

ANUARIO CIENTÍFICO

HOSPITAL DE EMERGENCIAS

“DR. CLEMENTE ÁLVAREZ”

VOLUMEN 9 / NUMERO 1

Año 2025



Dirigido a especialistas
en Ciencias de Salud

ANUARIO HECA

EDITORIAL

Un diálogo en introspección: la medicina y la filosofía

Autor: *Daniel José Pratto*

ARTÍCULOS ORIGINALES

Incidencia de Quemaduras Eléctricas asociadas al robo de cables: un análisis socioeconómico

Autores: *Cei M. Guillermina; Talarn Ariel; Taljame Laura; Fernández Coria Rodrigo; Tneguzzo Janina*

Valor predictivo del sitio de quemadura con relación a la violencia de género

Autores: *Cei, M. Guillermina.; Tneguzzo Janina; Fernández Coria Rodrigo; Taljame Laura; Talarn Ariel*

Evaluación endometrial histeroscópica en usuarias de tamoxifeno adyuvante en cáncer de mama, experiencia en el Servicio de Ginecología/Mastología de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

Datos preliminares

Autores: *Ullate Eliana Andrea; Alonso María Encarnación; Vidallé Dalila; Angeletti Damián; Botek Evelin Aldana*

CASUÍSTICAS

Papiloma escamoso del esófago: infrecuente espada de Damocles

Autores: *Pratto, Daniel, Huanambal, Pablo.*

Yersinia enterocolitica es otra gran simuladora?

Autor: *Pratto, Daniel.*

Cáncer de mama asociado a embarazo: nuestra experiencia en la unidad de mastología de la Secretaría de Salud Pública de Rosario

Autores: *Botek Evelin Aldana; Alonso Maria Encarnación; Tommasi Agostina; Vidallé Dalila*

ARTÍCULOS ESPECIALES

Procedimientos operacionales estándar (POES) para enfermería frente a crisis subjetivas

Autor: *Zanini Karina*

PROYECTOS

Manual de procedimiento de gestión integral del estrés laboral crónico percibido en enfermería

Autora: *Mónaco Sandra*

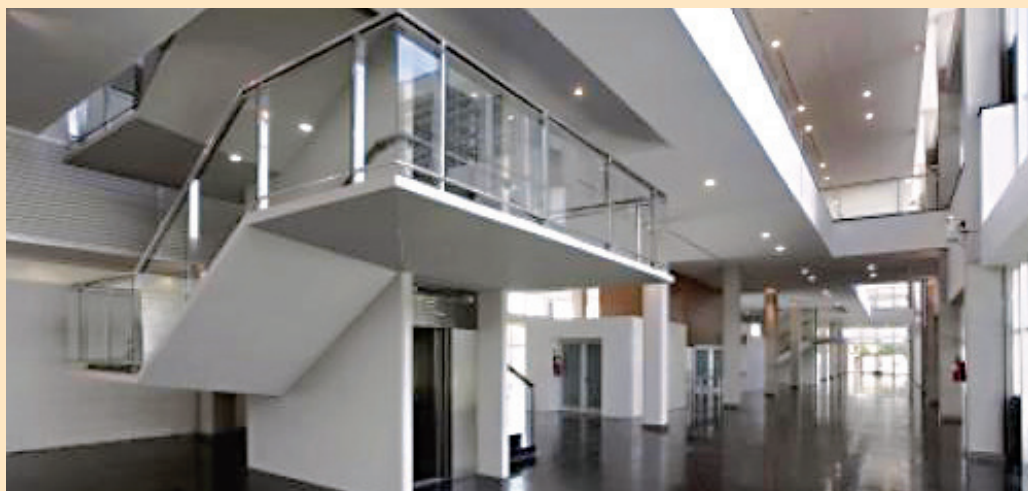
Educación personalizada y seguimiento integral para pacientes quemados: carnets informativos en soporte papel como herramienta clave

Autoras: *Cabera Liliana, Vera Ana*

NOTICIAS

Centro de simulación y entrenamiento quirúrgica del HECA (CSEQ HECA). Innovación y excelencia para la formación médica

REGLAMENTO





VOLUMEN 9

NUMERO 1

AÑO 2025

UN DIÁLOGO EN INSTROSPECCIÓN: LA MEDICINA Y LA FILOSOFÍA

Dr. Pratto, Daniel José

*Coordinador del Área de Gastroenterología.
Secretaría Salud Pública Rosario*

AUTORIDADES DE LA REVISTA

DIRECTORA HECA

Dra. Andrea Becherucci

COMITÉ DE REDACCIÓN

Dr. Gustavo Petroni

Dra. Silvia Luján

Est. Ana Pendino

María Elisabet Verano

Dra. Virginia Díaz

Fundación HECA

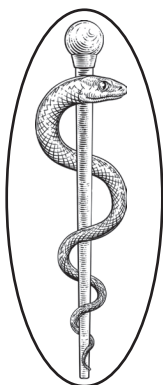
ISSN: 2545-8035

Esta publicación es propiedad del
Hospital de Emergencias
Dr Clemente Álvarez
Rosario. Pcia de Santa Fe
Argentina
www.fundacionheca.org.ar

A medida que vamos evolucionando como ser humano y del ser médico llegamos a una simple conclusión : que la medicina, que tiene mucho de ciencia y mucho de arte, de tecnología cada vez más avanzada que necesita el soporte de la filosofía, para desarrollar el aspecto técnico con mayor certeza; como para afinar la intuición ante la singularidad del paciente. Nos da una visión crítica, estimulante, constructiva y transformadora a la práctica médica en todos los niveles. La práctica de la medicina no se concibe sin la filosofía, el ejercicio de la medicina conlleva a una reflexión constante sobre lo que se hace, y hasta dónde es posible el desarrollo del conocimiento. Su papel en el desarrollo del conocimiento científico sobresale al realizar el análisis filosófico metodológico dentro del contexto histórico social determinado para solucionar los problemas presentes en nuestra realidad. La filosofía como ciencia de las leyes más generales que rige la dinámica y el desarrollo de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, es el centro de todas las ramas del conocimiento y la práctica humana, constituye un instrumento metodológico para interpretar, analizar y transformar la teoría y la práctica humana.

Necesitamos de este conocimiento interdisciplinario, con los aportes de diferentes disciplinas científicas y de distintas ciencias, sin limitarse a ninguna de ellas; en tal sentido, la filosofía va más allá de las habituales especializaciones del saber científico. Este rasgo es una característica de su valor metodológico para el análisis e interpretación de la realidad que rodea al hombre. Nuestra naturaleza humana se dirige hacia lo desconocido, lo inexplicable, lo trascendente; por lo tanto es capaz, históricamente, de resolver esas preguntas. Hoy con ejemplos como la inteligencia artificial, el uso de tecnologías como la robótica aplicada; por eso es dinámico e infinito.

Desde la experiencia adquirida ¿por qué la medicina no se concibe sin la filosofía? Hay una unidad dialéctica que debe exis-



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

Dra. Luján, Silvia (Coordinadora)

Dra. Taljame, Laura

Dr. Petroni, Gustavo

Psiqu. Cinelli, Claudia

Dr. Nallino, José

Est. Pendino, Ana

Dr. Pratto, Daniel

Lic. Enf. Quiroga, Susana

TES Verano, María Elisabet

Lic. Enf. Abarno, Susana

Dra. Díaz, Susana

Dra. Díaz, Virginia

Dra. Siegel, Maria Rosa

Dra. Vidalle, Dalila

Dra. Aquino, Natalia

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

tir entre el conocimiento científico médico y el instrumental metodológico que brinda la filosofía y poder aplicarla.

¿Siempre tiene que ver la filosofía con la medicina? La única respuesta que existe a esta pregunta es que hay relación, porque el médico que no practica la filosofía, renuncia a la búsqueda de la sabiduría, por eso la investigación y su trabajo simplemente se basaría en la experiencia. A este análisis no llegan la mayoría de los colegas y educandos por insuficiencias en el conocimiento heredado de enseñanzas anteriores y por carecer de habilidades analíticas e interpretativas en muchos casos. Por eso es necesario que le enseñemos aunque aspectos mínimos de esta disciplina.

Como síntesis la filosofía puede dotar al personal de salud de las herramientas metodológicas para dar explicaciones más cercanas a conceptos como: sufrimiento, muerte, vida, dignidad, enfermedad, salud, dolor, humanidad, al abordaje y el buen uso de nuevas tecnologías como la robótica y la inteligencia artificial.

■ EDITORIAL

- Un diálogo en introspección: la medicina y la filosofía 1
Autor: *Daniel José Pratto*

■ ARTÍCULOS ORIGINALES

- Incidencia de Quemaduras Eléctricas asociadas al robo de cables: un análisis socioeconómico 4

Autores: *Cei M. Guillermina; Talarn Ariel; Taljame Laura; Fernández Coria Rodrigo; Toneguzzo Janina*

- Valor predictivo del sitio de quemadura con relación a la violencia de género 12

Autores: *Cei, M. Guillermina.; Toneguzzo Janina; Fernández Coria Rodrigo; Taljame Laura; Talarn Ariel*

- Evaluación endometrial histeroscópica en usuarias de tamoxifeno adyuvante en cáncer de mama, experiencia en el Servicio de Ginecología/Mastología de la Secretaría de Salud Pública de Rosario. Datos preliminares 20

Autores: *Ullate Eliana Andrea; Alonso María Encarnación; Vidallé Dalila; Angeletti Damián; Botek Evelin Aldana*

■ CASUÍSTICAS

- Papiloma escamoso del esófago: infrecuente espada de Damocles 36

Autores: *Pratto, Daniel, Huanambal, Pablo.*

- Yersinia enterocolitica es otra gran simuladora? 39

Autor: *Pratto, Daniel.*

- Cáncer de mama asociado a embarazo: nuestra experiencia en la unidad de mastología de la Secretaría de Salud Pública de Rosario 42

Autores: *Botek Evelín Aldana; Alonso Maria Encarnación; Tommasi Agostina; Vidallé Dalila*

■ ARTÍCULOS ESPECIALES

- Procedimientos operacionales estándar (POES) para enfermería frente a crisis subjetivas 48

Autor: *Zanini Karina*

■ PROYECTOS

- Manual de procedimiento de gestión integral del estrés laboral crónico percibido en enfermería 50

Autora: *Mónaco Sandra*

- Educación personalizada y seguimiento integral para pacientes quemados: carnets informativos en soporte papel como herramienta clave.... 59

Autoras: *Cabera Liliana, Vera Ana*

■ NOTICIAS

- Centro de simulación y entrenamiento quirúrgica del HECA (CSEQ HECA). Innovación y excelencia para la formación médica 65

■ REGLAMENTO

66

INCIDENCIA DE QUEMADURAS ELÉCTRICAS ASOCIADAS AL ROBO DE CABLES: UN ANÁLISIS SOCIOECONÓMICO

Autores

Dra. M. Guillermina Cei,

Dr. Ariel Talarn,

Dra. Laura Taljame,

*Dr. Rodrigo Fernández
Coria, y*

Dra. Janina Toneguzzo

Unidad de Quemados.
Hospital de Emergencias
Dr. Clemente Álvarez (HECA)
de Rosario.

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras eléctricas se encuentran entre las lesiones más devastadoras que pueden afectar al cuerpo humano. Este tipo de quemadura presenta una mayor morbilidad, prolongada estancia hospitalaria, un riesgo significativamente elevado de amputaciones y secuelas en comparación con otros tipos de quemaduras. Estas lesiones afectan principalmente a hombres jóvenes en edad productiva, ya que con mayor frecuencia son consecuencia de accidentes laborales. Sin embargo, posiblemente debido a la crisis económica que afecta a nuestro país, estamos presenciando un nuevo fenómeno: las quemaduras eléctricas producidas durante el robo de cableado de cobre de alta tensión.

En los últimos años, hemos observado un aumento en el número de ingresos a nuestra unidad de quemados por quemaduras eléctricas de alto voltaje relacionadas con el robo de cable de cobre. El valor de mercado del cobre y la difícil situación económica han hecho que esta actividad delictiva sea más común en nuestro país. Los costos económicos para la sociedad son elevados e incluyen no solo el tratamiento y la rehabilitación de estos individuos, sino también la reparación o reposición de los bienes robados.

La situación socioeconómica del país ha mostrado una tendencia de desaceleración, con una inflación interanual en abril de 2024 del 289.4%, y un aumento del desempleo y una reducción del ingreso per cápita. La pobreza en Argentina alcanzó el 41.7% de la población en el segundo semestre de 2023, y la indigencia subió al 11.9%. Paralelamente el precio del cobre ha experimentado un incremento sostenido. En el 2000, el precio del cobre era de 2.279 USD/tn¹, mientras que en mayo de este año promedió los 10.139 USD/tn². Esta alza en el valor del cobre ha llevado a segmentos vulnerables de la población a involucrarse en actividades delictivas de alto riesgo.

En este trabajo, reportamos los casos de quemaduras eléctricas ingresadas en nuestra institución y deducimos el porcentaje de este nuevo factor de riesgo: el robo de cobre, en el período comprendi-

do entre enero de 2012 y mayo de 2024. Este análisis también incluye una correlación con los indicadores económicos y de pobreza para proporcionar un contexto más amplio y comprender mejor las circunstancias que rodean este fenómeno.

MATERIALES Y MÉTODOS

- *Diseño del Estudio y Población:* Se realizó un estudio retrospectivo observacional en la Unidad de Quemados del Hospital de Emergencias Clemente Álvarez (HECA) que incluyó a todos los pacientes internados con quemaduras eléctricas desde enero de 2011 hasta mayo de 2024.

Los datos recopilados incluyeron:

- » Datos Filiatorios: Edad, sexo, lugar de derivación.
- » Adicciones: uso de drogas, alcoholismo o tabaquismo.
- » Detalles de la Hospitalización: Fecha de ingreso y egreso, fecha de ingreso a la Unidad de Quemados, días de internación.
- » Características de la Quemadura: Contexto de la quemadura: Laboral, Domiciliaria o sospecha de robo de cable. En la recolección de datos, se consideraron como 'sospecha de robo de cables' aquellos casos de quemaduras eléctricas ocurridos en la vía pública sin un contexto laboral claro. Fogonazo eléctrico asociado. Presencia de trauma asociado. Fuente de energía (alta o baja tensión). Localización de la quemadura. Tipo de quemadura. Porcentaje de quemadura al ingreso y al egreso.
- » Complicaciones y Tratamiento: Internación en UTI (terapia intensiva). Complicaciones, definidas como infección, síndrome compartimental, rabdomiólisis, traumatismo asociado, fractura de huesos largos, fracturas espinales, neumotórax, arritmia cardíaca, dolor precordial.³

Valor de CPK en los casos con rabdomiólisis (cuando estuvo disponible). Número de cirugías realizadas. Realización de injertos. Reingreso posterior al alta y su motivo.

- *Análisis Estadístico:* El análisis estadístico se realizó utilizando Microsoft Excel y el software R–Medic. Se aplicaron técnicas descriptivas y analíticas para evaluar las tendencias en los datos a lo largo del tiempo, así como para comparar la gravedad de las quemaduras según diferentes contextos y tipos de tensión. Se realizó una prueba de chi-cuadrado para determinar la significancia estadística de las diferencias observadas.

RESULTADOS

1. Características Demográficas y Clínicas de los Pacientes

- *Edad:* La edad promedio de los pacientes fue de 34.5 \pm 13.35 (D.E) años, con un rango que va de 16 a 63 años.
- *Sexo:* La mayoría de los pacientes fueron hombres (96%).
- *Lugar de Derivación:* La mayor parte de los pacientes provenían de Rosario (72%).
- *Días de Internación:* El promedio de días de internación fue de 21.6 \pm 29.33 (D.E.) días, con rangos que oscilaron de 1 a 149 días.
- *Fogonazo Eléctrico:* Un poco más de la mitad de los pacientes (51%) experimentaron un fogonazo eléctrico asociado.

2. Distribución de Casos por Contexto de Quemadura y Año

- *Quemaduras por Sospecha de Robo de Cables:* Se observa una tendencia creciente en los últimos años, especialmente desde 2021, con un aumento notable en los casos.
- *Quemaduras en Contexto Laboral:* Aunque ha habido fluctuaciones, se detecta un aumento en 2018 y 2019, seguido de

una disminución en los años posteriores.

- *Quemaduras en Contexto Domiciliario:* Los casos han sido más esporádicos,

con un incremento alrededor de 2018 y 2021, pero con menos consistencia en otros años.

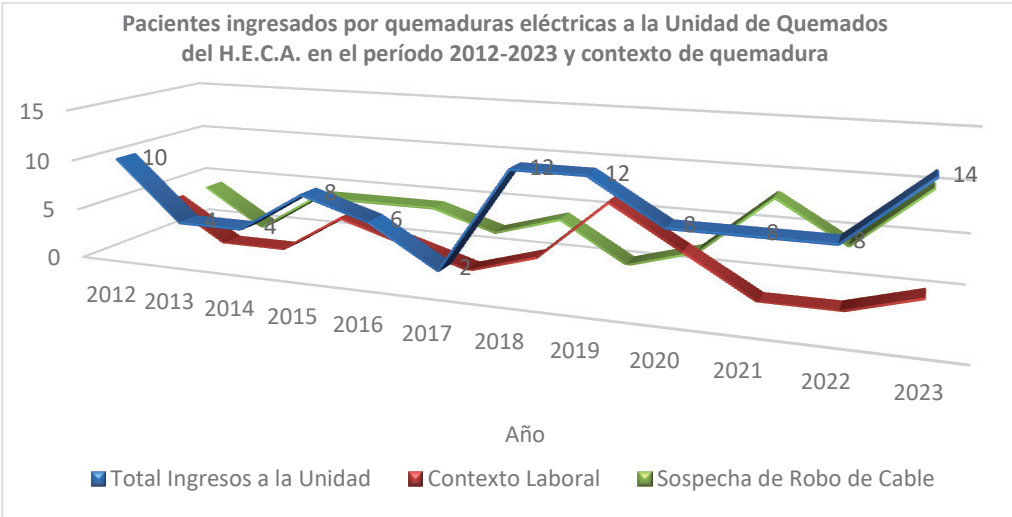


Gráfico 1 : Distribución de los casos de quemaduras eléctricas según el contexto de la quemadura (laboral, domiciliario y vía pública) a lo largo de los años.

3. Gravedad de las Quemaduras según el Contexto

- Distribución de los Días de Internación según el Contexto:
 - Sospecha de Robo de Cables: Prome-

dio de 30.7 días (Rango: 1 a 149 días).

- Laboral: Promedio de 21.9 días (Rango: 1 a 66 días).
- Domiciliario: Promedio de 5.4 días (Rango: 1 a 9 días).

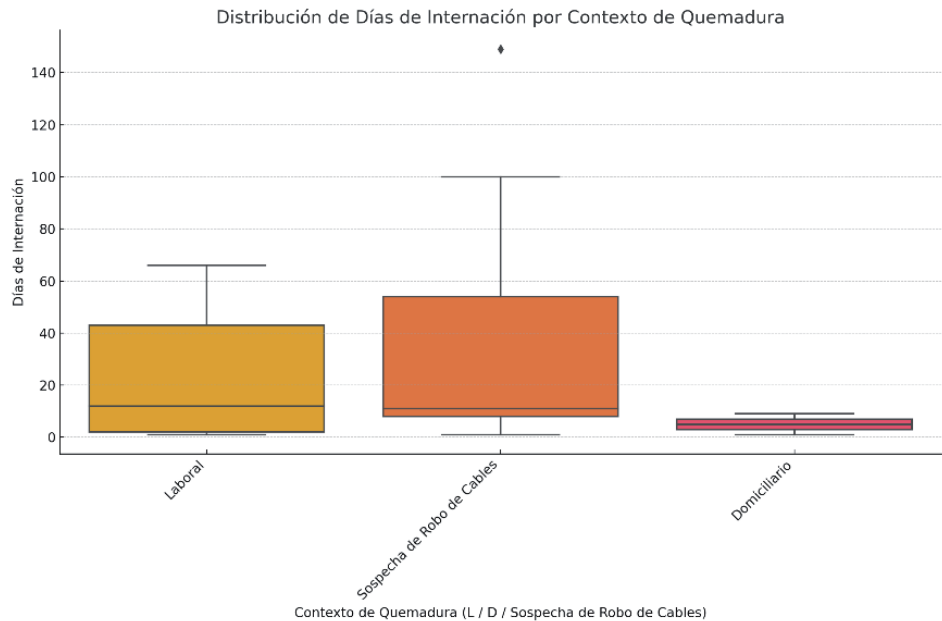


Gráfico 2. Distribución de Días de Internación según contexto de la quemadura (laboral, domiciliaria y en vía pública)

El gráfico 2 de caja muestra que las quemaduras ocurridas por sospecha de robo de cable tienen una mayor variabilidad en los días de internación, con algunas internaciones que se extienden hasta casi 150 días. Las quemaduras en la vía pública, además, están asociadas con los períodos de internación más largos, lo que sugiere una mayor gravedad de las lesiones en estos contextos.

- Necesidad de UTI:
 - Sospecha de robo de cables: 48.8% de los pacientes requirieron UTI.
 - Laboral: 22.2% de los pacientes requirieron UTI.
 - Domiciliario: 7.7% de los pacientes requirieron UTI.

Las quemaduras producidas en contexto de sospecha de robo de cables muestran una mayor necesidad de cuidados intensivos, reflejando su mayor gravedad.

- Complicaciones:
 - Sospecha de robo de cables: 65.1% de los pacientes presentaron complicaciones.
 - Laboral: 37.0% de los pacientes presentaron complicaciones.
 - Domiciliario: 23.1% de los pacientes presentaron complicaciones.

Las quemaduras con sospecha de robo de cables están asociadas con una mayor incidencia de complicaciones en comparación con otros contextos.

4. Impacto del Uso de Drogas, Etilismo y Tabaquismo

- Distribución de Pacientes con Antecedentes de Uso de Drogas, Etilismo y Tabaquismo: 42 pacientes (41.2% del total) presentaron antecedentes de uso de drogas, 17 pacientes (16.7% del total) presentaron antecedentes de etilismo y 25 pacientes (24.5% del total) presentaron antecedentes de tabaquismo.
- Impacto del Uso de Drogas, Etilismo y Tabaquismo en los Días de Internación

- Pacientes con Antecedentes de Uso de Drogas, promedio de días de internación: 30.8 días; sin Antecedentes de Uso de Drogas, promedio de días de internación: 15.2 días
- Pacientes con Antecedentes de Etilismo, promedio de días de internación: 24.4 días; sin Antecedentes de Etilismo, promedio de días de internación: 21.0 días.
- Pacientes con Antecedentes de Tabaquismo, promedio de días de internación: 24.0 días; sin Antecedentes de Tabaquismo, promedio de días de internación: 20.8 días.

Estos resultados muestran que los pacientes con antecedentes de uso de drogas tienen un tiempo de internación significativamente mayor en comparación con aquellos sin estos antecedentes. Los pacientes con antecedentes de etilismo y tabaquismo también presentan un promedio de días de internación superior en comparación con los pacientes sin estos antecedentes.

- Impacto del Uso de Drogas, Etilismo y Tabaquismo en la Gravedad de las Quemaduras (Según Escala de Gravedad de Benaim)

Tabla 1. Clasificación de Gravedad de Quemadura según Benaim, en pacientes con antecedente de uso de drogas, etilismo y tabaquismo.

Impacto del Uso de Drogas, Etilismo y Tabaquismo en la Gravedad de las Quemaduras			
	Uso de drogas	Etilismo	Tabaquismo
Leve	55,00%	58,80%	73,90%
Moderada	0,00%	0,00%	8,70%
Grave	15,00%	5,90%	4,30%
Crítica	30,00%	35,30%	13,00%

Los pacientes con antecedentes de uso de drogas y etilismo tienen una mayor proporción de quemaduras críticas en comparación con aquellos sin estos antecedentes. En particular, los pacientes con antecedentes de etilismo tienen un 35.3% de quemaduras críticas, en comparación con el 21.7% en pacientes no alcohólicos. Los pacientes con antecedentes de tabaquismo presentan una menor proporción de quemaduras críticas (13.0%) en comparación con aquellos sin tabaquismo (27.3%), pero también una mayor proporción de quemaduras leves.

- Impacto del Uso de Drogas, Etilismo y Tabaquismo en la Incidencia de Complicaciones.

Los pacientes con antecedentes de uso de drogas y etilismo presentan una mayor incidencia de complicaciones en comparación con aquellos sin estos antecedentes. En particular, el 65.0% de los pacientes con antecedentes de drogas y el 64.7% de los pacientes con antecedentes de etilismo presentaron complicaciones, en comparación con el 44.9% y el 51.4% respectivamente en pacientes sin estos antecedentes.

Los pacientes con antecedentes de tabaquismo presentan una menor incidencia de complicaciones (43.5%) en comparación con aquellos sin tabaquismo (57.6%).

Estos resultados sugieren que el uso de drogas y etilismo están asociados con un mayor riesgo de complicaciones en pacientes con quemaduras eléctricas, mientras que el tabaquismo no parece tener el mismo impacto.

5. Contexto de Quemadura y Tipo de Tensión (Alta vs. Baja)

- Quemaduras Domiciliarias: Todas las quemaduras en contextos domiciliarios se debieron a baja tensión (26 casos).

- Quemaduras Laborales: Distribuidas entre alta tensión (10 casos) y baja tensión (17 casos), con una ligera predominancia de baja tensión.

- Quemaduras con sospecha de robo de cables: Mayor proporción de incidentes de alta tensión (25 casos) comparado con baja tensión (18 casos).

Las quemaduras con sospecha de robo de cables están más asociadas con alta tensión, lo que podría estar relacionado con incidentes como el robo de cables de alta tensión.

6. Distribución de Quemaduras según Edad, Sexo y Contexto de la Quemadura

- Edad Promedio: Sospecha de robo de cables: 28 años. Laboral y Domiciliario: Promedio similar alrededor de 39 años.

- Distribución de Sexo: Domiciliario: Afecta tanto a hombres como a mujeres (22 hombres vs. 4 mujeres). Laboral y Sospecha de robo de cables: Afectan exclusivamente a hombres (27 y 43 casos respectivamente).

Las quemaduras producidas en contexto de sospecha de robo de cables afectan predominantemente a hombres jóvenes, lo que podría estar relacionado con actividades de alto riesgo como el robo de cables.

7. Reingresos y Complicaciones

- Proporción de Reingresos: Sospecha de robo de cables: 9.3%. Laboral: 7.4%. Domiciliario: 7.7%.

- Proporción de Complicaciones: Sospecha de robo de cables: 65.1%. Laboral: 37.0%. Domiciliario: 23.1%.

Las quemaduras por sospecha de robo de cables no solo son más graves sino que también tienen una mayor probabilidad de resultar en complicaciones y reingresos.

Procedimientos Quirúrgicos e Injertos: 153 cirugías fueron realizadas en total y

22 pacientes recibieron injertos.

Comparación por Grupos:

- Pacientes con Antecedentes de Uso de Drogas: Promedio de cirugías por paciente: 1.67. El 33.3% de los pacientes con antecedentes de uso de drogas recibieron injertos.
- Pacientes con Antecedentes de Etilismo: Promedio de cirugías por paciente: 1.18. El 23.5% de los pacientes con antecedentes de etilismo recibieron injertos.
- Pacientes con Antecedentes de Tabaquismo: Promedio de cirugías por paciente: 1.16. El 12.0% de los pacientes con antecedentes de tabaquismo recibieron injertos.

Los pacientes con antecedentes de uso de drogas no solo tienen un mayor promedio de cirugías, sino que también tienen una mayor probabilidad de recibir injertos en comparación con los pacientes con antecedentes de etilismo o tabaquismo.

Análisis del desarrollo de rabdomiólisis y contexto de la quemadura

El mayor número de casos de rabdomiólisis se observó en las quemaduras con sospecha de robo de cables (16 casos), seguido de los contextos domiciliario (8 casos) y laboral (6 casos).

La proporción de pacientes con rabdomiólisis parece ser mayor en el contexto de quemaduras con sospecha de robo de cables en comparación con otros contextos.

Este análisis sugiere que las quemaduras ocurridas con sospecha de robo de cables podrían estar asociadas con un ma-

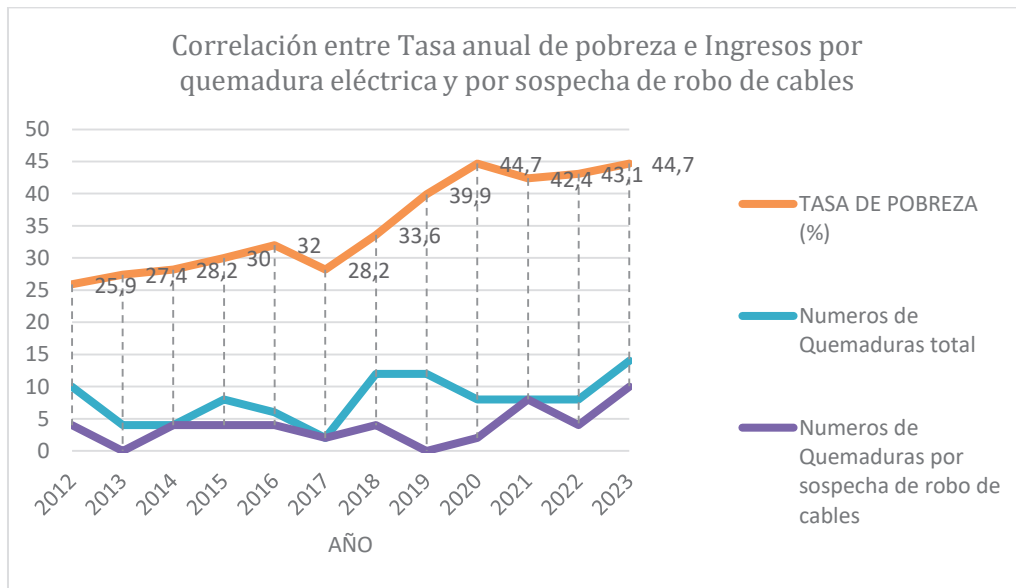
yor riesgo de desarrollar rabdomiólisis, lo cual podría estar relacionado con la naturaleza más severa de las lesiones en este contexto.

DISCUSIÓN

El presente estudio analiza el aumento en la incidencia de quemaduras eléctricas en el contexto del robo de cables, un fenómeno cada vez más común en Argentina debido a las crecientes dificultades socioeconómicas que enfrenta el país.

El análisis de los datos sugiere que la crisis económica de Argentina, marcada por una inflación descontrolada y un aumento significativo en los niveles de pobreza e indigencia, ha jugado un papel crucial en el incremento de las actividades ilícitas como el robo de cables de cobre. La correlación observada entre el aumento de los precios del cobre y la creciente pobreza indica que las dificultades económicas han empujado a ciertos segmentos de la población a tomar medidas desesperadas para sobrevivir, incluyendo la participación en actividades delictivas.

La pobreza en Argentina alcanzó el 41.7% de la población en el segundo semestre de 2023, con una inflación interanual del 289.4% en abril de 2024. Este entorno económico adverso, combinado con el alto valor del cobre, que promedió los 10.139 USD/tn en mayo de 2024, ha creado un incentivo perverso para el robo de cables. Este fenómeno no solo afecta la infraestructura del país, sino que también representa una grave amenaza para la salud pública, como se evidencia en el aumento de las quemaduras eléctricas graves entre la población joven masculina.



Gravedad de las Lesiones y Complicaciones

Los datos recabados en este estudio muestran que las quemaduras eléctricas asociadas con el robo de cables tienden a ser más graves y a requerir cuidados médicos más intensivos en comparación con otros tipos de quemaduras. Los pacientes que sufrieron quemaduras en contexto sospechoso de robo de cables, principalmente debido al contacto con cables de alta tensión, presentaron un promedio de días de internación (30.7 días) mayor y una necesidad de cuidados en unidades de terapia intensiva (48.8%) más frecuente.

Además, la incidencia de complicaciones fue significativamente mayor en este grupo (65.1%), lo que refuerza la gravedad de estas lesiones. La presencia de rabdomiólisis en un número considerable de estos pacientes también destaca la severidad de las quemaduras eléctricas asociadas con el robo de cables, sugiriendo que estos incidentes no solo son más comunes, sino también más peligrosos y mortales.

Intervenciones y Políticas Públicas

Parece existir un vínculo entre la crisis económica y el aumento de quemaduras eléctricas

graves, lo que insta a implementar políticas públicas orientadas a mitigar este problema. Las intervenciones deben ser multifacéticas, abarcando tanto la prevención de actividades ilícitas como el tratamiento y la rehabilitación de los afectados.

En primer lugar, se necesita una estrategia nacional para abordar el robo de cobre, que incluya tanto medidas de seguridad más estrictas como campañas de concientización sobre los riesgos asociados. Finalmente, debe fortalecerse la capacidad del sistema de salud para manejar los casos de quemaduras eléctricas, con especial atención a la formación y dotación de recursos en las unidades de quemados y terapia intensiva. Esto incluye mejorar el acceso a tecnologías avanzadas de tratamiento, y garantizar un seguimiento adecuado de los pacientes a largo plazo.

Este estudio presenta varias limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados. En primer lugar, el carácter retrospectivo de la recolección de datos podría haber introducido sesgos, debido a posibles lagunas de información o la incompletitud de los registros clínicos. Además, la exclusión de pacientes que fallecieron antes de ser evaluados por el Servicio de Cirugía Plástica y Quemados podría

subestimar la verdadera gravedad de las quemaduras eléctricas en la población estudiada. La clasificación de casos como “sospecha de robo de cables” se basó en la ocurrencia de la lesión en la vía pública, tanto en situaciones con seguimiento policial activo como en aquellas sin un contexto laboral claro, pero con una narrativa de lesión que sugería actividades delictivas. Esta metodología podría haber incluido tanto casos relacionados con actividades delictivas como accidentes no relacionados, lo que podría influir en la precisión de nuestras conclusiones.

Por último, la limitación geográfica de los datos recolectados en una única institución restringe la generalización de estos hallazgos a otros contextos o poblaciones.

CONCLUSIÓN

El aumento en los casos de quemaduras eléctricas en Argentina parece estar relacionado al contexto económico del país. La combinación de los altos precios del cobre y una crisis económica severa ha llevado a un aumento en el robo de cables, lo que a su vez ha resultado en un incremento de quemaduras eléctricas, especialmente en la vía pública. Es crucial que las políticas públicas aborden las causas subyacentes de este problema, proporcionando alternativas económicas y reforzando las medidas de prevención para mitigar el impacto en la salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

1. Banco Mundial (2021a), World Bank Commodity Price Data (The Pink Sheet) <https://www.worldbank.org/en/research/commodity-markets>
2. Informe Mensual. Precios de los principales minerales. Junio 2024. Dirección Nacional de Promoción y Economía Minera. Subsecretaría de Desarrollo Minero. República Argentina.
3. Mangeaud A, Elías Panigo DH. 2018 R–Medic. Un programa de análisis estadísticos sencillo e intuitivo. Revista Methodo 3 (1) 18–22.
4. Bounds EJ, Khan M, Kok SJ. Electrical Burns. [Updated 2023 Apr 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519514/>
5. EFE. (16 de mayo de 2024). Casi la mitad de la población en Argentina vive en la pobreza, según medición académica. <https://efe.com/economia/2024-05-16/casi-la-mitad-de-la-poblacion-en-argentina-vive-en-la-pobreza-segun-medicion-academica/>
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2024, marzo). Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2023. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/cuadros_informe_pobreza_03_24.xls
7. Observatorio de Deuda Social. (2024). Observatorio de Pobreza: Informe serie histórica 2004–2023. Universidad Católica Argentina. Recuperado de <https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Presentaciones/2024/Observatorio-Pobreza-Informe-serie-historica-2004-2023.pdf>

VALOR PREDICTIVO DEL SITIO DE QUEMADURA CON RELACIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Autores

*Dra. M. Guillermina Cei,
Dra. Janina Toneguzzo,
Dr. Rodrigo Fernández
Coria,
Dra. Laura Taljame, y
Dr. Ariel Talarn*

Unidad de Quemados.
Hospital de Emergencias
Dr. Clemente Álvarez (HECA)
de Rosario.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo explorar y analizar la relación entre la violencia de género y las características de las quemaduras en los pacientes atendidos en la Unidad de Quemados del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez. Se busca identificar patrones que puedan ayudar a mejorar el diagnóstico precoz y tratamiento de las víctimas de violencia de género.

Método: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo, comparando dos grupos: la cohorte A (pacientes con quemaduras por violencia de género) y la cohorte B (pacientes con quemaduras no relacionadas con violencia de género). Se analizaron variables como el sitio de la quemadura, la extensión, el mecanismo de lesión, la gravedad, y las complicaciones durante el tratamiento. La muestra incluyó 53 pacientes, con datos recogidos entre 2014 y la 2024.

Resultados: No se pudo establecer un modelo predictivo con las variables analizadas que determine precozmente la violencia de género en el contexto de la quemadura. Se observó que las víctimas de violencia de género presentaron una mayor gravedad en sus quemaduras (grupos de gravedad III y IV) en comparación con las pacientes no expuestas a violencia de género. La cohorte de violencia de género también presentó una mayor asociación con combustibles como agente etiológico, aunque esta diferencia no alcanzó significancia estadística. Además, las complicaciones fueron más frecuentes en el grupo de violencia de género.

Conclusiones: Existe una clara asociación entre la gravedad de las quemaduras y la presencia de violencia de género, con una mayor prevalencia de quemaduras graves en este grupo. Sin embargo, las variables analizadas no fueron suficientes para predecir de manera confiable la violencia de género en los pacientes quemados. Es crucial mantener un alto índice de sospecha y mejorar los protocolos de atención para optimizar el diagnóstico y tratamiento de las víctimas.

Palabras claves: *violencia de género, quemaduras, gravedad, modelo predictivo, salud pública.*

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un problema de salud pública mundial, afectando a una gran parte de la población en diferentes formas¹. Las quemaduras representan una carga considerable en la salud pública, y existe una intersección importante entre las quemaduras y la violencia de género, particularmente en casos de quemaduras intencionales como resultado de agresiones domésticas o de pareja.²

De acuerdo con el informe de la Línea 144,³ entre enero y junio de 2023, se recibieron 49,679 comunicaciones por violencia de género en Argentina, con la mayoría de los casos reportados como violencia doméstica. Además, el 96% de las personas que se comunicaron fueron mujeres, y el 64% refirió haber padecido violencia física, lo que subraya la gravedad y prevalencia del problema en el país.

La legislación argentina aborda la violencia de género con varias normativas clave, como la Ley N° 26.485, que busca proteger a las mujeres de todas las formas de violencia⁴. Esta ley incorpora al Código Penal el femicidio como un agravante al homicidio, lo que refleja la seriedad con la que el marco legal argentino trata la violencia de género. A nivel provincial en Santa Fe, está legislado por la Ley N° 13348/2013⁵ y a nivel de la Municipalidad de Rosario mediante ordenanzas municipales como la N° 8337⁶.

Abordar las quemaduras en el contexto de la violencia de género es crucial debido a las implicancias físicas, psicológicas y sociales que conllevan. Las víctimas de quemaduras intencionales requieren una atención integral que no solo incluya el tratamiento de las heridas físicas, sino también un apoyo psicológico y legal que las ayude a superar el trauma y a navegar por el sistema judicial⁷. En Argentina, a pesar de contar con un marco legal sólido que protege a las mujeres de la violencia de género, no se dispone de datos precisos sobre la prevalencia de quemaduras causadas por esta forma de violencia. La falta de estos datos resalta la impor-

tancia de ahondar en este tema, ya que solo a través de una comprensión profunda y detallada de los casos existentes se pueden desarrollar protocolos de atención adecuados y se pueden establecer políticas de prevención efectivas.

OBJETIVOS

- **Objetivo General:** Explorar y analizar la relación entre la violencia de género y las características de las quemaduras en los pacientes atendidos en la Unidad de Quemados del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez.
- **Objetivos Específicos:**
 - Determinar el perfil demográfico y social de los pacientes quemados en contexto de violencia de género.
 - Describir y comparar los tipos de quemaduras, sus mecanismos y las áreas del cuerpo afectadas en los casos asociados y no asociados a violencia de género.
 - Evaluar la gravedad de las lesiones y complicaciones en ambos grupos.
 - Proponer mejoras en los protocolos de atención basadas en los hallazgos del estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del Estudio: Este es un estudio de cohortes retrospectivo que analiza los pacientes ingresados a la Unidad de Quemados del Hospital de Emergencia Dr. Clemente Álvarez entre 2014 y 2024. El estudio tiene como objetivo comparar las características de las quemaduras en víctimas de violencia de género con las de pacientes que sufrieron quemaduras por otras causas, para identificar posibles patrones que permitan un alto índice de sospecha de violencia de género.

Población de Estudio

- Cohorte A (Expuesta): Pacientes ingresados por quemaduras relacionadas con

violencia de género desde 2014 hasta la actualidad (n=26).

- Cohorte B (No expuesta): Pacientes ingresados por quemaduras no relacionadas con violencia de género.

Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 15 años ingresadas a la Unidad de Quemados.
- Diagnóstico confirmado de quemaduras.
- Para la Cohorte A: Caso sospechoso o confirmado de violencia de género como causa de la quemadura.
- *Para la Cohorte B: Causas de quemaduras no relacionadas con violencia de género.*

Criterios de Exclusión

- Pacientes con información incompleta o insuficiente en la historia clínica.
- Casos en los que no se pudo determinar la causa exacta de la quemadura.

Variables del Estudio

- Variables Principales: Sitio de la Quemadura (localización anatómica de la quemadura). Extensión de la Quemadura (Porcentaje de superficie corporal quemada (SCQ)). Mecanismo de la Quemadura (Tipo de agente causante). Edad
- Variables Secundarias: Tiempo de hospitalización. Complicaciones durante el tratamiento.

Procedimiento de Recolección de Datos

Se recopilaban los datos retrospectivamente de los registros clínicos electrónicos y físicos del hospital. Se garantizó la confidencialidad de los pacientes mediante la anonimización de los datos.

Análisis Estadístico

El cálculo del tamaño de la muestra de la cohorte no expuesta (cohorte B) se ajustó para garantizar un equilibrio que tenga en cuenta el tamaño fijo de la cohorte expuesta (cohorte A).

Dado que el grupo de la cohorte A se conformó exclusivamente por mujeres que sufrieron violencia de género, el grupo B fue seleccio-

nado dentro del grupo de pacientes mujeres que cursó internación en la Unidad de Quemados desde el 2014 hasta la actualidad.

Se utilizó una técnica estadística de muestreo aleatorio simple para minimizar el sesgo de selección y asegurar que la muestra sea representativa de la población total.

Se realizaron comparaciones entre las cohortes A y B utilizando el test de Chi-cuadrado para variables categóricas y el test T de Student o U de Mann-Whitney para variables continuas, dependiendo de la normalidad de los datos.

Un análisis multivariante se llevó a cabo para identificar factores independientes asociados con quemaduras por violencia de género.

Protocolo de Manejo de Víctimas de Violencia de Género en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez

En el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, cualquier paciente que refiera ser víctima de violencia de género, en cualquier nivel o área de atención, se registra en un sistema específico destinado para este fin, y se notifica a la línea 144, que ofrece asistencia y orientación para mujeres en situación de violencia.

Además, el hospital sigue el Protocolo de Actuación de Hospitales Municipales de Rosario para la atención de mujeres víctimas de violencia, que incluye los siguientes pasos: recepción de la víctima, anamnesis y evaluación física, realización de estudios complementarios y tratamientos necesarios, administración de un kit de medicamentos para la prevención de enfermedades infectocontagiosas y embarazo en casos de agresión sexual, apoyo del equipo de salud mental, intervención de un médico policial si es necesario para la toma de muestras, resguardo de la víctima dentro de la institución o derivación a un hogar de tránsito, y notificación al destacamento policial correspondiente.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 53 pacientes, de los cuales 27 (50.9%) correspondieron a casos de violencia de género y 26 (49.1%) a quemaduras

sin contexto de violencia de género. Los datos resumidos se encuentran en la tabla 1

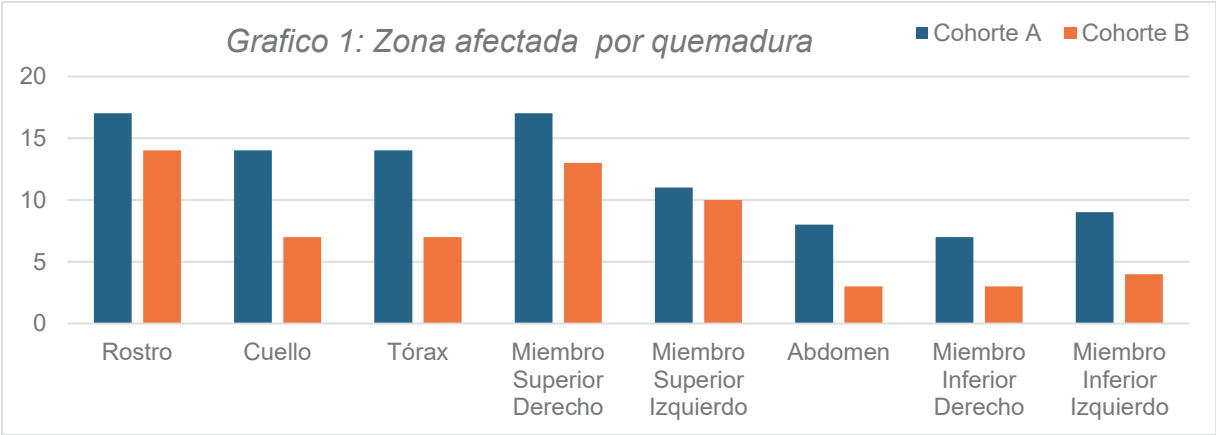
	<i>Cohorte A</i>	<i>Cohorte B</i>
Edad Promedio (años)	32,9	28,1923077
D.E.	9,772106792	8,71329665
Días de Internación (días)	21,9	12,92
D.E.	24,47	13,25
SCQ 1era evaluación	38,17	17,6
SCQ (UQ)	31,67	9,2
<i>Mecanismo lesional</i>		
Fuego	21	16
Líquidos calientes	6	10
Con combustible asociado	11	4
Complicaciones	13	3
Injertos	4	1
<i>Zona afectada por quemadura</i>		
Rostro	17 (17,53%)	14 (22,95%)
Cuello	14 (14,43%)	7 (11,48%)
Tórax	14 (14,43%)	7 (11,48%)
Miembro Superior Derecho	17 (17,53%)	13 (21,31%)
Miembro Superior Izquierdo	11 (11,34%)	10 (16,39%)
Abdomen	8 (8.25%)	3 (4,92%)
Miembro Inferior Derecho	7 (7,22%)	3 (4,92%)
Miembro Inferior Izquierdo	9 (9.28%)	4 (6,56%)

Tabla 1 Resumen de características de la población estudiada.

Referencias: D.E.: desviación estándar; SCQ: Superficie corporal quemada; UQ: Unidad de quemados.

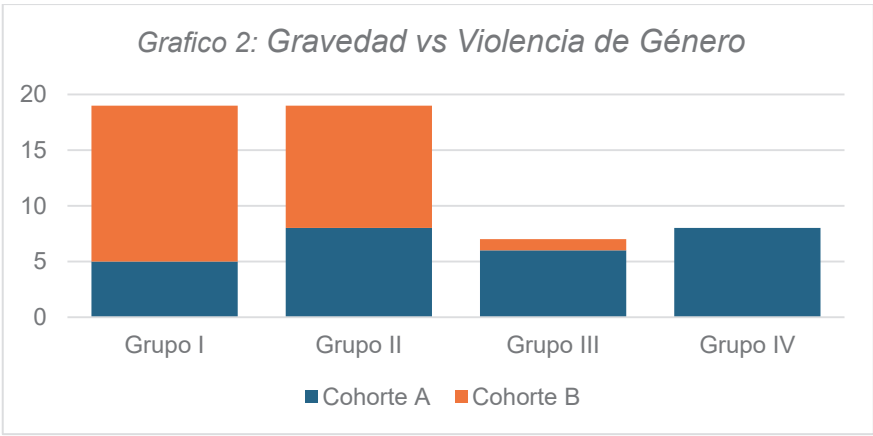
Las quemaduras se distribuyeron principalmente en el rostro, cuello, tórax y extremidades superiores. La cohorte de pacientes con violencia de género presentó una mayor proporción de quemaduras en el cuello (14.4% vs. 11.5%), tórax (14.4% vs. 11.5%), y abdomen

(8.2% vs. 4.9%) en comparación con la cohorte sin violencia de género. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0.05$ para todas las comparaciones). Gráfico 1



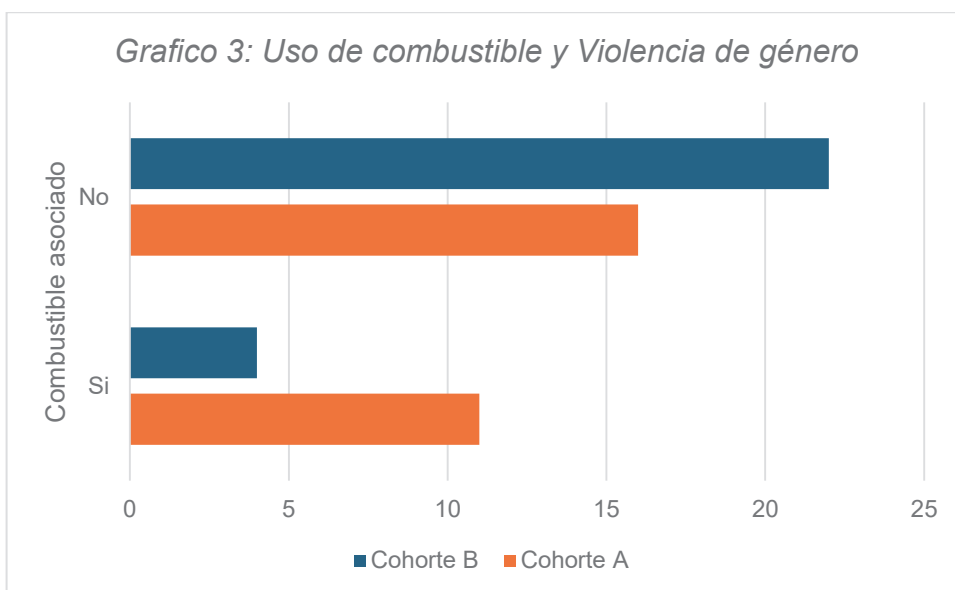
La cohorte de pacientes con violencia de género presentó una mayor proporción de pacientes en los grupos de gravedad III y IV en comparación con la cohorte sin violencia

de género (48.1% vs. 3.8% para el grupo III, y 29.6% vs. 0% para el grupo IV). Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.00099$). Gráfico 2



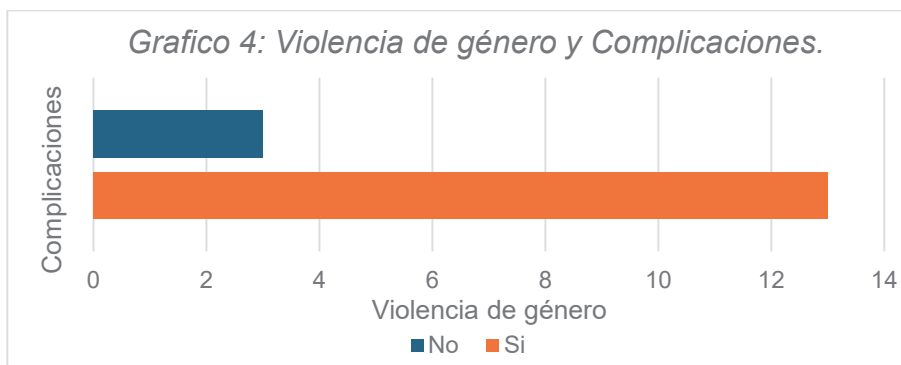
Se encontró que el uso de combustibles asociados fue más común en la cohorte de violencia de género (40.7% vs. 15.4%), aunque esta

diferencia no alcanzó significancia estadística ($p = 0.081$). El mecanismo de lesión principal en ambas cohortes fue el fuego. Gráfico 3



En cuanto a las complicaciones, el 48.1% de las pacientes con violencia de género presentaron complicaciones durante el tratamiento, en comparación con solo el 11.5% de las pa-

cientes sin violencia de género ($p = 0.006$), lo que sugiere una asociación significativa entre la presencia de violencia de género y un mayor riesgo de complicaciones. Gráfico 4



Se realizó un análisis de regresión logística para evaluar si las variables como la distribución anatómica de las quemaduras, grupo de gravedad, tipo de quemadura, días de internación, y uso de combustible podían predecir la probabilidad de que un paciente sufriera quemaduras en el contexto de violencia de género. El modelo no mostró poder predictivo significativo ($AUC-ROC = 0.48$), y las variables incluidas no fueron suficientes para predecir

de manera confiable la violencia de género en esta población.

DISCUSIÓN

El presente estudio examinó las características clínicas y demográficas de pacientes con quemaduras en el contexto de violencia de género, comparándolas con aquellos pacientes con quemaduras sin dicha asociación. A

pesar de que se observó una mayor proporción de quemaduras en áreas críticas como el cuello, tórax y abdomen en la cohorte de violencia de género, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, lo que podría estar relacionado con el tamaño limitado de la muestra.

Un hallazgo relevante fue la asociación significativa entre la gravedad de las quemaduras y la presencia de violencia de género. Las pacientes en contextos de violencia de género tenían más probabilidades de pertenecer a los grupos de gravedad III y IV, lo que sugiere una mayor severidad de las lesiones en este grupo. Esto coincide con estudios previos que señalan que la violencia de género a menudo resulta en lesiones más graves y extensas.

El uso de combustibles asociados, aunque más prevalente en la cohorte de violencia de género, no alcanzó significancia estadística, lo que puede indicar que, si bien es un factor de riesgo, no es un predictor independiente en esta muestra. El análisis multivariante realizado no logró identificar un conjunto de variables que pudieran predecir eficazmente la violencia de género, lo que sugiere que la complejidad de estos casos puede requerir un enfoque más holístico o la inclusión de variables adicionales no consideradas en este estudio.

La violencia de género como mecanismo lesional (ML) adquiere relevancia debido a varios factores clave. En primer lugar, existe un riesgo significativo de subdiagnóstico, muchas veces relacionado con la negación del episodio tanto por parte de la víctima como de su entorno, lo que puede llevar a múltiples ingresos hospitalarios antes de que se identifique la verdadera causa. Este subdiagnóstico no solo dificulta la intervención temprana, sino que también impide la implementación de medidas preventivas adecuadas.

La violencia de género también es un factor altamente prevenible cuando se realiza un diagnóstico preciso, lo que subraya la impor-

tancia de mantener un alto índice de sospecha, especialmente en casos donde las quemaduras ocurren en el domicilio y cuando existen discrepancias entre el relato del suceso del paciente y de los acompañantes. La asociación de quemaduras por fuego en el domicilio es un indicador que, junto con las diferencias en los relatos, debería alertar a los profesionales de salud sobre la posibilidad de estar ante un caso de violencia de género.

Además, la elevada gravedad y las secuelas que caracterizan a las quemaduras asociadas a violencia de género enfatizan la necesidad de un enfoque integral que aborde tanto las heridas físicas como las implicancias psicológicas y sociales. La falta de evidencia científica específica sobre la relación entre violencia de género y quemaduras resalta la urgencia de realizar más investigaciones que puedan contribuir a una mejor comprensión y manejo de estos casos.

Estos resultados subrayan la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el manejo de pacientes quemadas en contextos de violencia de género, que incluya no solo la atención médica inmediata sino también la intervención psicológica y legal. Futuras investigaciones con muestras más grandes y la inclusión de variables adicionales podrían ayudar a desarrollar modelos predictivos más robustos, mejorando así la identificación temprana y el manejo de estos casos.

CONCLUSIONES

Existe una asociación clara entre la gravedad de las quemaduras y la presencia de violencia de género, con una tendencia hacia quemaduras más graves en pacientes que han sufrido violencia de género.

Los resultados sugieren que las variables incluidas en el modelo (partes del cuerpo quemadas, grupo de gravedad, tipo de quemaduras, días de internación) no son suficientes

para predecir de manera confiable la violencia de género en los pacientes quemados.

Este estudio resalta la importancia de considerar la violencia de género como un factor crítico en la evaluación y tratamiento de pacientes quemados, especialmente dado el aumento significativo en la gravedad de las lesiones observadas en este grupo. A pesar de las limitaciones, los hallazgos proporcionan una base para futuras investigaciones orientadas a mejorar los protocolos de atención para esta población vulnerable.

Es crucial que los profesionales de salud mantengan un alto índice de sospecha en situaciones donde las quemaduras han ocurrido en el domicilio y cuando hay inconsistencias en los relatos del suceso. El reconocimiento temprano de la violencia de género como un posible mecanismo lesional no solo facilita un diagnóstico más certero, sino que también permite implementar intervenciones preventivas que podrían reducir la gravedad de las lesiones y sus secuelas a largo plazo. La evidencia científica en este campo es limitada, y se requieren más estudios para optimizar los protocolos de atención y asegurar un manejo adecuado y efectivo de estos casos

BIBLIOGRAFÍA

1. Kuupiel D, Lateef MA, Pillay JD, Mchunu GG. Mapping global evidence on injuries/trauma due to sexual and gender-based violence for research prioritisation and development of guidelines to mitigate their impact: A scoping review protocol. *Systematic Reviews*. 2023;12(167). doi: 10.1186/s13643-023-02345-8.
2. Epidemiology, risk factors, and prevention of burn injuries. <https://www.uptodate.com>
3. Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación. Datos públicos para infografía enero – junio 2023. Dirección Técnica de Registros y Bases de Datos. <https://www.argentina.gob.ar/generos/linea-144/informacion-estadistica>.
4. Argentina. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, Ley 26.485. Boletín Oficial de la República Argentina. 2009. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-146016>.
5. Santa Fe (Provincia). Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Ley Provincial No 13.348 (2013). Decreto Regl. 4028/13. Santa Fe, Argentina. Sanción: 30-05-2013, Publicación: 29/07/2013.
6. Santa Fe, Rosario. Ordenanza municipal de Rosario No 9056 (2013) Sistemas de Dispositivos de Alerta para Mujeres Agredidas (DAMA). Boletín Oficial Municipal Electrónico No311 (24).
7. Borràs Cuevas B, Andreu Mondon J, Monroy-Parada DX. Detección de violencia de género en mujeres jóvenes que acuden a un centro de atención primaria. *Atención Primaria*. 2023;55(102524). doi: 10.1016/j.aprim.2022.102524.

EVALUACIÓN ENDOMETRIAL HISTEROSCÓPICA EN USUARIAS DE TAMOXIFENO ADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA, EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA / MASTOLOGÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE ROSARIO. DATOS PRELIMINARES

Autora

*Dra. Eliana Andrea Ullate²,
Dra. Encarnación Alonso¹,
Dra. Dalila Vidallé¹,
Dr. Damián Angeletti² y
Dra. Evelin Aldana Botek²*

¹ Unidad de Mastología de la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario.

² Servicio Tocoginecología del Hospital de Emergencias Clemente Álvarez y Maternidad Martín. Rosario

RESUMEN

El tamoxifeno (TAM) representa la terapia endócrina adyuvante estándar en tumores hormonosensibles pero puede favorecer el desarrollo del carcinoma de endometrio (CE), aunque el riesgo es bajo y se compensa por el beneficio en sobrevida que proporciona. Objetivo: identificar características de la población de mujeres con antecedente de cáncer de mama (CM) haciendo TAM y evaluadas mediante histeroscopia. Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo 31 pacientes realizando TAM adyuvante por CM, evaluadas mediante histeroscopia, en efectores municipales de Rosario, entre enero–2019/enero–2024. Consideramos características clínico–patológicas del CM y características ecográficas–histeroscópicas–biopsias endometriales. 58,1% eran premenopáusicas. 41,9%, postmenopáusicas. 6,5% de las biopsias eran malignas/atípicas. El resultado histológico más frecuente fue pólipo endometrial(61,3%). 64,5% de la población presentó ginecorragia (35,5%: postmenopáusicas sintomáticas/29%: premenopáusicas sintomáticas), la indicación de histeroscopia fue la ginecorragia en sí misma en todo este grupo, un 10% de las biopsias de mujeres sintomáticas fueron atípicas/malignas. Las pacientes con patología endometrial maligna/atípica presentaron sintomatología, ninguna era asintomática. 35,5% del total eran asintomáticas (29%:premenopáusicas /6,5%: postmenopáusicas), la indicación más frecuente para histeroscopia en asintomáticas fue la interpretación de grosor endometrial alterado(81,8%), todas las biopsias endometriales fueron benignas en asintomáticas. Conclusión: la mayoría de las pacientes evaluadas con histeroscopia eran premenopáusicas, y la mayoría presentaba ginecorragia. El hallazgo anatomopatológico más frecuente fue pólipo endometrial, una pequeña proporción de mujeres con TAM adyuvante desarrollaron atipia/malignidad endometrial. La evalua-

ción endometrial debe residir en la correcta interpretación del cuadro clínico y condiciones de la paciente (status menopáusico/factores de riesgo para malignidad endometrial), la decisión de realizar estudios complementarios debe ser personalizada.

ABSTRACT

Tamoxifen (TAM) represents the standard adjuvant endocrine therapy for hormone-sensitive tumors but can promote the development of endometrial carcinoma (EC), although the risk is low and is offset by the survival benefit it provides. Objective: To identify characteristics of the population of women with a history of breast cancer (BC) undergoing TAM and evaluated by hysteroscopy. Retrospective descriptive study including 31 patients undergoing adjuvant TAM for BC, evaluated by hysteroscopy, in municipal effectors of Rosario, between January–2019/January–2024. We considered clinicopathological characteristics of BC and ultrasound–hysteroscopic–endometrial biopsy characteristics. 58.1% were premenopausal; 41.9% were postmenopausal. 6.5% of the biopsies were malignant/atypical. The most frequent histological result was endometrial polyp (61.3%). 64.5% of the population presented gynecological bleeding (35.5%: symptomatic postmenopausal women/29%: symptomatic premenopausal women); the indication for hysteroscopy was gynecological bleeding itself in this entire group; 10% of biopsies from symptomatic women were atypical/malignant. Patients with malignant/atypical endometrial pathology presented symptoms; none were asymptomatic. 35.5% of the total were asymptomatic (29%: premenopausal women/6.5%: postmenopausal women); the most frequent indication for hysteroscopy in asymptomatic women was the interpretation of altered endometrial thickness (81.8%), all endometrial biopsies were benign in asymptomatic women.

Conclusion: Most patients evaluated with hysteroscopy were premenopausal, and most presented with gynecological bleeding. The most frequent pathological finding was endometrial polyps; a small proportion of women with adjuvant MAT developed endometrial atypia/malignancy. Endometrial evaluation should be based on the correct interpretation of the patient's clinical picture and condition (menopausal status/risk factors for endometrial malignancy); the decision to perform additional studies should be individualized.

Keywords: breast cancer – tamoxifen – endometrial cancer – endometrial surveillance – hysteroscopy – premenopause – postmenopause

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Mama (CM) es el tipo de cáncer más frecuente en mujeres, con aproximadamente 1 de cada 8 mujeres afectadas a lo largo de la vida. Su incidencia seguirá siendo relevante debido al aumento de la expectativa de vida y a las disparidades económicas globales. Es fundamental considerar la calidad de vida de las sobrevivientes y los efectos adversos del tratamiento¹⁻².

El tamoxifeno es la terapia endócrina adyuvante estándar en tumores con receptores hormonales, tanto en mujeres premenopáusicas como posmenopáusicas. Reduce el riesgo anual de recurrencia en un 39% y de muerte en un 31%, independientemente de quimioterapia, edad, status menopáusico o afectación ganglionar³⁻⁴. Se clasifica como SERM (modulador selectivo de receptores de estrógeno), con efectos agonistas o antagonistas según el tejido.

A nivel endometrial, el tamoxifeno puede inducir pólipos, hiperplasia con atipia y, en raros casos, carcinoma de endometrio, aunque el beneficio en supervivencia supera este riesgo. Por ello, es necesario implementar estrategias de vigilancia endometrial personalizadas para

optimizar el control clínico, evitando estudios invasivos, costosos y con morbilidad.

El presente análisis se centra en la población usuaria de tamoxifeno adyuvante que recibió evaluación endometrial histeroscópica y biopsia, con el objetivo de mejorar la toma de decisiones clínicas en estas pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de carácter descriptivo y retrospectivo, el mismo incluyó 31 pacientes mujeres que fueron evaluadas mediante histeroscopia en el Servicio de Ginecología del Hospital de Emergencia “Dr. Clemente Álvarez” –HECA– y Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario –CEMAR– con antecedente de cáncer de mama realizando tratamiento adyuvante endócrino con tamoxifeno.

Se incluyeron pacientes cuya histeroscopia se realizó en el período comprendido entre enero de 2019 y enero 2024.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- mujeres de cualquier edad con antecedente de cáncer de mama en tratamiento adyuvante endócrino con tamoxifeno, asistidas en HECA ó CEMAR, en el período de tiempo previamente mencionado;
- que hayan sido evaluadas mediante histeroscopia en el Servicio de Ginecología de HECA–CEMAR.

Se excluyeron 2 pacientes que presentaban patología endometrial conocida previa al inicio de tratamiento con tamoxifeno.

Se analizaron las siguientes variables.

- *Características clínicas de la paciente:*
 - Edad de la paciente.
 - Status menopáusico (al momento de la indicación de histeroscopia): premenopausia y postmenopausia.
 - Presencia de factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de endometrio (CE) (al momento de la indicación de histeros-

copía): obesidad (OBD); hipertensión arterial (HTA); diabetes (DBT); nuliparidad; tabaquismo (TBQ);

- Manifestación clínica: asintomática; sangrado uterino anormal (SUA) en premenopausia; sangrado de la postmenopausia.

- *Características tumorales (antecedente de Cáncer de Mama):*

- Grado de Invasión: carcinoma in situ y carcinoma invasor.
- Características histopatológicas del CM: Carcinoma Ductal Invasor (CDI); Carcinoma Lobulillar Invasor (CLI); Carcinoma Ductal In Situ (CDIS).
- Características inmunohistoquímicas del CM: Luminal A, Luminal B, Triple Positivo, CDIS con receptores hormonales positivos (CDIS RH+); Grado histopronóstico (GHP) del CM: GHP 1, GHP2, GHP3.
- Expresión Her2: Negativo y Positivo.
- Ki 67: < 14% y >14%
- Tamaño tumoral (T): T0; T1; T2 y T3.
- Status axilar (N): N0; N1; N2.

- *Indicación de histeroscopia:* ginecorragia; grosor endometrial alterado, hallazgo ecográfico focal.

- *Características endometriales ecográficas:* grosor endometrial; hallazgos ecográficos focales (pólipo endometrial; áreas quísticas endometriales; sin otro hallazgo ecográfico).

- *Características histeroscópicas:* pólipo endometrial; atrofia endometrial; áreas quísticas; endometrio normal.

- *Características Endometriales Histológicas:*
 - Clasificación biopsia endometrial: biopsia benigna y biopsia maligna/atípica
 - Resultado histológico: pólipo estromoglandular; hiperplasia endometrial simple sin atipia; endometrio normal; hiperplasia endometrial compleja sin atipia; hiperplasia endometrial simple con atipia; adenocarcinoma endometrial.

Debido a que los datos son retrospectivos existen casos perdidos en determinadas variables que se contemplaron en el análisis. Se realizó análisis estadístico utilizando el programa IBM SPSS Statistics, interpretando como valor estadísticamente significativo a $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 31 mujeres con antecedente de cáncer de mama (CM) que recibieron tratamiento adyuvante con tamoxifeno y fueron evaluadas mediante histeroscopia con toma de biopsia endometrial concomitante durante la hormonoterapia. (Se exponen características de la población en Tabla 1).

Tabla 1. Características de la población.

Variable		Valor	%
Características clínicas			
Edad (años)	Media: 49,2 / DE \pm 7,9 / Min: 36 – Máx: 63		
Status menopáusico	Premenopáusica	18	58,1
	Postmenopáusica	13	41,9
Manifestación clínica	Asintomática	11	35,5
	SUA en Premenopausia	8	25,8
	Sangrado de la Postmenopausia	12	38,7
Características tumorales (Cáncer de Mama)			
Grado de invasión	Carcinoma In situ	3	9,7
	Carcinoma Invasor	28	90,3
Histología	CDIS	4	12,9
	CDI	23	74,2
	CLI	4	12,9
IHQ	CDIS RH+	3	10,3
	Luminal A	16	55,2
	Luminal B	8	27,6
	Triple Positivo	2	6,9
GHP	GHP 1	11	44,0
	GHP 2	13	52,0
	GHP 3	1	4,0
HER2	Negativo	22	91,7
	Positivo	2	8,3

KI67	<14	11	44
	>14	14	56
T	T 0	3	10,3
	T 1	18	62,1
	T 2	7	24,1
	T 3	1	3,4
N	N 0	22	75,9
	N 1	7	24,1
	N 2	0	0,0
Factores de Riesgo para malignidad endometrial			
Sin factores de riesgo		14	45,2
1 Factor de Riesgo		8	25,8
2 ó + Factores de Riesgo		9	29,0
OBD	SI	7	22,6
	NO	24	77,4
HTA	SI	12	38,7
	NO	19	61,3
DBT	SI	5	16,1
	NO	26	83,9
NULIPARIDAD	SI	2	6,5
	NO	29	93,5
TBQ	SI	6	19,4
	NO	25	80,6
Características endometriales ecográficas			
Grosor endometrial (mm)	Media: 16,8 / DE±9,6 / Min: 5 – Max: 43		
Hallazgos focales	Sin otro hallazgo ecográfico	22	75,9
	Pólipo Endometrial	4	13,8
	Áreas quísticas endometriales	3	10,3
Indicación de histeroscopia			
	Ginecorragia	20	64,5
	Grosor endometrial alterado	9	29,0
	Hallazgo ecográfico focal	2	6,5

Características histeroscópicas			
	Pólipo Endometrial	20	64,5
	Atrofia Endometrial	6	19,4
	Áreas Quísticas	2	6,5
	Endometrio Normal	3	9,7
Características endometriales histológicas			
Clasificación Biopsica	Benigna	29	93,5
	Atipía/Malignidad	2	6,5
Resultado histológico	Pólipo Estromoglandular		61,3
	Hiperplasia Endometrial Simple Sin Atipía		16,1
	Endometrio Normal		9,7
	Hiperplasia Endometrial Compleja Sin Atipía		6,5
	Hiperplasia Endometrial Simple Con Atipía		3,2
	Adenocarcinoma Endometrial		3,2

Se excluyeron previamente 2 pacientes con alteraciones endometriales detectadas antes del inicio del tamoxifeno

La mayoría de las biopsias (93,5%) fueron benignas, mientras que 2 pacientes (6,5%) presentaron atipía o malignidad endometrial. Los hallazgos más frecuentes en la población gene-

ral fueron pólipo endometrial (61,3%) y hiperplasia endometrial simple sin atipía (16,1%). Las pacientes con patología endometrial significativa incluyeron: una con adenocarcinoma endometrial y otra con hiperplasia simple con atipía. (Tabla 2)

Tabla 2. Características de la población según clasificación biopsica endometrial (benignidad vs. atipía/malignidad). (Valor Significativo: $p < 0,05$)

Variable	Benigna n (%)	Clasificación Biopsica Atipía/Malignidad n (%)	p-valor
<u>Características de la paciente</u>			
Status Menopáusico			
Premenopausia	17 (58,6)	1 (50)	0,812
Postmenopausia	12 (41,4)	1 (50)	
Total	29 (100)	2 (100)	

Obesidad	Sí	7 (24,1)	0 (0)	0,302
	No	22 (75,9)	2 (100)	
	Total	29 (100)	2 (100)	
HTA	Sí	12 (41,4)	0 (0)	0,681
	No	17 (58,6)	2 (100)	
	Total	29 (100)	2 (100)	
Nuliparidad	Sí	2 (6,9)	0 (0)	0,599
	No	27 (93,1)	2 (100)	
	Total	29 (100)	2 (100)	
Tabaquismo	Sí	6 (20,7)	0 (0)	0,345
	No	23 (79,3)	2 (100)	
	Total	20 (100)	2 (100)	
Diabetes / Insulinorresistencia	Sí	5 (17,2)	0 (0)	0,393
	No	24 (82,8)	2 (100)	
	Total	29 (100)	2 (100)	
<u>Características del CM</u>				0,349
Histología				
	CDIS	4 (13,8)	1 (0)	
	CDI	22 (75,9)	2 (50)	
	CLI	3 (10,3)	1 (50)	
	Total	29 (100)	3 (100)	
Grado de Invasión				0,516
	Carcinoma In Situ	3 (10,3)	0 (0)	
	Carcinoma Invasor	26 (89,7)	2 (100)	
	Total	29 (100)	2 (100)	
Grado Histo pronóstico				0,015
	GHP 1	11 (45,8)	0 (0)	
	GHP 2	13 (54,2)	0 (0)	
	GHP 3	0 (0)	2 (100)	
	Total	24 (100)	2 (100)	
Her 2				0,546
	Positivo	2 (9,1)	0 (0)	
	Negativo	20 (90,9)	2 (100)	
	Total	24 (100)	2 (100)	

Inmunohistoquímica			
Luminal A	16 (66,7)	0 (0)	0,078
Luminal B	6 (25)	2 (100)	
Triple Positivo	2 (8,3)	0 (0)	
Total	24 (100)	2 (100)	
T			
T 0	3 (11,1)	0 (0)	0,573
T 1	16 (59,3)	2 (100)	
T 2	7 (25,9)	0 (0)	
T 3	1 (3,7)	0 (0)	
Total	27 (100)	2 (100)	
N			
N 0	20 (74,1)	2 (100)	0,283
N 1	7 (25,9)	0 (0)	
N 2	0 (0)	0 (0)	
Total	27 (100)	2 (100)	
Clínica			
Asintomática	11 (37,9)	1 (0)	0,383
SUA en premenopausia	8 (27,6)	2 (50)	
Sangrado de la postmenopausia	10 (34,5)	1 (50)	
Total	29 (100)	2 (100)	
Hallazgo ecográfico focal			
Sin otro hallazgo ecográfico	22 (74,1)	2 (100)	0,562
Pólipo Endometrial	4 (14,8)	0 (0)	
Áreas quísticas endometriales	3 (11,1)	0 (0)	
Total	29 (100)	2 (100)	
Hallazgo histeroscópico			
Pólipo Endometrial	19 (65,5)	1 (50)	0,381
Áreas Quísticas	2 (6,9)	1 (0)	
Atrofia Endometrial	6 (20,7)	0 (0)	
Endometrio Normal	2 (6,9)	2 (50)	
Total	29 (100)	3 (100)	

La edad media de la población fue 49,2 años ($DE \pm 7,9$). No se observaron diferencias significativas entre pacientes con biopsias benignas y aquellas con atipía/malignidad (49,1 vs 50,5 años, $p=0,894$). Respecto al status menopáusico, 58,1% eran premenopáusicas y 41,9% postmenopáusicas. La distribución de pre/postmenopáusicas fue similar entre biopsias benignas y con atipía/malignidad.

Se identificaron factores de riesgo clínicos para malignidad endometrial en el 54,8% de las pacientes, siendo los más frecuentes: hipertensión arterial (38,7%), obesidad (22,6%), tabaquismo (19,4%), diabetes/insulinorresistencia (16,1%) y nuliparidad (6,5%). Ninguna paciente con biopsia endometrial atípica/maligna presentó factores de riesgo clínico.

En la población general, el carcinoma invasor predominó (90,3%), siendo el subtipo ductal invasor el más frecuente. Las pacientes con atipía/malignidad endometrial tenían antecedentes de carcinomas invasores ($p=0,516$). El grado histopronóstico (GHP) fue el único factor tumoral con significancia estadística: todas las pacientes con atipía /malignidad endometrial presentaban GHP 3, mientras que las pacientes con biopsias benignas tenían tumores GHP 1 o 2 ($p=0,015$). Todas las pacientes tenían receptores hormonales positivos, mayormente luminal A (55,2%), y sólo una minoría presentó expresión Her2 (8,3%). Ninguna paciente con atipía/malignidad endometrial tenía Her2 positivo, y todas eran luminal B ($p=0,078$).

El síntoma principal que motivó la histeroscopia fue la ginecorragia (64,5%), mientras que el 35,5% restante eran asintomáticas, evaluadas principalmente por engrosamiento endometrial ecográfico.

- En pacientes sintomáticas, el grosor endometrial medio fue 16,4 mm ($DE \pm 9,4$), y los hallazgos histeroscópicos más frecuentes fueron pólipo endometrial

(65%) y atrofia endometrial (25%). La mayoría de las biopsias resultaron benignas (90%), mientras que el 10% restante mostró atipía/malignidad.

- En pacientes asintomáticas, el grosor endometrial medio fue ligeramente mayor (17,5 mm $DE \pm 10,4$). La mayoría de las pacientes evaluadas fueron premenopáusicas (81,8%), y el hallazgo histológico fue siempre benigno, predominando pólipos endometriales (63,6%) y hiperplasia simple sin atipia (18,2%).

El grosor endometrial no mostró relación significativa con la presencia de malignidad ($p=0,870$), destacando que pacientes con patología endometrial maligna o atípica pueden tener engrosamiento endometrial variable.

Casos individuales de atipía/malignidad:

1. Adenocarcinoma endometrial: paciente postmenopáusica de 65 años, antecedente de CM lobulillar invasor, GHP 3, luminal B, sin factores de riesgo clínicos. Histeroscopia evidenció pólipo, biopsia confirmó adenocarcinoma. Fue tratada con anexohisterectomía y quimioterapia, falleciendo durante el tratamiento.
2. Hiperplasia endometrial simple con atipia: paciente premenopáusica de 49 años, antecedente de CM ductal invasor, GHP 3, luminal B, sin factores de riesgo clínicos. Histeroscopia mostró endometrio de aspecto normal; biopsia confirmó atipia. Fue tratada con anexohisterectomía, conservando el hallazgo histológico.

La mayoría de las biopsias endometriales en pacientes con tamoxifeno son benignas, especialmente en pacientes asintomáticas. La patología endometrial significativa se asocia a sintomatología clínica y alto GHP del tumor mamario. Esto resalta la importancia de evaluar endometrio guiado por síntomas y factores de riesgo, evitando estudios invasivos innecesarios y costosos.

DISCUSIÓN

Nuestra serie incluyó 31 mujeres con antecedente de cáncer de mama (CM) tratadas con tamoxifeno (TAM), quienes fueron evaluadas mediante histeroscopia y biopsia endometrial durante la hormonoterapia. La mayoría de las biopsias fueron benignas (93,5%), mientras que el 6,5% presentó atipia o malignidad. Los hallazgos histológicos más frecuentes fueron pólipos endometrial (61,3%) e hiperplasia endometrial simple sin atipia (16,1%).

El estudio, de carácter descriptivo retrospectivo, no contó con un grupo control sin exposición a TAM; sin embargo, la literatura describe los siguientes cambios endometriales asociados a su uso:

- Pólipos y cambios quísticos endometriales: se presentan en un 8–36% de mujeres tratadas con TAM, frente a 0–10% de las no expuestas^{5–6}. Aproximadamente la mitad de las pacientes desarrolla alteraciones endometriales entre 6 y 36 meses de tratamiento^{7–8–9}. Algunos estudios no hallaron relación entre la duración del uso y la aparición de cambios endometriales¹⁰.
- Hiperplasia endometrial: ocurre en un 1,3–20% de las pacientes bajo TAM¹¹.
- Carcinoma endometrial: los estudios del NSABP reportaron un riesgo de 1,6/1000 pacientes-año en usuarias de TAM frente a 0,2/1000 en el grupo placebo¹². Una actualización mostró cifras de 1,26/1000 vs 0,58/1000 pacientes-año respectivamente¹³.

Debe distinguirse entre cambios ecográficos y hallazgos histológicos. En esta serie, todas las pacientes fueron evaluadas inicialmente con ecografía transvaginal, que resultó normal en el 75,9%, evidenció pólipos en el 13,7% y áreas quísticas en el 10,3%.

Perrot et al. describieron que el 75% de las usuarias muestra engrosamiento endometrial sin correlato patológico¹⁴. En la revisión de

Susan Ascher, cerca del 50% de las mujeres desarrollan anormalidades endometriales entre los 6 y 36 meses de tratamiento¹⁵.

La incidencia de carcinoma endometrial en mujeres bajo TAM varía entre 0,1–8%, aunque la mayoría de los estudios tiene seguimiento menor a dos años. El NSABP estimó un riesgo 6–7 veces mayor (1,6/1000 vs 0,2/1000)¹⁶, aunque Assikis y Jordan recalcularon el riesgo real en aproximadamente dos veces mayor (2/1000 vs 1/1000)¹⁷.

Evaluación pretratamiento con tamoxifeno (TAM)

Durante el enrolamiento de pacientes en la serie se excluyeron aquellas con alteraciones ecográficas previas al tratamiento con TAM, lo que llevó a cuestionar la necesidad de realizar estudios endometriales antes de iniciar la terapia. Algunos autores sugieren identificar mujeres de alto y bajo riesgo previo al uso de tamoxifeno, aunque estos trabajos se refieren principalmente a población postmenopáusica^{18–19}.

Una evaluación endometrial pretratamiento permitiría identificar alteraciones en mujeres postmenopáusicas asintomáticas. Un estudio prospectivo belga publicado en *European Journal of Cancer* (2000) incluyó 510 mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama evaluadas antes de la terapia endocrina: se detectaron pólipos endometriales en el 16,7%, y en dos casos hiperplasia con atipia, lo que requirió histerectomía. La incidencia de hiperplasia atípica fue significativamente mayor en pacientes con lesiones previas al TAM (11,7% vs 0,7%; $p < 0.0001$). Este estudio concluyó que:

1. Algunas mujeres presentan mayor sensibilidad al efecto oncogénico del TAM y pueden identificarse mediante evaluación uterina previa;
2. La resección de lesiones endometriales previas no previene la aparición posterior de cáncer de endometrio;
3. Las lesiones desarrolladas durante el tra-

tamiento pueden ser atípicas y asintomáticas²⁰.

Neven y Vernaev recomiendan realizar una evaluación uterina basal antes de iniciar el tratamiento con TAM y repetirla periódicamente.

Además, aconsejan:

- Informar a la paciente sobre los posibles efectos proliferativos y el sangrado vaginal anormal.
- Realizar una ecografía transvaginal inicial.
- Si el endometrio mide ≥ 5 mm o es irregular, efectuar histeroscopia u histerosonografía, ya que ambas técnicas tienen igual eficacia diagnóstica. Las lesiones detectadas deben resecarse, dado que pueden predecir patología endometrial asociada al TAM²¹⁻²².

En conclusión, no existe consenso respecto a la necesidad de una evaluación endometrial pretratamiento con tamoxifeno. Esta podría justificarse únicamente en pacientes postmenopáusicas con útero, mediante ecografía transvaginal basal.

Vigilancia endometrial en usuarias de tamoxifeno

La necesidad de control endometrial en mujeres asintomáticas que usan tamoxifeno es un tema controvertido, sin consenso en la literatura.

Recomendaciones generales

- Antes de iniciar TAM: se sugiere una ecografía transvaginal y, si el grosor endometrial ≥ 5 mm, realizar histeroscopia y resección de lesiones previas al tratamiento.
- Durante el uso de TAM: la observación (“wait and see”) es válida en mujeres asintomáticas e informadas, ya que el screening activo no es costo-efectivo.
- Ante sangrado vaginal: la histeroscopia con biopsia endometrial es el método diagnóstico de elección.
- La ecografía transvaginal rutinaria tiene

valor limitado, aunque un endometrio < 5 mm en postmenopáusicas asintomáticas tiene alto valor predictivo negativo.

Recomendaciones ACOG (2014, reafirmadas 2024)

- Informar a todas las pacientes sobre el riesgo de proliferación endometrial, hiperplasia y carcinoma.
- Toda metrorragia debe ser estudiada.
- En postmenopáusicas, la vigilancia debe basarse en síntomas y anamnesis, no en controles rutinarios.
- La vigilancia endometrial de rutina no mejora la detección temprana y aumenta costos y procedimientos innecesarios, por lo tanto, no se recomienda, excepto en pacientes de alto riesgo (p. ej., con pólipos endometriales previos al TAM).

Evidencia disponible

- Una revisión sistemática mostró que para detectar un solo carcinoma endometrial se necesitaron 332 ecografías y 56 biopsias, y todas las pacientes con malignidad presentaron sangrado vaginal.
- Los estudios coinciden en que el control ecográfico rutinario no ofrece beneficios y puede generar efectos adversos (ansiedad, sobretratamiento, menor adherencia al TAM).

Situación local

- En la Unidad de Mastología estudiada, no existe un algoritmo definido para el control endometrial.
- Se realiza ecografía transvaginal de rutina a todas las usuarias de TAM, sin considerar síntomas o riesgo, lo que genera procedimientos invasivos innecesarios y costos adicionales.

Factores de riesgo

En el presente estudio, se registró la presencia de factores de riesgo clínico para malignidad endometrial al momento de la evaluación histeroscópica. El 54,8% de las pacientes presentaron

al menos un factor de riesgo y el 45,2% no presentaban ninguno. Los factores más frecuentes fueron hipertensión arterial (38,7%), obesidad (22,6%), tabaquismo (19,4%), diabetes o insulinoresistencia (16,1%) y nuliparidad (6,5%). Entre las pacientes con biopsia benigna, el 41,4% no presentaba factores de riesgo, mientras que el 27,6% tenía uno y el 31% dos o más. En contraste, ninguna paciente con biopsia maligna presentó factores clínicos de riesgo al momento de la histeroscopia.

De acuerdo con las guías NCCN, los factores de riesgo para neoplasias endometriales se asocian con niveles elevados de estrógenos, tales como obesidad, diabetes, dieta rica en grasas, menarca temprana, nuliparidad, menopausia tardía, síndrome de Lynch, edad entre 55–65 años y uso de tamoxifeno. Además, se ha observado un aumento en la incidencia del carcinoma endometrial (CE) vinculado al incremento de la expectativa de vida y la obesidad²³.

Por su parte, la Sociedad Americana del Cáncer (ACS) identifica como factores de riesgo para CE las situaciones que implican una exposición estrogénica sin oposición, el síndrome metabólico, la hiperplasia endometrial (especialmente con atípías), los síndromes genéticos (Lynch, Cowden), el antecedente familiar de primer grado con CE, la raza negra o hispana (mayor riesgo de tumores agresivos) y la radioterapia pélvica previa.

Status menopausico

En la serie analizada, el 58,1% de las pacientes eran premenopáusicas y el 41,9% postmenopáusicas. La mayoría de las biopsias endometriales fueron benignas en ambos grupos (58,6% en premenopáusicas y 41,4% en postmenopáusicas). No se hallaron diferencias significativas en la frecuencia de malignidad según el estado menopáusico.

El status menopáusico constituye un factor relevante pero no exclusivo para decidir la realización de una evaluación endometrial histe-

roscópica en mujeres usuarias de tamoxifeno (TAM). Es necesario considerar además otros factores de riesgo asociados al desarrollo de carcinoma endometrial (CE).

Pacientes postmenopáusicas sin tamoxifeno:

El grosor endometrial ha sido considerado un marcador subrogante de riesgo de CE, aunque su interpretación no está estandarizada.

Una revisión sistemática y metaanálisis publicada en 2012, que incluyó 32 estudios y 11.100 mujeres postmenopáusicas sin terapia hormonal de reemplazo ni TAM, encontró un grosor endometrial promedio de 2,9 mm (IC 95%: 2,6–3,3 mm) y una prevalencia de CE de 0,62%. Para un punto de corte de 5 mm, la sensibilidad fue de 0,83 y la especificidad de 0,72, sin justificar su uso como método de tamizaje en mujeres asintomáticas sin TRH²⁴.

El CE suele manifestarse con sangrado vaginal, siendo el riesgo muy bajo en mujeres postmenopáusicas asintomáticas. Por ello, la indicación de una biopsia endometrial invasiva basada únicamente en hallazgos imagenológicos requiere un alto índice de sospecha clínica²⁵.

Hallazgos de la serie local:

En nuestra serie, las mujeres postmenopáusicas asintomáticas representaron el 6,5% del total, con un grosor endometrial medio de 27,5 mm. La indicación de histeroscopia se basó en la presencia de endometrio engrosado (>11 mm), lo cual concuerda con la evidencia disponible²⁶.

Se ha estimado que el uso de un punto de corte de 11 mm permite detectar aproximadamente el 87% de los casos de CE oculto, con una tasa baja de biopsias innecesarias (0,25%). Reducir el umbral a 10 mm aumenta levemente la detección (89%), pero también incrementa el número de procedimientos innecesarios (87,88). En cambio, utilizar un punto de corte de 8 mm en mujeres asintomáticas elevaría la tasa de biopsias al 1% sin un beneficio proporcional, dado el bajo riesgo de CE (2,1%) en este grupo^{27–28}.

El umbral de 10–11 mm parece ofrecer un equilibrio adecuado entre sensibilidad diagnóstica y especificidad, minimizando biopsias innecesarias. No obstante, el riesgo debe interpretarse de forma individualizada, considerando otros factores clínicos y ecográficos, como obesidad, diabetes, uso de TAM, homogeneidad endometrial y flujo Doppler.

Las pacientes postmenopáusicas sintomáticas representaron el 35,5% de la población total, con un grosor endometrial medio de 15,3 mm. En este grupo, la indicación de evaluación histeroscópica se basó principalmente en la presencia de sangrado postmenopáusico, independientemente del grosor endometrial u otros hallazgos ecográficos, lo que concuerda con las guías actuales²⁹.

Premenopausicas

En mujeres premenopáusicas, el riesgo de cáncer endometrial (CE) se analiza diferenciando entre pacientes sintomáticas (con sangrado uterino anormal, SUA) y asintomáticas.

Guías NICE (2021) recomiendan histeroscopia y biopsia endometrial en pacientes con HMB que presenten factores de riesgo: uso de tamoxifeno, sangrado intermenstrual persistente, irregularidades menstruales persistentes, obesidad, SOP o refractarias a tratamiento médico³⁰. En ausencia de histeroscopia, se considera ecografía transvaginal (EVT) aunque con menor rendimiento diagnóstico.

El uso de tamoxifeno genera dificultad en la interpretación del SUA debido a ciclos irregulares, oligomenorrea o amenorrea³¹. No hay consenso sobre puntos de corte de grosor endometrial en premenopáusicas³². Normalmente, el grosor endometrial varía entre 4–8 mm (fase proliferativa) y 8–14 mm (fase secretora).

Estudios recientes muestran resultados contradictorios sobre el riesgo de CE en premenopáusicas con tamoxifeno:

- Cohorte JAMA (2022, 78.320 pacientes) reporta aumento de pólipos, hiperplasia

y CE, con riesgo 4 veces mayor controlando factores confundentes³³.

- ACOG (2019) señala que el uso de TAM no aumenta riesgo conocido de CE en premenopáusicas y no recomienda controles adicionales³⁴.

En nuestra serie, las premenopáusicas representaron 58,1% de la población:

- Asintomáticas: grosor medio 15,2 mm, indicación de histeroscopia en 78% por grosor alterado y resto por hallazgos focales (pólipos, quistes).
- Sintomáticas (30%): grosor medio 17,5 mm, indicación por sangrado; solo una paciente presentó hiperplasia atípica.

Se recomienda considerar factores de riesgo (obesidad, nuliparidad, uso de TAM) y SUA para decidir evaluación endometrial. El grosor endometrial por ecografía no debe usarse como criterio único de biopsia en premenopáusicas³⁵.

Propuesta de manejo:

- Asintomáticas con TAM: educación sobre SUA; evaluación previa con EVT; ecografía anormal o presencia de factores de riesgo → histeroscopia y biopsia.
- Sintomáticas con SUA: historia clínica, examen físico, EVT; si anomalías o edad/ factores de riesgo → histeroscopia con biopsia.

Se destaca la necesidad de un algoritmo basado en status menopáusico, sintomatología y factores de riesgo, considerando que TAM incrementa riesgo endometrial.

CONCLUSIÓN

El seguimiento de sobrevivientes de cáncer de mama incluye el control de efectos adversos derivados del tratamiento adyuvante. El tamoxifeno, terapia endócrina estándar en adyuvancia para cáncer de mama hormonosensible, incrementa la sobrevida pero puede generar un riesgo bajo de carcinoma endometrial. La evaluación endometrial debe individualizarse

considerando el status menopáusico, factores de riesgo y la presencia de síntomas, ya que no existe consenso sobre estudios rutinarios en todas las usuarias de tamoxifeno.

En nuestra serie, la mayoría de las pacientes evaluadas eran premenopáusicas. Aproximadamente dos tercios fueron estudiadas por sangrado uterino, mientras que un tercio fue evaluada por hallazgos ecográficos como grosor endometrial alterado o lesiones focales. Las postmenopáusicas sintomáticas y las premenopáusicas sintomáticas representaron los grupos con indicación más clara de histeroscopia, mientras que en premenopáusicas asintomáticas la evaluación se basó principalmente en la interpretación del grosor endometrial, un criterio aún controvertido.

La mayoría de las biopsias endometriales resultaron benignas, y solo un pequeño número mostró malignidad o atipia, presentándose en pacientes sintomáticas con antecedente de cáncer de mama de alto grado histopronóstico.

No se recomienda realizar ecografías rutinarias en todas las usuarias de tamoxifeno; estas pueden ser útiles antes de iniciar el tratamiento para identificar anomalías previas, especialmente en mujeres postmenopáusicas, y durante el seguimiento en aquellas con factores de riesgo. La evaluación endometrial está indicada en mujeres postmenopáusicas con sangrado. Cada caso debe abordarse de manera integral, siguiendo criterios clínicos y bibliográficos, evitando estudios innecesarios que puedan generar riesgos y costos.

Este registro de nuestra población resalta la necesidad de establecer criterios basados en evidencia para la evaluación endometrial en mujeres con antecedente de cáncer de mama y tratamiento con tamoxifeno, y la importancia de estudios prospectivos que evalúen el impacto endometrial de esta terapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS – IARC. (2024). Breast Cancer Awareness Month 2024.
2. American Cancer Society. (2024). How frequent is breast cancer.
3. Figg WD 2nd, Cook K, Clarke R. (2014). Aromatase inhibitor plus ovarian suppression as adjuvant therapy in premenopausal women with breast cancer. *Cancer Biol Ther*; 15:1586–7.
4. LE Donne M, Alibrandi A, et al (2013). Endometrial pathology in breast cancer patients: effect of different treatments on ultrasonographic, hysteroscopic and histological findings. *Oncol Lett*; 5:1305–10.
5. Ascher SM, Imaoka I, Lage JM (2000). Tamoxifen-induced uterine abnormalities: the role of imaging. *Radiology*; 214 (1): 29–38
6. Juneja M, Jose R, Kekre AN, et al (2002). Tamoxifen-induced endometrial changes in postmenopausal women with breast carcinoma. *Int J Gynaecol Obstet. Mar*;76(3):279–84.
7. Neven P, De Muylder X, Van Belle Y, (1990). Hysteroscopic follow-up during tamoxifen treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 35:235–238.
8. Neven P, Vergote I. (1998) Should tamoxifen users be screened for endometrial lesions? *Lancet* 1998; 351:155–157
9. 6 Berlière M, Carles A, Galant C, (1998). Uterine side effects of tamoxifen: a need for systematic pretreatment screening. *Obstet Gynecol* 1998; 91:40–44.
10. Assikis VJ, Jordan VC (1995). Gynecological effects of tamoxifen and the association with endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Obstet*; 49:241257
11. Juneja M, Jose R, Kekre AN, et al (2002). Tamoxifen-induced endometrial changes in postmenopausal women with breast carcinoma. *Int J Gynaecol Obstet. Mar*;76(3):279–84.

12. Fisher B, Costantino JP, Redmond CK, Fisher ER, et al (1994). Endometrial cancer in tamoxifen-treated breast cancer patients: findings from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) B 14. *J Natl Cancer Inst*; 86:527–37.
13. Wickerham DL, Fisher B, Wolmark N, et al (2002). Association of tamoxifen and uterine sarcoma. *J Clin Oncol*; 20:2758–60.
14. Perrot N, Guyot B, Antoine M, et al (1994). The effects of tamoxifen on the endometrium. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1994; 4: 83–4
15. Ascher SM, Imaoka I, Lage JM (2000). Tamoxifen-induced uterine abnormalities: the role of imaging. *Radiology*. 2000; 214 (1): 29–38.
16. Fisher B, Costantino JP, Redmond CK, et al. (1994): Endometrial cancer in tamoxifen treated breast cancer patients. *J Natl Cancer Inst* 86:527–537.
17. Assikis VJ, Jordan VC (1995). Gynecological effect of tamoxifen and the association with endometrial cancer. *Int J Gynecol Obstet* 49:241–257.
18. Berliere M, Charles A, Galant C, et al (1998). Uterine side effects of tamoxifen: a need for systematic pretreatment screening. *Obstet Gynecol*; 91:40–4. [PubMed] [Obstetrics & Gynecology]
19. Vosse M, Renard F, Coibion M, et al (2002). Endometrial disorders in 406 breast cancer patients on tamoxifen: the case for less intensive monitoring. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 101:58–63.
20. Berliere M, Radikov G, Galant C, et al (2000). Identification of women at high risk of developing endometrial cancer on tamoxifen. *Eur J Cancer* ;36(suppl 4):S35–6.
21. Berliere M, Radikov G, Galant C, et al (2000). Identification of women at high risk of developing endometrial cancer on tamoxifen. *Eur J Cancer* ;36(suppl 4):S35–6
22. Berlière M, Charles A, Galant C, et al. (1998) Uterine side effects of tamoxifen: a need for systematic pretreatment screening. *Obstet Gynecol*; 91: 45–50
23. Uterine Neoplasms, Version 3.2025, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*.
24. Breijer MC, Peeters JA, Opmeer BC, et al (2012). Capacity of endometrial thickness measurement to diagnose endometrial carcinoma in asymptomatic postmenopausal women: a systematic review and meta analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*.;40(6):621–9.
25. Osmer R, Volksen M, Rath W, et al (1989). Vaginosonographic measurement of the postmenopausal endometrium in the early detection of endometrial cancer. *Geburts-hilfe Frauenheilkd* 1989; 49: 262–265
26. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). *Gynecologic Ultrasound, 2000 Compendium of Selected Publications*. ACOG: Washington, DC, 2000.
27. Goldstein RB, Bree RL, Benson CB, et al (2001). Evaluation of the woman with postmenopausal bleeding: Society of Radiologists in Ultrasound—Sponsored Consensus Conference statement. *J Ultrasound Med*; 20: 1025–1036.
28. Smith-Bindman R, Kerlikowske K, Feldstein VA, et al (1998). Endovaginal ultrasound to exclude endometrial cancer and other endometrial abnormalities. *JAMA*; 280: 1510–1517.
29. Smith-Bindman R, Weiss E, Feldstein V. (2004). How thick is too thick? When endometrial thickness should prompt biopsy in postmenopausal women without vaginal bleeding. *Ultrasound Obstet Gynecol*.; 24(5):558–65.
30. Heavy menstrual bleeding: assessment and management (2024 last updated) NICE guideline 54 2021 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88/chapter/Recommendations>

- tions#investigations—for—the—causeof—hmb
31. Hulka CA, Hall DA. (1993) Endometrial abnormalities associated with tamoxifen therapy for breast cancer: sonographic and pathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol*; 160(4):809–12.
 32. d'Arailh AS, Michy T, Pioud R, et al (2007). Anomalies utérines chez la femme non ménopausée sous tamoxifène en traitement adjuvant du cancer du sein [Uterine abnormalities in non menopausal women who received tamoxifen for breast cancer adjuvant therapy]. *Gynecol Obstet Fertil*;35(12):1215–9.
 33. Ryu KJ, Kim MS, Lee JY, et al (2022). Risk of Endometrial Polyps, Hyperplasia, Carcinoma, and Uterine Cancer After Tamoxifen Treatment in Premenopausal Women With Breast Cancer. *JAMA Netw Open*.; 5(11): e2243951.
 34. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice. ACOG committee opinion. No. 336: Tamoxifen and uterine cancer. *Obstet Gynecol*. 2006 Jun;107(6):1475–8. (Replaces Committee Opinion Number 336, June 2006. Reaffirmed 2024)
 35. NCCN breast guidelines 2025 National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Invasive Breast Cancer, Version 3.2025. [<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?id=1419>].

PAPILOMA ESCAMOSO DEL ESÓFAGO: INFRECIENTE ESPADA DE DAMOCLES

Autores

*Dr. Daniel Pratto y
Dr. Pablo Huanambal*

Área de Gastroenterología.
Secretaría de Salud Pública
de Rosario.

RESUMEN

El papiloma escamoso esofágico es relativamente infrecuente, con una prevalencia de 0.01 a 0.45%, generalmente asintomático. En algunos casos con mal pronóstico a corto y mediano plazo por la localización del tumor, la extensión, las estructuras vecinas importantes y vitales. El objetivo de este reporte de papiloma escamoso del esófago en un paciente masculino de 65 años de edad es la presentación asintomática de una potencial lesión preneoplásica de mal pronóstico.

ABSTRACT

Esophageal squamous papilloma is relatively uncommon, with a prevalence of 0.01 to 0.45% and is generally asymptomatic. In some cases, the short- and medium-term prognosis is poor due to tumor location, extension, and the presence of important and vital neighboring structures. The objective of this report of esophageal squamous papilloma in a 65-year-old male patient is the asymptomatic presentation of a potential preneoplastic lesion with a poor prognosis.

INTRODUCCIÓN

El papiloma escamoso esofágico es relativamente infrecuente, con una prevalencia de 0.01 a 0.45%. Generalmente asintomático, como hallazgo incidental durante procedimientos endoscópicos. Más frecuente en hombres que mujeres, con una relación de 3:1, y su transmisión es de manera directa. La infección oral por virus de papiloma humano se asocia a un subgrupo de carcinomas escamosos de la oro-faringe en pacientes con comportamientos sexuales de riesgo elevado así también esofágico con mal pronóstico a corto y mediano plazo por la localización del tumor, la extensión, las estructuras vecinas importantes y vitales. El diagnóstico temprano y oportuno es vital para el pronóstico.

CASO CLÍNICO

Se describe un caso de un paciente masculino de 65 años de edad sin antecedentes de jerarquía que consulta para de screening de cáncer de colon por sangre oculta en materia fecal positiva y reflujo gastroesofágico recurrente, durante el cual se evidenció, como hallazgos endoscópicos y corroborados con estudio anatomopatológico; a 31 cm de la arcada dentaria,

unión de tercio medio y distal, pólipo subpediculado de 6 mm. Se realiza polipectomía con asa térmica. Unión gastroesofagica a 38 cm de la arcada dentaria. Hiatus diafragmático a 40 cm de la arcada dentaria. Hernia hiatal por deslizamiento. Clasificación Hill III.

En la videocolonoscopia, Diverticulosis colónica y estenosis en sigma.

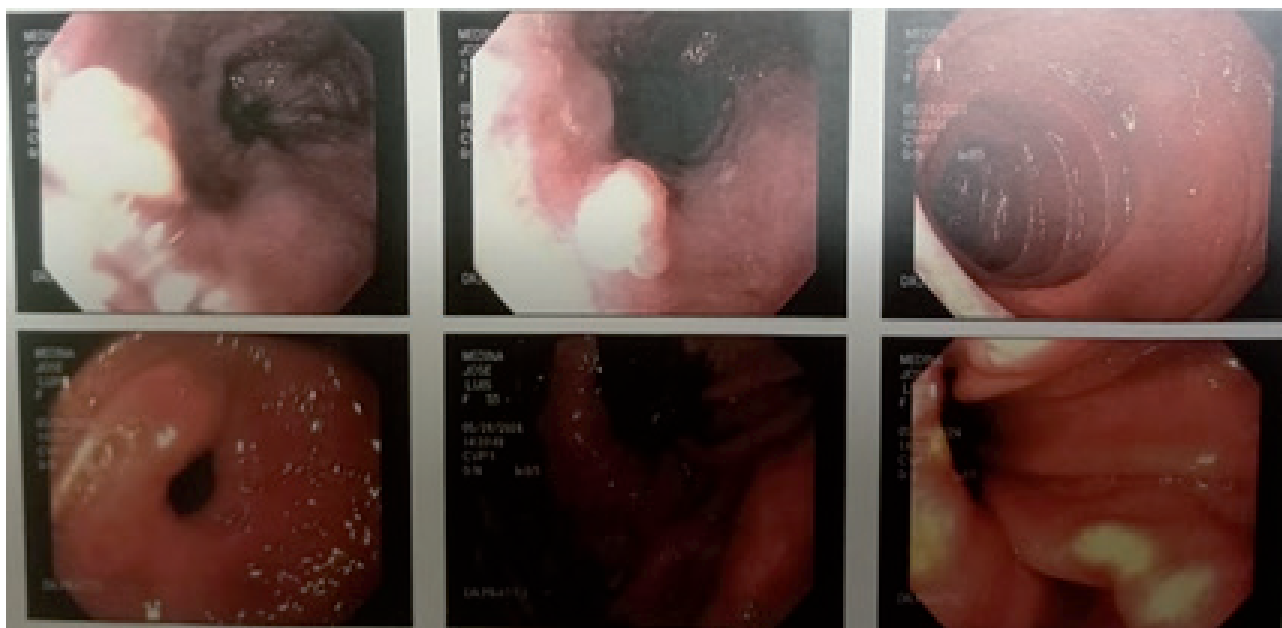


Imagen Endoscópica: Unión de tercio medio y distal, pólipo subpediculado de 6mm. Se realiza polipectomía con asa térmica.

DISCUSIÓN

Es infrecuente, asintomático; en América Latina, México y Perú tienen bajo índice de mortalidad para carcinoma esofágico, mientras que Brasil, Argentina y Chile, reportan los niveles más altos. Con respecto a la etiología existen 2 teorías: una que se relaciona al tipo de reparación inflamatoria, como en la enfermedad por reflujo gastroesofágico crónico, esofagitis, cirugía gastroesofágica previa, consumo de alcohol y cigarrillos como probablemente es este caso; la segunda, asociada al virus del papiloma humano (VPH) que tiene importancia

en la evolución a carcinoma escamoso en un 5 a 10%. Es una neoplasia benigna y, aunque se realice una resección correcta, recidiva con frecuencia en un 4% de los pacientes. Es necesario controles periódicos hasta conocer el patrón evolutivo en cada paciente. No existe actualmente un consenso sobre el manejo o seguimiento de la papilomatosis esofágica. El objetivo de este reporte de papiloma escamoso del esófago es la presentación asintomática de una potencial lesión preneoplásica de mal pronóstico.

BIBLIOGRÁFICA

1. Bohn OL, Navarro L, Saldivar J, Sanchez–Sosa S. Identification of human papillomavirus in esophageal squamous papillomas. *World J Gastroenterol*. 2008; 14(46):7107–7111.
2. Barbaglia Y, Jiménez F, Tedeschi F, Zalazar F. Papiloma esofágico: Descripción de un caso, identificación molecular del virus del papiloma humano y revisión de la literatura. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*. 2013;43(3):231–234.
3. Fernández Sotolongo J, Astencio Rodríguez G, Suárez Romero M, Díaz Elías JO. Papilomatosis esofágica. Presentación de un caso. *Revista Archivos del Hospital Universitario “General Calixto García”*. 2017; 5(2):293–301.
4. Roesch–Dietlen F, Cano–Contreras AD, Sánchez–Maza YJ, Espinosa–González JM, Vázquez–Prieto M, Valdez de la O EJ, et al. Frecuencia de infección por virus del papiloma humano en pacientes con cáncer del aparato digestivo. *Revista de Gastroenterología de México*. 2018; 83(3):253–258.
5. Serrá Valdés MA, Fojo Mallo AW, González Valera N, Cardoso Samón M, García Tassé M, Aleaga Hernández YY. Infección por papilomavirus humano y cáncer esofágico: reporte de caso. *Medwave*. 2012; 12(9):e5531.

YERSINIA ENTEROCOLITICA ES OTRA GRAN SIMULADORA?

Autor
Dr. Daniel Pratto

Área de Gastroenterología.
Secretaría de Salud Pública
de Rosario

RESUMEN

La enteritis por *Yersinia enterocolitica* es una zoonosis mundial. El cerdo es el principal reservorio que se eliminan a través de la materia fecal. Los humanos se infectan por el consumo de agua o alimentos contaminados con el microorganismo más frecuente en varones menores de 7 años con máxima incidencia en la época invernal o en zonas de climas fríos. La presentación de este caso paciente femenina de 65 años como dolor abdominal localizado en la fosa iliaca derecha (FID) plantea diferentes etiologías posibles, desde cuadros como una apendicitis, hasta patologías crónicas.

ABSTRACT

Yersinia enterocolitica enteritis is a worldwide zoonosis. Pigs are the main reservoir, shed through fecal matter. Humans become infected by consuming water or food contaminated with this microorganism, most commonly in males under 7 years of age, with a peak incidence in winter or in cold climates. The presentation of this 65-year-old female patient with abdominal pain located in the right lower abdomen suggests several possible etiologies, ranging from appendicitis to chronic conditions.

INTRODUCCION

La enteritis por *Yersinia enterocolitica* es una zoonosis mundial. El cerdo es el principal reservorio que se eliminan a través de la materia fecal. Los humanos se infectan por el consumo de agua o alimentos contaminados con el microorganismo más frecuente en varones menores de 7 años con máxima incidencia en la época invernal o en zonas de climas fríos. Después de la ingestión, son transportados al íleon terminal, donde se adhieren y penetran los enterocitos, multiplicándose en las placas de Peyer y en los folículos linfáticos mesentéricos, lo que causa ulceración de la mucosa y adenomegalias regionales.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 65 años concurrió a la consulta por un cuadro de dolor abdominal crónico recurrente y diarrea de varios meses de evolución, asociado a anorexia y pérdida de peso significativa. Sin antecedentes de jerarquía y vivía en zona urbana, con adecuada disposición de excretas y agua corriente de red, sin contacto con animales. Las pruebas bioquímicas, incluían hemograma, plaquetas, función renal, glucemia y reactantes de fase aguda, así como una ecografía abdominal, mostraron resultados normales. Estaba tratada como síndrome de intestino irritable y controles periódicos por consultorio externo. Los síntomas se

intensificaron con mal estado general, se realizó una videocolonoscopia, que evidenció úlceras múltiples con fibrina de bordes anfractuosos y otras de aspecto caseoso más grandes en cecoascendente rodeadas de mucosa normal que ocupaban toda la circunferencia del asa, con aumento de la nodularidad submucosa con recto normal. Debido a la sospecha diagnóstica de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn), se inició tratamiento con mesalazina y se decidió la internación para completar los estudios. Se tomaron muestras para coprocultivo, parasitológico y toxina para *C. Difficile*.

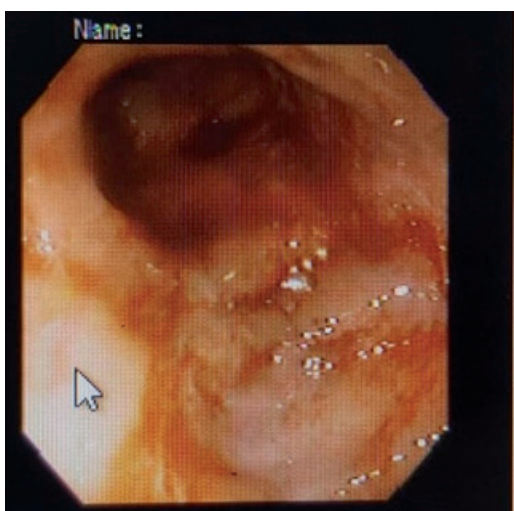


Imagen Endoscopica: úlceras múltiples con fibrina de bordes anfractuosos y de aspecto caseoso

El resultado del coprocultivo fue positivo para *Yersinia enterocolitica*. Se suspendió el tratamiento inicial y se comenzó con gentamicina y ceftriaxona con mejora sintomática a las 36hs. La paciente fue dado de alta al día siguiente y controlado en forma ambulatoria hasta la resolución completa del cuadro, pocas semanas más tarde. Las biopsias evidenciaron un infiltrado inflamatorio mixto leve asociado a hiperplasia nodular linfóide reactiva no específica.

La infección, en los humanos, está asociada a diferentes formas de presentación de acuerdo con la edad del paciente. La manifestación más frecuente en los lactantes y los niños pequeños es la enteritis aguda, autolimitada y sin complicaciones. En los niños mayores y los adultos, predomina la afectación del íleon y cecoascendente, que forma parte de los diagnósticos diferenciales del síndrome de FID pero es infrecuente como causa de impregnación y diarrea crónica.

DISCUSIÓN

Los cuadros clínicos más frecuentes producidos por este agente son: enterocolitis, ileítis terminal, linfadenitis mesentérica, septicemia y algunos otros cuadros extraintestinales. El cuadro de linfadenitis mesentérica, es conocido también como un síndrome pseudoapendicular ya que los pacientes presentan un cuadro de dolor abdominal prolongado que en algunas oportunidades puede ser mal identificado como apendicitis. La infección, generalmente autolimitada, con curación en 1–3 semanas, sin mayores consecuencias. Amplia gama de manifestaciones clínicas hace que el diagnóstico de esta enfermedad puede resultar dificultoso y, a menudo, ser ignorado; sobre todo como causa de impregnación y diarrea crónica como este caso. La presentación como dolor abdominal localizado en la FID plantea diferentes etiologías posibles, desde cuadros como una apendicitis, hasta patologías crónicas, como la enfermedad inflamatoria intestinal o de origen tumoral (linfoma).

En conclusión, el síndrome de FID crónico asociado a impregnación y diarrea crónica comprende múltiples etiologías, con tratamientos muy diferentes. La ileocolitis por yersinia enterocolitica debe ser considerada dentro del espectro de diagnósticos diferenciales para evitar el subdiagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Food Safety Authority. 2013. The European Union summary report on trends and sources of zoonoses, zoonotic agents and food-borne outbreaks in 2013. EFSA Journal. 2015;13:3991.
2. Centro Nacional de Epidemiología. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informes anuales 2014–2015. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2017.
3. Gurgui–Ferrer M. Estudio microbiológico, clínico, y epidemiológico de Yersinia enterocolitica. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma. Departamento de Genética y Microbiología. Facultad de Medicina. 1986.
4. Gurgui–Ferrer M, Mirelis Otero B, Coll Figa P, Prats G. Yersinia enterocolitica infections and pork. Lancet. 1987;2:334.
5. Tauxe RV, Vandepitte J, Wauters G, Martin SM, Goossens V, De Mol P, et al. Yersinia enterocolitica infections and pork: The missing link. Lancet. 1987;1:1129–32.
6. Lee LA, Russell Geber AR, Lonsway DR, David Smith J, Carter GP, Puhr ND, et al. Yersinia enterocolitica O:3 infections in infants and children, associated with the household preparation of chitterlings. N Engl J Med. 1990;322:984–7.
7. Gurgui M, Mirelis B, Coll P, Prats G. Epidemiology of Yersiniae in Barcelona, Spain. Microbiologia. 1988;4:107–16.
8. Pérez–Trallero E, Idígoras P, Solaun ML, Zigorraga C. Comparison of Yersinia enterocolitica strains isolated from swine and humans in Guipuzcoa. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1992;10:186–9.
9. Fredriksson–Ahomaa M, Stolle A, Korkeala H. Molecular epidemiology of Yersinia enterocolitica infections. FEMS Immunol Med Microbiol. 2006;47:315–29.
10. Laukkanen–Ninios R, Fredriksson–Ahomaa M, Maijala R, Korkeala H. High prevalence of pathogenic Yersinia enterocolitica in pig cheeks. Food Microbiol. 2014;43:50–2.

CÁNCER DE MAMA ASOCIADO A EMBARAZO: NUESTRA EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE MASTOLOGÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE ROSARIO

Autores

*Dra. Evelín Botek²,
Dra. Encarnación Alonso¹,
Dra. Agostina Tommasi² y
Dra. Dalila Vidallé¹*

¹ Unidad de Mastología de la
Secretaría de Salud Pública
de Rosario.

² Servicio de Tocoginecología del
Hospital de Emergencias Clemente
Álvarez y Maternidad Martín

RESUMEN

El cáncer de mama asociado al embarazo (CMAE), definido como el cáncer de mama diagnosticado durante la gestación o en el primer año postparto, representa una incidencia de 1 en 3.000 embarazos, pero su frecuencia ha aumentado en las últimas décadas.

Objetivo: Caracterizar la población de mujeres con CMAE asistidas en la Unidad de Mastología de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó 15 pacientes con CMAE asistidas desde enero de 2015 hasta octubre de 2024. Se analizaron variables clínicas, tumorales y terapéuticas.

Resultados: La edad promedio fue 36,8 años. El 46,6% fue diagnosticado durante el embarazo y el 53,3% dentro del año posterior al parto. La mayoría consultó por nódulo palpable (60%). Los tumores luminales fueron los más frecuentes (40%), seguidos de los triple positivos (26,6%) y triple negativos (20%). El 60% recibió tratamiento neoadyuvante. Cuatro pacientes fallecieron y 1 recidivó.

Conclusión: Las pacientes con CMAE se caracterizan por ser mujeres entre 30 y 43 años, con diagnóstico principalmente clínico, tumores avanzados y predominio de fenotipo luminal. El manejo terapéutico representa un desafío multidisciplinario.

Palabras clave: Cáncer de mama asociado al embarazo; CMAE; Mastología; Rosario.

ABSTRACT

Pregnancy-associated breast cancer (PABC), defined as breast cancer diagnosed during gestation or within the first postpartum year, occurs in approximately 1 in 3,000 pregnancies, with its frequency rising in recent decades due to delayed childbearing.

Objective: To characterize the population of women with PABC treated at the Mastology Unit of the Rosario Public Health Secretariat.

Materials and Methods: A retrospective descriptive study including 15 patients with PABC treated from January 2015 to October 2024. Clinical, tumoral, and treatment-related variables were analyzed.

Results: The mean age was 36.8 years. 46.6% were diagnosed during pregnancy and 53.3% postpartum. Most patients presented with a palpable nodule (60%). Mainly luminal tumors (40%), followed by triple-positive (26.6%) and triple-negative (20%) subtypes. Sixty percent received neoadjuvant therapy. Four patients died, and one had disease recurrence.

Conclusion: PABC patients were typically women aged 30–43, diagnosed mainly through self-palpation, with advanced-stage disease and luminal profiles. Managing PABC requires a multidisciplinary framework.

Keywords: *Pregnancy-associated breast cancer; PABC; Mastology; Rosario.*

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama (CM) es el cáncer más frecuentemente diagnosticado en las mujeres. Según datos emitidos por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) dependiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 8 mujeres enfermarán de CM en su vida. El cáncer de mama asociado al embarazo (CMAE) se define como el CM diagnosticado durante el embarazo o en el primer año postparto.¹

En las últimas cuatro décadas ha incrementado la tendencia a retrasar la maternidad.² Dado que la incidencia del cáncer aumenta con la edad, más mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama durante el curso de la gestación.³ No obstante, es necesario resaltar que el diagnóstico del cáncer –en general– en el embarazo no es frecuente, se estima que 1 de cada 1000 embarazadas son diagnosticadas con cáncer y que 1 de cada 3000 embarazadas son diagnosticadas con cáncer de mama.⁴

El CMAE implica un desafío diagnóstico y terapéutico tanto para el equipo de salud, como para la paciente, su familia y su entorno. Los estudios por imágenes y las decisiones de tratamiento deben equilibrar los riesgos fetales y la efectividad oncológica. Las opciones terapéuticas se tornan personalizadas, por la preocupación de no dañar al feto y evitar posibles efectos secundarios, y a su vez preservar la salud física y psicosocial de la mujer. Por ello, el abordaje multidisciplinario integrando mastólogos, oncólogos, obstetras, anatomopatólogos, radiooncólogos, neonatólogos y psicólogos.

Dado el aumento de la incidencia y la complejidad de la paciente con CMAE se realizó un relevamiento de los casos de nuestra institución. Este trabajo busca describir las características clínicas, patológicas y terapéuticas de las pacientes con CMAE asistidas en la red pública de Salud de Rosario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo observacional. Se incluyeron todas las pacientes diagnosticadas con CMAE en la Unidad de Mastología de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario entre enero de 2015 y octubre de 2024.

Criterios de inclusión: Diagnóstico histológico de CM durante el embarazo o el primer año posparto.

Criterios de exclusión: Diagnóstico previo de cáncer, información clínica incompleta.

Se analizaron las siguientes variables:

- Demográficas: edad al diagnóstico.
- Clínicas: momento del diagnóstico (embarazo/puerperio), motivo de consulta, tamaño tumoral, estadio clínico (8ª edición de TNM AJCC).⁵
- Patológicas: Tipo histológico, receptores hormonales (estrógeno y progesterona), HER2 y Ki-67.

- Terapéuticas: Tipo de cirugía, quimioterapia, radioterapia, endocrinoterapia.

Los datos se recolectaron de las historias clínicas y la base institucional.

RESULTADOS

Durante los 9 años, se diagnosticaron 15 pacientes con diagnóstico de CMAE. La característica poblacional se detalla en la *Tabla 1*.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas, patológicas y tratamiento de pacientes con CMAE.

VARIABLES	EMBARAZO N: 7 (46.6%)	PUERPERIO N: 8 (53.3%)	TOTAL
EDAD (años)	36.7 años	37 años	36.8 años
CMAE	46,6% (n: 7)	53.3% (n: 8)	15 pacientes
TNM			
I	13.3% (n: 2)	6.6% (n: 1)	20% (n: 3)
II	20% (n: 3)	13.3% (n: 2)	33.3% (n: 5)
III	6.6% (n: 1)	0	6.6% (n: 1)
IV	0	20% (n: 3)	20% (n: 3)
S/D	6.6% (n: 1)	13.3% (n: 2)	20% (n: 3)
COMPROMISO GANGLIONAR			
NO	13.3% (n: 2)	0	13.3% (n: 2)
N1	20% (n: 3)	26.6% (n: 4)	46.6% (n: 7)
N2	6.6% (n: 1)	0	6.6% (n: 1)
N3	0	6.6% (n: 1)	6.6% (n: 1)
S/D	0	20% (n: 3)	20% (n: 3)
TAMAÑO TUMORAL			
T1	20% (n: 3)	13.3% (n: 2)	33.3% (n: 5)
T2	13.3% (n: 2)	6.6% (n: 1)	20% (n: 3)
T3	6.6% (n: 1)	0	6.6% (n: 1)
T4	0	20% (n: 3)	20% (n: 3)
S/D	6.6% (n: 1)	13.3% (n: 2)	20% (n: 3)
HISTOLOGÍA			
DUCTAL	46.6% (n: 7)	40% (n: 6)	86.6% (n: 13)
LOBULILLAR	0	6.6% (n: 1)	6.6% (n: 1)
MEDULAR	6.6% (n: 1)	0	6.6% (n: 1)
INMUNOHISTOQUIMICA			
LUMINAL A	13.3% (n: 2)	0	13.3% (n: 2)

LUMINAL B	6.6% (n: 1)	20% (n: 3)	26.6 % (n: 4)
TRIPLE POSITIVO	26.6% (n: 4)	13.3% (n: 2)	26.6% (n: 4)
HER2 PURO	6.6% (n: 1)	6.6% (n: 1)	13.3% (n: 2)
TRIPLE NEGATIVO	6.6% (n: 1)	13.3% (n: 2)	20% (n: 3)
TRATAMIENTO			
QUIRÚRGICO: UP FRONT vs POST NEOADYUVANCIA	20% (n: 3) vs 20% (n: 3)	26.6% (n: 4) vs 13.3% (n: 2)	80% (n: 12)
QUIMIOTERAPIA			
NEOADYUVANCIA vs ADYUVANCIA	20% (n: 3) vs 26.6% (n: 4)	20% (n: 3) vs. 26.6% (n: 4)	93.3% (n: 14)
RADIOTERAPIA: SI VS. NO	40% (n: 6) vs. 6.6% (n: 1)	40% (n: 6) vs. 13.3% (n: 2)	80% (n: 12) vs. 20% (n: 3)
ENDOCRINOTERAPIA: SI/NO	20% (n: 3) vs. 26.6% (n: 4)	13.3% (n: 2) vs. 40% (n: 6)	33.3% (n: 5) vs. 66.6% (n: 10)
SIN ADHERENCIA	1	0	6.6% (n: 1)

La edad media fue 36,8 años (rango 30–43). El 53,3% fueron diagnosticadas en puerperio y el 46,6% durante el embarazo.

El motivo de consulta más frecuente fue un nódulo palpable (60%).

En base a las características tumorales, predominaron los carcinomas ductales invasores (86,6%), seguidos por lobulillares (6,6%) y medulares (6,6%). El 46,5% de las pacientes presentó estadios clínicos avanzados.

En cuanto al perfil inmunohistoquímico, se observaron tumores Luminal B (26,6%), triple positivo (26,6%), triple negativo (20%), Luminal A (13,3%) y HER2 puro (13,3%).

El 60% de las pacientes recibió quimioterapia neoadyuvante. En el tratamiento quirúrgico, 7 fueron mastectomías radicales y 6 cirugías conservadoras. Tres pacientes recibieron endocrinoterapia adyuvante. Cuatro pacientes fallecieron durante el seguimiento y una presentó recidiva.

DISCUSIÓN

El CMAE constituye una entidad clínica poco frecuente, cuyo estudio se basa principalmente en series retrospectivas de tamaño muestral reducido, como la presentada en este trabajo. La ausencia de ensayos aleatorizados o controlados limita la evidencia disponible, pero los datos actuales sugieren un incremento progresivo en su incidencia, atribuible al retraso de materna al primer embarazo.⁶

En nuestra serie, observamos una edad promedio al diagnóstico de 36,8 años (rango 30–43), consistente con lo reportado por Molckovsky et al., quienes describen que la edad típica de presentación oscila entre 32 y 38 años.⁷ Asimismo, al igual que lo observada en dicha revisión, más de la mitad de nuestras pacientes (53,3%) fueron diagnosticadas en el puerperio, posiblemente por una mayor vigilancia clínica posparto y la mayor accesibilidad a estudios mamarios en este período.⁸

Un hallazgo relevante fue que el 60% de los casos fueron detectados por autopalpación, lo que subraya la importancia de fomentar la

educación sobre el autoexamen mamario en mujeres jóvenes, fuera del rango etario del tamizaje mamográfico universal (>40 años). Este dato concuerda con el estudio de Ishida et al. (1992), que informó que el 70% de los CMAE fueron diagnosticados a partir de síntomas clínicos palpables, destacando las limitaciones del diagnóstico por imágenes durante el embarazo y la lactancia.⁹

En cuanto al estadio tumoral al momento del diagnóstico, nuestra distribución –con un 33,3% en estadios iniciales y un 46,6% en estadios avanzados– refleja la heterogeneidad de la presentación clínica, aunque con predominio de enfermedad localmente avanzada. Este patrón coincide con lo reportado por estudios internacionales de gran cohorte, como el análisis de 797 pacientes con CMAE, donde entre el 50% y el 70% fueron diagnosticadas en estadios avanzados, en parte debido a la mayor densidad mamaria y a las limitaciones diagnósticas propias del embarazo.¹⁰

En el plano histológico, el carcinoma ductal infiltrante (CDI) fue el subtipo predominante (86,6%), en concordancia con la literatura, donde representa entre el 84% y el 91% de los casos. Un estudio de casos y controles realizado en el Hospital J. A. Fernández (Argentina) también identificó al CDI como el tipo histológico más frecuente, seguido por el carcinoma lobulillar. En dicho estudio, el perfil inmunohistoquímico más común fue el luminal (45,4%), seguido del triple negativo (36,4%), sin diferencias significativas con los casos control de mujeres menores de 40 años.¹¹ Nuestros resultados coinciden parcialmente con estas observaciones: los tumores luminales representaron el 40% de los casos, seguidos por los triple positivos (26,6%) y los triple negativos (20%). Si bien las pacientes con CMAE suelen ser premenopáusicas y tienden a presentar tumores biológicamente más agresivos, los fenotipos luminales siguen siendo los más frecuentes, lo que reafirma la heterogeneidad biológica de esta entidad.

El pronóstico del CMAE continúa siendo motivo de debate. Rodríguez et al. (2008) y Guinee et al. (1994) reportaron que el embarazo no empeora de manera intrínseca la evolución del cáncer de mama; sin embargo, la demora diagnóstica y la mayor proporción de subtipos agresivos, como los triple negativos –presentes en el 20% de nuestra serie–, podrían contribuir a una menor supervivencia global.¹²

Una limitación importante de nuestro estudio es el reducido número de casos y el tiempo de seguimiento limitado, lo cual impidió realizar un análisis robusto de supervivencia. No obstante, nuestros hallazgos reflejan las tendencias observadas a nivel regional e internacional. Finalmente, en línea con Moreira et al. (2010), es importante remarcar que la interrupción del embarazo no mejora los resultados maternos, por lo que la decisión terapéutica debe individualizarse, priorizando el bienestar de la madre y la viabilidad fetal mediante un abordaje multidisciplinario.¹³

CONCLUSIONES

Las pacientes con CMAE en nuestra cohorte fueron mujeres con una edad añosa de maternidad, diagnosticadas por autopalpación, en estadios avanzados y hormonosensibles. Estos hallazgos son consistentes con la literatura y reflejan la necesidad de fortalecer las estrategias de diagnóstico precoz en mujeres en edad fértil. El manejo del CMAE exige coordinación multidisciplinaria para optimizar los resultados materno-fetales y asegurar una atención integral en el sistema público de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navrozoglou I, Vrekoussis T, et al. (2012) *Breast cancer during pregnancy: a mini-review*. Eur J Surg Oncol.;34:837–843.
2. Matthews TJ, Hamilton BE. 2009. *Delayed childbearing: more women are having*

- their first child later in life*. NCHS Data Brief 2009; 1–8.
3. Pentheroudakis G, Pavlidis N. 2006. *Cancer and pregnancy: poena magna, not any-more*. Eur J Cancer; 42: 126–140.
4. , Boere I, Lok C. 2022. *Breast cancer during pregnancy: epidemiology, phenotypes, presentation during pregnancy and therapeutic modalities*. Best Practical and Research in Obstetric and Gynaecologic. Vol. 82: 46 – 59.
5. Burstein, H. Clasificación TNM (*Tumor, ganglio y metástasis*) para el cáncer de mama. UpToDate. 2025
6. Matthews TJ, Hamilton BE. 2009. *Delayed childbearing: more women are having their first child later in life*. NCHS Data Brief 2009; 1–8.
7. Molckovsky A, Madarnas Y. 2008. *Breast cancer in pregnancy: a literature review*. Breast Cancer Res Treat. 2008;108:333–338.
8. Molckovsky A, Madarnas Y. 2008. *Breast cancer in pregnancy: a literature review*. Breast Cancer Res Treat. 2008;108:333–338.
9. Ishida T, Yokoe T, et al. 1992. *Clinicopathologic characteristics and prognosis of breast cancer patients associated with pregnancy and lactation: Analysis of case-control study in Japan*. Jpn J Cancer Res; 83:1143 – 9.
10. Rodriguez AO, Chew H, et al. 2008. *Evidence of poorer survival in pregnancy-associated breast cancer*. Obstet Gynecol; 112:71 – 8.
11. M. Yoshida, et al. 2013. *Características clínico – patológicos del cáncer de mama y embarazo. Estudio retrospectivo de caso-control*. Revista argentina de Mastología. 32(116): 287–302
12. Guinee VF, Olsson H, et al. 1994. *Effect of pregnancy on prognosis for young women with breast cancer*. Lancet; 343:1587 – 9.
13. Moreira WB, Brandao EC, et al. 2010. *Prognosis for patients diagnosed with pregnancy-associated breast cancer: A paired case-control study*. Sao Paulo Med J; 128:119 – 24.

PROCEDIMIENTOS OPERACIONALES ESTÁNDAR (POES) PARA ENFERMERÍA FRENTE A CRISIS SUBJETIVAS

Autor
Ps. Karina Zanini

Servicio de Salud Mental.
Hospital de Emergencias
Dr. Clemente Álvarez (HECA).
Rosario.

Aunque las crisis subjetivas suelen tener componentes multicausales, es decisivo ubicar lo prominente en cada una para reconocerlas y reconocer las diferencias para implementar acciones adecuadas a cada una. Cuando estas situaciones surgen en las salas de internación, es el servicio de Enfermería el primer respondiente, por lo que es importante ofrecer a este servicio herramientas para el planificar acciones y protocolizar modos de abordaje. Es fundamental reconocer las diferencias en las manifestaciones de crisis por sufrimiento subjetivo, de modo de organizar las acciones para su resolución sin complicar el cuadro y/o sin realizar acciones ineficaces que llevan a la frustración del personal sin beneficios para los pacientes.

En todas las crisis es importante el trabajo de contención y/o atención a familiar.

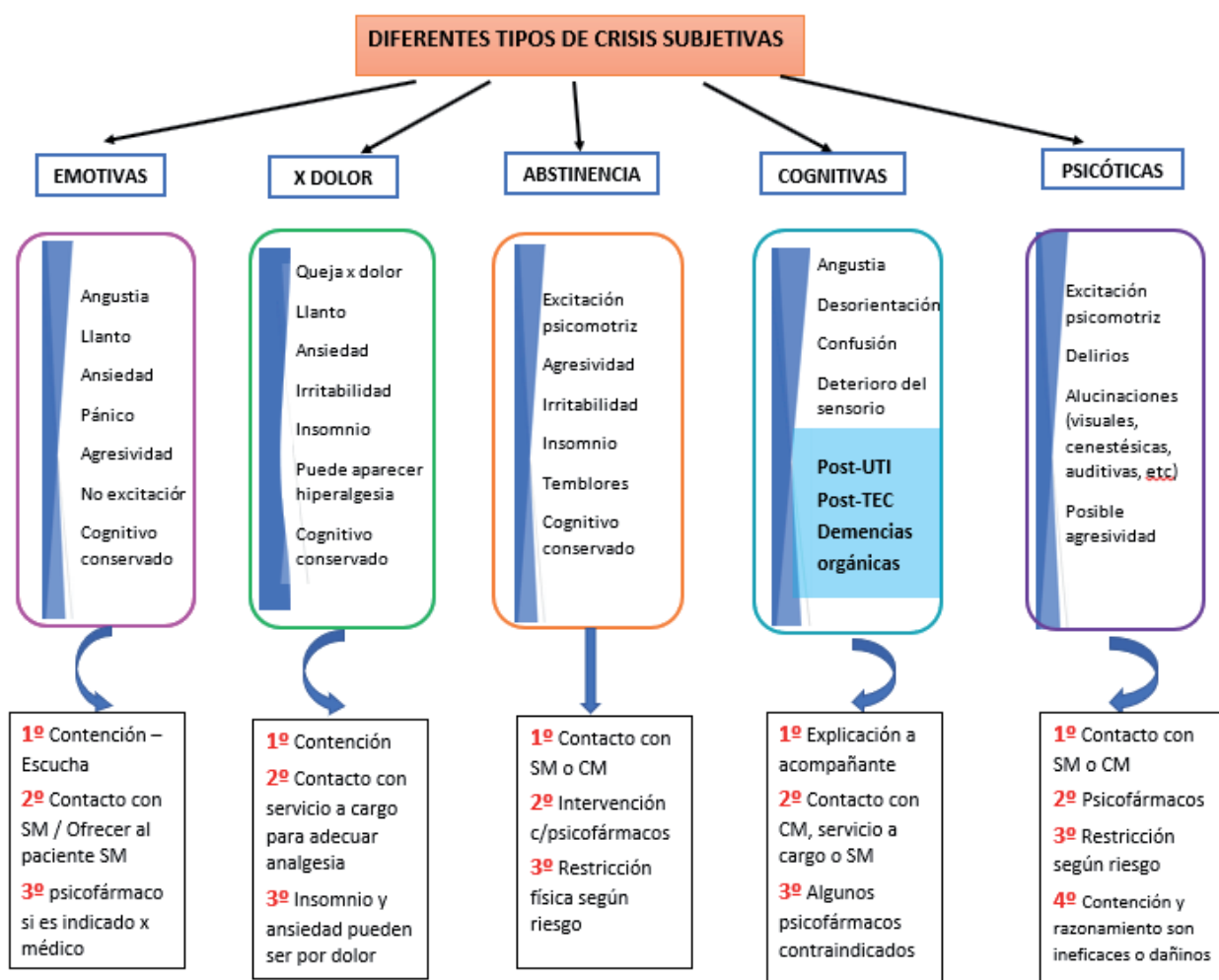
Diferentes crisis subjetivas que suelen presentarse en el Hospital de Emergencia Clemente Álvarez:

- a) Emotivas:** caracterizadas por angustia, ansiedad, pánico, agresividad sin llegar a la excitación psicomotriz, con estado cognitivo conservado. Se requiere contención y luego atención por salud mental (escucha-psicofármaco).
- b) Por mal control del dolor:** caracterizadas por quejas por dolor, llanto, insomnio, ansiedad, irritabilidad. Requiere primera contención. Luego debería contactarse al servicio de cabecera para adecuar la analgesia.
- c) De abstinencia:** generalmente se presenta como excitación psicomotriz, temblores, irritabilidad. Pueden suceder en las primeras 72 horas de abandono de consumo severo de sustancias. Se requiere medicación psicofarmacológica y en algunos casos, restricción física no dañosa. La contención no agregaría alivio a este tipo de crisis.
- d) Cognitivas:** caracterizada por desorientación, estado confusional y deterioro del sensorio. Generalmente aparece en pacientes post Unidad de Terapia Intensiva, secuelas post Trauma de cráneo, demencias orgánicas, etc. Lo primero a realizar sería explicarle al familiar/acompañante el cuadro, de modo de que se constituya como colaborador primario para la con-

tención y poder así, enfermería, realizar los llamados y otras intervenciones necesarias. Se requiere diagnóstico diferencial con cuadro neurológico, contacto con Clínica Médica (CM) o Salud Mental (SM) y medicación psicofarmacológica. Hay que ser muy cauteloso respecto de qué medicación utilizar ya que algunos psicofármacos podrían complicar seriamente el cuadro.

e) Psicóticas: caracterizada por delirio, alucinaciones, excitación psicomotriz. La contención y el razonamiento no son efectivos e incluso podrían ser contraproducentes. Se requiere contacto con SM o CM para indicación de psicofármacos adecuados. A veces es necesaria la restricción si se constata riesgo para el paciente.

El cuadro a continuación sintetiza y presenta el algoritmo procedimental propuesto.



MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN INTEGRAL DEL ESTRÉS LABORAL CRÓNICO PERCIBIDO EN ENFERMERÍA

Autora
Lic. Sandra Mónaco

Servicio de Enfermería.
Área Emergencia Primaria
Hospital de Emergencias
Dr. Clemente Álvarez.
Rosario

SITUACIÓN ACTUAL

Una problemática global común en los profesionales de enfermería que se desempeñan en las áreas críticas como el Área de Emergencia Primaria (AEP) es el estrés laboral consecuencia de las altas demandas y exigencias propias de la actividad. Los profesionales de enfermería son una de las poblaciones más vulnerables al estrés laboral crónico debido al alto grado de interacción con los pacientes y a la fuerte implicancia emocional que esto requiere. Muchos autores plantean que el impacto del estrés crónico sobre la calidad de los cuidados e incluso la salud de los profesionales tiene una posibilidad real de solución en las enfermeras líderes como gestionadoras de un entorno laboral con una influencia positiva sobre los equipos de enfermería.

La Organización Panamericana de la Salud afirma que el estrés laboral se ha convertido en un desafío significativo para la salud pública, con impacto tanto en los trabajadores como en sus familias e instituciones con una estimación de incidencia entre el 20% y el 50% en los países en desarrollo según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

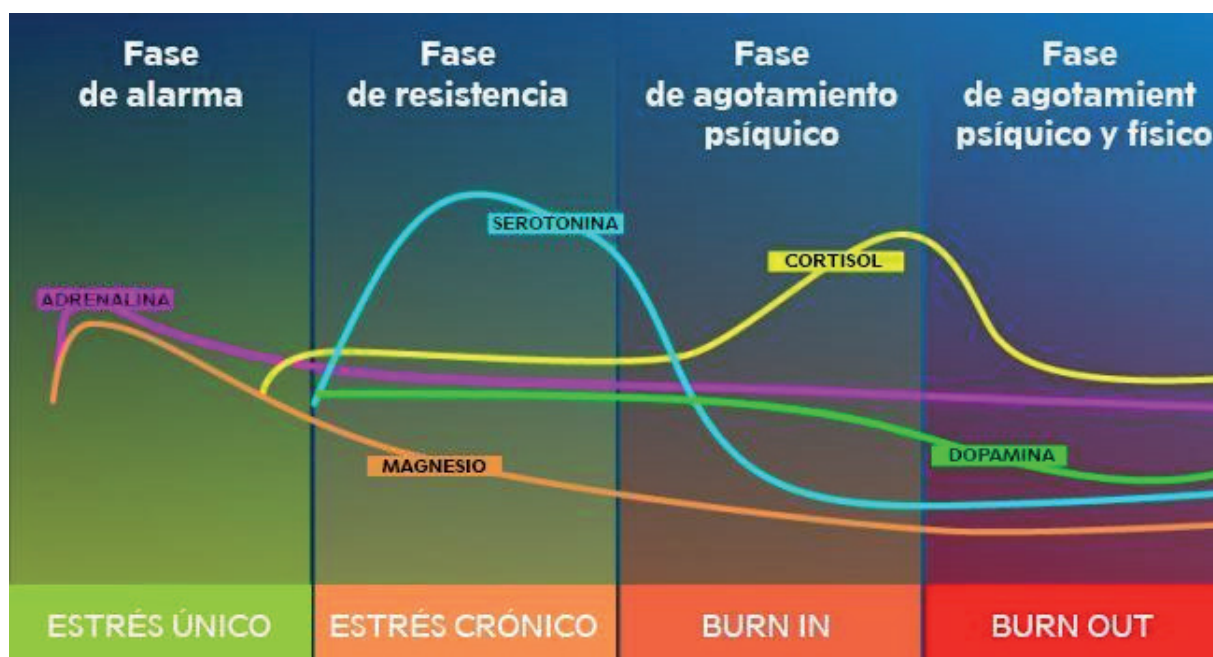
Desde un enfoque psicosocial, el estrés de tipo agudo es un proceso natural y beneficioso para enfrentar situaciones puntuales de desempeño profesional, pero la instalación como proceso crónico sería responsable de la pérdida de hasta un 50% de profesionales de enfermería. Una preocupación adicional es el impacto negativo del estrés laboral en la calidad de atención al usuario y el nivel de seguridad que se le proporciona dada las repercusiones tanto en la salud física como en la salud mental de los profesionales, que experimentan un aumento progresivo de la irritabilidad, dificultades para concentrarse, pensar con lógica y tomar decisiones. Además, el disfrute por el trabajo disminuye gradualmente y se observan cambios en el comportamiento que son el resultado de un mecanismo de afrontamiento defensivo. Este mecanismo se caracteriza por evitar las tareas estresantes y buscar el alejamiento personal, lo que se traduce en una tendencia a tratar a los pacientes de manera distan-

ciada, rutinaria y mecánica. La interacción con otros se vuelve conflictiva y también se experimentan diversos dolores corporales inespecíficos, trastornos del sueño y enfermedades psicosomáticas. Un estadio agravado de estrés crónico puede instalar una fase crítica terminal (Síndrome de Burn-out) expresado en un agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización personal en el trabajo.

Un concepto menos difundido es el de Burn-in que puede explicar mejor la importancia de considerar la evolución psíquico-emocional del estrés y sus posibilidades de intervención. Recordarse que la fase de alarma del estrés es un alerta de los sentidos con rápida movilización de los recursos y corresponde a la respuesta de supervivencia inmediata para poder movilizar gran cantidad de energía para una respuesta física de lucha o huida. La fase de resistencia aparecerá si se prolonga la per-

cepción de amenaza y, la necesidad de mantener alta la producción y disponibilidad de energía. Se introduce, en este punto, la fase de agotamiento psíquico o burn-in donde el individuo intenta continuar la adaptación, pero la pérdida de serotonina y dopamina, combinada con la hipercortisolemia (propias de la endocrinología de la fase de resistencia) instalan los denominados signos dañinos del estrés representados por la fatiga, la ansiedad, la pérdida del placer y la inmunodeficiencia. La fase de agotamiento psíquico y físico, conocida como burn-out o síndrome de agotamiento profesional es el estadio final de este proceso y puede evolucionar insidiosamente a lo largo de años y donde los sistemas de respuesta psíquica y física están completamente agotados por lo que se recomienda el tratamiento de los síntomas detectados y la intervención del contexto socio profesional que es el origen del síndrome.

Figura 1. Fases de evolución de respuesta al estrés. Fuente Pileje Laboratoire (2022).



El estrés percibido es un concepto que surge de la necesidad de medir el monto de estrés de los trabajadores para establecer evaluaciones diagnósticas. El Maslach Burnout Inventory

(MBI) traducido como “*Inventario del Síndrome del Desgaste Ocupacional Burnout de Maslach*” fue construido por Christina Maslach en 1981 para medir el Síndrome de Burnout (SB)

a partir de indicadores obtenidos y validados con muestras de diferentes colectivos profesionales; estos indicadores se agrupan en las tres subescalas: la subescala de agotamiento emocional (AE) describe sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo; la subescala de despersonalización (DP) muestra una respuesta impersonal y la falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención, y la subescala de realización personal en el trabajo o de bajo logro (RPT) expresa sentimientos de competencia y realización en el trabajo¹.

El Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey (MBI–HSS) está dirigido a los profesionales que se desempeñan en la prestación de servicios que atienden personas y representa la versión clásica de 22 ítems donde se proponen reactivos en forma de oraciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo para medir la frecuencia e intensidad en que se manifiestan situaciones de estrés la-

boral crónico. El MBI–HSS es un estándar confiable para medir el síndrome de agotamiento profesional y ha sido validado en diversos contextos culturales y laborales. Permite obtener datos objetivos para aplicar medidas preventivas y acciones de intervención para mejorar la salud mental y el bienestar de los trabajadores. Valora los reactivos según una escala tipo Likert que es convertida en puntuaciones entre 1 y 5. Se considera que las subescalas del instrumento tienen una gran consistencia interna, donde el puntaje permite valorar el estrés como una variable continua con diferentes grados de intensidad; las puntuaciones altas en las dos primeras subescalas ya definen la presencia el síndrome mientras que, en la subescala de RPT, las bajas puntuaciones ya corresponden a altos sentimientos de estrés crónico, aunque no se haya instalado aún². Una vez aplicado y tabulado el MBI–HSS, respecto a la sumatoria total obtenida en cada subescala, los sujetos se incluyen en la categoría *alto*, *medio* y *bajo*.

Tabla 2: Categorización de nivel de estrés por subescalas del MBI según puntaje obtenido en las encuestas.

	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento Emocional	Menor a 19	19 – 26	Mayor a 26
Despersonalización	Menor a 6	6 – 9	Mayor a 9
Realización Personal en el Trabajo	Menor a 15	15 – 22	Mayor a 22

Fuente: Jiménez Maldonado y García Millán (2016).

PROYECTO

El presente proyecto propone la medición del estrés percibido por los enfermeros del AEP a partir del ausentismo registrado y las manifestaciones de los enfermeros durante la actividad. Se convocó a los enfermeros para explicar los objetivos de realizar una encuesta y se ob-

tuvo un consentimiento informado de participación

Sobre 32 profesionales activos al momento de encuestar pudo observarse un 69% de enfermeros con niveles altos de AE y un 78% con niveles altos de DP en el equipo de Enfer-

¹ Razo, A. (2023).
² Pérez, C., Parra, P., Fasce, E., Ortiz, L., Bastías, N. & Bustamante, C. (2012).

mería. Por su parte, la RPT es alta (87% de los enfermeros) y actuaría como factor protector (debe recordarse que la lectura de la subescala RPT es inversa). Además, 11 enfermeros que no participaron de la medición se encontraban con partes de distinto tipo (algunos incluían partes por enfermedad o por accidente de trabajo) y podría constituir un sesgo a favor de la presencia de estrés.

La epidemiología³⁻⁴ del estrés crónico en enfermería puede describirse en relación a varios factores de riesgo: la sobrecarga de trabajo, las jornadas laborales extensas, la intensificación del ritmo de trabajo; los turnos rotativos, el trabajo nocturno; las demandas emocionales relacionadas con la confrontación constante con el sufrimiento, el dolor y la muerte; y la carga mental que significa la toma de decisiones bajo estas condiciones. Otros factores contributivos se relacionan con la edad en etapas de mayor vulnerabilidad personal; la seguridad y estabilidad en el puesto de trabajo; y la antigüedad profesional con dos períodos de vulnerabilidad correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia. También, los progresos profesionales excesivos o escasos, los cambios imprevistos y las relaciones interpersonales (que presentan asociación estadística positiva tanto de manera positiva como negativa).

De esta manera, establecido que el estrés laboral crónico es un problema instalado en la salud pública global con vulnerabilidad en los enfermeros que se desempeñan en las áreas críticas, y visualizado el fenómeno en el equipo profesional del AEP, se propone un Manual de procedimiento de Gestión integral del estrés laboral crónico percibido en Enfermería.

OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.

Objetivo sanitario.

Mejorar la calidad de cuidado del usuario internado en el Área de Emergencia Primaria de un Hospital del tercer nivel de atención.

Objetivo del proyecto.

Desarrollar una estrategia de Gestión integral del estrés laboral crónico percibido en Enfermería.

Objetivos específicos:

1. Monitoreo del Estrés Percibido:

- Implementar un sistema de monitoreo continuo para evaluar y registrar los niveles de estrés percibido entre los enfermeros del AEP, utilizando herramientas de evaluación estandarizadas.
- Establecer indicadores clave para medir el impacto de las intervenciones y ajustar estrategias según los resultados obtenidos cada 6 meses.

2. Gestión de la Salud:

- Desarrollar y promover estrategias efectivas de manejo del estrés que mejoren tanto la salud física como mental del personal de enfermería.
- Implementar programas de bienestar y autocuidado que incluyan actividades accesibles y sostenibles, como ejercicios de relajación, técnicas de respiración y sesiones de mindfulness.

3. Gestión en el Servicio:

- Optimizar los procesos y procedimientos dentro de la guardia para reducir los factores estresantes y mejorar la eficiencia operativa.
- Fomentar un ambiente de trabajo colaborativo y de apoyo mutuo entre el personal de enfermería, promo-

³ Vásquez Mendoza, S. & González Márquez, V. (2020).

⁴ Orozco-Vásquez, M.M., Zuluaga-Ramírez, Y.C. & Pulido-Bello, G. (2019).

viendo la comunicación efectiva y el trabajo en equipo.

4. Cuidado al Usuario y Familia:

- Integrar prácticas centradas en el paciente y su familia que promuevan un ambiente de atención empático y compasivo.
- Desarrollar estrategias para gestionar el estrés del personal de enfermería sin comprometer la calidad del cuidado y la satisfacción del paciente y su familia.

5. Identificación de la Problemática:

- Realizar un diagnóstico exhaustivo para identificar los principales desencadenantes del estrés percibido en los enfermeros de la guardia, mediante encuestas y grupos focales.
- Analizar las causas subyacentes del estrés y sus impactos en la salud y el desempeño laboral del personal de enfermería.

6. Incentivar el Interés por la Mejora de la Actividad Laboral:

- Promover una cultura organizacional que valore el bienestar y el desarrollo personal y profesional de los enfermeros.
- Incentivar la participación activa del personal en la identificación de soluciones y en la implementación de mejoras continuas en el ambiente laboral.

7. Promover la Ejecución de Estudios de Investigación en la Práctica del Cuidado de la Salud:

- Estimular la realización de investigaciones y estudios científicos que evalúen la efectividad de las intervenciones implementadas para gestionar el estrés percibido.
- Colaborar con instituciones académicas y profesionales de la salud para generar y difundir conocimiento

científico relevante en el campo de la salud ocupacional y el bienestar del personal de enfermería.

8. Facilitar la Generación y Difusión de Actividades de Diferentes Áreas:

- Integrar actividades multidisciplinarias que promuevan el bienestar integral del personal de enfermería, incluyendo aspectos físicos, emocionales y sociales.
- Establecer plataformas de comunicación y compartir buenas prácticas para facilitar el intercambio de experiencias y la difusión de iniciativas exitosas dentro y fuera del hospital.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Este proyecto ha sido pensado para intervenir en la problemática de una manera planificada como herramienta estable y susceptible de evaluación y modificación en base a los resultados de su evaluación periódica. Una modalidad de gestión del AEP centrada en la calidad de atención y en la seguridad del paciente debe construir herramientas de prevención e intervención terapéutica con foco en la salud y estabilidad del equipo profesional.

Este análisis construye una perspectiva de base sólida para desarrollar estrategias en 2 momentos de intervención: sobre los factores de riesgo epidemiológicos y sobre la fase previa al Burn-out (Burn-in); tanto como intervención preventiva, como intervención de recuperación y resiliencia cuando el síndrome se encuentra instalado.

Un esquema general del proyecto permite presentar un avance por etapas.

ETAPA 1. Diagnóstico del estrés percibido.

La valoración del estrés crónico percibido será realizada por la Jefatura del AEP en articulación con la Supervisora asignada por el Departamento de Enfermería utilizando el MBI con una frecuencia semestral.

Aplicación del MBI, Jefatura + Supervisión	Confección de un listado de estado de estrés crónico percibido por subescalas		Registro de los resultados Jefatura + Supervisión
	Categoría altos	Burn out	Registro y evolución de cada profesional
	Categoría medios	Burn in	
	Categoría bajos	Fase de resistencia	

Los resultados permitirán asignar un estatus de riesgo percibido por cada profesional y confeccionar un listado de riesgo según la posibilidad de medición longitudinal prospectiva del estrés percibido.

ETAPA 2. Activación de la intervención terapéutica. Los resultados de la valoración activarán intervenciones terapéuticas de los estreses crónicos percibidos y preventivos del nivel de estrés siguiente.

Aplicación del MBI, Jefatura + Supervisión	Confección listado estado de estrés percibido y registro general e individual de los resultados	Contrarreferencia Depto. Enfermería
	Percentil 66 a 74 de la subescala = Burn in	Derivación Salud de los Trabajadores y Salud Mental
	Percentil 75 o más de la subescala = Burn out	

Los profesionales en niveles Burn-in y out serán informados del hallazgo por la gestión de Enfermería (Jefatura del sector y Departamento de Enfermería) y se les recomendará recibir apoyo en consulta con el Área de Salud Mental. Por su parte, los niveles Burn-out recibirán la recomendación adicional de consulta con el área de Salud de los Trabajadores producto de la sintomatología física que, seguramente, estarán evidenciando. La gestión de Enfermería recibirá contrarreferencias de las evaluaciones, informes y recomendaciones de los Departamentos referenciados. Tanto referencias como contrarreferencias serán realizadas formalmente y la gestión de Enfermería confeccionará registro de estos movimientos. Todos los actores institucionales que tomen conocimiento de la información obtenida firmarán un acuerdo de

confidencialidad respecto de la responsabilidad de garantizar la confidencialidad de los procedimientos.

ETAPA 3. Activación de la intervención de gestión. Una vez recibidas las contrarreferencias, la gestión de Enfermería tomará decisiones sobre la programación de horarios y actividades de los profesionales en cuestión. En síntesis, los enfermeros reciben valoraciones semestrales de Estrés laboral crónico percibido y los resultados generan acciones asistenciales y administrativas para contener y revertir la situación. El registro de la evolución de los resultados del MBI y de las interacciones con los Departamentos y Áreas referenciados, tanto en registros individuales como colectivos, permitirá profundizar en el conocimiento de la problemática en el ámbito del Comité de Calidad institucional.

REQUERIMIENTOS E IMPLEMENTACIÓN

En un análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) puede evaluarse que es fortaleza del proyecto estar alineado con estándares institucionales de Seguridad y Calidad por lo que representa una oportunidad de innovar la gestión del capital humano del AEP abordando estrategias de intervención sobre la problemática real, actual e incidente del estrés profesional de Enfermería.

Podría significar una debilidad que los profesionales interpreten la valoración de estrés percibido como un involucramiento en sus asuntos particulares e interpretaran como invasivo o lesivo la sugerencia de intervención de los departamentos de Salud Mental y Laboral, constituyendo una amenaza de participación de actores sindicales o judiciales. Esta dificultad deberá superarse con una adecuada información sobre la naturaleza del proyecto, sus objetivos, propósitos y beneficios esperados.

Consideraciones Económicas y Estrategias Sostenibles

- **Uso Eficiente de Recursos:** Maximizar la utilización de recursos existentes dentro del hospital para implementar las intervenciones, incluyendo espacios disponibles para actividades de bienestar y personal capacitado.
- **Programas de Bienestar de Bajo Costo:** Implementar programas y actividades de bienestar que no requieran grandes inversiones, como sesiones de meditación guiada, grupos de apoyo entre pares, y acceso a recursos educativos sobre manejo del estrés.
- **Colaboración y Alianzas Estratégicas:** Establecer alianzas con organizaciones académicas y profesionales para compartir recursos, investigaciones y prácticas efectivas en el manejo del estrés ocupacional.
- **Enfoque en la Sostenibilidad:** Desarrollar prácticas y políticas organizacionales

que promuevan un ambiente de trabajo saludable y sostenible a largo plazo para el personal de enfermería.

Aplicabilidad

- El manual desarrollado servirá como guía estándar para la gestión del estrés percibido en enfermeros en otros hospitales de emergencias y entornos similares.
- Los resultados y aprendizajes obtenidos podrán ser compartidos y aplicados en otras instituciones de salud para mejorar las condiciones laborales y la calidad de vida de los profesionales de enfermería, manteniendo siempre como prioridad el cuidado integral al usuario y su familia.

CONCLUSIÓN

Se propone un proyecto de intervención de gestión sobre el recurso humano (capital humano) en relación a la salud laboral del equipo profesional de Enfermería del AEP. El proyecto propone actividades de seguimiento del estrés crónico en puntos específicos de intervención con actividades preventivas, asistenciales y contextuales.

Esta versión del proyecto refleja un enfoque integrador que asegura que la calidad del cuidado al usuario y su familia se mantenga como una prioridad central mientras se mejora el bienestar y la salud del personal de enfermería en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez.

Son resultados esperados:

- Reducción significativa en los niveles de estrés percibido entre los enfermeros de la guardia.
- Mejora notable en la salud física y mental del personal de enfermería.
- Aumento en la satisfacción laboral y en la calidad de la atención brindada a los pacientes en la guardia del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranguren, E. & Rezzónico, R. (1998). *Auditoría Médica. Garantía de Calidad en Atención de la Salud*. Tomo I, 2ª Edición, 02–64 Págs. Centro Editor de la Fundación Favaloro.
2. Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista CON-CIENCIA*, 2(1), 117–125. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-02652014000100013&lng=es&tlng=es
3. Bareiro–Drudis, E. M. (2020). Estado nutricional y alteraciones metabólicas en personal de enfermería con guardias nocturnas. *RevUni Norte Med* 2020 9(2): 66–89. <https://investigacion.uninorte.edu.py/wp-content/uploads/MED-0902-06.pdf>
4. Caimi N., Bocaletti A., Krispel M., Liborio H., Medina I., Morales N., Morin P. & Vieyra M. (1988). *Clasificación de Pacientes Según Grado de Dependencia*. Municipalidad de Rosario, Secretaría de Salud Pública, Dirección de Enfermería. Diciembre 1988.
5. CastelleroMimenza, O. (2018). Salud mental: definición y características según la psicología. *Psicología y mente*. <https://psicologiaymente.com/psicologia/salud-mental>
6. Chiavenato, I. (2011). *Administración de recursos humanos. El capital humano de las organizaciones*. 9a ed. México: McGraw–Hill Interamericana; 2011.
7. Enciclopedia Médica A.D.A.M. (2020). *Superar el estrés laboral*. Biblioteca Nacional de Medicina [Medline]. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000884.htm>
8. Escobar, L. (1998). *Auditoría Médica. Garantía de Calidad en la Atención de la Salud*. Tomo 2 31–34 Págs. Centro Editor de la Fundación Favaloro, 1998.
9. Erize, M. & Vrancic, A. (1996). *Calidad total*. Segunda edición, Erize & Asociados Consultora de Calidad Total. Diciembre de 1996.
10. Farías, I. (2021). Las 6 dimensiones del Modelo de bienestar de Carol Ryff. *Psicoactiva*. <https://www.psicoactiva.com/blog/corrientes-psicologicas/modelo-de-bienestar-de-carol-ryff/>
11. Fidalgo Vega, M. (2001). *NTP (Guía de buenas prácticas) 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo, España. https://www.insst.es/documentos/94886/326775/ntp_704.pdf
12. Fundación HECA (2023). *Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez*. <https://www.fundacionheca.org.ar/hospital/quienes-somos/>
13. Gómez, J. (2003). “Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias” Hacia un modelo de triage estructurado de urgencia y emergencias. *Emergencias*, (15: 165 – 174), España.
14. Jiménez Maldonado, Á. & García Millán, S. (2016). Valoración de ansiedad y burnout en los profesionales de enfermería de un servicio de Nefrología. *Enfermería Nefrológica*, 19(2):118–124. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000200003
15. Membrive–Jiménez, M. J., Gómez–Urquiza, J. L., Suleiman–Martos, N. et al. (2022). *Relation between Burnout and Sleep Problems in Nurses: A Systematic Review with Meta–Analysis*. MDPI. <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/5/954>
16. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1995). *Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en los establecimientos de atención médica RM194/95*. <https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/regulacion/files/Resoluciones%20de%20Organismos%20Nacionales/Resolucion%20194-95%20del%20Ministro%20de%20Salud%20y%20Accion%20Social.pdf>
17. Mondy RW. (2010). *Administración de re-*

- cursos humanos*. 11a ed. México: Pearson Educación; 2010.
18. Municipalidad de Rosario (2023). *Sección Salud*. <http://www.rosario.gov.ar>
19. Nicol, A. M. & Boterill, J. (2023). Guardias Médicas y Salud: Una revisión. *Boletín docTutor (semFYC)*. <http://www.doctutor.es/2023/03/01/guardias-medicas-y-salud-una-revision/>
20. Olivares Faúndez, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & trabajo*, 19(58), 59–63. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100059>
21. Organización Internacional del Trabajo (OIT) 2023. *Página institucional*. <https://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm>
22. Organización Panamericana de la Salud (2016). *Estrés laboral es una carga para los individuos, los trabajadores y las sociedades*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973:workplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&Itemid=135&lang=es
23. Orozco-Vásquez, M.M., Zuluaga-Ramírez, Y.C. y Geraldine Pulido-Bello, G. (2019). *Rev. Colomb. Enferm. Revista Colombiana de Enfermería*. 2019, v. 18, n. 1, e006. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/2308/2099>
24. Pérez, C., Parra, P., Fasce, E., Ortiz, L., Bastías, N. & Bustamante, C. (2012). Estructura Factorial y Confiabilidad del Inventario de Burnout De Maslach En Universitarios Chilenos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XXI, núm. 3, noviembre, 2012, pp. 255–263. Fundación Aiglé Buenos Aires, Argentina. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281929021006.pdf>
25. PilejeLaboratoire (2022). Estrés, funcionamiento y salud. *Revista de salud*. <https://www.pileje.es/revista-salud/estres-funcionamiento-salud>
26. Razo, A. (2023). MBI (Inventario de Burnout de Maslach). <https://angelrazo.files.wordpress.com/2013/01/mbi-inventario-de-burnout-de-maslach.pdf>
27. Rovere, Mario. (2006). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Segunda Edición ampliada y corregida, OPS. Washington DC 200037, EUA, 2006.
28. Rovere, M. (2006). *Redes de Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad, segunda edición corregida y aumentada*. Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud “Juan Lazarte”. Octubre de 2006.
29. Rubio Ramírez, A. (2014). *Atención psicológica en casos de emergencias y desastres*. Curso para evaluadores del Programa Hospital Seguro del Gobierno de México. <https://slideplayer.es/slide/3525487/>
30. Salas Marco, E., VillamorOrdozgoiti, A. & Zabalegui, A. (2020). Condicionantes de calidad de los cuidados enfermeros durante el turno de noche. *Revista cubana de enfermería*. Vol. 38, No. 1 (2022) . <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4047/825>
31. Vásquez Mendoza, S. & González Márquez, V. (2020). El estrés y el trabajo de enfermería: factores influyentes. *Más Vida. Rev. Cienc. Salud. Volumen 2 n° 2, Abril – Junio 2020 e-ISSN: 2665 0150*. <https://docs.bv-salud.org/biblioref/2021/08/1284113/85-texto-del-articulo-267-1-10-20200829.pdf>
32. Vidotti, V., Ribeiro, R., Galdino, M. J. & TrevisanMartins, J. (2018). Síndrome de Burnout y trabajo en turnos en el equipo de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2550.3022https://www.scielo.br/j/rlae/a/DBqJMr5g8RLQJ-7qdxpfBWjN/?format=pdf&lang=es>
33. Villegas, C. (2014). *Perfil Profesional de la Enfermera*. Editorial mediterráneo. 2014.

EDUCACIÓN PERSONALIZADA Y SEGUIMIENTO INTEGRAL PARA PACIENTES QUEMADOS: CARNETS INFORMATIVOS EN SOPORTE PAPEL COMO HERRAMIENTA CLAVE

Autoras
Lic. Liliana Cabrera
Lic. Ana Vera

Servicio de Enfermería.
Unidad de Quemados.
Hospital de Emergencias
Dr. Clemente Álvarez.
Rosario

SITUACIÓN ACTUAL

La Unidad de Quemados del Hospital Dr. Clemente Álvarez, es un área que está equipada con tecnología avanzada y un equipo multidisciplinario altamente capacitado, brinda atención especializada al paciente con lesiones por quemaduras de diversos tipos de gravedad razón por la cual está diseñada y dispone de los recursos para el abordaje integral de los mismos.

Las quemaduras son lesiones que se producen por exposición a diversos agentes físicos químicos y biológicos y se clasifican según escala de Benaim en A (superficial), AB (intermedias) y B (profundas), en los últimos dos grupos, uno de los tratamientos fundamentales es la curación diaria dentro de la unidad de quemados, en el cual, se realiza educación incidental.

Según Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008), las quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad, que incluye hospitalización prolongada, desfiguración y discapacidad, lo que suele generar estigmatización y rechazo. Debido a esto, el abordaje multidisciplinario es un pilar fundamental en el manejo de estos pacientes, en los que siempre debe plantearse un plan de tratamiento de acuerdo con las características de cada individuo, pero siempre siguiendo un protocolo que tenga como objetivos preservar en primer lugar la vida, luego la funcionalidad y, por último, el aspecto estético. (*Vera Barros, Taljame, Fernández Coria, & Toneguzzo, 2019*)

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos, las secuelas de quemaduras representan una patología muy frecuente en nuestro medio y su impacto en la calidad de vida de los pacientes que las padecen es muy importante como por ejemplo: las retracciones cicatriciales que generan defectos estéticos y funcionales que llegan a limitar la capacidad social y laboral de estos pacientes, entre otros. (*Natalia Faroni, 2018*)

La falta de un sistema estructurado para proporcionar instrucciones claras y comprensibles a los pacientes al momento del alta puede llevar a una serie de complicaciones que pueden ser pre-

venidas. Los pacientes que han sufrido quemaduras requieren una educación detallada y específica pero que a su vez, sea simple y clara para manejar su recuperación, la cual incluye el cuidado de las heridas, la administración correcta de medicamentos, y la adopción de medidas preventivas para evitar complicaciones relacionadas.

Por tal motivo, la implementación de un dispositivo educativo que incluya información pertinente de manera clara y concisa, el cual incluirá un material educativo escrito en formato de tríptico y la explicación de forma verbal de manera complementaria por parte del equipo de salud, como suele realizarse habitualmente previo al alta. Esto garantizará que los pacientes y sus cuidadores, logren adherir a las instrucciones y la importancia de seguirlas de manera estricta para lograr una pronta recuperación.

Consideramos que la implementación de un sistema educativo estructurado y personalizado para los pacientes de la Unidad de Quemados es esencial para mejorar la adherencia al tratamiento, reducir el riesgo de complicaciones y reingresos hospitalarios, asegurando una recuperación integral del paciente.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la educación para la salud consiste en proporcionar a la población las herramientas y dentro de estas, los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de la salud. Por tal motivo, la educación para el auto cuidado al sujeto de atención que cursa internación por quemaduras, es fundamental en el proceso de recuperación y reintegración social.

La adecuación mediante un lenguaje comprensible, mejora la adherencia al tratamiento, reduce las complicaciones y favorece una recuperación más rápida y eficaz. En este sentido, la implementación de materiales educativos con

recursos visuales, adaptados, como carnets informativos, son una herramienta valiosa para mejorar la educación del paciente y su familia.

PROPUESTA

El desarrollo de un carnet de tres pliegues para pacientes quemados, que incluya información clara y concisa, es una estrategia eficaz para asegurar una transición adecuada del hospital a la casa. Este carnet incluiría en su primera carilla los datos generales del paciente y un espacio para las fechas de control, en la segunda carilla las recomendaciones para el hogar y los cuidados necesarios, y en la tercera carilla la medicación que el paciente debe tomar y una explicación detallada sobre cómo realizar las curaciones. Este tipo de material educativo no sólo empodera al paciente al darle un rol activo en su propio cuidado, sino que también facilita la continuidad del tratamiento y la prevención de complicaciones.

La creación de un carnet educativo para pacientes quemados, que simplifique la información médica y la haga accesible, es una intervención necesaria y beneficiosa debido a su simpleza, bajo costo y mejoría en la adherencia al tratamiento. Este enfoque no solo mejora la educación del paciente, sino que también promueve una recuperación más segura y efectiva al proporcionar un recurso tangible y fácilmente comprensible que los pacientes pueden utilizar en su vida diaria.

Unidad de Quemados

La Unidad de Quemados está equipada con tecnología e infraestructura para la atención necesaria del quemado. El área de internación de Quemados cuenta con 6 camas, con un equipo multidisciplinario integrado por enfermeros altamente capacitados, cirujanos plásticos, médicos clínicos, psicólogos, nutricionistas, kinesiólogos. Es el único servicio público en la ciudad de Rosario. Los pacientes ingresan

por el Área de Emergencia Primaria, luego de su evaluación son llevados a la unidad de quemados si no requieren asistencia mecánica. El enfermero junto al servicio de Clínica médica evalúa al paciente y aplica el protocolo de curación. Las curaciones se realizan diariamente en la cuba que se encuentra en la unidad. Al tener resueltas las lesiones el paciente es externado con educación incidental sobre las curaciones a él y su familia.

Desarrollo de la propuesta

El autocuidado se refiere a las actividades realizadas por una persona para mejorar su calidad de vida, ya sea a nivel individual o en un contexto grupal, familiar o comunitario, conocido como autocuidado colectivo. Este autocuidado depende tanto de factores internos del propio individuo como de factores externos que están fuera de su control. Estos factores pueden ser protectores de la salud o pueden representar riesgos, influyendo en la adopción de prácticas saludables o perjudiciales. El personal de salud tiene la responsabilidad de promover el autocuidado, no solo a través de su ejemplo de vida saludable, sino también mediante la educación, para que los individuos puedan elegir prácticas que favorezcan su salud.

La teórica de enfermería Dorothea Orem, conocida por la "teoría del Autocuidado", enfatiza la importancia de que los pacientes participen activamente en su propio cuidado para promover la recuperación y el bienestar. En el contexto de los pacientes quemados, el autocuidado es crucial para el manejo del dolor, el cuidado de las heridas y la prevención de complicaciones. Por tal motivo, esta propuesta se ve influenciada por la teoría del autocuidado de Dorothea Orem aplicada al cuidado de pacientes con lesiones por quemaduras, centrándose en la capacidad de las personas para realizar actividades que contribuyen a su propia salud y bienestar y en el aporte del equipo

de salud con los programas de educación para pacientes con quemaduras.

Esta iniciativa busca extender los cuidados en el hogar integrando a la familia en el cuidado a través del aporte de un soporte físico que pueda ser utilizado de ayuda memoria y sirva de recordatorio de turnos, para tener presente los cuidados principales, ejercicios que debe realizar, cómo debe tomar la medicación y realizar las curaciones ya que favorecerá el autocuidado y la responsabilidad sobre sí mismo.

El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona, éstos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medio ambientales.

Una de las metas a alcanzar por los profesionales de la salud es la comunicación efectiva con los pacientes, especialmente cuando estos no tienen conocimientos previos sobre términos médicos complejos. El uso de un lenguaje sencillo y claro es esencial para asegurar que el paciente pueda seguir adecuadamente las indicaciones médicas una vez dado de alta (*Schilling et al., 2003*)

Mediante la implementación del presente proyecto se intenta soslayar el hiato entre el paciente y el conocimiento nuevo a adquirir cumpliendo así con la meta de seguridad en comunicación en el contexto de la atención salud que se refiere a la importancia de asegurar que toda la información relevante sobre el paciente sea transmitida de manera clara, precisa y completa entre los profesionales de salud, y también entre los profesionales y los pacientes. Esta meta busca reducir errores, mejorar la coordinación del cuidado y asegurar que el paciente esté bien informado sobre su estado de salud y el plan de tratamiento.

Meta de Seguridad en Comunicación

- Claridad y precisión: Asegurar que la información transmitida sea clara y precisa para evitar malentendidos y errores.
- Integralidad: Toda la información relevante debe ser compartida sin omitir detalles importantes.
- Oportunidad: La información debe ser transmitida a tiempo para que las decisiones puedan ser tomadas de manera adecuada.
- Comprensión: Asegurar que tanto los profesionales de la salud como los pacientes comprendan la información compartida.

La educación al paciente quemado es un componente crítico del cuidado integral y está estrechamente relacionada con la meta de seguridad en comunicación por esto desarrollamos un carnet del quemado que consta de diversos elementos en un lenguaje claro y comprensible para el usuario de atención, que haga a las veces de recordatorio de diversas nuevas responsabilidades como: brindar instrucciones claras, detalladas, son los pacientes quemados receptores de múltiples instrucciones específicas y sumamente importantes sobre el cuidado y evolución de sus heridas, los signos de alarma, medicación y tipo de curación a realizar, y los ejercicios preventivos.

El desarrollo de la comunicación bidireccional donde el paciente pueda expresar sus dudas y preocupaciones permite percibir por parte del profesional de salud si se comprende la información brindada, realizar durante la internación refuerzos y repetición de cuidados para el alta. A su vez, brindar material educativo al paciente previo al alta permitirá reafirmar el trabajo de educación en el servicio de quemados y permitirá también el seguimiento del tratamiento.

Desde el servicio de unidad quemados proponemos:

La utilización de diagramas y pictogramas

puede mejorar significativamente la comprensión y retención de la información médica. Además, la personalización de la información según las necesidades específicas de cada paciente también ha mostrado mejorar la adherencia al tratamiento y los resultados de salud

Todos formamos parte de este cuidado integral que incluso podría completarse con el abordaje por salud mental para la aceptación de la nueva imagen.

Implementar un carnet del paciente quemado desde el HECA, puede reducir significativamente el riesgo de complicaciones, mejorar los resultados clínicos y mejorar la calidad de vida de los pacientes quemados. La seguridad del paciente es nuestro principal objetivo, y este carnet es una herramienta valiosa para alcanzarlo.

El boceto del carnet a implementar será de repliegue donde la primera carilla tendría el logo de la unidad y del HECA, con los datos del paciente y varias líneas con puntos suspensivos donde se coloque por el profesional médico las fechas de turnos.

La carilla intermedia contará con los cuidados indispensables de la piel el hogar, y la correcta alimentación y en la carilla final imágenes con los ejercicios que debe realizar el paciente elaborado transdisciplinariamente por el personal de la institución.

– Objetivo General

Desarrollar e implementar un carnet de tres pliegues para pacientes quemados, que contenga información simplificada y clara sobre sus datos generales, fechas de control, recomendaciones para el hogar y cuidados, así como medicación y procedimientos de curación, con el fin de mejorar la comprensión y adherencia al tratamiento post-alta en el año 2025, en el servicio unidad de quemados del hospital de Emergencias Clemente Álvarez de la ciudad de Rosario.

– Objetivos Específicos

- Diseñar el carnet de tres pliegues de acuerdo con las necesidades específicas de los pacientes quemados.
- Validar el contenido del carnet mediante la retroalimentación de un grupo de pacientes y profesionales de la salud.
- Implementar el uso del carnet en el proceso de alta de pacientes quemados.
- Iniciar la implementación en el primer mes después de la validación y continuar durante seis meses.
- Evaluar el impacto del carnet en la adherencia al tratamiento y la recuperación de los pacientes.
- Realizar ajustes al carnet basado en los resultados de la evaluación.

CONCLUSIÓN

Este plan detallado permite una implementación efectiva del carnet educativo, asegurando que todos los pacientes quemados reciban la información necesaria para su cuidado post-alta de manera clara y accesible.

Se evaluará la posibilidad de desarrollar una versión digital del carnet accesible a través de una aplicación móvil o un portal web. Esto permitiría actualizaciones en tiempo real, recordatorios de citas y acceso a videos educativos y recursos adicionales. Es también necesario destacar que se contempla a través del desarrollo del presente proyecto la formación de un equipo de atención coordinada que incluya a profesionales de diferentes disciplinas para discutir y planificar la atención post-alta del paciente.

ANEXO



CONTROLES MEDICOS

CEMAR – Consultorio Externo (4to piso)
Lunes 08 hs
Jueves 11 hs
(Por orden de llegada)

Fecha	Profesional Firma

Importante !

En caso de fiebre o algún cambio no esperado en la herida, acercarse a la guardia del HECA con la epicrisis.

Recomendaciones para el Hogar
Cuidados Necesarios

★ **Cuidados de Piel**

Protección solar en zona epitelializada (piel nueva)
Lubricar la piel diariamente con cremas hidratantes y/o con Vit. A
Realizar curaciones según indicación médica

★ **Ejercicios**

Mantener la movilidad articular y cutánea.
Movilizaciones activas
Vendaje con venda elástica (si corresponde).

★ **Alimentación**

Dieta equilibrada:
Consumo de verduras y frutas.
Ingesta de abundantes líquidos

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in healthcare*. New York: Patient Safety–WHO. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>.
- Quaranta, N. (2019). *La comunicación efectiva: un factor crítico del éxito en el trabajo en equipo* [Effective Communication: a Critical Factor in Teamwork Success; Comunicação eficaz: um fator crítico de sucesso no trabalho em equipe]. Enfoques, 31(1). Universidad Adventista del Plata, Entre Ríos, Argentina.
- Schillinger, D. (2004). *Alfabetización funcional en salud y la calidad de la comunicación médico–paciente entre pacientes con diabetes*. Patient Education and Counseling, 52(3), 315–323. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00107-14o](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00107-14o)
- Health, O.W. (2008). *Burn prevention and care World Health Organization*. http://www.who.int/violence_injury_prevention.

CENTRO DE SIMULACIÓN Y ENTRENAMIENTO QUIRÚRGICO DEL HECA (CSEQ HECA)

Innovación y excelencia para la formación médica

El Hospital de Emergencias Clemente Álvarez (HECA) de Rosario impulsa la creación de un Centro de Simulación y Entrenamiento Quirúrgico destinado a fortalecer las capacidades técnicas y académicas de profesionales de la salud.

Este espacio estará orientado a la formación práctica de residentes y a todos los equipos interdisciplinarios mediante simuladores y programas de capacitación continua.

El objetivo es consolidar al HECA como referente regional en innovación médica, garantizando un entorno seguro para el aprendizaje y la mejora constante de las prácticas quirúrgicas en beneficio de la comunidad.

Este proyecto reafirma el compromiso del hospital con la salud pública y con el desarrollo profesional de quienes salvan vidas cada día.

Instrucciones para autores

El Anuario Científico del Hospital de Emergencias “Dr Clemente Álvarez” 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. 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).

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 autores), 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 V1A and V2 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-Chernoffaces to portray service quality data. In: Hooley GJ, Hussey MK (eds.). *Quantitative methods in marketing*. 2nd 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: WorldHealthOrganization (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.

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 keywords (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 keywords (según los términos incluidos en IndexMedicus(Medical SubjectHeadings, 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 incluidos en los otros apartados. No superarán las 1000 palabras ni 10 referencias. Puede incluirse una tabla ó un gráfico.



FUNDACIÓN
HECA

Web: <https://www.fundacionheca.org.ar> • **Facebook:** [fundacionhecarosario](#)
Instagram: [fundacionheca](#) • **Email:** contacto@fundacionheca.org.ar
Teléfono: (0341) 4808111 – Int 317 • **Dirección:** Av. Pellegrini 3205 (2000) Rosario