psicosomática. Colegio de Psicólogas y Psicólogos de Rosario. 2. C. Prov. Santa Fe.  
Correspondencia: [alejandrangelica@hotmail.com](mailto:alejandrangelica@hotmail.com) / [valevilloria@gmail.com](mailto:valevilloria@gmail.com)

### RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue comprender cómo se sintieron y vieron afectados en su salud (integral) los/as Profesionales de la Salud (PS) que asistieron a pacientes internados por Covid-19, y recuperar que pudieron observar sobre las manifestaciones psico afectivas de los pacientes. En los diferentes planos de la salud individual y comunitaria, resulta de gran relevancia indagar en los aspectos “humanos” de la enfermedad por COVID-19.

Se diseñó una encuesta de 10 preguntas (con opciones cerradas y abiertas), optativa y anónima. Se convocó a PS que trabajaron con pacientes internados en las Unidades COVID-19 (Terapia intensiva, Guardia y Sala) del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez (HECA) desde que fue declarada la Pandemia, Marzo de 2020, hasta Noviembre de 2021. Con los datos obtenidos se realizó un análisis de tipo cualitativo, utilizando la metodología de “Estudio de casos”.

Del análisis se desprende que la Pandemia afectó profundamente aspectos subjetivos y psico afectivos de los/as PS como de las personas internadas por el virus. Podemos inferir que la irrupción del COVID-19 cumplió con el criterio de trauma psíquico y debe ser tratado como tal, en tanto puede provocar trastornos patógenos duraderos en la organización psíquica y somática de una persona.

Pensamos el escenario “pospandemia” siguiendo un paralelismo con la “posguerra”. Resulta vital considerar y reconocer los efectos de lo vivido, escuchar a quienes combatieron en las “trincheras hospitalarias del Covid-19”, y crear dispositivos terapéuticos individuales y grupales.

**Palabras claves:** *Pandemia. COVID-19. Trauma psíquico. Salud mental. Psicosomática. Dispositivos terapéuticos. Profesionales de la salud. Pacientes COVID-19.*

### ABSTRACT

The objective of this study was to understand how the Healthcare Professionals (HP) who assisted patients hospitalized for Covid-19 felt and were affected in their (integral) health, and to recover what they could observe about the psycho-affective manifestations of the patients. At the different levels of individual and community health, it is highly relevant to investigate the “human” aspects of the COVID-19 disease.

A survey of 10 questions (with closed and open options), optional and anonymous, was designed. HP who worked with hospitalized patients in the HECA COVID-19 Units (Intensive care, guard and room), since the Pandemic was declared, March 2020, until November 2021. With the data obtained a qualitative analysis was carried out, using the “Case Study” methodology.

From the analysis it can be deduced that the Pandemic profoundly affected subjective and psycho-affective aspects of the HP as well as of the people hospitalized due to the virus. We can infer that the emergence of COVID-19 met the criteria for psychic trauma and should be treated as such, while it can cause lasting pathogenic disorders in the psychic and somatic organization of a person.

We think of the “post-pandemic” scenario following a parallelism with the “post-war”. It is vital to consider and recognize the effects of what has been experienced, listen to those who fought in the “hospital trenches of

Covid-19”, and create individual and group therapeutic devices.

**Keywords:** *Pandemic. COVID-19. Psychic trauma. Mental health. Psychosomatics. Therapeutic devices. Healthcare professionals. COVID-19 patients.*

## INTRODUCCIÓN

En la historia de la humanidad, el tiempo de la Pandemia ha sido un tiempo particular y con dimensiones inéditas. El alcance de la pandemia por COVID-19, que impactó en nuestro país en el mes de marzo del 2020, con premisas tales como: la recomendación de evitar el contacto físico, la de no respirar el mismo aire que otros, mantener “burbujas sociales”, la precaución en el contacto con los objetos del mundo exterior, el desborde de los servicios de salud, lo incierto del alcance de los diferentes cuadros clínicos y el aislamiento interpersonal que conllevó; revisten factores que dibujan un escenario necesario de ser contemplado y comprendido.

Con el objetivo de dar cuenta de las implicancias que pueden darse en los diferentes planos de la salud individual y comunitaria, resulta de gran relevancia indagar en las experiencias del personal de salud hospitalario y su mirada en relación a los aspectos “humanos” de la enfermedad por COVID-19, haciendo referencia a lo vivencial, a lo psíquico y al sentir, aspectos que tal vez pueden haber quedado eclipsados en el trabajo de la urgencia y pretendemos recuperar. Tomando como premisa construir una perspectiva integral, focalizaremos la mirada sobre los emergentes psico afectivos que formaron parte de escenarios marcados mayormente por signos e indicadores “biológicos”. Por estas razones, se hacía imperioso entablar lazos con diversos actores del personal de salud hospitalario, quienes afrontaron en primera línea la atención a enfermos por COVID-19, y así conocer lo que vivieron en su espacio laboral durante el tiempo que duró la pandemia.

Así, los objetivos del proyecto apuntaron a profundizar el conocimiento sobre, por un lado, los distintos aspectos subjetivos y psico afectivos que manifestaron los/as enfermos/as por COVID-19 durante el tiempo de internación dentro de las unidades especiales en el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez” (HECA) efector público Municipal de la ciudad de Rosario (provincia de Santa Fe, Argentina), partiendo de lo que pudieron observar los/as profesionales de la salud (enfermero/as, médico/as terapeutas y otros profesionales) que los/as asistieron. Por otro lado, cómo se sintieron y vieron afectadas en su salud (integral) las personas que debían velar por la vida de quienes están enfermos, en otras palabras, contemplar el “cuidado de los cuidadores”. Para lograr tales objetivos, el presente trabajo, de corte

exploratorio y descriptivo, apuntó a realizar un intercambio de experiencias y vivencias con aquellas/os profesionales que trabajaron en contacto directo con pacientes internados en las Unidades COVID-19 del HECA, en las áreas de Terapia intensiva, Guardia y Sala, desde que fue declarada la pandemia, Marzo de 2020, hasta Noviembre de 2021. Interesa saber cómo vivieron, qué experimentaron emocionalmente en ese espacio-tiempo, donde lo que primaba eran indicadores vitales de los pacientes, con el fin de lograr la supervivencia. Profundizar sobre qué sintieron -¿y aún sienten?- las/os profesionales de la salud, así como, qué pueden registrar a nivel profesional y emocional respecto a dichas circunstancias tan especiales, resulta enriquecedor para dimensionar los efectos producidos por la pandemia COVID-19 sobre la salud integral de las personas internadas y quienes trabajan en el área de salud, en general, y de los trabajadores del HECA, en particular.

## MATERIALES Y MÉTODOS

En el año 2021, desde el Instituto de Psicología del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de Rosario 2 Circ. (provincia de Santa Fe), bajo la premisa de aportar un enfoque integral y contemplativo de los distintos planos de la Salud, nos preguntamos: ¿cómo afectó la pandemia y sus vicisitudes a las/os profesionales de la salud que trabajaron en Unidades COVID-19?; ¿cómo se vio afectada la salud mental de los sujetos internados por Coronavirus? Para obtener respuestas a dichos interrogantes, nos pusimos en contacto con el Comité de Docencia e Investigación Interdisciplinario del HECA. El Proyecto “Salud y Pandemia COVID-19. Una mirada desde la Psicología” fue aprobado por dicho comité.

Es pertinente señalar que la idea inicial del Proyecto consistía en entrevistar a un grupo pequeño de profesionales de la salud del Hospital (médico/as y enfermero/as que hayan atendido pacientes con COVID-19). Se esperaba que accedieran a tener una entrevista individual y virtual (vía plataforma de videoconferencias “Zoom”), teniendo conocimiento previo de las preguntas y dando su consentimiento informado para que la grabación de la misma pudiera ser -o no- difundida. Sin embargo, la convocatoria no tuvo la recepción esperada, frente a lo que se tomó



la decisión de realizar una encuesta optativa y anónima. Se utilizaron Formularios “Google” para administrarlas y recolectar los datos para su posterior análisis. Las mismas se enviaron vía correo electrónico y “WhatsApp” a los diferentes referentes de las áreas, para que luego ellos las distribuyeran al personal de salud.

La encuesta se distribuyó entre los/as profesionales pertenecientes a los espacios de Terapia intensiva, Sala y Guardia que atendían exclusivamente a pacientes internados por enfermedad por Coronavirus. Podían ser completadas en horario laboral o fuera del mismo. Fueron respondidas entre los meses de Octubre y Noviembre de 2021.

Es importante señalar que, si bien la encuesta fue enviada y distribuida a una población de 120 personas para ser completada, solo 25 personas respondieron a la misma.

Contamos con la participación de diferentes tipos de profesionales de la salud: 4 Enfermera/os (de Terapia intensiva, Sala y Guardia); 17 Médica/os (de terapia intensiva, sala y guardia) y 4 Psicóloga/os y Psiquiatras. Entre las personas que respondieron la encuesta, 19 son de género femenino y 6 de género masculino. En cuanto a las edades, nos encontramos con 16 personas pertenecientes al rango etario de 41 a 60 años, y 9 personas de 21 a 40 años.

La herramienta utilizada para recolectar los datos fue una encuesta de 10 preguntas, diseñada para la presente investigación, con opciones mayoritariamente cerradas. Se incorporaron 2 preguntas abiertas.

Una vez finalizadas las encuestas, se utilizó la metodología de análisis “Estudio de casos”, ya que posibilita un tipo de acercamiento a los datos de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo.

Cabe destacar que la perspectiva teórica subyacente y las preguntas que motorizaron la investigación parten de la mirada integradora de la Psicología, área de estudio y abordaje de la Psicología. Este enfoque pondera la interacción de los distintos planos que conforman el constructo “Salud”, aspectos psíquicos, biológicos y sociales, que se entrelazan dando lugar a los procesos de salud-enfermedad. La mirada de la Psicología parte de un paradigma integrador, que entiende al sujeto como una unidad psicopatológica compleja. El enfermar no es visualizado como un proceso puramente “biológico”, ni la salud es pensada como la mera ausencia de patología evidenciable. Los aspectos que intervienen en el desencadenamiento, sostenimiento y afrontamiento de estados de enfermedad y salud, son de índole física, psíquica, relacional y comunitaria, que se ponen en juego simultáneamente en un contexto histórico, social y cultural específico.

## RESULTADOS

En lo que respecta a la salud integral y salud mental de las/os Profesionales de la Salud (PS) se pudo observar y profundizar de qué modo se vieron afectados desde lo psico afectivo en el ámbito laboral durante el tiempo de pandemia.

En la primera pregunta de la encuesta, se investiga la forma en que cada sujeto percibió su propia adaptación a los cambios acontecidos en su trabajo a causa de la pandemia. Podemos constatar que los/as 25 trabajadores/as de la salud que respondieron la encuesta, manifestaron haber logrado algún tipo de adaptación en su ámbito laboral, 4 de 25 PS manifestaron haber tenido una “muy buena” adaptación, 14 de 25 PS respondieron haber tenido una “buena” adaptación a los cambios en su trabajo. Es decir, dos tercios (72%) de las/os encuestadas/os señala que la adaptación fue “buena” y “muy buena”. (Figura 1)

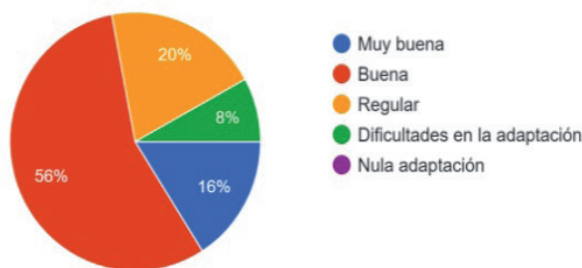


Figura 1. ¿Cómo auto percibís tu adaptación a los cambios en tu trabajo por la pandemia COVID-19?

La segunda pregunta de la encuesta, estuvo dirigida a saber si la irrupción del COVID-19 representó un evento traumático en la vida de cada PS. Del total de las encuestas, 21 de 25 PS coincidieron en que la irrupción del COVID-19 “sí, representó un evento traumático”. (Figura 2)

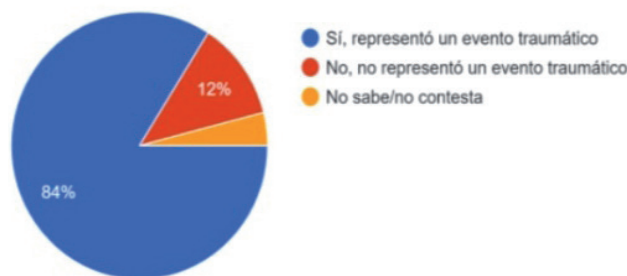


Figura 2. ¿Representó la irrupción del COVID-19 un evento traumático en tu vida?

La octava pregunta, profundiza sobre el registro interno que cada PS tuvo sobre los cambios que

pudo haber notado en “su estado de salud general durante el tiempo de la pandemia”. Observamos que la mayoría de las/os PS detectó cambios en su estado de salud general.

En la novena pregunta de la encuesta, se indaga sobre las modificaciones que han podido observar los/as PS en determinados hábitos de su vida durante el tiempo de pandemia, encontramos las siguientes replicas: 19 de 25 PS coinciden en que el “sueño” fue el hábito más afectado, siguiendo en orden descendente modificaciones en el “descanso/ocio”, la “actividad física” y la “alimentación”. Sorprendentemente, a propósito de la restricción social obligatoria que se impuso en Argentina, la “sociabilización” se mantuvo en la mayoría de los casos sin demasiadas alteraciones.

El séptimo ítem de la encuesta, es el primero con respuesta abierta: “¿Hay alguna experiencia que te haya resultado especialmente movilizante en este tiempo de pandemia? ¿Querés contarnos algo sobre eso, sin dar nombres propios?”. Entre las experiencias laborales más movilizantes relatadas por las/os PS durante el tiempo de pandemia, pudimos detectar algunas coincidencias en los relatos, que expresaban lo difícil que fue atravesar el fallecimiento de compañeros de trabajo. Una PS de terapia intensiva (dificultad en la adaptación al trabajo y el COVID-19 representó un evento traumático) relató lo siguiente: “*muchos compañeros muertos y con secuelas, estrés*”. Un PS de sala (adaptación regular al trabajo y el COVID-19 representó un evento traumático) relataba: “*muerte de compañeros, muerte de dos o más integrantes de una familia*”. Un PS de guardia (buena adaptación al trabajo y el COVID-19 representó un evento traumático) compartió en su relato: “*la enfermedad en compañeros de trabajo que han fallecido a raíz de esta causa*”. A esas pérdidas humanas, cercanas y dolorosas, se sumaban otros relatos que exponían situaciones angustiantes, como lo expresó otra PS de sala (buena adaptación al trabajo, el COVID-19 representó un evento traumático): “*los casos donde varios integrantes de una misma familia debían estar internados y uno o más de ellos fallecía*”.

Entre otras situaciones movilizantes relatadas por las/os PS, encontramos las siguientes vivencias laborales: “*las muertes de gente joven y sin antecedentes*” (comparte una PS de sala, buena adaptación al trabajo, el COVID-19 no representó un evento traumático), los relatos de dos PS de guardia (con buena y regular adaptación al trabajo, para ambas el COVID-19 representó un evento traumático) que compartieron lo angustiante que fue vivir momentos en los que tenían que elegir a quién intubar primero ante la demanda de tantos casos: “*Si, fue angustiante elegir a quien íbamos a intubar y a quien no...*”. Una PS de terapia in-

tensiva (buena adaptación al trabajo, el COVID-19 representó un evento traumático) manifestó su angustia del siguiente modo: “*siempre vemos morir pacientes, pero era muy difícil ver a toda la sala mal, casi ninguno salvable*”. De estas experiencias compartidas, es posible inferir, que la asistencia clínica, en los espacios de cuidados especiales a pacientes infectados por Coronavirus (terapia intensiva, sala y guardia del HECA) durante el tiempo de pandemia, fue fuente de angustia y malestar para las/os PS.

La décima pregunta (con respuesta abierta) indagaba: “En relación a tu experiencia laboral, especialmente en este tiempo de pandemia, ¿Querés compartir alguna situación que te haya brindado gratificación?”. De los relatos obtenidos, algunas/os encuestadas/os coincidieron en que hubo un fortalecimiento del trabajo en equipo: “*Mucho compañerismo y los pacientes que pudimos salvar aunque quizás ni nos conozcan*” (relata una PS de terapia intensiva, dificultad en la adaptación al trabajo, el COVID-19 representó un evento traumático); “*El fortalecer el trabajo en equipo*” (comparte un PS de sala, buena adaptación al trabajo, el COVID-19 representó un evento traumático). Otros/as PS expresaron lo satisfactorio que fue poder acompañar a los pacientes en su recuperación desde la asistencia médica y emocional: “*Apoyo a los pacientes desde lo emocional además de la parte médica terapéutica*” (escribe un PS de sala, adaptación regular al trabajo, el COVID-19 representó un evento traumático); “*El agradecimiento de muchos pacientes*” (destaca una PS de guardia, buena adaptación al trabajo, el COVID-19 representó un evento traumático); “*La gente recuperada que se iba y se va de alta*” (expresa una PS de sala, buena adaptación al trabajo, el COVID-19 no representó un evento traumático). También compartieron lo gratificante que fue reencontrarse con amigos y familiares que transitaron la enfermedad con buenos resultados: “*el volver a ver a conocidos que estuvieron en Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) en la Unidad Terapia Intensiva (UTI) y han sorteado la enfermedad de buena manera*” (describe un PS de guardia, buena adaptación al trabajo, el COVID-19 representó un evento traumático).

Estas breves viñetas, transmiten el bienestar que generó a los/as PS haber obtenido resultados positivos en la asistencia médica y brindar contención emocional a los pacientes internados por COVID-19. Es posible vislumbrar que hubo un fortalecimiento del trabajo en equipo e hipotetizar que el mismo funcionó como espacio de contención. Tal vez, dicho fortalecimiento contribuyó a posibilitar la continuidad del trabajo durante la pandemia, más allá de las condiciones sociales desfavorables y los cambios súbitos en el ámbito laboral.

En cuanto a los aspectos subjetivos y psicoafectivos de los enfermos internados por COVID-19, hallamos los siguientes datos aportados por quienes los atendieron:

La tercera pregunta de la encuesta, apunta a conocer si los/as PS consideran que el tránsito por la enfermedad de COVID-19 pudo haber representado un evento traumático para los pacientes que asistieron. La mayoría, 23 de 25 PS, coincidieron y consideran que “sí, representó un evento traumático”. (Figura 3)



Figura 3. ¿Consideras que el tránsito por la enfermedad COVID-19 representó un evento traumático para los pacientes que asististe?

La cuarta pregunta de la encuesta, indaga a los/as PS, acerca de las conductas y manifestaciones psicofísicas más observadas en los pacientes durante el tránsito por la enfermedad y el aislamiento en las unidades COVID-19. La mayoría coincidieron en la elección de determinadas manifestaciones anímicas, 21 de 25 PS pudieron identificar en los pacientes estados de “angustia” y “miedo”, seguidos por sentimientos de “soledad” y “ansiedad”.

La quinta pregunta de la encuesta, apunta a saber si las/os PS consideran que el tránsito por el COVID-19 afectó la salud mental de los pacientes que atendieron. La mayoría, 20 de 25 PS, coincidieron en que afectó “en gran medida” la salud mental de los pacientes. (Figura 4)

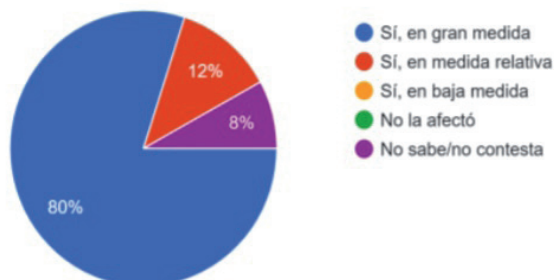


Figura 4. ¿Consideras que el tránsito por el COVID-19 afectó la salud mental de los pacientes que atendiste en consultas o en los distintos tipos de internación?

## DISCUSIÓN

Como ha sido expuesto, en un primer momento, el proyecto consistía en realizar algunas entrevistas por medio de la plataforma de videoconferencias Zoom a profesionales de la salud (PS) que les interesara participar. Sin embargo, no hubo nadie que se sumara, solo se escuchó silencio ante la invitación. En función de ello, la modalidad de entrevista fue reformulada en forma de encuestas. Si bien, en alguna medida estas fueron respondidas, es significativo el bajo número de encuestas realizadas en relación a la población convocada. De 120 trabajadoras/es, solo 25 personas la completaron. Frente a la posibilidad de decir algo acerca de esta experiencia tan crítica como potencialmente traumática, se escuchó una réplica silenciosa. La nulidad o escases de respuestas resuenan como un indicador al que es necesario atender. Luego de haber atravesado por un escenario al que fácilmente podríamos emparentar con una batalla, con escenas que evocan tiempos de guerra, la imposibilidad de trasladar a palabras lo experimentado, da lugar a la pregunta sobre cuál ha sido el destino de lo vivenciado. Es decir ¿ha podido ser elaborado? ¿Ha podido ser simbolizado? Si bien excede a los alcances del presente trabajo profundizar sobre el motivo de la exigua respuesta, o si ha habido posibilidad de elaborar psíquicamente lo vivenciado por las/os PS, es posible aventurar, frente al silencio, que tal vez no ha habido un espacio/tiempo o recursos simbólicos suficientes para hacerlo. Se desprende de lo investigado, la necesidad de crear dispositivos terapéuticos que favorezcan el procesamiento de lo vivido por los/as trabajadores/as, tanto a nivel individual como grupal.

Desde el enfoque de la psicología, partimos de la premisa: lo que no ingresa en la cadena discursiva, lo no verbalizado, puede verse traducido en un déficit representacional, déficit que se halla íntimamente ligado al desarrollo de “somatizaciones”, a la afectación de la salud mental y al agotamiento psicofísico de los sujetos. Esta es una forma posible de leer ese silencio y escasez de respuesta, evaluar si se tradujo en afectaciones como las mencionadas, será objetivo de otro estudio, pero es lícito realizar esta lectura utilizándola como faro que guíe la acción psicoterapéutica e investigaciones futuras.

De las encuestas recolectadas, más de la mitad de las/os PS, 18 de 25 PS respondieron haber tenido una “buena” o “muy buena adaptación” a los cambios sufridos en su trabajo a causa de la pandemia por COVID-19. Por otro lado, 21 de 25 PS, coincidió en que la irrupción del COVID-19 representó un evento traumático en su propia vida.

Si bien lo referido como “buena adaptación” a los cambios en el trabajo podría considerarse una res-

puesta “positiva”; observamos que la mayoría señala adaptarse “bien” pero, al mismo tiempo, también la mayoría percibió la irrupción de la pandemia como un evento traumático. Podemos inferir entonces una contradicción, es decir, hay algo que resulta traumático pero simultáneamente es posible adaptarse “bien”, considerando que la definición misma de lo traumático conlleva un déficit en la capacidad para afrontar dicha situación. En este punto se torna necesario abrir signos de interrogación sobre si la adaptación ha sido aparente, retomando lo planteado por Pichón Rivière (1971) al modo de la “adaptación alienada o pasiva”. Podemos afirmar que algo del orden de lo alienado o estereotipado puede leerse en el análisis conjunto de las encuestas, este concepto alude a un proceso que no es saludable, a un proceso que deja por fuera la posibilidad verdadera de transformar la realidad y transformarse con ella. Frente a un escenario con potencial traumatizante, que la adaptación al mismo sea parcial, sea aparente, que no habilite el reconocimiento de la dificultad con la que se está lidiando, que venga de la mano de continuar realizando las actividades laborales como si lo acontecido no fuera profundamente movilizante, puede ser terreno fértil para problemáticas del orden de la salud integral y del agotamiento laboral. Se torna vital prestar especial atención a la salud mental de los/as trabajadores/as, ponderando el escenario crítico que vivieron. Atender los efectos, visibles o no, de la crisis que atravesaron. Reforzar el cuidado de la salud mental de los sujetos (PS) que debieron responder a las demandas del medio y salir a pelear en las “trincheras hospitalarias”, exponiendo su salud y lidiando con muertes que los tocaban de cerca. Para comprender la naturaleza del contexto y sus implicancias, basta con atender a lo que algunos/as PS delinearon con breves narraciones en las que expresaban situaciones movilizantes tales como: “la enfermedad en compañeros de trabajo que han fallecido a raíz de esta causa”; “los casos donde varios integrantes de una misma familia debían estar internados y uno o más de ellos fallecía”; “Si, fue angustiante elegir a quien íbamos a intubar y a quien no...” ante la demanda de tantos casos.

En múltiples relatos escritos, puede vislumbrarse una tonalidad afectiva de tristeza y dolor presente en el personal de la salud, asociada a vivencias de fallecimientos y a la particular circunstancia en que estos se daban, durante un periodo de tiempo pandémico que no permitía detenerse siquiera un momento a despedir a los muertos por el riesgo del contagio. ¿Qué lugar se ha dado a nivel individual y colectivo a ese dolor? ¿Ha podido ser registrado a nivel simbólico? ¿Ha tenido su debido abordaje o tratamiento? ¿Se lo ha nombrado debidamente? En tanto el trán-

sito por este contexto pandémico ha sido un evento masivo, la pregunta por el dolor individual, y si existió la posibilidad de tramitarlo, toma relevancia social. Poder identificar la vivencia particular y colectiva, así como lo traumático de lo vivido, posibilitará pensar estrategias de abordaje terapéutico necesarias para dar respuesta a lo acontecido.

Por otro lado, poniendo el foco en los “pacientes”, casi todas/os las/os PS que respondieron la encuesta (23 de 25 PS) coincidieron en considerar que el tránsito por la enfermedad de COVID-19 representó un evento traumático para ellos, quienes estuvieron internados a causa del virus.

El trauma psíquico se produce cuando un sujeto se ve desbordado emocionalmente ante la posibilidad de responder adecuadamente a un acontecimiento de la vida y como consecuencia de ello, no alcanza a elaborar psíquicamente la cantidad de excitación que está recibiendo, esto puede provocar trastornos patógenos duraderos en la organización psíquica y somática de una persona. Podemos afirmar que la internación requerida por la infección por COVID-19 cumplió con este criterio de trauma psíquico y por ello debe ser tratado como tal, contemplando las implicancias y limitaciones que conlleva en la vida de los sujetos.

Abordar los efectos que puede haber dejado el tránsito por la internación, particularmente en el plano de la salud mental, se torna vital y necesario. En tanto suceso traumático, las grietas y resabios de lo vivido, si no son lo suficientemente elaboradas, pueden resultar nocivos así como limitantes en la calidad de vida. Poner el acento en la implicancia psíquica que conllevó el hecho de transitar una enfermedad como la producida por el Coronavirus, más allá del saldo en la salud biológica, es una asignatura pendiente. Profundizar en las consecuencias que ha dejado el traumatismo psíquico asociado al tránsito por la enfermedad COVID-19 en sus formas moderadas o graves, atañe a la Salud Pública. Es incumbencia de la Salud Pública, en tanto es una enfermedad que han padecido miles de personas en sus formas más graves y, a su vez, hemos experimentado en conjunto como sociedad, tanto en el plano individual como colectivo.

La internación por COVID-19 se asocia a un estado de vulnerabilidad en la salud mental de los sujetos, observándose estados de “miedo”, “angustia”, “soledad” y “ansiedad” que signan el tránsito por la misma.

La Pandemia afectó aspectos subjetivos y psicoafectivos tanto de los/as trabajadores/as de la salud como de las personas que tuvieron que ser internadas. Su irrupción es considerada como un hecho traumático por la mayoría de los/as PS y por lo tanto, debe

ser atendida desde un dispositivo psicoterapéutico.

A modo de conclusión y a la luz del trabajo recorrido, de los relatos recuperados, de los indicadores analizados; resulta significativamente cercana la analogía de la Pandemia con la Guerra, en relación a las consecuencias que deja un escenario bélico y su consabido efecto post traumático en quienes batallaron y en la población general. Pensamos el escenario “pospandemia” siguiendo un paralelismo con la “posguerra”. Resulta vital considerar y reconocer la permanencia de los efectos de lo vivido, escuchar las voces de quienes combatieron en las “trincheras hospitalarias del covid-19”, ese espacio de lucha que representaron las Guardias, las Salas y las Terapias intensivas, dando lugar a la expresión del sufrimiento y las vulnerabilidades que deja como saldo el haber transitado por un espacio de tales características.

Agradecemos a cada profesional de la salud que colaboró con el proyecto, dedicando un momento de su tiempo para responder la encuesta y compartir algo de lo vivenciado en las unidades hospitalarias para la atención de pacientes que enfermaron a causa del COVID-19, durante el transcurso de la pandemia.

## BIBLIOGRAFÍA

- 2. Alonso J, et al. Impacto en la salud mental del personal sanitario español de la primera ola de la pandemia COVID-19: un amplio estudio transversal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2021;14:90-105.
- Ley 25.326. Ley de Protección de los Datos Personales (2000). El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina.
- Laplanche J, Pontalis J-B, Lagache D. Paidós (eds) Diccionario de Psicoanálisis, 1.a.ed. 1967, 9.a.reimp. 2007. 447.
- Ley 26.657 y Decreto reglamentario 603/13, Ley Nacional de Salud Mental (2010). Ministerio de Salud Argentina. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- 155. Novas SV, et al. Frecuencia de ansiedad, estrés postraumático y “burnout” en personal de salud en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*. 2022;33:25–35.
- Organización Mundial de la Salud (17/06/2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- Organización Panamericana de la Salud (23/05/2022). Determinantes sociales de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, 2017. Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants-es.html>
- Pichón Rivière, E. (1982). El Proceso Grupal. Editorial Nueva Visión.
- Salvo Spinatelli, J. Psicología Social. Enrique Pichón Rivière. Junio de 1907 - Julio de 1977. Universidad de la República Uruguay. 2007. [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/int-teorias\\_enrique.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/int-teorias_enrique.pdf)
- 3. Esteban-Sepúlveda S, et. al. Pandemia COVID-19 sobre profesionales sanitarios en un hospital de tercer nivel en España: cambios laborales durante la primera ola, salud mental a los 4 meses y seguimiento a los 9 meses. *Enfermería Clínica*. 2022;32:143-151.
- 12. Urribarri, F. Entrevista a Pierre Marty. *Revista Zona Erógena*. 1992.

# CORRELACIÓN DE LAS DISTINTAS LESIONES POR HPV EN CITOLOGÍA, BIOPSIA INCISIONAL Y ESCISIONAL

*Dra. Serra Magdalena\**; *Dra. Roggi Sofía\**; *Dra. Diaz Virginia\**

\* *Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA), Rosario*  
Correspondencia: *magdalena\_serra@hotmail.com*

## RESUMEN

**Objetivos:** Valorar las correlaciones cito-histológicas en pacientes derivadas de centros de atención primaria por diagnóstico de lesión intraepitelial cervical de bajo y alto grado en screening de patología cervical con posterior tratamiento escisional; calcular la sensibilidad de la citología y del diagnóstico histológico y su valor predictivo positivo en el diagnóstico de lesiones por HPV de bajo y alto grado.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Se estudiaron 305 pacientes a las cuales se les realizó conización de cérvix en el periodo comprendido entre Enero 2019 a Diciembre 2021.

**Resultados:** Se evaluó la citología cervical previa al procedimiento escisional: del total de las pacientes el 62.3% presentaban H-SIL/ASC-H, el 28.2% LSIL/ASCUS y el 9.5% Negativo/Sin datos. La correlación entre biopsia y conización llega a ser de un 70.6% en los casos de biopsia con HSIL; cuando la lesión es de bajo grado la correlación disminuye a un 28%. Similar resultado se obtuvo entre citología e histología el cual fue del 30% en PAP con lesiones de bajo grado y del 58.4% en alto grado. La citología presentó una sensibilidad para LSIL del 76% y para HSIL del 89%, mientras que la histología fue del 68% y 88% respectivamente. El valor predictivo positivo (VPP) para citología y biopsia fue del 78% y 83% respectivamente.

**Conclusión:** La correlación cito-histológica aumenta proporcionalmente con el incremento en el grado de lesión por HPV. Obtuvimos una sensibilidad y VPP acorde a lo esperable según bibliografía consultada.

**Palabras claves:** *citología cervical, conización, lesión de alto grado.*

## ABSTRACT

**Objectives:** To assess the cyto-histological correlation in patients referred from primary care centers due to a diagnosis of low and high-grade cervical intraepithelial lesion in cervical pathology screening with subsequent excisional treatment; to calculate the sensitivity of cytology and histological diagnosis and its positive predictive value in the diagnosis of low and high-grade HPV lesions.

**Materials and methods:** Retrospective, descriptive, observational study. Three hundred and five patients who underwent conization of the cervix in the period between January 2019 and December 2021 were studied.

**Results:** Cervical cytology prior to the excisional procedure was evaluated: of all the patients, 62.3% presented H-SIL/ASC-H, 28.2% LSIL/ASCUS, and 9.5% Negative/No data. The correlation between biopsy and conization reaches 70.6% in cases of biopsy with HSIL; when the lesion is low-grade, it decreases to 28%. A similar result was obtained between cytology and histology, which was 30% in PAP with low-grade lesions and 58.4% in high-grade. Cytology presented a sensitivity for LSIL of 76% and for HSIL of 89%, while histology was 68% and 88%, respectively. The positive predictive value (PPV) for cytology and biopsy was 78% and 83%, respectively.

**Conclusion:** The cytohistological correlation increases proportionally with the increase in the degree of HPV injury. We obtained a sensitivity and PPV according to what was expected according to the bibliography consulted.

**Keywords:** *cervical cytology, conization, high grade lesion.*

## INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CCU) es la quinta neoplasia en frecuencia en mujeres en el mundo y la segunda en nuestro país, luego del cáncer de mama.<sup>1</sup> En la Argentina se diagnostican alrededor de 4.500 casos nuevos por año de CCU y mueren casi 2500 por esta enfermedad, cifras estimadas al 2020 por la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer - IARC.<sup>2</sup> En la Provincia de Santa Fe, durante el período 2005 – 2010, 485 mujeres fallecieron por causas asociadas al cáncer de cuello de útero, siendo la tasa de mortalidad específica similar a la publicada a nivel nacional.<sup>3</sup>

La infección por el Virus del Papiloma Humano (HPV) constituye la más frecuente de las infecciones de transmisión sexual (ITS). La infección por HPV es muy frecuente en la población joven sexualmente activa. En ellas se estima hasta un 50% de positividad para ADN de HPV. En la mayoría de los casos se trata de infecciones transitorias, autolimitadas y sin consecuencias oncopatogénicas.<sup>4</sup> Infecciones persistentes por los tipos de VPH de alto riesgo oncogénico pueden llevar a desarrollar cáncer cervical, anal, de pene, vaginal, vulvar y orofaríngeo, usualmente luego de varias décadas.<sup>5</sup>

Hacia la adolescencia los esfuerzos del sistema de salud deben estar dirigidos a la promoción de la salud y prevención primaria con la vacunación y la consejería sexual. En la edad reproductiva y con el inicio de las relaciones sexuales, la estrategia obligada la prevención secundaria a través del screening de lesiones intraepiteliales y detección de la infección por el virus del papiloma humano. En edades posteriores, hacia los 45 años, los esfuerzos se centrarán en el manejo y tratamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado y tratamiento del cáncer cervicouterino.<sup>6</sup>

En su Nueva Guía del 2022, la Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia en conjunto con la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, recomiendan el tratamiento escisional a toda paciente con biopsia cervical positiva para lesión de alto grado (CIN III y CIN II con p16+, excepto en las menores de 25 años con ZT tipo 1 y 2 y posibilidad de seguimiento citocolposcópico cada 6 meses por dos años), persistencia de discordancia citocolposcópica con sospecha de lesión de alto grado (H-SIL) y ante persistencia de lesión de bajo grado (L-SIL) luego de dos años de seguimiento en pacientes con cofactores y factores de riesgo.<sup>2</sup>

En Argentina se desarrolla el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC-Res. Ministerial 1261/2011), dependiente del Instituto Nacional del Cáncer del Ministerio de Salud de la Nación (INC/MSAL), cuyo objetivo general es reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix.<sup>7</sup>

Para las pacientes de efectores de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario se aplican las normativas establecidas por el PNPCC-INC. Para prevención primaria del CCU se realiza vacunación contra el HPV –obligatoria por el calendario de vacunación de la Nación Argentina en niñas y niños de 11 años-. Para prevención secundaria se realiza el screening de CCU a partir de los 25 años o a los 3 años posteriores del inicio de las relaciones sexuales con citología y, a partir de los 30 años, Co-test (uso combinado de citología y PCR VPH).

El consultorio de Patología del Tracto Genital Inferior (TGI) del CEMAR, junto con el Hospital Roque Sáenz Peña, centralizan a las pacientes derivadas de efectores de salud correspondientes a la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado. Realizamos manejo y tratamiento dichas lesiones, con su posterior seguimiento. El consultorio de TGI del CEMAR asiste a pacientes dependientes de 27 centros de salud y cuenta con disponibilidad de 350 turnos mensuales aproximadamente.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y longitudinal. Se analizaron 305 pacientes con conización de cérvix realizadas en el CEMAR y en el HECA entre Enero de 2019 hasta Diciembre de 2021. La búsqueda de dichos datos se realizó utilizando dos bases de datos, realizadas por los residentes del Servicio de Ginecología; a saber: “Ficha de TGI” y “Excel de morbilidad”, donde se registran todas las cirugías realizadas por nuestro servicio en cualquiera de los dos efectores mencionados.

Posteriormente se realizó la búsqueda de los resultados de citología e histología de las pacientes conizadas en dicho período en el sistema SisPAP (sistema que cuenta con los resultados anatomopatológicos como PAP-CEC, biopsias de cérvix, conizaciones de toda la red pública de la provincia de Santa Fe), creando de esta forma una base de datos para el acceso del profesional.

Las variables consideradas fueron: edad, citología y biopsia cervical previa a la conización, motivo de conización y resultado anatomopatológico del cono.

Se evaluó la correlación entre citología y biopsia, de biopsia y conización cervical; y citología y conización.

Además, se calculó la sensibilidad de la citología y biopsia incisional por separado en función de los resultados del cono, para diagnóstico de lesiones de bajo grado, alto grado y para toda lesión por HPV. Luego se analizó el valor predictivo positivo de cada método diagnóstico.

## RESULTADOS

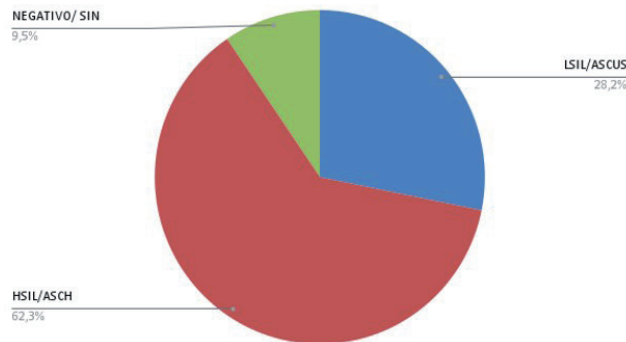
Se analizaron los datos de 305 pacientes con biopsias escisionales realizada de Enero 2019 a Diciembre 2021. La media de edad fue 39.2 años (rango de 20 - 74 años).

El motivo de la conización fue en el 59.3% por HSIL, 11.1% por LSIL persistente, 26.2% por discordancia citocolpohistológica y en el 2.3% no se obtu-

vieron datos del motivo.

Se evaluó la citología realizada previa al procedimiento escisional: del total de las pacientes (n 305) el 62.3% (n 190) presentaban H-SIL/ASC-H en PAP, el 28.2% (n 86) L-SIL/ASCUS y el 9.5% (n 29) Negativo/Sin datos. **(Gráfico 1)**

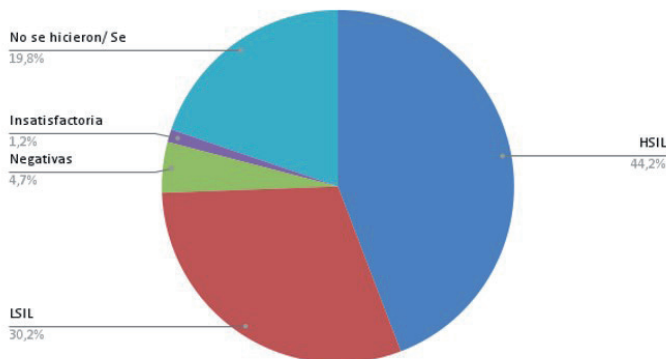
**Gráfico 1. PAP de las pacientes conizadas. (n 305)**



En pacientes con PAP que informaban lesiones de bajo grado (n 86), se correlacionó con la biopsia posterior que coincidió en el 30.2% (n 26) de los casos con

L-SIL, en el 44.2% (n 38) el resultado fue H-SIL, 5.8% (n 5) insatisfactorias o negativas y en el 19.8% (n 17) no presentaban diagnóstico histológico. **(Gráfico 2)**

**Gráfico 2. Lesiones de bajo grado en PAP. Resultado de la biopsia. (n: 86)**

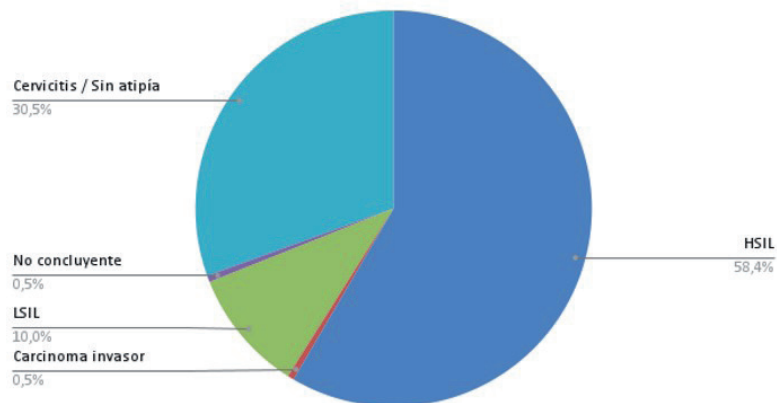


Con respecto a los PAP informados como lesiones de alto grado (n 190), en el 58.4% (n 111) de los casos la biopsia coincidió con el resultado de H-SIL, en un

10% (n 19) se obtuvo L-SIL, en un 0.5% (n 1) Carcinoma invasor, y en un 30.5% (n 58) Cervicitis/Sin atipia. El 0.5% (n 1) fue No concluyente. **(Gráfico 3)**



**Gráfico 3. Lesiones de alto grado en PAP. Resultado de la biopsia. (n: 190)**



Al observar la correlación entre biopsia y conización, observamos que la misma llega a ser de un 70.6% en los casos de biopsia con H-SIL, observando un up stage a un Carcinoma invasor en un 9.8%

de los casos y un down stage en el 15.6%; en cambio, cuando la lesión es de bajo grado la correlación disminuye a un 28%. (Tabla 1)

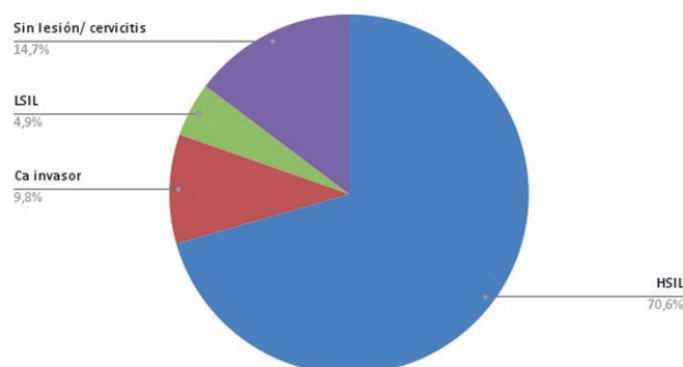
CORRELACIÓN		CONIZACIÓN		
		HSIL	LSIL	CA INVASOR
BIOPSIA	HSIL	70.6%	4.9%	9.8%
	LSIL	44.0%	28%	2%

**Tabla 1. Correlación entre biopsia y conización.**

Con respecto a las pacientes conizadas en el período previamente mencionado, observamos que en un 9.5% no presentaban citología (no realizada o sin informe), cuyas biopsias fueron en un 51.7% H-SIL, 20.7% L-SIL, 17.2% Sin biopsia o Negativa, 6.9% Carcinoma de Cel. Escamosas y 3.4% Proliferación glandular atípica. (Gráfico 4).

Del 6.9% (n 5) de pacientes que no presentaban biopsia o cuyo resultado fue negativo y recibieron dicho tratamiento escisional, el 80% se informó con lesión (60% H-SIL, 20% Carcinoma invasor) y un 20% sin lesión en la pieza de conización.

**Gráfico 4 Biopsia HSIL. Correlación con conización. (n 163)**



Analizando la Sensibilidad de cada método diagnóstico, evidenciamos que la citología presenta una sensibilidad para L-SIL, H-SIL y cualquier tipo de lesión por HPV del 76%, 89% y 92% respectivamente en comparación con la histología cuya sensibilidad

fue del 68%, 88% y 91% respectivamente, arrojando tasas similares. Se calculó además el Valor Predictivo Positivo de ambos métodos para diagnóstico de lesiones por HPV el cual fue para citología del 78% y para histología del 83%. (Tabla 2).

	PAP			Biopsia		
	LSIL	HSIL	Lesión por VPH	LSIL	HSIL	Lesión por VPH
Sensibilidad	76%	89%	92%	68%	88%	91%
VPP			78%			83%

Tabla 2. Sensibilidad del PAP y Biopsia según las distintas lesiones por VPH.

## CONCLUSIÓN

El presente estudio, tiene sus limitaciones por ser de carácter retrospectivo. Cabe mencionar además que el consultorio de Tracto Genital Inferior recibe pacientes derivadas de múltiples efectores de atención primaria con patología cervical, por lo que tal vez la sensibilidad y el valor predictivo positivo de los métodos se ven sesgados por la patología prevalente. En algunos casos al ser pacientes derivadas incluso de efectores que no pertenecen a nuestra población ya delimitada, nos encontramos con citologías cervicales que no se encuentran en sistema o derivaciones sin citología por cérvix que a la especuloscopia impresionan patológicos. Las circunstancias por las cuales la paciente llega a la conización cervical sin un resultado de citología, o con citología negativa son variadas; a destacar: tomadas en lugar al cual no tenemos acceso, cérvix sangrante, tumor clínico. Ante esto, se cuenta con colposcopia de alta resolución para una mejor evaluación y biopsia dirigida. No siempre los resultados reflejan la imagen observada en la especuloscopia y, en estas ocasiones, se han decidido biopsia escisional con la finalidad de un diagnóstico certero. Si analizamos estos últimos casos, 4 de 5 pacientes presentaron patología de alto riesgo y carcinoma invasor. La conclusión al respecto es que la conización cervical no siempre es terapéutica, sino que, a veces, es necesaria para un correcto estudio ante una discordancia cito-colpo-histológica.

En nuestro estudio observamos una correlación entre citología e histología del 30% en PAP con lesiones de bajo grado y del 58.4% en alto grado, lo cual implica que aumenta el porcentaje de correlación proporcionalmente con el incremento en el grado de lesión por HPV. La mismo ocurre cuando evaluamos la correlación entre biopsia y pieza de conización, cuyo porcentaje es del 28% para L-SIL y 70.6% para H-SIL.

Una revisión sistemática demostró que la correlación entre detección de H-SIL por citología cervical y diagnóstico histológico de lesión de alto grado cervical es buena pero no lo suficientemente fuerte para poder confiar en la citología para el screening y manejo de las lesiones cervicales, debido a que, en ese caso, 22.5% pacientes estarían siendo sobretratadas.<sup>8</sup> En un estudio butanés, la correlación entre la citología y la histología fue del 43.81% con una discrepancia total en el 11.7%.<sup>9</sup> Nuestro estudio presenta una correlación promedio del 44.9%.

Si se analiza la relación entre biopsia cervical y el resultado histológico obtenido en la pieza de conización, un estudio serbio demostró una tasa de falsos positivos del 13.65% y una discrepancia del 43.8%, con una sensibilidad de la citología PAP y colposcopia del 87-99% pero una baja especificidad (23-87%)<sup>10</sup>

Cuando analizamos la incidencia de carcinoma invasor oculto, aproximadamente una de cada 10 pacientes con biopsia de HSIL, se sometieron a conización cervical, y esta última informó una neoplasia maligna invasora, por lo que destacamos y afirmamos la importancia en estos casos de una biopsia escisional para definir y confirmar el diagnóstico con mayor certeza. En el análisis del tamaño muestral total, el carcinoma oculto correspondió al 6.2% de las pacientes, porcentaje similar al observado en un estudio serbio realizado en 130 pacientes.<sup>12</sup>

Al finalizar el análisis se realizó el cálculo de la sensibilidad y VPP de ambos métodos diagnósticos (citología e histología) -Ver tabla 2- El estudio presentó una sensibilidad en citología para detectar cualquier tipo de lesiones por VPH del 92% y en biopsia del 91%, valores algo mayores a lo consultado con la bibliografía existente. Según un estudio<sup>11</sup>, la sensibilidad de la citología para el diagnóstico de cán-

cer cervicouterino es del 76% con una especificidad del 48%, valor muy diferente si se lo compara con otro estudio<sup>12</sup> donde la especificidad es alrededor del 89%. En un estudio realizado en Países Bajos<sup>13</sup>, encontraron que la sensibilidad de la citología cervical para la detección de lesiones de alto grado es del 64.6% y una especificidad del 98.7%. El VPP calculado en nuestro estudio para detectar cualquier tipo de lesión por HPV fue del 78% para citología y del 83% para biopsia, comparativamente similares a los informados en una revisión sistematizada publicada en el 2019<sup>7</sup>.

Para concluir, hemos podido dar respuesta a nuestros objetivos, obteniendo cifras similares a lo reportado en la bibliografía actual; estudio que nos permite evaluar nuestra praxis diaria y auditar lo realizado para así mejorar en las estrategias de diagnóstico y posterior tratamiento, sin dejar de priorizar las estrategias de prevención primaria y secundaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades. Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológica. Consenso Nacional Inter sociedades sobre cáncer de cuello uterino. Agosto 2015.
- Nueva Guía 2022. Prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino: "Manejo del tamizaje anormal y de las lesiones histológicas del cuello uterino". SAPTGlyC – SOGIBA. 2022.
- Dirección de Promoción y Prevención de la Salud. Gobierno de Santa Fe. Situación del cáncer de cuello uterino en la Provincia de Santa Fe. Año 2012. <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/244709/1287131/>
- Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervicouterino. Guía Programática Abreviada para el Tamizaje del Cáncer Cervicouterino. Enero 2014.
- Meites E et al. Human Papillomavirus Vaccination for Adults: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR*. August 16, 2019 (Vol. 68. No. 3)
- Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. *N Engl J Med*. 2005 Nov 17;353(20):2101-4.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. Julio 2022. <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pnpcc>
- Karia, N., Van Loon, A., Simoens, C., Benoy, I., & Bogers, J. (2019). The Positive Predictive Value of High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion on Cytology for the Histological Diagnosis of Cervical Intraepithelial Neoplasia 2 or Higher: A Systematic Review. *Acta Cytologica*, 1–9.
- Dorji et al. Evaluation of the diagnostic performance of colposcopy in the diagnosis of histologic cervical intraepithelial neoplasia 2+ (CIN2+). *BMC Cancer* (2022) 22:930.
- Alajona M et al. Comparison the histopathological findings after cervical biopsy and excisional procedures. *Acta Medica (Hradec Kralove)*. 2013; 56(1):19-22
- Araujo I, Rosales B, Peña I, Araujo Grijalva I. Sensibilidad y especificidad de diagnósticos citológicos cervicouterinos, prueba PCR-hrHPV y diagnósticos histopatológicos, en el Hospital Solón Espinosa Ayala, SolcaQuito. *Rev. Oncol. Ecu* 2017;27(3):218-227.
- Arbyn M, Ronco G, Anttila A, Meijer CJ, Poljak M, Ogilvie G, Koliopoulos G, Naucler P, Sankaranarayanan R, Peto J. Evidence regarding human papillomavirus testing in secondary prevention of cervical cancer. *Vaccine* 2012; 30:F88-99.
- Rijkaart DC, Berkhof J, van Kemenade FJ, Coupe VM, Rozendaal L, Heideman DA, Verheijen RH, Bulk S, Verweij W, Snijders PJ, Meijer CJ. HPV DNA testing in population-based cervical screening (VUSA-Screen study): results and implications. *Br J Cancer* 2012; 106:975-981.

## TUMOR TESTICULAR BILATERAL EN PACIENTE CON HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA

*Dra Hails Emilia<sup>1</sup>; Dr Herrera Claudio<sup>1</sup>; Dra Redin Ivana<sup>2</sup>; Dr Maximino Guillermo<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Servicio de Urología;

<sup>2</sup> Servicio Anatomía Patológica. Hospital de Emergencias Clemente Álvarez (HECA), Rosario

Correspondencia: Emiliahails7@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Existen reportes de tumores testiculares asociados a hiperplasia suprarrenal congénita (HSC). Se presentará un caso de un paciente de 25 años con HSC diagnosticada en la infancia asociada a diagnóstico ecográfico incidental de tumor testicular bilateral por antecedente de traumatismo.

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 25 años de edad con antecedente de HSC en la infancia consulta por un traumatismo testicular izquierdo. Se realiza ecografía que informa en testículo derecho formación hipocogénica heterogénea de 30mm x 16mm y en el izquierdo, formación mixta con áreas líquidas en su interior de 17mm x 9mm, ambas presentando vascularización al doppler color.

Debido al diagnóstico de masa ocupante de espacio (MOE) testicular bilateral se procede a realizar ecografía abdominal con los siguientes hallazgos positivos:

En proyección de topografía de glándula suprarrenal derecha se observa la presencia de una gran formación ecogénica, heterogénea, de contornos lobulados que mide aprox. 106mm x 56mm. En topografía suprarrenal izquierda otra formación de similares características a las descritas anteriormente, redondeada, que mide aprox. 144mm de diámetro mayor.

El paciente refiere haber realizado tratamiento con prednisona 5mg/día en infancia, hasta la pubertad, cuando lo interrumpe por motivos personales.

Dado el diagnóstico de déficit de 21 hidroxilasa, el abandono de tratamiento y los hallazgos ecográficos descriptos anteriormente se solicita TAC de abdomen y pelvis que informa:

Voluminosas lesiones retroperitoneales que re-

emplazan a las glándulas suprarrenales, siendo más notorio el compromiso retroperitoneal del lado izquierdo. Ambas lesiones presentan contornos lobulados y definidos con una densitometría predominantemente grasa.

En el examen físico a la inspección impresiona: baja talla, obesidad central, extremidades delgadas, cuello corto. Al examen físico genital, se evidencia equimosis escrotal por antecedente de traumatismo, pene sin particularidades, ambos testículos con aumento de consistencia, en bolsa escrotal con marcada disminución en el tamaño de gónada izquierda.

Por el diagnóstico de moe testicular bilateral se solicitan marcadores tumorales, los cuales resultaron negativos. Se realizaron 2 espermogramas consecutivos, separados por 3 meses los cuales evidenciaban azoospermia. El resto del laboratorio sin particularidades.

El paciente retoma el tratamiento con corticoides; comienza con prednisona 5 mg a las 8 hs y 16 hs. Se evalúa evolución de masas tanto testiculares como suprarrenales con nueva imagen de control donde no se evidencia regresión sino, aumento de tamaño de las mismas. Por lo cual, se decide orquiectomía inguinal bilateral comenzando por la derecha (por presentar mayor tamaño de este lado) y suprarrenalectomía bilateral obteniendo como resultado de las biopsias:

Ambos testículos: se plantea diagnóstico diferencial entre tumor testicular del síndrome adrenogenital / tumor de restos adrenales testiculares y tumor de células de Leydig, resultando dificultosa su diferenciación desde la histomorfología. La inmunomarcación no resulta categórica. Es necesario correlacionar con datos clínicos, endocrinológicos, antecedentes de laboratorio

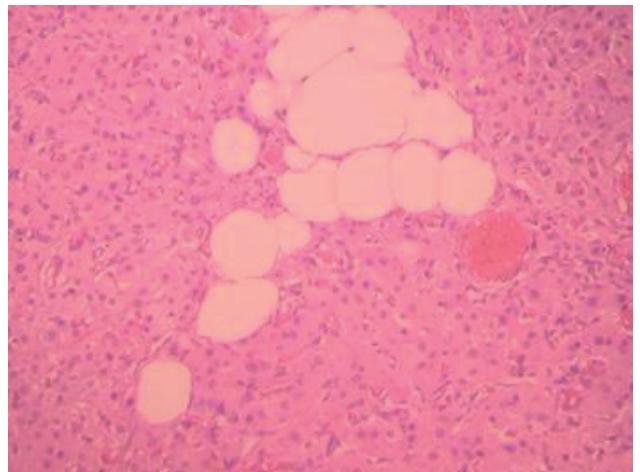
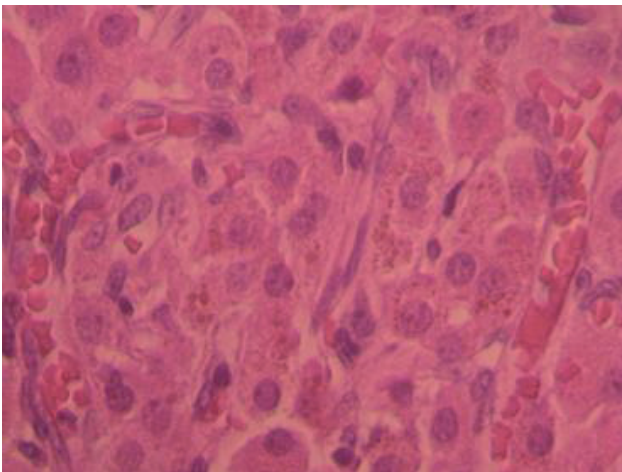
Los hallazgos de la suprarrenalectomía bilateral serían vinculables a mielolipoma en el contexto de hiperplasia suprarrenal preexistente (*Imágenes 1, 2, 3 y 4*)



**Imagen 1.** Pieza de orquiectomía inguinal derecha.

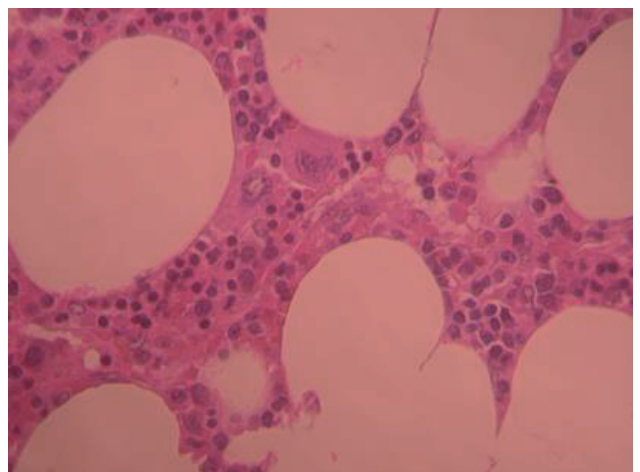
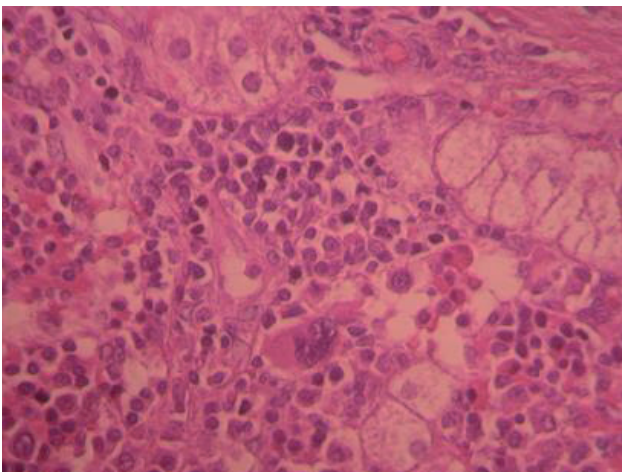


**Imagen 2.** Pieza suprarrenalectomía izquierda



**Imagen 3.** Corte Microscopía de Suprarrenal

- (A) Se observan células mieloides rodeadas de células suprarrenales normales
- (B) Se observan adipocitos y células mieloides sugerentes de mielolipoma.



**Imagen 4.** Microscopía testículo derecho

- (A) Células teñidas de Lipofuccina
- (B) Metaplasia adipoidea sugerente de origen mielolipoma suprarrenal.

## DISCUSIÓN

La HSC engloba todos los trastornos hereditarios de la esteroidogénesis suprarrenal del cortisol. En función del déficit enzimático se conocen siete formas clínicas de hiperplasia suprarrenal congénita.<sup>(1)</sup>

En más del 90% de los casos se debe a una deficiencia de la 21-hidroxilasa (21-OH). La prevalencia de este déficit es variable, dependiendo de la población estudiada, pero se estima que en los casos más severos (forma clásica) alcanza a 1/12 000 nacimientos y en los casos menos graves (forma no clásica) a 1/100 a 1/1000 nacidos vivos.<sup>(2)</sup>

La 21-hidroxilación suprarrenal es catalizada por el citocromo P450c21, enzima que convierte progesterona a deoxicorticosterona y 17-hidroxiprogesterona a 11-deoxicortisol, lo que culmina con la síntesis de aldosterona y cortisol, respectivamente. En la HSC por déficit de 21-OH hay una disminución de la síntesis de cortisol, induciéndose la elevación de los niveles de ACTH y la estimulación de la esteroidogénesis suprarrenal, la cual es derivada hacia la síntesis de andrógenos debido al bloqueo enzimático.

Los pacientes con HSC Clásica tienen menor fertilidad que la población normal, que se puede explicar por alteraciones funcionales y anatómicas. El exceso de andrógenos suprarrenales puede producir supresión crónica de las gonadotrofinas, induciendo un hipogonadismo hipo gonadotropo. Por otra parte, se ha observado la presencia de Restos Testiculares de Glándula Suprarrenal (RTGS) con prevalencia variable (0 a 94%), dependiendo de la población seleccionada y el método de detección. El desarrollo de la corteza suprarrenal primitiva ocurre cerca de las gónadas y los RTGS son considerados como tejido suprarrenal aberrante que ha descendido junto con las gónadas.<sup>(1)</sup>

Histológicamente en los testículos de los pacientes con RTGS se ha descrito disminución del diámetro de los túbulos seminíferos, fibrosis intersticial focal y peritubular y hialinización tubular. A la microscopía electrónica, semejan un tumor de células de Leydig con rasgos consistentes de células secretoras de esteroides; al contrario del tumor de células de Leydig, los RTGS nunca contienen cristaloides de Reinke.<sup>(3)</sup>

La regresión de las masas testiculares luego del tratamiento con corticoides sugiere origen adrenal de la lesión, pero la falla en la regresión no prueba el origen intersticial del tumor.

## CONCLUSIÓN

Nuestro paciente nos planteó un desafío sobre la conducta quirúrgica a seguir sobre las masas testiculares bilaterales. Si bien luego de retomar el tratamiento hormonal no se evidenció regresión de dichas masas, el resultado histopatológico de los testículos nos sugiere correlacionar los hallazgos con la clínica y antecedentes del paciente, por lo cual se confirma como restos de tejido ectópico suprarrenal. Si bien es poco frecuente, esta información debe tenerse en consideración ante la aparición de una MOE testicular en pacientes con antecedente de HSC.

## REFERENCIAS

- <sup>(1)</sup> Hiperplasia suprarrenal congénita José Ignacio Labarta Aizpún, Antonio de Arriba Muñoz, Marta Ferrer Lozano Unidad de Endocrinología. Servicio de Pediatría. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.
- <sup>(2)</sup> Revista Chilena de Pediatría. "Hiperplasia Suprarrenal Congénita". ScieLo.
- <sup>(3)</sup> Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes. "Tumor testicular por restos suprarrenales en un adolescente con hiperplasia suprarrenal congénita clásica. Revisión de su fiopatología e implicancias en fertilidad".
- Endocrinology, Diabetes, Metabolism Case Report "Giant myelolipomas and inadvertent bilateral adrenalectomy in classic congenital adrenal hyperplasia" Division of Endocrinology, Diabetes, and Metabolism, Department of Medicine, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin, USA.
- Actas urológicas Españolas 2003. "Hiperplasia de restos adrenales en el testículo: una causa infrecuente de infertilidad masculina".

## MANEJO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA ESOFAGOYEYUNAL POST GASTRECTOMÍA TOTAL

*Dra Mian María Jesús\*, Dra Calderón Melissa\*, Dr. Nadalin Pablo\**

\* Servicio de Cirugía General. Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA), Rosario  
Correspondencia: mariajmian@gmail.com

### RESUMEN

La filtración por dehiscencia anastomótica, fístula y perforación esofágicas, representan entidades de gran morbimortalidad. El riesgo de presentar una fuga en una anastomosis esofágica es de aproximadamente 4 a 30% de los casos, con una mortalidad de 35 a 70%. El tratamiento quirúrgico de las mismas se asocia a una mortalidad de 60 a 100%, por lo que en las últimas décadas se han desarrollado diversos tratamientos endoscópicos. Se presenta un caso de una mujer de 54 años, en el que se decide conducta quirúrgica por diagnóstico de sospecha de tumor de GIST en estómago. Se realiza una gastrectomía total y se confecciona una esófago-yeyuno anastomosis. La anatomía patológica e inmunohistoquímica de la pieza quirúrgica confirma el diagnóstico presuntivo, con ganglios libres de metástasis, correspondiendo a una estadificación pT4 pN0. Se objetiva en el postoperatorio una fístula esofago-yeyunal, presenta prueba de azul de metileno positiva por lo que se opta por la colocación endoscópica de STENT esofágico que obture el orificio fistuloso. Evoluciona de forma favorable, presenta tolerancia oral y se otorga el alta hospitalaria.

**Palabras claves:** *filtración de anastomosis, esófago-yeyuno anastomosis, STENT esofágico*

### SUMMARY

Leakage due to anastomotic dehiscence, esophageal fistula and perforation represent entities with high morbidity and mortality. The risk of having a leak in an esophageal anastomosis is approximately 4-30% of cases, with a mortality of 35-70%. Their surgical treatment is associated with a mortality of 60 to 100%, which is why various endoscopic treatments have been developed in recent decades. A case of a 54-year-old woman is presented, in which surgical conduct was decided due to a suspected diagnosis of a GIST tumor in the stomach. A total gastrectomy is performed and an esophagus-jejunoanastomosis is made. The pathological and immunohistochemical anatomy of the surgical specimen confirmed the presumptive diagnosis, with lymph nodes free of metastasis, corresponding to pT4 pN0 staging. An esophageal-jejunal fistula was observed in the postoperative period with a positive methylene blue test, so endoscopic placement of an esophageal STENT was chosen to obstruct the fistulous orifice. He evolved favorably, presented oral tolerance and was discharged from the hospital.

**Keywords:** *leaking anastomosis; esophageal-jejunal anastomosis; esophageal STENT*

### INTRODUCCIÓN

La filtración por dehiscencia anastomótica, fístula y perforación esofágicas, representan entidades de gran morbimortalidad. El riesgo de presentar una fuga en una anastomosis esofágica es de aproximadamente 4 a 30% de los casos, con una mortalidad

de 35 a 70%.

Anteriormente se ha considerado a la cirugía como pilar fundamental del tratamiento, aunado al uso de antibióticos, descompresión nasogástrica, nutrición parenteral total y drenaje de colecciones. El

tratamiento quirúrgico de las mismas se asocia a una mortalidad de 60 a 100%, por lo que en las últimas décadas se han desarrollado diversos tratamientos endoscópicos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta un caso de una mujer de 54 años, con antecedentes de colecistectomía e hipertensión arterial (HTA) tratada, que consulta por epigastralgia y plenitud postprandial de 9 meses de evolución. Al examen físico presenta tumoración palpable en epigastrio, indolora. Se realizan estudios complementarios (laboratorio, videoendoscopia digestiva alta (VEDA), TAC, RMI) y se decide conducta quirúrgica por diagnóstico de sospecha de tumor de GIST (tumor del estroma gastrointestinal) en estómago.

Se realiza una gastrectomía total y se confecciona una esófago-yeyuno anastomosis termino-lateral con sutura circular Nº 25. Se realiza además yeyunostomía de alimentación. La anatomía patológica e inmunohistoquímica de la pieza quirúrgica confirma el diagnóstico presuntivo, con ganglios libres de metástasis, correspondiendo a una estadificación pT4 pN0.

Al sexto día postoperatorio se realiza estudio contrastado esófago-yeyunal en el cual se observa filtración de contraste a través de la unión, constatándose además débito entérico escaso por drenaje de cavidad. Se decide entonces conducta quirúrgica, se realiza re-laparotomía y se direcciona la fístula digestiva a través de drenaje tubo Kehr abocado al exterior.

A los 7 días presenta prueba de azul de metileno positiva por lo que se opta por la colocación endoscópica de STENT esofágico que obture el orificio fistuloso. Evoluciona de forma favorable, se realiza nuevo estudio contrastado en el cual no se observa fuga de contraste a cavidad abdominal. Se realiza prueba de tolerancia oral y posteriormente se otorga el alta hospitalaria.

## DISCUSIÓN

La resolución de la fístula esófago-yeyunal es un gran desafío terapéutico. La misma requiere de un abordaje multidisciplinario por las implicancias que

la internación prolongada determina en el estado nutricional y psíquico de los pacientes quienes son vulnerables a múltiples interurrencias infecciosas, perpetuando el cuadro.

El uso de técnicas mínimamente invasivas, como la colocación endoscópica de un STENT esofágico que obture el orificio fistuloso ha demostrado ser una alternativa terapéutica sumamente valiosa en el tratamiento de las mismas, impactando directamente en la reducción de los costos y la estadía hospitalaria.

## CONCLUSIÓN

El uso de endoprótesis auto-expandibles para el manejo de la dehiscencia de anastomosis, con el principio fundamental de cobertura del sitio de la fuga, evitando la salida de secreciones y asegurando un adecuado sello «a prueba de agua», ha tenido resultados favorables.

Hay que tomar en consideración que para ello se debe tener una sospecha temprana y un diagnóstico preciso del defecto esofágico. Un ejemplo de que menos, puede ser más.

## BIBLIOGRAFÍA

- Esophageal stenting for benign and malignant disease: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021.
- El Hajj II, Imperiale TF, Rex DK, Ballard D, Kessler KA, Birdas TJ et al. Treatment of esophageal leaks, fistulae, and perforations with temporary stents: evaluation of efficacy, adverse events, and factors associated with successful outcomes. *Gastrointest Endosc.* 2014; 79: 589-598.
- Hoepfner J, Kulemann B, Seifert G, Marjanovic G, Fischer A, Hopt UT et al. Covered self-expanding stent treatment for anastomotic leakage: outcomes in esophagogastric and esophagojejunal anastomoses. *Surg Endosc.* 2014; 28: 1703-1711.
- Willingham FF, Buscaglia JM. Endoscopic management of gastrointestinal leaks and fistulae. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2015; 13: 1714-1721.



# DESCRIPCIÓN DE CIRCUITO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DR. CLEMENTE ÁLVAREZ DESDE EL AÑO 2019 HASTA ACTUALIDAD

Dupuy Rubén Darío\*; Rojas Marina Antonela\*

\* Servicio de Enfermería de Unidad de Terapia Intensiva. Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA), Rosario

Correspondencia: [marinha\\_r89@hotmail.com](mailto:marinha_r89@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

En diciembre del año 2019, en la Ciudad de Wuhan China, se constató un brote de una enfermedad de etiología desconocida la cual causó neumonía en individuos infectados. Este evento generó gran preocupación e incertidumbre por su velocidad de contagio y su mortalidad fue relacionada al síndrome de distrés respiratorio agudo.

La población afectada, en un principio, correspondía a un grupo de trabajadores provenientes de un mercado mayorista donde se comercializaban carnes, mariscos y aves.

Según estudios, los primeros 425 casos confirmados sostuvieron que la dinámica de transmisión de esta enfermedad podría haberse generado por un virus de fuente zoonótica o ambiental del mismo mercado, el cual aumentó su contagio de persona a persona.

Para el diagnóstico, se utilizaron reactivos mediante Mp-Pcr con cebadores y sondas específicos para 2019 n\_covid de muestras de vías respiratorias superiores e inferiores llevadas a cabo por el instituto nacional de control de enfermedades virales de China. *Qun Li, (2020)*

En enero de 2020 el patógeno causante de la enfermedad fue denominado Coronavirus y su transmisión de humano a humano es mucho más contagiosa que tanto el SARS-CoV y MERS-CoV. *Zhang, (2020)*. Como respuesta principal el gobierno de China comenzó a limitar los movimientos de personas dentro y fuera de la ciudad.

En mes de marzo del 2020 la OMS declaró Pandemia Mundial a la enfermedad conocida como COVID, provocando el cierre total de las fronteras terrestres y aéreas, un aislamiento total y masivo produciendo un

quiebre total de la economía, modos de producción, Capitalismo y Globalización a nivel mundial.

## REPERCUSIÓN DE COVID-19 EN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS EN ARGENTINA

En nuestro país, según las recomendaciones de la sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), el incremento de casos covid 19 representa una demanda elevada en la utilización de recursos en las unidades de Cuidados Intensivos (UCIs). Los pacientes severamente enfermos requerirán intubación, soporte ventilatorio, y/o múltiples fármacos, incluido el uso de vasopresores y soluciones para infusión endovenosa. Aquellos menos críticos requerirán al menos oxígeno y soluciones endovenosas.

La existencia de equipos de protección personal (EPP), dispositivos para oxigenoterapia y algunos medicamentos pueden agotarse rápidamente. Por lo tanto, una de las tareas más importantes en el contexto de una pandemia es desarrollar una lista de prioridades que detalle las cantidades esenciales de equipamientos y suministros que deben almacenarse para asegurar la atención adecuada de los pacientes y a la vez minimizar el riesgo de infección del personal que proporciona los cuidados. *Mosciaro, M; et al. (2020)*

Mencionado lo anterior, la reorganización de las unidades de cuidados críticos en contexto de covid 19 en la gestión y la asistencia de enfermería tuvo varias modificaciones no solo en medida de la utilización de los recursos materiales, sino también en adquisición de recursos humanos, educación, entrenamiento, disponibilidad de camas y modificación de

tareas asociadas al cuidado de los usuarios.

Mencionado este escenario, nos realizamos la siguiente pregunta. ¿Cuál es la descripción del circuito de atención de enfermería durante la pandemia de COVID-19 en la Unidad de Cuidados Críticos en el Hospital de Emergencia Dr. Clemente Álvarez desde el año 2019 hasta la actualidad?

## OBJETIVO

Describir el circuito de intención de enfermería durante la pandemia de Covid 19 en la unidad de Cuidados Críticos en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez desde el año 2019 hasta la actualidad.

## RESULTADOS

La unidad de cuidados críticos ediliciamente tiene 4 sub áreas las cuales cuentan con recursos materiales y recursos humanos distribuidos específicamente para cada área en particular. Hasta el mes de marzo del año 2020 la dotación de cama útiles era de 20 camas, por lo que en el transcurso de la pandemia se incrementó a 24 (4 camas adicionales).

Con respecto al recurso humano, el personal de enfermería se vio afectado disminuyendo su dotación diaria de 32 enfermeros en lugar de 48, por motivo de personal afectado a la enfermedad (casos confirmados y sospechosos), y por las licencias otorgadas a los trabajadores que poseían enfermedades de riesgo como: sobrepeso, obesidad, enfermedades respiratorias, cardiológicas y embarazadas.

Consecuentemente se incorporo personal de nuevo ingreso a modo de emergencia con evaluación previa de acuerdo a su experiencia y capacidad por parte del Departamento de Supervisión de enfermería y Secretaria de Salud Pública.

En tarea de prevención se aumentó la cantidad de recursos materiales, equipo de protección personal (batas hidropelentes, guantes, barbijos, cofias, máscaras, antiparras), y se realizó un protocolo de entrenamiento sobre vestirse y desvestirse con EPP en caso de urgencia.

Con respecto al circuito de rotación y tareas de enfermería se realizó una redistribución total del trabajo para respetar las áreas sucias y limpias, realizando las tareas administrativas al inicio de la guardia por parte de los enfermeros correspondientes al área y luego división de trabajo de acuerdo al nivel de exposición. Resultando dos enfermeros en el área asistencial con EPP, para las actividades de baño, higiene y confort, administración de medicación, asistencia a instrumentaciones, manejo de vía aérea, resolución

de urgencias, entre otras. Otro enfermero quedaba a disposición en el área limpia para la coordinación de medicación y proveer material para los compañeros que se encontraban en el área contaminada.

La educación a pares fue un aspecto muy importante que se destacó en el servicio ya que se realizó al equipo de mucamas, camilleros, personal de nuevo ingreso y médicos nuevos incorporados en contexto de urgencia para mejorar la atención de los pacientes.

## CONCLUSIONES

La pandemia mundial ha traído un conjunto de aprendizajes a nivel disciplinario e interdisciplinario y reflejo que los resultados son más que satisfactorios cuando se trabaja conjuntamente con el objetivo de garantizar el cuidado de la salud de la población.

Si bien la demanda en la Ciudad de Rosario de los pacientes diagnosticados con Covid 19 fue extensa (notificada según las salas de situaciones de la Municipalidad de Rosario) la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez pudo estar provista en cuanto recurso material: EPP, recurso farmacológico y recurso humano.

Podemos destacar la colaboración de enfermería en cuanto a nuevas estrategias de trabajo, junto al personal médico, kinesiólogos, servicio de limpieza, servicio de diagnóstico por imagen entre otros y declarar que no hubo contagios institucionales de personal de enfermería en donde se hayan contagiado directamente de los usuarios infectados en el servicio. De manera que resalta eficientemente el buen uso de los recursos aún en periodos de desconcierto y desconocimiento en cuanto al modo de transmisión de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Qun Li, M. X. (2020). Dinámica de transmisión temprana en Wuhan, China, de neumonía infectada por coronavirus. *The New England Journal of Medicine*,
- Zhang, Y. (2020). Vigilancia vital: las características epidemiológicas de un brote de nuevas enfermedades por coronavirus de 2019, China 2020. *China CDC Weekly*. China CDC Weekly.
- Mosciaro, M; et al. (2020). Recomendaciones Para Planificar la Gestión de Suministros Necesarios en Las Unidades de Cuidados Intensivos Durante la Pandemia de COVID-19. Comité de Gestión, calidad y Scores. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

# RELATO DE EXPERIENCIA DESDE LA GESTIÓN DURANTE LA PANDEMIA “ESTRATEGIAS PARA ORGANIZAR UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN”

Lic. Brito, Luz María\*

\* Supervisora Enfermería. Hospital de Emergencias Dr Clemente Alvarez (HECA). Rosario  
Correspondencia: luzmbrito@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

El nuevo coronavirus SARS-CoV-2, surgido en China, fue oficialmente declarado como causador de pandemia en Marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El SARS-CoV-2 provoca enfermedad respiratoria asintomática o con síntomas comunes al Síndrome Gripal (GP) de leves, en la fase inicial, gripal o de respuesta viral, a graves con síntomas de neumonía en la fase inflamatoria o pulmonar o sistémica con complicaciones como Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG) y/o disfunción de multiorgánica que pueden ser fatales. La transmisión ocurre de persona a persona por medio de contacto sin protección de hasta 1,5 metros a través de gotas de flugge de nariz o boca, o forma indirecta por contacto con los objetos contaminados.

Un sexto de los pacientes desarrolla dificultades para respirar y, por lo tanto, demanda mayor atención a la salud, internación hospitalaria y puede necesitar cuidados intensivos con alto riesgo de muerte.

Los casos de muerte, en su mayoría, ocurren en pacientes del grupo de riesgo: anciano, con comorbilidades graves o con desequilibrios (cardiopatías, neumopatías, inmunodepresión, enfermedades renales crónicas); fumador; obeso y puérpera, pasaron a ser parte de este grupo.

De esta forma, hospitales de todo el mundo se vieron sobrecargados, con escasez de Equipamientos de Protección Individual (EPI) para el equipo de salud y problemas estructurales, tornándolo como un desafío nuevo para ser enfrentado por sistemas de salud públicos.

Por la falta de vacuna y de tratamiento específico, la principal medida para contención de la pandemia y la minimización de la sobrecarga de los servicios de salud es la mitigación alternativa (combinación de

aislamiento de casos, cuarentena domiciliaria y distanciamiento social de la población)

Además, es necesaria la identificación de personas enfermas, asistencia médica, acompañamiento de contactos y preparación de instituciones de salud para manejar la aparición de un brote de pacientes y entrenar profesionales de salud.

## DESARROLLO

El 11 de Marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud estableció el Estado de Pandemia por un nuevo agente causal de la familia *Coronaviridae*, el SARS-CoV-2, y cuya enfermedad se ha denominado COVID-19, con una gran velocidad de expansión y gravedad.

Comenzó la Pandemia de COVID-19 en la República Popular China comenzó con un brote epidémico detectado por primera vez el 17 de diciembre 2019 en Wuhan (Hubei), posiblemente en un mercado de animales vivos, mariscos y pescados. Los primeros casos descritos fueron neumonías.

En Argentina el primer caso confirmado fue el 5 de marzo 2020, desde entonces el número de contagios aumenta rápidamente, y se implementan diversas medidas para su prevención, siendo el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, del 20 de Marzo 2020, la de mayor impacto social.

La declaración de la misma, ha sobrepasado y puesto al límite a todos los Sistemas Sanitarios del Mundo, significó un fuerte e inesperado impacto en las Instituciones de Salud, produciendo modificaciones en la atención, nuevos desafíos para los trabajadores de la salud y la población.

El principal problema planteado fue inicialmente el desconocimiento de esta enfermedad, por lo que

la fase de respuesta tanto a nivel sanitario como gubernamental se ha visto afectada constantemente, además acompañada de la rapidez del contagio y expansión entre la población.

La Gestión y Organización de los hospitales de nuestro país se han visto alteradas para poder hacer frente a la pandemia por COVID-19. Se han generado protocolos y recomendaciones en cuestiones de protección y seguridad hospitalaria optimizando la dedicación de recursos humanos e infraestructuras de las diferentes unidades y servicios.

La pandemia COVID 19 introdujo a las Instituciones de Salud en un contexto de crisis enmarcada por el Impacto Socio-Sanitario Nacional y Mundial. En la mayoría de los hospitales hubo cambios que implicaron consecuencias emocionales tales como el incremento del nivel de estrés, ansiedad y depresión ante lo desconocido y tener que enfrentar nuevos retos y desafíos a este nuevo escenario.

Desde el inicio de la pandemia, la participación y compromiso del Servicio de Enfermería ha sido una pieza clave en la gestión llevada a cabo en los distintos centros, instituciones y sistemas sanitarios de todo el mundo. A través de los diferentes roles (gestión, coordinación y asistencial), estos profesionales han protagonizado muchos de los procesos contemplados en esa readaptación del modelo asistencial vigente impuestas por las exigencias de la crisis generada por el COVID, y en las que han quedado patentes las principales habilidades inherentes a la profesión: flexibilidad, adaptabilidad, creatividad, trabajo en equipo, empatía, capacidad organizativa, y sobre todo, perspectiva humanista del cuidado y visión holística del paciente.

La magnitud del impacto producido por la pandemia nos ha mostrado que los abordajes desde el sector de salud son múltiples y heterogéneos, las intervenciones no solo estuvieron destinadas al grupo de infectados, sino también a los familiares y a los profesionales intervinientes.

El Personal de Enfermería de los diferentes sectores del Hospital de Emergencia Dr. Clemente Álvarez (HECA), mantuvo una reacción adaptativa efectiva ante la situación amenazante de la pandemia. Se enfocaron en la aplicación estricta del protocolo de bioseguridad establecido por la institución, garantizando así, la asistencia continua y la calidad de atención a los pacientes.

Para organizar de manera óptima y dar una respuesta hospitalaria adecuada y oportuna, se organizó desde la Dirección del Hospital un "Comité de Crisis", integrado por las diferentes disciplinas, donde se debatían cuestiones relacionadas con la pandemia, y así determinar una única línea de mando en la toma de decisiones.

Se definieron objetivos claros que se dieron a conocer a todo el personal hospitalario, a través de reuniones en los diferentes turnos de trabajo, para dar respuesta en todos los niveles de la organización (estratégico, gestión, táctico /operativo) mejorando la coordinación institucional.

Cabe destacar que la reorganización de los servicios no solo se limitaba al aumento en el número de camas o complejidad de estas; sino además a mantener los servicios para pacientes con otras condiciones de salud agudas o crónicas que requerían un manejo prioritario y un trabajo que se orienta a la reorganización de los servicios hospitalarios de manera articulada con la red integrada de los Servicios de Salud (por las complejidades de la demanda).

Esta situación provoca que los Sistemas de Salud de la Provincia de Santa fe que pasen, de un momento a otro, a tener que enfrentarse a una demanda creciente, en algunos casos extremadamente alta, de pacientes graves, portadores de una enfermedad altamente contagiosa, de alta letalidad, con un cuadro clínico desconocido y sin tratamiento disponible. Sin que se adopten medidas de control adecuadas, la velocidad de transmisión del virus puede generar para los servicios de salud una asunción de pacientes en un aumento de volumen, principalmente de aquellos con mayor complejidad como en Rosario el HECA.

El HECA, trabajó coordinado con toda la red de salud, cumplió un rol fundamental en el abordaje de enfermedades agudas, emergencias, traumas y de atención a pacientes con Covid 19.

A partir de un plan de contingencia diagramado para asistir a los pacientes infectados, las autoridades sanitarias, redefinieron la estrategia de atención en cuanto a la redistribución de nuestro efector, no solo para seguir atendiendo las urgencias y emergencia sino también ante los posibles casos de pacientes con sospecha de coronavirus ; en este sentido se determinó que todo paciente que ingresaba por la guardia inconsciente era sospechoso para esta patología por lo que se aislaba tratándolo como tal, hasta obtener los resultados de laboratorio respectivos.

La arquitectura moderna del hospital permitió la reestructuración, que para el HECA significó un cambio de paradigma en los circuitos de los usuarios externos (pacientes) y sobre todo un cambio en la lógica de pensamiento de los trabajadores, lo cual se logró gracias a la fortaleza más importante de la institución que es el sentido de pertenencia de los equipos.

En este sentido, el protocolo del HECA hizo hincapié en tres escenarios posibles:

- **Escenario I:** El hospital se preparó para recibir un bajo porcentaje de pacientes diagnosticados con un sistema de salud suficientemen-

te preparado para asistirlo. En esta etapa el hospital acondiciono el Area de Emergencia primaria para la admisión de posibles casos Covid-19. Fundamental la admisión del paciente al momento del ingreso al hospital donde se realiza el primer Triage para asistirlo en los consultorios del sector de la guardia. La importancia de este proceso es la identificación y el aislamiento precoz ya sea en el efector o en domicilio

- **Escenario II:** El hospital se preparaba para un aumento de los números de pacientes diagnosticados con la enfermedad de coronavirus. En este caso, se aumenta en un 50% más el número de camas críticas, se pasa de 20 camas críticas con respirador en cada una de ellas a 30 camas críticas con respirador. Este equipamiento se logró adquirir a través de la Municipalidad de Rosario y otra entrega por el Gobierno de la Provincia de Santa Fe.
- **Escenario III:** De crisis, con un gran aumento de casos, donde la capacidad de atención se puede ver limitada o con grandes posibilidades de que el sistema de salud se vea colapsado. Ante esta situación existe la posibilidad de ampliar la capacidad en más de un 100%, es decir de ascender a 50 camas criticas totales con respirador dado que la estructura edilicia lo permite, en caso de ser necesario. En cuanto a la capacidad de camas no criticas (sectores de internación), el HECA dispone actualmente de 48 camas sin oxigenoterapia y otras 48 camas con sistema de oxigenoterapia. En esta situación de crisis se podría aumentar esta capacidad llegando a 89 camas sin oxígeno y a 102 camas con oxigenoterapia. En el marco del protocolo, también se decidió implementar un circuito interno para todo el personal del hospital para el ingreso como también para la circulación para identificar las zonas por donde transitar para su lugar de trabajo. Para esto se reservó un ascensor “COVID-19” para el traslado de los pacientes, un nuevo Triage, completamente separado de las denominaciones áreas limpias.

Se aumentó el recurso humano en general y en particular el de enfermería debido a que muchos agentes al inicio de la pandemia usufructuaron Licencia Preventiva por COVID de acuerdo a lo establecido en el DNU (Decreto de Necesidad y Urgencia), a lo que se sumó, el ausentismo previsto, imprevisto. Como contrapartida y con objeto de generar más recursos, se suspendieron todas las franquicias, incluyendo la Licencia Anual Ordinaria e ingresaron de forma inmediata 12 enfermeros en calidad de reemplazantes.

Durante los años 2020 y 2021 ingresaron por la Emergencia Sanitaria 87 enfermeros para dar respuesta a la alta demanda hospitalaria. En Marzo del 2020 la dotación de Enfermería era de 317 enfermeros y en la actualidad contamos con 344 enfermeros.

En relación al perfeccionamiento y actualización de los profesionales, y teniendo en cuenta el aislamiento social preventivo, desde el Departamento de Enfermería, se organizó, un Curso de Teleeducación On Line sobre “La atención a pacientes de Alto Riesgo”, Capacitación conjunta con la Enfermera en Control de Infecciones (ECI) del hospital, sobre el “Uso de los Elementos de Protección Personal (EPP) y las Normas de Bioseguridad “ en todos los turnos y servicios según la dinámica de cada uno; en esta actividad se sumó una Supervisora con quién se realizaba dicha capacitación in situ. Se ejecutaron capacitaciones teórico-práctico sobre armado y manejo inicial del respirador, a cargo de supervisores, enfermera jefe del área de Terapia Intensiva y el personal asistencial. Además se efectuó una filmación-video al respecto.

Con el Servicio de Kinesiología, conjuntamente con los Enfermeros Jefes de los Sectores de Internación (A1, A2, B1, B2), Jefes de Clínica Médica y Supervisores, llevaron a cabo la capacitación sobre “el Uso de los diferentes Dispositivos para la Administración de Oxígeno “.

En este marco, el Servicio de Salud Mental del hospital, puso a disposición un “Dispositivo de escucha y contención para todos los profesionales” y la Dirección de Salud Mental de la Secretaria de Salud Publica un dispositivo de atención telefónico.

Se disminuyeron las cirugías programadas dando respuesta solamente a las emergencias y urgencias, para priorizar las camas en las áreas críticas y se estableció un sistema de referencia y contra referencia con el sector privado, si la situación lo ameritaba.

Actualmente el HECA se encuentra trabajando bajo protocolos del escenario I, estando la unidad de terapia intensiva con las 24 camas disponibles, el área de coronaria con las 10 camas (que en la actualidad casi el 50% está ocupada con pacientes con patologías coronarias) y el área de quemados con las 6 camas para dicha especialidad.

Se retomaron la cirugía programada que se habían suspendido para dar respuesta a la pandemia, continuando solamente con cirugías de urgencia y emergencias. Durante la pandemia, los robos y homicidios disminuyeron en el período de cuarentena en todo el país y volvieron a aumentar cuando se levantaron o flexibilizaron las cuarentenas, para establecer regímenes de distanciamiento, lo que significa que en la actualidad el porcentaje de urgencia y emergencias aumentaron casi un 50%.

A partir de Abril de este año, el Departamento de Enfermería conjuntamente con la Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública y la Dirección Hospitalaria fueron realizando cambios como la redistribución del personal de enfermería dado que estamos atravesando una etapa de post pandemia.

La vacunación es una prioridad política que busca contribuir con el bienestar socio sanitario de las personas y la comunidad en general y en el marco de la planificación de la Campaña de Vacunación contra la Covid-19 (SARS-CoV-2), es fundamental la divulgación de conocimientos claros y precisos. En el mes de Enero se comienza con la primera etapa de la vacunación, se trató de vacunar al personal de salud que trabaja en áreas de riesgo, por lo que había tres espacios de vacunación habilitados: HECA, Hospital de Niños Víctor J. Vilela (HNJVJ) y el Centro de Especiales Médicas Ambulatorias (CEMAR).

A partir de esta disposición se modificó la parte

edilicia del vacunatorio, aumentado el recurso humano del mismo para dar respuesta al plan de vacunación que se realizó de manera escalonada, comenzando por grupos esenciales como el personal de salud, seguridad, educación, mayores de 60 y entre 18 y 59 con comorbilidades y luego se ampliará hacia la población.

Con el surgimiento de la pandemia por covid-19, ENFERMERÍA ha demostrado el principal desafío al que se enfrenta el futuro de la profesión enfermera que se puede resumir en una sola palabra, por cierto, que define la forma en que tuvieron que gestionar la pandemia: CAMBIO.

La identidad de la profesión enfermera es la formación constante y el cambio continuo, en nuestra práctica profesional siempre vamos a aprender y, también, siempre vamos a cambiar, como ya lo anticipó Florence Nightingale, al afirmar que: *“No nos consideremos enfermeras terminadas, sino que hemos de tener en cuenta que siempre tenemos que aprender”*

CONSULTAS DE COVID POR MES		
Mes	Consultas	Porcentaje
Marzo 2020	3	4 %
Abril 2020	23	3,1 %
Mayo 2020	8	1,1 %
Junio 2020	7	9 %
Julio 2020	39	5,2 %
Agosto 2020	142	19,0 %
Septiembre 2020	143	19,1 %
Octubre 2020	175	23,4 %
Noviembre 2020	92	12,3 %
Diciembre	115	15,4 %
<b>Total</b>	<b>747</b>	<b>100 %</b>

Fuente Servicio de Estadística HECA

CONSULTA POR COVID Y TIPO DE EGRESO 2020			
Tipo de egreso	Confirmado	Sospecha	Total
Alta con Seguimiento	53	628	681
Alta Voluntaria	0	5	5
Derivado	2	26	28
Fuga	2	9	11
No responde llamado	0	2	2
Óbito	1	11	12
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>681</b>	<b>739</b>

Fuente Servicio de Estadística HECA

CONSULTAS DE COVID POR MES		
Mes	Consultas	Porcentaje
Enero 2021	80	5,5 %
Febrero 2021	84	5,8 %
Marzo 2021	86	5,9 %
Abril 2021	173	11,9 %
Mayo 2021	220	15,1 %
Junio 2021	185	12,7 %
Julio 2021	187	12,8 %
Agosto 2021	137	9,4 %
Septiembre 2021	96	6,6 %
Octubre 2021	41	2,8 %
Noviembre 2021	48	3,3 %
Diciembre 2021	119	8,2 %
<b>Total</b>	<b>1456</b>	<b>100%</b>

Fuente Servicio de Estadística HECA

CONSULTA POR COVID Y TIPO DE EGRESO 2021			
Tipo de egreso	Confirmado	Sospecha	Total
Alta	0	2	2
Alta con Seguimiento	160	1157	1317
Alta Voluntaria	1	2	3
Derivado	14	10	24
Fuga	9	37	46
No responde llamado	1	12	13
Óbito	2	49	51
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>1269</b>	<b>1456</b>

Fuente Servicio de Estadística HECA

EGRESOS DE INTERNACIÓN POR AÑO		
AÑO	CONSULTAS	PORCENTAJE
Año 2020	383	37,3 %
Año 2021	645	62,7 %
<b>Total</b>	<b>1.028</b>	<b>100 %</b>

Fuente Servicio de Estadística HECA

TIPO DE EGRESODE PACIENTES INTERNADOS			
Tipo de Egreso	Año 2020	Año 2021	Total
Alta Medica	268	450	718
Defunción	44	72	116
Fuga	12	13	25
Propia voluntad	1	0	1
Traslado	58	110	168
<b>Total</b>	<b>383</b>	<b>654</b>	<b>1028</b>

Fuente Servicio de Estadística HECA

## BIBLIOGRAFÍA

- <https://www.rosario.gob.ar/inicio/coronavirus>.
- <https://rosarionoticias.gob.ar/page/noticias/id/269111/title/EI-Heca-modific%C3%B3-su-estructura-para-recibir-pacientes-con-coronavirus>.
- Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del rol de las enfermeras /enfermeros en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2018.
- ONU. Estados Unidos, 2020.<https://www.un.org/es/coronavirus/articles/apoyo-sanitarios>
- López Vega, M. J., & Majo Marrufo, H. R. (2020). Situación de Enfermería en tiempos de COVID-19: Una mirada panorámica. Journal of American Health, 48–58. <https://doi.org/>
- <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-valor-el-trabajo-de-enfermeria-durante-la-pandemia-por-el-nuevo-coronavirus>
- <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derecho-facil/leysimple/covid-19-proteccion-del-personal-de-salud>
- Guía sobre la preparación de los lugares de trabajo para el virus Covid-19 Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA) USA. (2020). [Acceso 28 de mayo de 2020] Disponible en: <http://www.osha.gov>.
- Seguridad equipo de protección personal respiradores purificadores de aire de presión negativa contra partículas nocivas especificaciones y métodos de prueba. NOM-116-STPS 2009: SEGOB (2009) Acceso 26 de mayo de 2020] Disponible en <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3926/stps3/stps3.htm>
- Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health [Internet]. [cited 2020 Mar 23]. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health).



## ESTUDIO DE FASE 2, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO PARA EVALUAR LA SEGURIDAD Y EFICACIA DEL ACEITE DE CANNABIS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES QUEMADOS GRUPO II, III Y IV

Talarn Ariel<sup>1</sup>, Taljame Laura<sup>1</sup>, Toneguzzo Janina<sup>1</sup>, Cinelli Claudia<sup>2</sup>, Pendino Ana<sup>3</sup>, Selis Cecilia<sup>4</sup>, Raffaghello Mariano<sup>4</sup>, Cristaldi Mariano<sup>4</sup>, Ganin Lucia<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Quemados. Hospital de Emergencias Clemente Alvarez. (UQHECA). Rosario

<sup>2</sup> Servicio de Salud Mental. Hospital de Emergencias Clemente Alvarez. Rosario

<sup>3</sup> Departamento Estadística Hospital de Emergencias Clemente Alvarez. Rosario

<sup>4</sup> Laboratorio industrial farmacéutico. Sociedad del estado (LIF S.E.). Santa Fe  
Correspondencia: arieltalarn@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos vivos, debido a la acción de diversos agentes físicos, químicos o biológicos, que provocan alteraciones que van desde un simple eritema hasta la destrucción total de las estructuras.

El pronóstico de estos pacientes quemados dependerá de la gravedad de la lesión, la cual está determinada por el agente causante, el tiempo de exposición, la extensión y profundidad de la quemadura. Actualmente es más probable la supervivencia tras quemaduras extensas, gracias a los avances en la comprensión de la fisiopatología de la quemadura y el tratamiento más agresivo de ésta.

La gravedad de una quemadura se clasifica en 5 grupos, de acuerdo con su extensión y profundidad y se divide en I Leve; II Moderada; III Grave; IV Muy grave y V Crítica.<sup>1</sup>

Los pacientes del grupo II al V requieren internación y su estancia hospitalaria suele ser prolongada debido al tiempo de epitelización en lesiones intermedias y la preparación del lecho y el injerto cutáneo en las quemaduras profundas.

Durante la internación de estos pacientes el tratamiento del dolor suele ser uno de los pilares fundamentales debido a que el aumento en la intensidad del dolor se debe a que las quemaduras lesionan los receptores dérmicos y con esto se produce una amplificación nociceptiva, que llevará a la alteración de la función de percepción, transmisión y modulación

del estímulo doloroso<sup>2,3</sup>. El manejo del dolor es fundamental para evitar la aparición de dolor patológico que llevará a los pacientes a la manifestación de dolor crónico y con ello al desmedro en su calidad de vida.<sup>4</sup>

La literatura reporta una incidencia de dolor neuropático en alrededor del 40% de los pacientes quemados y de fenómenos parestésicos en alrededor del 70%. La incidencia es proporcional a la gravedad de las quemaduras y produce una alteración de la actividad diaria en un 55% de los pacientes.<sup>5,6</sup>

En el paciente quemado, en fase aguda, se producen cambios en la unión de fármacos a proteínas y volúmenes de distribución, producto del manejo del shock y su estado hiperdinámico, lo que lleva a la necesidad de titular las drogas analgésicas, debido a la dificultad en predecir la dosis adecuada.<sup>7</sup>

El tratamiento del dolor en la unidad de quemados del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez se encuentra protocolizado para los pacientes que ingresan a esta unidad comenzando con morfina a una dosis de 5mg cada 4 hs y dejando indicados rescates de 2,5mg si el paciente lo demanda (máximo 3) durante las primeras 24 hs, al día siguiente se ajusta la dosis según los requerimientos de rescates que necesio el paciente y la escala visual analógica (EVA). En pacientes con quemaduras extensas con altas probabilidades de desarrollar dolor crónico se indica desde el comienzo pregabalina 75mg cada 12 hs como coadyuvante.

Los opioides son analgésicos potentes, conside-

rados la piedra angular del manejo farmacológico de los pacientes quemados; actúan uniéndose principalmente a los receptores  $\mu$  en el sistema nervioso central. Con esto logran: inhibir la liberación de neurotransmisores excitatorios (sustancia P) a nivel del ganglio de la raíz dorsal de la médula (dificultando la transmisión del estímulo doloroso), activar las vías descendentes inhibitorias (ayudando a la modulación del dolor) y modificar la actividad del sistema límbico (modificando la percepción del dolor)<sup>8</sup>.

Para la evaluación del dolor se utiliza la Escala visual análoga (EVA) que consiste en una línea horizontal de 10 centímetros de largo, donde el cero representa la ausencia de dolor y 10 el peor dolor posible; en ella, el clínico documenta en centímetros el punto seleccionado por el enfermo. Ha sido modificada con distintos tamaños y se le ha agregado imágenes para una mejor comprensión por parte del paciente. Es una herramienta válida, fácilmente comprensible, que se correlaciona bien con la escala numérica analógica. Los resultados de las mediciones deben considerarse con un error de  $\pm 2$ . Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado; un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 manifiesta la presencia de un dolor muy intenso<sup>10</sup>. Escala numérica analógica (ENA) Es una escala verbal en la cual se le solicita al enfermo que caracterice su dolor en escala del 0 al 10; el valor de cero corresponde a la ausencia de dolor y el 10 el peor dolor posible. Puede ser hablada o escrita, lo que la hace más útil en pacientes críticos o geriátricos<sup>11</sup>. La EVA y la ENA, previamente descritas, son las escalas de dolor más usadas en los estudios realizados en pacientes quemados. Ambas son confiables y están validadas en este grupo, y ninguna ha demostrado ser superior a la otra en término de resultados<sup>9</sup>.

A pesar de las combinaciones farmacológicas los pacientes quemados que cursan internaciones prolongadas en las unidades de quemados padecen el dolor propio de la patología y vinculado a los procedimientos necesarios para lograr la cobertura y los efectos indeseables relacionados con la polifarmacia y con las altas dosis de opioides que reciben.

Con el objeto de mejorar la calidad de vida y de internación de estos pacientes y teniendo en cuenta los resultados obtenidos publicados sobre la utilización de cannabis en el manejo del dolor, la administración de aceite de cannabis podría ser un coadyuvante efectivo en estos pacientes.

El Sistema Endocannabinoide o Sistema Cannabinoide Endógeno (SCE) se define como un complejo sistema endógeno de señalización que está ampliamente distribuido en el organismo de los mamíferos e interviene en múltiples vías metabólicas regulando

de forma versátil la fisiología celular. Este sistema está constituido por los receptores de cannabinoides, sus ligandos endógenos o endocannabinoides, las enzimas responsables de la síntesis e inactivación de los mismos y las vías de señalización intracelular reguladas por los endocannabinoides, así como los sistemas de transporte (Lu y Mackie, 2016).

El sistema endocannabinoide funciona de manera retrógrada, esto es, inhibiendo la activación de señales en respuesta a una actividad neuronal excesiva. Esta inhibición del disparo neuronal se manifiesta en las vías del dolor en forma de analgesia y reducción de la sensibilidad del dolor. Hay gran abundancia de receptores CB1 tanto en las áreas cerebrales encargadas de procesar el dolor, como en los nervios periféricos que transmiten las sensaciones dolorosas al cerebro, así como en las áreas cerebrales relacionadas con la valoración afectiva del dolor (áreas fronto-límbicas). Por su parte, los receptores CB2 juegan un importante papel en la reducción de los procesos inflamatorios y, sobre todo, en la señalización del dolor y pueden ser de particular relevancia en los estados de dolor crónico. El conocimiento de la implicación del sistema cannabinoide endógeno, junto con el cúmulo de evidencias provenientes de investigación animal, indica que la modulación farmacológica por medio de cannabinoides es una estrategia sumamente interesante para el tratamiento de los estados de dolores refractarios.

La acción analgésica del THC se debe a su acción sobre los receptores CB1, que se encuentran ampliamente distribuidos en las áreas cerebrales encargadas de procesar las señales de dolor. El CBD, por su parte, aparte de propiedades analgésicas, también posee propiedades antiinflamatorias, por lo que, desde un punto de vista clínico, es más recomendable su utilización conjunta<sup>13</sup>.

El cannabis actúa de manera sinérgica con los opiáceos (como la morfina) por lo que utilizados en combinación permite reducir las dosis de opiáceos y así evitar los efectos adversos de éstos, principalmente la sobredosis.

En Argentina, en 2017 se aprobó la Ley 27.350 que regula la investigación científica del uso medicinal del Cannabis, limitándose inicialmente a casos de epilepsia refractaria. No obstante, en 2020 se autorizó su extensión a otras patologías o dolencias humanas que podrían resultar potencialmente beneficiadas.

El gobierno provincial, a través del Ministerio de Salud, aprobó por resolución (0594/22) el circuito establecido en el ámbito de salud pública santafesina para la prescripción y distribución del Aceite de Cannabis LIFSE (cannabidiol 10% 100 mg. CBD/ml en frascos por 30 ml.), que se elabora en el Laboratorio

Industrial Farmacéutico.

En lo que respecta a la vía de administración como tratamiento coadyuvante del dolor se suele utilizar la vía oral con un inicio del efecto entre los 30 a 120 minutos y una duración entre 5 y 8 hs. La dosis recomendada de inicio es de 2,5 a 5mg vía oral de noche e incrementando la dosis 5mg cada 5 días debiendo titular la dosis según la aparición del efecto terapéutico y la aparición de efectos indeseables<sup>23</sup><sup>24</sup><sup>25</sup>. En Epilepsia refractaria la dosis indicada es 2-5 mg/kg/día hasta una dosis máxima de 25 mg/kg/día o intolerancia (repartido en 2 tomas diarias).<sup>14</sup>

Los productos derivados del cannabis muestran un perfil de seguridad confiable ya que no se han reportado muertes en el uso abusivo y sobredosis, esto se debe en parte a que los receptores CB no se distribuyen en la región del marcapaso cardio respiratorio del troncocerebral. Los efectos colaterales del cannabis desarrollan tolerancia en pocos días, no así sus efectos terapéuticos, lo que permite permanecer con una dosificación similar por extensos períodos de tiempo. La composición del producto con CBD y terpenoides y la titulación de dosis del cannabis farmacéutico permiten reducir la presentación de estos efectos no deseados.

Los eventos adversos descriptos para los cannabinoides presentan en general un denominador común, la mayoría de los mismos mostraron un rango de intensidad leve a moderada. Los más frecuentes fueron mareos, boca seca, náuseas, fatiga, somnolencia, trastornos respiratorios y gastrointestinales. Whiting, et al no halló diferencias de eventos adversos entre los distintos tipos de cannabinoides considerados.<sup>15</sup> Otros estudios no reportaron eventos adversos.

La RS de Nugent et al. (2017) informa que el cannabis puede estar asociado con alto riesgo de EA a corto plazo. La mayoría de los EA reportados fueron leves, como mareos y aturdimiento, mientras que otros fueron graves, como intentos de suicidio, paranoia y agitación.<sup>22</sup> Un estudio observacional prospectivo (Ware et al, 2015) no detectó diferencias en EA graves entre un grupo de cannabis (12,5% ± 1,5% de THC2,5 g/d) y grupo control (tasa de incidencia ajustada para el evento: 1,08 IC95% 0,57 a 2,04).

El estudio COMPASS examinó la seguridad del cannabis con fines médicos comparando pacientes con dolor crónico intenso que usaban THC al 12,5 % frente a pacientes que no lo usaban.<sup>16</sup> Este estudio mostró que no había diferencias en los eventos adversos graves entre los grupos, sin embargo, el cannabis grupo mostró un mayor riesgo de efectos adversos no graves; los más comunes fueron somnolencia, amnesia, tos, náuseas, mareos, estado de ánimo eufórico, hiperhidrosis y paranoia.<sup>16</sup> Esto co-

rresponde a los resultados de una revisión sistemática que mostró que la mayoría de los efectos adversos fueron leves, como mareos y aturdimiento.<sup>17</sup>

Después de la administración de cannabis, el hígado es el principal órgano involucrado en la alteración química de los cannabinoides, como parte de su función de procesar y excretar sustancias externas por el cuerpo (el metabolismo). Los efectos del cannabis pueden ser significativamente diferentes en pacientes con una enfermedad hepática. Por lo tanto, estos pacientes deben ser controlados durante la iniciación, con el fin de asegurar que la dosis tomada no exceda la capacidad metabólica del hígado. Teóricamente, el deterioro de moderado a grave de la función renal o hepática puede reducir el aclaramiento y/o la excreción de CBD, lo que podría aumentar el riesgo de que se produzcan efectos secundarios. Se aconseja que el cannabidiol se utilice con precaución en pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave y recomienda una dosis inicial más baja en estos pacientes.

Con respecto a los daños médicos del consumo de cannabis, se ha sugerido que los niveles bajos de consumo de cannabis no afectan la función pulmonar durante aproximadamente 20 años, pero algunas pruebas podrían sugerir que, durante un período de tiempo más largo, podrían surgir algunos efectos pulmonares adversos, sin embargo no hay evidencia suficiente para vincular el uso de cannabis con eventos cardiovasculares o cáncer.

Es importante tener en cuenta que las personas mayores pueden tener un mayor riesgo ya que tienen un metabolismo más lento de los medicamentos, comorbilidades y medicamentos concomitantes.<sup>18</sup> En el dominio psicomotor, el cannabis puede afectar la marcha y la estabilidad, lo que podría predisponer a las caídas. En el dominio cognitivo, el cannabis puede empeorar el deterioro cognitivo preexistente al agregar deterioro de la memoria a corto plazo y del procesamiento emocional.<sup>19</sup>

Además de esto, se debe considerar la adicción y la dependencia. Se ha supuesto que la adicción y la dependencia del cannabis son comparativamente más bajas que las de otras sustancias.<sup>20</sup> Según la Encuesta Nacional de Hogares sobre el Abuso de Drogas, la prevalencia de la dependencia disminuyó considerablemente con el aumento de la edad y los adolescentes eran mucho más vulnerables a la adicción y la dependencia.<sup>21</sup> Los desafíos en el uso del cannabis, incluido el uso indebido, la adicción y la dependencia están asociados con factores sociales y personales y deben tenerse en cuenta al usarlo con fines médicos.

El modelo de atención de salud desarrollado en la ciudad de Rosario está basado en la estrategia de

Atención Primaria de la Salud (APS). Dicha estrategia implica que las acciones del sistema de salud están organizadas en función de las necesidades de la población.

Las acciones de los equipos de salud se organizan en redes, de manera que todas las instituciones, servicios y atenciones se complementan y cooperan, formando grupos amplios y plurales.

Con respecto a la oferta de atención para pacientes quemados en la ciudad de Rosario y alrededores existen dos unidades de quemados públicas, una para atención pediátrica que se encuentra en el Hospital de niños V. J. Vilela y la otra para pacientes adultos en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez. Ambas instituciones pueden realizar una prestación integral y de excelencia, brindando atención a pacientes sin cobertura social.

La Secretaría de Salud Municipal desarrolla políticas sustentadas en la concepción de medicamentos como un derecho y bien social, y la producción pública de los mismos, así como también la formación de equipos interdisciplinarios de profesionales de la salud comprometidos con la agenda social, brindando apoyo a las actividades académicas y de formación en los usos medicinales del aceite de cannabis.

## HIPÓTESIS

El agregado de aceite de cannabis al tratamiento habitual de pacientes quemados grupo II, III y IV mejora la respuesta analgésica y presenta una tolerabilidad adecuada (efectos adversos leves, sin complicaciones).

## OBJETIVOS

### **Objetivo general**

Demostrar la seguridad y eficacia del aceite de cannabis adicionado al tratamiento habitual en pacientes quemados grupo II, III y IV.

### **Objetivos específicos**

- Detectar la presencia y frecuencia de efectos adversos/complicaciones luego del agregado de aceite de cannabis al tratamiento convencional de pacientes quemados.
- Evaluar la respuesta analgésica según el requerimiento de opioides para un control adecuado del dolor, disminución del prurito, mejoría de sueño y ansiedad.

### **Material y métodos**

Se realizará un Ensayo clínico, aleatorizado, prospectivo, doble ciego, en el cual se comparará la ad-

ministración de aceite de cannabis y placebo en el tratamiento de pacientes quemados grupo II, III y IV en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA).

Se reclutarán un total de 60 pacientes, 30 pacientes por grupo, número que se considera suficiente para describir la diferencia de frecuencia de EA entre grupos. Se estima un periodo de reclutamiento de 1 año para lograr el tamaño muestral previsto.

### **Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores de 18 años.
- Quemaduras grupo II-IV de gravedad.
- Injuria predominante, dentro de las 24hs anteriores al ingreso

### **Criterios de exclusión:**

- Mujeres embarazadas.
- Pacientes con dificultad o incapacidad de expresarse por sí mismos para dar el consentimiento de participación en el estudio.
- AIS (Abbreviated Injury Score) >2.
- Adicción a opioides, cannabis u otros psicotrópicos.
- Contraindicación formal al uso de opioides y/o AC.
- Aumento de enzimas hepáticas o hepatopatía

## CRONOGRAMA

Actividad	Año 1	Año 2
Actividades iniciales	x	
Enrolamiento	x	x
Recolección de Datos		x
Análisis de Datos		x
Reporte final del estudio		x

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dr. Fortunato Benaim. Contribution to the Identification of Burns according to their Depth, Evaluation of their Severity (Global and Regional), and to Formulate a Diagnosis and Prognosis (Presumptive and Definitive) . VOLUMEN 32 - Nº 1 2022 - REVISTA ARGENTINA DE QUEMADURAS
2. Patterson DR, Hofland HW, Espey K et al. Nursing Committee of the International Society for Burn Injuries. Pain management. Burns 2004 Dec;30(8):A10-A15.
3. Latarjet J. [The pain from burns]. Pathol Biol (Paris) 2002 Mar;50(2):127-133.

4. Pal SK, Cortiella J, Herndon D. Adjunctive methods of pain control in burns. *Burns* 1997 Aug;23(5):404-412.
5. Woolf CJ, Mannion RJ. Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms, and management. *Lancet* 1999 Jun;353(9168):1959-1964. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)01307-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(99)01307-0) PMID:10371588.
6. Choinière M, Melzack R, Papillon J. Pain and paresthesia in patients with healed burns: an exploratory study. *J Pain Symptom Manage* 1991 Oct;6(7):437-444. [http://dx.doi.org/10.1016/0885-3924\(91\)90043-4](http://dx.doi.org/10.1016/0885-3924(91)90043-4) PMID:1940489.
7. Richardson P, Mustard L. The management of pain in the burns unit. *Burns* 2009 Nov;35(7):921-936. <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2009.03.003>.
8. Gélinas C, Herr K. *Critical Care Nursing of Older Adults: Best Practices*. 2010. Springer Publishing Company. New York. 3rd Edition. Chapter 18: 363-401.
9. Mahar PD, Wasiak J, O'Loughlin CJ, Christelis N, Arnold CA, Spinks AB et al. Frequency and use of pain assessment tools implemented in randomized controlled trials in the adult burns population: a systematic review. *Burns* 2012 Mar;38(2):147-154. <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2011.09.015> PMID:22032806
10. DeLoach LJ, Higgins MS, Caplan AB, Stiff JL. The visual analog scale in the immediate postoperative period: intrasubject variability and correlation with a numeric scale. *Anesth Analg* 1998 Jan;86(1):102-106. PMID:9428860.
11. Sessler CN, Pedram S. Protocolized and target-based sedation and analgesia in the ICU. *Crit Care Clin* 2009 Jul;25(3):489-513. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccc.2009.03.001> PMID:19576526.
12. Woodhams SG, Sagar DR, Burston JJ, Chapman V. (2015). The role of the endocannabinoid system in pain. *Handb Exp Pharmacol*. 227:119-43.
13. Fine PG, Rosenfeld MJ (2013). The endocannabinoid system, cannabinoids, and pain. *Rambam Maimonides Med J*. 4(4):e0022.
14. Romero, C, Morante, M. Cannabis medicinal, guía completa Whiting PF, Wolff RF, Desphande S et al. *Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis*. *JAMA*. 2015; 313(24):2456-2473.
15. Choi NG, Marti CN, DiNitto DM, et al. Older adults' marijuana use, injuries, and emergency department visits. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2018;44:215-23.
16. Maharajan MK, Yong YJ, Yip HY, et al. Medical cannabis for chronic pain: can it make a difference in pain management? *J Anesth*. 2020;34:95-103.
17. Zalesky A, Solowij N, Yücel M, et al. Effect of long-term cannabis use on axonal fibre connectivity. *Brain*. 2012;135:2245-55.
18. Choi NG, Marti CN, DiNitto DM, Choi BY. Older adults' marijuana use, injuries, and emergency department visits. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 2018;44(2):215-23. Available from: <https://doi.org/10.1080/00952990.2017.1318891> » <https://doi.org/10.1080/00952990.2017.1318891>
19. Maharajan MK, Yong YJ, Yip HY, Woon SS, Yeap KM, Yap KY, et al. Medical cannabis for chronic pain: can it make a difference in pain management? *J Anesth* [Internet]. 2020;34(1):95-103. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00540-019-02680-y> » <https://doi.org/10.1007/s00540-019-02680-y>
20. Zalesky A, Solowij N, Yücel M, Lubman DI, Takagi M, Harding IH, et al. Effect of long term cannabis use on axonal fibre connectivity. *Brain*. 2012;135(7):2245-55.
21. Nugent SM, Morasco BJ, O'Neil ME. The Effects of Cannabis Among Adults With Chronic Pain and an Overview of General Harms: A Systematic Review. 2017; 167:319- 31.
22. Arboleda, M. F. Practical recommendations for the use of medical cannabis. *Cannabinoids an pain* . *Cannabinoids an pain* 2021; pp 153-165 Aaron Sihota, Brennan K. Smith. Consensus-based recommendations for titrating cannabinoids and tapering opioids for chronic pain control CONSENSUS PRIMARY CARE Accepted: 20 November 2020, Revised: 24 September 2020, Received: 18 May 2020 DOI: 10.1111/ijcp.13871 Suzanne Nielsen, Louisa Picco. Opioid-sparing effect of cannabinoids for analgesia: an updated systematic review and meta-analysis of preclinical and clinical studies. *Neuropsychopharmacology* (2022) 47:1315-1330; <https://doi.org/10.1038/s41366-022-01322-4>.

## PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CONTINÚA PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DR CLEMENTE ALVAREZ (HECA)

Lic. Quiroga Susana\*, Lic. Preve Alejandro\*, Lic. Suárez Lía\*

\* Servicio Enfermería. Hospital de Emergencias Dr Clemente Alvarez (HECA).Rosario  
Correspondencia: aleprevee@gmail.com

### SITUACIÓN ACTUAL

“Teniendo en cuenta los grandes desafíos de salud a nivel global, incluyendo los nuevos riesgos infecciosos ambientales, y conductuales, que en un momento de rápidas transiciones demográficas, imponen una adaptación de los sistemas de salud quienes luchan por estabilizarse”. (Frenk & Chen, 2015). Esta adaptación implica rever, adecuar y formular nuevos procesos educativos continuos. De esta manera, se despierta el interés por la mejora en el desarrollo de actividades de Enfermería, dentro del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA) de la ciudad de Rosario, teniendo como pilar fundamental, la capacitación a estos profesionales.

Recordando que el personal de Enfermería trae un conocimiento previo, resultado de su historia de vida y de la preparación profesional formal exigida, esto permite demostrar la diversidad de experiencias con las que cuenta cada uno de los equipos enfermeros.

Basados en estadísticas proporcionadas por la Organización Panamericana de Salud (OPS), “los profesionales de enfermería representan en América el 56% de la fuerza laboral total de salud, constituida además por médicos, dentistas, farmacéuticos y parteras. La formación permanente resulta clave para acompañar a la columna vertebral del sistema de salud.” (Nación, 2021).

Actualmente, se considera que la educación de enfermería en América Latina ha avanzado en la actualización de sus planes curriculares reconociendo que los programas de mayor nivel se encuentran en países y universidades que han desarrollado procesos de autoevaluación y acreditación, así como una cultura de compromiso con la calidad del proceso enseñanza-aprendizaje.

Por otra parte, el panorama de la fuerza de trabajo no es alentador, ya que sólo el 30% de enfermeras son profesionales, lo que, de acuerdo con esta organización, tiene un impacto negativo en la calidad y seguridad de la atención. (Cadena Estrada, Olvera Arreola, Pérez López, Balseiró Almario, & Matus Miranda, 2012).

Teniendo en cuenta la visión global de OPS, en referencia al nivel académico de los profesionales podemos destacar que nuestra institución cuenta con los distintos niveles de formación que a continuación se detallan.

NIVEL DE FORMACION	Nº DE AGENTES
Auxiliar en Enfermería	3
Enfermeros Profesionales	204
Licenciados en Enfermería	135
Magister en Investigación en Salud	1
Doctores en Ciencias Biomédicas	2
Total	345

Citando a Copeland, (Copeland, 1970) “Ningún profesional de la salud puede mejorar aisladamente su competencia”. Es por eso que la OMS<sup>1</sup>, en un informe de la OPS llamado “Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo”, realza su importancia. Cabe destacar que el personal enfermero pertenece a un grupo de trabajo, el cual lleva delante diariamente la atención del paciente de manera holística e interdisciplinaria. Este tipo de atención asistencial, brindada durante las 24hs del día en un paciente internado en el HECA,

<sup>1</sup> OMS: Organización Mundial de la Salud

conlleva al surgimiento de nuevo desafíos a los que se verá atravesado todo el colectivo enfermero. La forma de organización de trabajo en Enfermería, confirma la necesidad de una educación continua como estrategia de fortalecimiento tanto para el quehacer enfermero como así la satisfacción de quien lo ejecuta.

“Como todo proceso educativo, la capacitación debe de ser vista como una inversión y un método para lograr el desarrollo de las competencias del personal de enfermería, pues existe una relación directa entre la asistencia a los cursos de capacitación y la mejora de la productividad de enfermería” (Cadena Estrada, Olvera Arreola, Pérez López, Balseiró Almarino, & Matus Miranda, 2012)

Con el paso del tiempo, y la notable demanda de enfermeros debido al inicio de la pandemia a nivel nacional (marzo 2020), la cultura organizacional del HECA, fue afectada por el destacable incremento de profesionales de nuevo ingreso. Debido a esto, una vez más recalcamos que la capacitación a pares, es destinada a formar profesionales críticos, creativos, conscientes de su rol social, capaces de enfrentar y transformar la realidad promoviendo cambios profesionales.

## JUSTIFICACIÓN

Consideramos necesario generar un espacio de proyección organizativa de carácter educativo, siendo este un nexo fundamental entre los actores del hospital. De esta manera, poder plasmar a mediano y largo plazo diferentes estrategias de difusión y capacitación dirigidas al staff de Enfermería. Abordando esta práctica de manera continúa y progresiva, siendo la meta no solo la mejora de la productividad sino también el aprendizaje de cada uno de los enfermeros, favoreciendo la disminución de accidentes de trabajo, mejora en el clima organizacional, satisfacción y motivación de los profesionales, así como la seguridad y calidad de atención de los pacientes.

## AÑO 2022

Desde el inicio de la pandemia ocasionada por el Covid-19 (2020-2022) se realizaron múltiples capacitaciones destinadas al personal hospitalario en diversas temáticas relacionadas a las formas de trabajo que se plateaban en nuevos escenarios

En Mayo 2022, se retomó la implementación de Jornadas de capacitación en Oncohematología, las cuales se encontraban suspendidas por lo mencionado anteriormente. Siendo este retomar el punto de inflexión para reflejar la importancia de la capacitación continua al todo el personal enfermero, ya que nos permitió trabajar de manera ordenada, unificando criterios y con apoyo interdisciplinario.

## OBJETIVOS

**Objetivo general:** Diseñar, desarrollar e implementar un programa de capacitación continua para personal de Enfermería del HECA.

**Objetivos específicos:**

- Promover la capacitación en servicios de enfermería.
- Motivar el desarrollo de competencias generales y específicas.

## DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Para el desarrollo de los objetivos planteados, se propone la creación de un espacio único: Unidad de capacitación para Enfermería (U.C.E.) El mismo contará con el desarrollo de distintas estrategias didácticas a llevar a cabo:

- Jornadas de capacitación específicas
- Talleres integrados
- Seminarios
- Debates
- Instancias de reflexión
- Encuentros multidisciplinares

**Modalidad de trabajo:** Presencial y virtual  
**Cronograma de trabajo ( 12 meses)**

ESTRATEGIAS DIDACTICAS	SEP. 2022	OCT. 2022	NOV. 2022	DIC. 2022	ENE. 2023	FEB. 2023	MAR. 2023	ABR. 2023	MAY. 2023	JUN. 2023	JUL. 2023	AGO. 2023
Planificación del programa de capacitación	x											
Desarrollo de software e implementación de campus virtual	x	x										
Difusión de U.C.E.		x				x	x			x		
Inicio de capacitaciones presenciales/virtuales			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Evaluación del impacto/motivación mediante plataforma virtual							x			x		x

## IMPACTO DEL PROYECTO

Considerando que el proyecto de capacitación se encuentra destinado a 345 profesionales en Enfermería, (29.9 % del total de 1.282 trabajadores del hospital), abarcando la totalidad de los sectores de la institución la ejecución del mismo:

- Reforzará las actividades específicas de los diferentes sectores aumentando no solo el conocimiento individual sino también el colectivo.
- Impactará en la calidad de atención de los pacientes como así también el reconocimiento del esfuerzo en la labor enfermera.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cadena Estrada, J. C., Olvera Arreola, S. S., Perez Lopez, M. T., Balseiró Almario, C. L., & Matus Miranda, R. (2012). Evaluación de la capacitación de enfermería en dos institutos nacionales de salud. *Scielo*, 9(3), 15-24.
- Frenk, J., & Chen, L. (2015). Profesionales de salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Educacion Medica*, 16(1), 9-16.
- Nacion, L. (14 de Diciembre de 2021). *La Nacion*. Recuperado el 1 de Junio de 2022, de <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/salud-la-importancia-de-la-capacitacion-permanente-en-enfermeria-nid14122021/>
- Copeland, M. (1970). La Educación continua en Enfermería de Salud Publica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 326-331.



# CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE JÓVENES Y ADULTOS QUE PADECEN TRAUMAS VIOLENTOS ASOCIADOS A HERIDAS DE ARMA DE FUEGO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DR. CLEMENTE ÁLVAREZ EN LA CIUDAD DE ROSARIO EN EL AÑO 2021

Lic. Enfermería Marina Antonela Rojas\*

\* Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Emergencias Dr Clemente Alvarez (HECA). Rosario  
Correspondencia: [marinha\\_r89@hotmail.com](mailto:marinha_r89@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La incidencia y la prevalencia de las enfermedades junto a la vigilancia epidemiológica permiten ordenar prioridades en la toma de decisiones, en los procesos de atención salud-enfermedad, políticas públicas y a su vez visibilizan problemáticas sociales.

La violencia a pesar de no constituir una enfermedad en el sentido tradicional de su comprensión donde el elemento etiológico -biológico desempeña como regla en un papel fundamental; en sentido social, constituye un problema de salud y un importante factor de riesgo psicosocial, dada la magnitud del daño, invalidez y muerte que provoca, con consecuencias múltiples y diversificadas en el nivel social, psicológico, biológico.

Cualquier persona no importa su estrato social puede verse inmerso en este tipo de hechos, sin embargo, estudios revelan que es en los estratos socioeconómicos más pobres donde se ve con mayor frecuencia este tipo de hechos, conllevan a la ocurrencia de lesiones por dichas armas. *Calderon, Maria. et al. (2014)*

Los incidentes producidos por arma de fuego tienen una serie de consecuencias a nivel social, económico, familiar y personal de tal envergadura que se hace necesario un control riguroso de las mismas para evitar los daños que puedan llegar a producir por ellas. Así, por ejemplo, en USA, el costo económico producido por la utilización de armas de fuego se sitúa tercero entre todos los incidentes posibles. En 1985 los homicidios por arma de fuego superaron en este país alrededor de 376.000 años potenciales de vida perdidos (5,2 % del total de APVP por

diferentes causas). El número de muertos por armas de fuego ha supuesto en pocos años una cifra superior a las bajas producidas durante las guerras de Corea y Vietnam. Se estima que anualmente vienen a acometerse 83.000 altercados con armas de fuego que tienen como consecuencia 26.000 agresiones físicas de diversa consideración. La media de hospitalización es de 16,3 días, el doble de la estimada para otras agresiones con arma blanca o atentados contra personal ejecutado sin arma de ningún tipo. *Chisvert-Perales, M., y Monteagudo-Soto, M. J. (2001)*.

En Argentina, entre los años 1990 y 2008 fallecieron por homicidios 36.479 personas, ello equivale aproximadamente a todas las muertes por todas las causas que ocurren durante un año en la Ciudad de Buenos Aires. Del total de homicidios, 30.568 ocurrieron en varones y 5.577 en mujeres. Es decir, que el número de homicidios de varones es aproximadamente, 6 veces mayor que la cantidad de homicidios de mujeres en el período analizado. En el año 2008 las muertes por armas de fuego en ambos sexos, superan en número a otras causas de muerte como la enfermedad por virus de inmunodeficiencia adquirida –HIV SIDA–, por tuberculosis, por leucemia y por meningitis; así como son sobrepasadas, en magnitud, por tumores malignos de tráquea, bronquios, pulmón y por enfermedad isquémica del corazón, que se encuentran entre las causas de defunción más frecuentes en Argentina. Las muertes por armas de fuego en mujeres también superan ampliamente las muertes por Chagas, enfermedad por HIV y homicidios. *Hugo Spinelli .et.al. (2011)*.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) considerándose como violencia a los

eventos que aparecen bajo la categoría general de causa externa de morbilidad y mortalidad (V01-Y98) y de acuerdo a ésta, incluye a todos los accidentes de transporte (V01-V99), otras causas externas de traumatismos accidentales (W99- X59), lesiones autoinfligidas intencionalmente o suicidios; eventos de intención no determinada (Y10-Y34), lesiones por intervenciones legales y operaciones de guerra (Y35-Y36) (X6-X84) y agresiones u homicidios (X85-Y09). *Calderon, Maria.et al.(2014)*.

## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En la ciudad de Rosario se ha notado un aumento en consultas e internaciones por herida de arma de fuego producidos por hechos violentos. Según el Reporte mensual del observatorio de Seguridad Pública de la Provincia de Santa Fe, en el mes de Setiembre de 2022, 9 de cada 10 casos de Herida de arma de fuego son producidas en la ciudad de Rosario siendo la localidad de cabecera con un total de 575 casos, seguida por Villa Gobernador Gálvez con un total de 47 casos y Granadero Baigorria con un total de 17 casos, lo que ha postergado la atención a demás patologías que no son producidas por causas externas. *M Seg.(2022)*.

Mencionada esta problemática nos realizamos la siguiente pregunta ¿Cuáles son las características epidemiológicas de jóvenes y adultos que padecen traumas violentos asociados a heridas de arma de fuego en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez en la ciudad de Rosario en el año 2021?

## OBJETIVO GENERAL

Describir las características epidemiológicas de jóvenes y adultos que padecen traumas violentos asociados a heridas de arma de fuego en la unidad de Cuidados Críticos del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez en la ciudad de Rosario en el año 2021.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

.Categorizar a la población de jóvenes y adultos que padecen traumas violentos asociados a heridas de arma de fuego en la unidad de Cuidados Críticos del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez en la ciudad de Rosario en el año 2021, según sexo, tipo de lesión producida y nivel socio económico.

.Identificar los domicilios de residencia de la población de jóvenes y adultos que padecen traumas violentos asociados a heridas de arma de fuego en la unidad de Cuidados Críticos del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez en la ciudad de Rosario en el año 2021.

.Identificar lugar del hecho del evento de la población de jóvenes y adultos que padecen traumas violentos asociados a heridas de arma de fuego en la unidad de Cuidados Críticos del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez en la ciudad de Rosario en el año 2021

.Elaborar una tasa de mortalidad específica de la población de jóvenes y adultos que padecen traumas violentos asociados a heridas de arma de fuego en la unidad de Cuidados Críticos del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez en la ciudad de Rosario en el año 2021.

.Elaborar una tasa de incidencia de la población de jóvenes y adultos que padecen traumas violentos asociados a heridas de arma de fuego en la unidad de Cuidados Críticos del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez en la ciudad de Rosario en el año 2021.

## DESARROLLO

La ciudad de Rosario cuenta con una población de 995.497 habitantes segregados en sexo binario varones y mujeres correspondiendo a 472.626 para varones y 522.871 para mujeres con una superficie de 178,7km<sup>2</sup>.

Según grupos quinquenales de franjas etarias de 20-24 años poseen un total de población de 89.767hab (44.302 varones y 45.465 mujeres). De 25 a 29 años posee un total de población de 87.347 hab (43.482 varones y 43.865 mujeres). De 30 a 34 se observa un total de población de 82.554 hab. (40.646 varones y 41.908 mujeres) y de 35 a 39 años se encontró un total de población de 64.201 hab. (31.215 varones y 32.987mujeres). *Municipalidad de Rosario. (2018)* Con respecto al número de defunciones según la clasificación de enfermedades internacionales que adopta el anuario de población y estadísticas vitales en la categoría de muerte violenta a eventos de intención no determinada en el año 2018 corresponden un total de 113 defunciones en la franja de 20 a 39 años, 13 para el sexo femenino y 100 para el sexo masculino. *MR.Secretaria General.(2018)*.

Un trabajo de tesis de pacientes ingresados por herida de arma de fuego en el hospital Centenario de Rosario concluyó que el promedio de edad de las personas que sufren heridas por arma de fuego ha incidido directamente en la población joven y que la media es

de 39 años, siendo en su mayoría sexo masculino, solteros, ciudadanos y argentinos. *Vinuesa Ma. Alejandra. (2018).*

Según el reporte anual de Homicidios en la provincia de Santa Fe en el departamento Rosario, en el año 2020 casi ocho de cada diez víctimas fueron agredidas con armas de fuego, la presencia de este medio en los homicidios resulta mayor a la observada para la provincia (70,5%). Paralelamente, poco más de uno de cada diez homicidios fueron cometidos mediante armas blancas, mecanismo más frecuentemente utilizado a nivel provincial (16,9%). *M Seguridad Policía Sta. Fe. (2020).*

Esta temática por estudiar tiene gran importancia a nivel institucional ya que visibiliza la problemática social que abarca la ciudad sobre hechos violentos y ayuda a generar acciones a grupos específicos con altos números de consultas.

Además, promueve la divulgación de conocimiento entre pares y servicios permitiendo el desarrollo científico y así satisfacer las necesidades de la población que acude al Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, referente de Emergencia y Trauma de la Ciudad de Rosario.

## BIBLIOGRAFÍA

- Calderón, María et al. (2014). Caracterización clínico epidemiológica de las lesiones por arma de fuego o arma blanca Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". *Revista Venezolana de Salud Pública.* 2 (2) 7-14.
- Chisvert-Perales, M., y Monteagudo-Soto, M. J. (2001). Estudio epidemiológico de la mortalidad por armas de fuego en España. En L. Montoro, F. Tortosa, J. Sanmartín, F. Alonso y F. Toledo (Eds.), *Master en psicología de tráfico y seguridad* (pp. 7-20). Valencia, España.
- Hugo Spinelli et al. (2011). *Mortalidad por armas de fuego en Argentina, 1990-2008.*
- OPS. Argentina.
- Ministerio de Seguridad Secretaría de Política y Gestión de la Información.
- Observatorio de Seguridad Pública. Ministerio de Seguridad. Secretaría de Seguridad Pública. Policía de la Provincia de Santa Fe. Departamento de Informaciones Policiales D-2. Ministerio Público de la Acusación fiscalía general Secretaría de Política Criminal y Derechos Humanos. (2022). Reporte mensual. Personas heridas con arma de fuego. Ciudades de Santa Fe y Rosario. Septiembre 2022.
- Municipalidad de Rosario. Secretaria General. Dirección de estadística. (2018).
- Anuario de Población y Estadísticas Vitales 2018 Ciudad de Rosario.
- Vinuesa Ma. Alejandra. (2018). "Análisis de heridas por arma de fuego ingresadas en el Hospital Provincial Centenario de la Ciudad de Rosario, en el periodo de 6/2017 al 12/2017". Trabajo Final Integrador para la Obtención de la Especialidad en Medicina Legal. Universidad Nacional del Litoral.
- Ministerio de Seguridad Secretaría de Política y Gestión de la Información.
- Observatorio de Seguridad Pública. Ministerio de Seguridad. Secretaría de Seguridad Pública. Policía de la Provincia de Santa Fe. Departamento de Informaciones Policiales D-2. Ministerio Público de la Acusación fiscalía general Secretaría de Política Criminal y Derechos Humanos. (2020). Reporte anual homicidios Provincia de Santa Fe.

El Anuario Científico del Hospital de Emergencias “Dr Clemente Alvarez” es una publicación que acepta trabajos relacionados a la Medicina y sus ramas afines.

La preparación de manuscritos se basa en las recomendaciones del *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) cuyo link para consulta es el siguiente: [www.icmje.org](http://www.icmje.org). El link específico para la preparación del manuscrito es <http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/>. Los trabajos podrán ser redactados en castellano o en inglés.

### Especificaciones para presentación de un manuscrito

Para la confección del manuscrito se utilizará el procesador de texto “Word” o similar (debe ser compatible) y deberán ajustarse a los siguientes lineamientos: **Hoja** A4 con orientación vertical. En casos particulares podrá utilizarse la orientación horizontal de alguna página en particular cuando algún gráfico ó tabla resulte mejor expuesto. Los márgenes deben ser de 2,5 cm. Se enumerarán las páginas en forma consecutiva. Utilizar **fuentes** “Time New Roman” tamaño 12 ó “Arial” tamaño 10 con doble interlineado. El texto debe estar alineado de la manera “justificada”. Las **tablas** se presentarán en hojas individuales con numeración arábica; cada tabla deberá incluir una leyenda explicativa que facilite su comprensión sin necesariamente depender del texto del capítulo. No se deberá repetir información ya expresada en el texto. Las **figuras** deben ser enviadas en forma separada con una leyenda explicativa; el formato deberá ser .jpg ó .tif con una resolución mínima de 300 dpi. En microfotografía deberá especificarse la escala o aumento utilizado.

Las **referencias bibliográficas** deberán ser expresadas en el texto como supraíndice. Al final del texto se ordenarán acorde a la numeración establecida en el texto. Si son seis autores o menos se especificará la totalidad de los mismos; si son más de seis, el tercero será seguido de la expresión *et al.* (et alia: y otros). Los títulos de las revistas serán expresados acordes el *Index Medicus como NLM Title Abbreviation* ([www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog)).

La citación de un artículo de revista debe ser realizada en minúscula excepto la inicial de la palabra que lo requiera. La secuencia de citación debe ajustarse a los siguientes parámetros: número de referencia seguido por un punto y espacio, nombre de autores (primero el apellido, luego un espacio de separación y a continuación la inicial del nombre en mayúsculas con una coma final si continua otro autor o punto final si es el último autor. Si son más de tres autores se deberá escribir “et al” para incluir los restantes auto-

res), título del artículo con punto final, nombre de la revista en “bastardilla” con punto final, año (punto y coma) número del volumen de la revista (dos puntos) rango de páginas separados por un guión intermedio (o sólo la página) y punto final. (1. Udelson JE, Smith WB, Hendrix GH. Acute hemodynamic effects of conivaptan, a dual  $V_{1A}$  and  $V_2$  vasopressin receptor antagonist in patients with advanced heart failure. *Circulation*. 2001;104:2417–23.)

La citación de capítulos de libros y Congresos debe ser realizada en minúscula excepto la inicial de la palabra que lo requiera. La secuencia de citación debe ajustarse a los siguientes parámetros: nombre de autores del capítulo (primero el apellido, luego un espacio de separación y a continuación la inicial del nombre en mayúsculas con una coma final si continua otro autor o punto final si es el último autor), título del capítulo, seguido de la palabra “In:”, nombres de los editores seguidos de la palabra “eds” entre paréntesis, título del libro, número de edición, lugar de impresión, año, capítulo y páginas. (Nel D, Pitt L, Webb T. Ussing Chernoff faces to portray service quality data. In: Hooley GJ, Hussey MK (eds.). *Quantitative methods in marketing*. 2<sup>nd</sup> ed. Academic Press, Londres, 1995, cap 17, p. 247–56.)

La citación de sitios de internet debe ser realizada en minúscula excepto la inicial de la palabra que lo requiera y debe ajustarse al siguiente modelo: World Health Organization (WHO). The Stop TB Web Alert. (2000 December 6 – 12, week 48) <http://www.stoptb.org/uptades/index.html>. Consultado el 05 de junio de 2016.

La primera página estará confeccionada con

- 1) título, informativo y conciso,
- 2) título abreviado para cabeza de página,
- 3) nombres completos de los autores y las Instituciones a las cuales pertenecen,
- 4) nombre, dirección completa y dirección electrónica del autor con quien mantener correspondencia,
- 5) número total de palabras exceptuando las referencias bibliográficas,
- 6) sección de la revista a la cual corresponde el trabajo y

## 7) conflictos de interés.

El trabajo debe estar acompañado por una nota de solicitud para evaluación del mismo, firmada por todos los autores participantes (puede enviarse una copia escaneada por mail), indicando la sección correspondiente a la que pertenece el manuscrito y la aseveración de que los contenidos no han sido publicados previamente. Los autores son responsables del contenido del trabajo y deben estar involucrados en el proceso de investigación o elaboración del contenido.

El máximo de autores permitidos son cinco; en caso de ser superior se deberá especificar el tipo de participación de cada autor en el trabajo.

El CDII del HECA retendrá, una vez aceptado el manuscrito, los derechos de su reproducción total o parcial, debiendo ser consultado en el caso eventual de reproducción de dicho material en otra fuente. La inclusión de contenidos de otras fuentes informativas a la Revista del HECA deberá estar acompañada de una nota en donde figure expresamente el permiso de la fuente original.

Todos los artículos recibidos serán enviados a revisión por pares (*peer-review*). La revisión estará a cargo del Comité editorial y, al menos, dos revisores cuyas identidades se mantendrán en forma confidencial. Todo artículo deberá tener la primer página en donde se especifique nombre y apellido de los autores, autor con quién establecer contacto con mail respectivo, contacto telefónico e institución a la que pertenece.

Las secciones del anuario incluyen **Editorial, Artículos originales, Casuísticas, Anátomo-clínico, Artículo de revisión, Imágenes en Medicina, Comentario bibliográfico, Secciones especiales (Casos innovadores y Comunicaciones breves), Cultura y medicina y Cartas al comité editorial.**

Los **artículos originales** estarán compuestos por Introducción, Materiales y métodos, Resultados, Discusión, Bibliografía y un Resumen en castellano y en inglés (no superior a 250 palabras). Al final del resumen se deberán especificar las palabras claves o key words (según los términos incluidos en Index Medicus (Medical Subject Headings, MeSH), disponible en <https://www.nlm.nih.gov/mesh/>)

La introducción deberá estar compuesta por los objetivos del trabajo y el contexto en el cual se ubica; no debe incluir discusión ni resultados. En materiales y métodos se consignarán el grupo de estudio (sujetos y características), métodos, infraestructura y procedimientos utilizados (métodos de selección, procesamiento estadístico, etc). En resultados se especificará la secuencia lógica de lo obtenido en base al procedimiento utilizado. En la discusión se enfatizará la relevancia de los resultados obtenidos, su relación con los objetivos y el impacto de los mismos.

La extensión máxima recomendada es de 5000 palabras con hasta 5 figuras y 5 tablas. Las referencias bibliográficas no deberán exceder las 50 citas.

Las **casuísticas** incluyen reporte de un caso o serie de casos. Estarán conformadas por Introducción, Caso clínico y Discusión. Deben estar acompañadas por un resumen en castellano y en inglés que no supere las 250 palabras. Al final del resumen se deberán especificar las palabras claves o key words (según los términos incluidos en Index Medicus (Medical Subject Headings, MeSH), disponible en <https://www.nlm.nih.gov/mesh/>). La extensión no debe ser mayor a las 3000 palabras y las citas bibliográficas no mayor a 20. Puede incluir hasta dos tablas y dos figuras.

Los **Anátomo-clínicos** serán estructurados aportando información secuencial con discusión de un experto por cada conjunto de datos aportados. Al final se presentará el diagnóstico anátomo patológico con la figura correspondiente ajustada a las normativas especificadas en "**figuras**". La extensión del texto no deberá exceder las 4000 palabras ni 10 referencias bibliográficas. Puede incluirse 2 figuras y dos tablas.

Los **Artículos de revisión** consistirán en actualizaciones de un tema de interés. No deberán superar las 8000 palabras y la bibliografía deberá ser como máximo de 100 citas. Pueden incluirse hasta 6 figuras y 6 tablas.

Las **Imágenes en Medicina** pueden corresponder a cualquier tipo de infografía (radiografías, electrocardiogramas, ecografías, angiografías, tomografías computadas, etc). Dichas imágenes, no deben ser necesariamente excepcionales pero sí ilustrativas. Deben estar complementadas por un texto explicativo no mayor a 400 palabras y hasta 5 referencias bibliográficas. Las características de las imágenes deben ajustarse a las especificaciones referidas en la sección "**figuras**".

Los **Comentarios bibliográficos** revisarán un aspecto de interés o innovador. La extensión del texto no debiera ser inferior a las 300 palabras ni superar las 1.200. Pueden incluirse hasta 2 tablas o figuras y hasta 10 citas bibliográficas.

Las **Secciones especiales** estarán integradas por Casos innovadores y Comunicaciones breves que, por su contenido, justifiquen la temprana difusión. El manuscrito no podrá exceder las 3000 palabras y no será necesaria la división en secciones. Cualquier otro tipo de publicación será considerada por el Comité editorial. Pueden incluir hasta 2 gráficos y 2 figuras.

La sección **Cultura y medicina** estará integrada por un comentario de cualquier aspecto cultural relacionado directa o indirectamente con la medicina. Se sugiere no exceder las 1000 palabras y no superar un gráfico con las especificaciones apuntadas en la sección "**figuras**".

Las **Cartas al Comité Editorial** estarán conformadas por opiniones de los lectores referentes a las publicaciones de ediciones anteriores o casos particulares que no ameriten por su extensión ser inclui-

dos en los otros apartados. No superarán las 1000 palabras ni 10 referencias.

Puede incluirse una tabla ó un gráfico.





H

**FUNDACION HECA**

**SOMOS UNA ONG QUE DESDE 1991 TRABAJA POR EL DESARROLLO CIENTIFICO Y TECNICO DEL HOSPITAL DR. CLEMENTE ALVAREZ, CON EL OBJETIVO DE IMPULSAR EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA EN AREAS DE LA SALUD, FAVORECER LA CAPACITACION CONTINUA DEL PERSONAL, PROPICIAR ESPACIOS PARA EL DESARROLLO DE PUBLICACIONES CIENTIFICAS Y MEJORAR EL NIVEL DE EQUIPAMIENTO DE LAS DISTINTAS AREAS DEL HECA.**

PARA MAYOR INFORMACION VISITE NUESTRO SITIO WEB

<http://fundacionheca.org.ar/fundacion/>

Facebook: FUNDACION HOSPITAL HECA