

REVISTA CIENTÍFICA

CAICYT/CONICET 3008-8615

HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Av. Diaz Vélez 5044 CABA. CP. 1405
revistadurand@gmail.com

Abril 2026
Volumen 3 N°1



EDICIÓN ANIVERSARIO 113 AÑOS

Auspicia:

Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires
(Fmed UBA)

Asociación de Médicos Municipales (AMM)

Asociación Médica Argentina (AMA)

Asociación de Profesionales Universitarios Hospital Durand (APUHD)





Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires



Instituto para el desarrollo
humano y la salud



**Cursos de administración, auditoría,
gestión y calidad**

Capacitaciones en todas las especialidades

Simulación quirúrgica

Inglés intermedio y avanzado

Cursos de verano



📍 Marcelo T. de Alvear 1422 | 📞 (+54 11) 4813-0604/0490
🌐 www.idhs.org.ar | 📧 [idhs_instituto](mailto:curso@idhs.org.ar) | ✉ curso@idhs.org.ar

Lunes a Viernes de 10:00 a 17:00 h

Autoridades del Hospital



DIRECTOR

Dr. Fernando A. GONZALEZ

SUBDIRECTOR

Dr. Claudio M. STORINO

JEFES DE DEPARTAMENTO

MEDICINA INTERNA

Dr. Carlos UJEDA

QUIRÚRGICO

Prof. Tit. Dr. Adrián DESIDERIO

MATERNO INFANTIL

Dr. Julio FALK

URGENCIAS

Dr. Hugo GARCÍA

CONSULTORIOS EXTERNOS

Dr. Federico GEMELLI

DIÁGNOSTICO

Dra. Andrea GERSZTEIN

ÁREA PROGRAMÁTICA

Dra. Claudia NEVISARDI

TÉCNICO

Dra. Susana HERMOSID

SALUD Y SEGURIDAD

Dra. Ilse RIATTI

Consejo Científico Editorial

DIRECTOR

Prof. Tit. Dr. Adrián DESIDERIO

- Esp. en Cirugía General, Cirugía Torácica y Medicina del Deporte
- Prof. Tit. de Cirugía UBA
- Presidente de la Comisión de Postgrado y Residencias Médicas UBA
- Director de carrera de esp. Cirugía Gral. UBA
- Jefe de Departamento de esp. quirúrgicas Hospital Carlos G. Durand

SUBDIRECTOR

Prof. Adj. Dr. Walter DE BONIS

- Esp. en Urología y Medicina Legal
- Prof. Adj. de Urología UBA
- Director carrera de esp. Urología UBA.
- Jefe de Unidad Urología Hospital Carlos G. Durand

EDITOR JEFE

Dra. Milagros PASCALE

- Esp. en Cirugía General
- Instructora de Residentes Cirugía General
- Jefa de Trabajos Prácticos de Cirugía UBA Hospital Carlos G. Durand

SUBDIRECTOR ADJUNTO

Prof. Adj. Dr. Anibal J. SAROTTO

- Esp. en Ortopedia y Traumatología y Cirugía de Columna
- Prof. Tit. de Traumatología UBA
- Director de carrera de esp. OyT UBA
- Jefe de Unidad Ortopedia y Traumatología Hospital Carlos G. Durand

EDITORES EJECUTIVOS

Dr. Cristian. A. FLORES

- Esp. en Cirugía General y Torácica
- Jefe de Trabajos Prácticos de Cirugía UBA Hospital Carlos G. Durand

Dra. Rocío LEIS

- Esp. en Clínica Médica
- Esp. en Infectología Clínica
- Jefa de Trabajos Prácticos Medicina Interna Hospital Carlos G. Durand

SECRETARÍA GENERAL**Dra. Analía FERNANDEZ**

-Jefa de División Áreas Críticas Hospital
Carlos G. Durand

Dr. Emilio YARDIN

-Jefe de Unidad Cirugía General
Hospital Carlos G. Durand

Dra. Cristina OLIVERA

-Jefa de Sección de Cirugía Plástica y Reparadora
Hospital Carlos G. Durand

Dra. Cecilia HERNÁNDEZ

-Jefa de División Diagnóstico por Imágenes
Hospital Carlos G. Durand

SECRETARÍA DE REDACCIÓN**Dr. Daniel MOLINARI**

-Jefe de Unidad Quirófano
Hospital Carlos G. Durand

Dra. Mariangeles DOMINGUEZ

-Jefa de Unidad Consultorios Externos
Hospital Carlos G. Durand

Dr. Matías DORMAN

-Neurocirugía
Hospital Carlos G. Durand

Dr. Valentín ROEL

-Cardiología
Hospital Carlos G. Durand

Consejo Asesor Honorario Nacional

**Dr. Carlos ROJO**

-Presidente de la Asociación de Médicos
Municipales de la
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Prof. Tit. Dr. Ricardo GELPI

-Rector de la UBA

Prof. Tit. Dr. Ignacio BRUSCO

-Decano de la Facultad de Ciencias
Médicas UBA

Prof. Tit. Dra. Claudia NEGRI

-Vicedecana de la Facultad de Ciencias
Médicas UBA

Prof. Tit. Dr. Elías HURTADO HOYO

-Profesor Consulto Cirugía UBA
-Miembro asociado extranjero de la Academia de
Medicina de Francia

Prof. Tit. Dr. Luis SAROTTO

-Jefe de Departamento de Cirugía
General Hospital de Clínicas José de
San Martín

Evaluadores Internos Hospital Durand

Dra. Sandra ALBERTI

-Jefa de Unidad 2 Internación
Clínica Medica

Dra. María Inés BIANCONI

-Jefa de Sección Oncología (a.c.)

Dra. Patricia BONGIORNO

-Jefa de Unidad
Consultorios Externos

Dr. Sebastián A. BOUBEE

-Jefe de Unidad Nefrología

Dr. Santiago BOVALINA

-Jefe de Unidad Ginecología

Dr. Paul L. CORONADO

-Jefe de Unidad de
Terapia Intensiva

Dr. Patricio DONNELLY

-Jefe de Unidad Urgencias

Prof. Dr. Néstor EVANGELISTA

-Jefe de Unidad
Otorrinolaringología

Dr. Diego FERNANDEZ

-Jefe de División Alergia

Dra. Jacqueline GONZALEZ

-Jefa de Sección Hematología

Prof. Dr. Adrián GINDIN

-Secretario CODEI

Dr. Juan GRAU

-Jefe de Unidad Urgencias

Dra. Mirtha GUITELMAN

-Jefa de División Enfermedades
Metabólicas y Endocrinología

Dra. Amira INFANTE

-Jefa de Unidad Alergia

Dra. Roxana LAGO

-Jefa de Unidad
Dermatología

Dra. Patricia LANDA

-Jefa de Unidad Pediatría

Dra. Adriana E. LAROTI

-Jefa de Sección T. Intensiva
Neonatal

Prof. Dr. Omar LATINO

-Obstetricia y
Ginecología UBA

Dra. Lorena V. LENGE

-Jefa de Sección
Neumonología

Dr. Gabriel LEVY HARA

-Jefe de Unidad Infectología

Dr. Oscar A. LOPEZ

-Terapia intensiva

**Dr. Facundo LOPEZ
PACHOLCZAK**

-Jefe de Unidad Obstetricia

Dr. Jorge MARTINEZ

-Jefe de Unidad
Cirugía Cardiovascular

Dra. Paula MICONE

-Jefa de División Tocoginecología

Dra. Alejandra MOISELLO
-Jefa de Unidad Nutrición y Diabetes

Dr. Andrés MUSOLINO
-Cirugía Cardiovascular

Dr. Lorenzo PADIN
- Jefe de Unidad Gastroenterología

Dra. Mónica PERASSOLO
-Jefa de Sección Neurología

Dra. María Silvina PEREZ
-Tocoginecología

Dr. Alejo PEYRET
-Jefe de Unidad Oftalmología

Dr. Guillermo RANDAZZO
-Otorrinolaringología

Dr. Edgardo RUBIO
-Jefe de División Cardiología

Prof. Dr. Daniel SCHLEGEL
-Jefe de División Cirugía General

Dr. Nicolás SERGI
-Anestesiología

Dra. Jesica STORINO
-Oncología

Dra. Natalia TAMBORENEA
-Jefa de Unidad Reumatología

Dr. Lucas TOIBARO
-Jefe de Sección Neurocirugía

Prof. Dra. Adriana VALETTA
-Toxicología, Medicina
del Trabajo y Medicina Interna

Dra. María VERA
-Jefa de Sección Adolescencia

Dr. Willians VERDEZOTO
-Cirugía Torácica

Dr. Juan P. VISCARDI
-Gastroenterología y Endoscopia Digestiva

Dra. Cecilia VOLPE
-Jefa de Unidad Geriátrica

Dr. Claudio ZELTMAN
-Jefe de División Pediatría

Evaluadores Externos Nacionales

Prof. Adj. Dr. Rubén ALGIERI
-Jefe de Departamento
de Emergencias
Hospital Municipal de Morón

Dr. Nicolás ALONSO
-Hospital Ramos Mejía

Dra. Gisela S. AQUIJE MATTA
-Directora del
Hospital Dra. Cecilia Grierson

Dr. Raúl BENAVENTE
-Jefe de Departamento de Seguridad y
Riesgo Médico Legal
Hospital de Clínicas José de San Martín

Dr. Juan C. CISNEROS
-Subdirector del
Hospital Muñiz

Prof. Tit. Dr. Carlos DAMIN
-Director del
Hospital Dr. Juan A. Fernández

Dr. Cristian O. DE BONIS
-Hospital Pirovano

Dra. Elena DE MATTEO
-Jefa División Anatomía Patológica
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Prof. Ads. Dr. Diego FERRO
-Jefe de Departamento de Cirugía
Hospital de Gastroenterología
Dr. Carlos B. Udaondo

Dr. Emiliano FIUMARA
-SAME

Dr. Pedro FULLONE
-Jefe de División Cirugía General
Hospital Francisco Santojanni

Dr. Miguel A. GALMÉS
-Presidente AMA

Dr. Flavio LEIRO
-Jefe de Departamento de Cirugía
Hospital J. M. Penna

Dr. Iván NICOLAEVSKY
-Hospital Teodoro Álvarez

Dr. Gustavo NOYA
-Hospital Dr. Enrique Tornú

Dr. Francisco PEDROUSO
-Hospital J. M. Penna

Dra. Tamara PEPE
-Subsecretaría Postgrado Fmed UBA
-Jefa de Sección CODEI del
Hospital Vélez Sarsfield

Dr. Héctor RIVERO
-Jefe de Servicio Cirugía de
Tórax y Endoscopia
Hospital Ferrer

Dra. Fernanda SANCHEZ
-Jefa de Sección Estudios Especiales
Hospital Lagleyze

Prof. Adj. Dr. Pablo SISCO
-Jefe de División Cirugía General
Hospital Pirovano

Dr. Diego SLIPAK
-Coordinador del Programa
de Docencia e Instrucción
Permanente del SAME

Dr. Ricardo SOLARI
-Vicepresidente de la Asociación de
Médicos Municipales de la
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Hospital Bernardino Rivadavia

Dr. Javier VIGUIE
-Jefe de Urgencia
Hospital de Quemados

Prof. Adj. Dr. Hugo ZANDALAZINI
-Jefe de Unidad Cirugía General
Hospital Dr. Cosme Argerich

Consejo Asesor Editorial Internacional



Dra. Jessica BORENSZTEIN
-Esp. en Psiquiatría
-Docente CDMX, México
-Máster en Psicoterapias de Tercera Generación
Distrito Federal, México

Dr. Luis RODRIGUEZ
-Esp. en Urología y Cirugía General
-Máster en Sexología y Actualización en Cirugía
Urológica Hospital Reina Sofía, Andalucía, España

Dr. Javier KELLY GARCÍA
-Esp. en Cirugía oncológica y Cirugía de Tórax
-Máster en Administración de negocios
Distrito Federal, México



AUTORIDADES	3
EDITORIAL	7
UN MÉDICO EN LA ESCENA EN MINUTOS: TELEMEDICINA Y TRANSFORMACIÓN OPERATIVA DEL S.A.M.E. EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES A DOCTOR ON THE SCENE IN MINUTES: TELEMEDICINE AND OPERATIONAL TRANSFORMATION OF S.A.M.E. IN THE CITY OF BUENOS AIRES AUTORES: Delnero, Patricia; Ruiz Diaz, Alfredo; Piñeiro Rossi, María; Rodas Mendez, Richard; Slipak, Diego; Crescenti, Alberto	9
DRENAJE PERCUTÁNEO VS. QUIRÚRGICO EN EL TRATAMIENTO DEL ABSCESO DE PSOAS PERCUTANEOUS VS. SURGICAL DRAINAGE IN THE TREATMENT OF PSOAS ABSCESS AUTORES: Pascale, Milagros de las Mercedes; Navarro, Enrique; Ferraro, María del Rosario; Kosoy, Paloma; Desiderio, Adrián	14
EMBOLIZACIÓN ARTERIAL PROSTÁTICA COMO TRATAMIENTO DE HEMATURIA REFRACTARIA POST-ADENOMECTOMÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO PROSTATIC ARTERIAL EMBOLIZATION AS A TREATMENT FOR REFRACTORY HEMATURIA POST-ADENOMECTOMY: A CASE REPORT AUTORES: Cufre Batista, Sebastián; Pazos, Cristian; Issaly, Julia; Navarrete, Segundo; Chiminella, Fernando; De Bonis, Walter	18
SERIE DE CASOS DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ANÁLISIS DESCRIPTIVO SERIES OF EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS CASES AT A THIRD-LEVEL HOSPITAL: DESCRIPTIVE ANALYSIS Autores: Ciccone, Maria Belén; Benítez, Antonella; De Luca, Catalina; Garro, Grisel; Leis, Rocío; Camo, Nancy	24
DUODENOPANCREATECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN VENOSA PORTO-MESENTÉRICA POR TUMOR DE CABEZA Y CUERPO DE PÁNCREAS TOTAL DUODENOPANCREATECTOMY WITH PORTO-MESENTERIC VENOUS RECONSTRUCTION FOR PANCREATIC HEAD AND BODY TUMOR AUTORES: Camarano Baez, Nayla; Pascale, Milagros de las Mercedes; Angulo, Agustina; Ocampo, Tomás; Zandomeni, Marcos.	29
PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA MEDIANTE ALGORITMOS DE MACHINE LEARNING: COMPARACIÓN CON MODELOS TRADICIONALES Y ANÁLISIS DE DESEMPEÑO MORTALITY PREDICTION IN INTENSIVE CARE USING MACHINE LEARNING ALGORITHMS: COMPARISON WITH TRADITIONAL MODELS AND PERFORMANCE ANALYSIS AUTORES: Banegas, Alexis; Genovese, Gabriela; Antik, Ariel; Coronado, Paul.	34
CALIDAD ASISTENCIAL EN UN HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO: ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL QUALITY OF CARE IN A PEDIATRIC DAY HOSPITAL: A MULTIDIMENSIONAL APPROACH Autores: Marciano, Gabriel; Enriquez, Rocío; Serrano, Nuria; Vans, Landschoot Florencia	39
EFICACIA DE LA ESFINTEROTOMÍA MÁS DILATACIÓN CON BALÓN EN LA LITIASIS BILIAR COMPLEJA EFFICACY OF SPHINCTEROTOMY PLUS BALLOON DILATION IN COMPLEX GALLSTONE DISEASE Autores: Viscardi, Juan Pablo; Padin, Lorenzo; Lubieniecki, Daniela; Estrada, Carla; Martinez, Patricia; Calvo, Gabriela	47
ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO ADULT-ONSET STILL'S DISEASE Autores: Escobar Oliva, Diana; Patallo, Pamela; Quispe Escalante, Sara; Vieiro, Valeria; Cuadros, Aldana; Da Costa Louro, Emilse	52
ESCRIBIR(SE) PARA APRENDER: AUTORÍA DE PENSAMIENTO Y PRODUCCIÓN SIMBÓLICA EN LA CLÍNICA PSICOPEDAGÓGICA WRITING(ONESELF) TO LEARN: AUTHORSHIP OF THOUGHT AND SYMBOLIC PRODUCTION IN PSYCHOPEDAGOGICAL CLINIC AUTORES: Spinelli, Agustina; Micone, Fernanda	55
MANEJO DE LESIONES TRAUMATICAS DE PLEXO BRAQUIAL: PRIMERA SERIE DE CASOS REPORTADA EN UN HOSPITAL DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES MANAGEMENT OF TRAUMATIC BRACHIAL PLEXUS INJURIES: FIRST CASE SERIES REPORTED IN A BUENOS AIRES CITY HOSPITAL Autores: Dorman, Toibaro, Lucas	60
CONTACTO- REGLAMENTO DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS	64

CIENTO TRECE AÑOS DE UN LEGADO VIVO: SALUD, CIENCIA Y UNIVERSIDAD PÚBLICA EN EL HOSPITAL DURAND

COMITÉ EDITORIAL

La publicación de un nuevo número de nuestra Revista Científica, coincide con el 113.º aniversario del Hospital de Agudos "Dr. Carlos G. Durand". Llegar a más de un siglo de existencia no es un hecho meramente cronológico; es la confirmación de la persistencia de una idea, de un legado que se transformó en uno de los referentes del sistema de Salud Pública de la Ciudad de Buenos Aires.

Un legado de vanguardia: De la quinta de los Durand al hospital moderno

La historia de nuestra institución se gestó desde el altruismo y visión de futuro.

El sueño de Don Carlos Durand, quien dispuso en su testamento la creación de un hospital para hombres "pobres y desvalidos", sentó las bases de lo que hoy es una institución polivalente de alta complejidad.

Desde su inauguración en 1913, el hospital ha demostrado una notable capacidad de resiliencia y vanguardia, adaptándose a los vertiginosos cambios de la ciencia médica.

Esta evolución se manifiesta desde aquellas primeras prácticas de principios del siglo pasado hasta la realidad actual de nuestros servicios, donde convergen la cirugía reconstructiva y mínimamente invasiva con especialidades clínicas

y pediátricas que aplican el paradigma de la medicina centrada en el paciente.

Hoy, nuestra labor se sustenta en una infraestructura diagnóstica de alta complejidad, que integra técnicas de laboratorio de última generación y servicios de diagnóstico por imágenes con capacidad de procesamiento avanzado, permitiendo el desarrollo de tratamientos e intervenciones terapéuticas alineadas con los más exigentes estándares científicos del siglo XXI. Esta integración multidisciplinaria no solo garantiza la excelencia técnica, sino que reafirma el compromiso de nuestra institución con la innovación constante al servicio del paciente.

A lo largo de estas más de once décadas, el Durand ha sido testigo y protagonista de las grandes transformaciones sanitarias del país. Ha superado crisis, epidemias, la pandemia del SARS-COV19 y cambios de paradigma, manteniendo siempre una constante: la excelencia técnica impregnada de humanismo.

El hospital no es solo un conjunto de pabellones; es una red de personas –médicos, enfermeros, técnicos, administrativos y personal de mantenimiento y maestranza– que han construido una identidad propia, basada en la resiliencia y el compromiso social.



La defensa de la Salud Pública y la Universidad como pilares del progreso

En el contexto actual, celebrar 113 años nos obliga a levantar las banderas que nos dan sentido. El Hospital Durand no podría entenderse sin su carácter de Hospital Escuela de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Esta simbiosis entre el sistema asistencial y la academia es el motor que garantiza una atención de calidad. La presencia de la universidad pública en nuestros pasillos asegura que la práctica clínica esté siempre bajo la lupa del pensamiento crítico y la actualización permanente.

Defender la Salud Pública hoy es, más que nunca, defender el derecho al acceso universal a la mejor tecnología y conocimiento disponibles, sin distinciones. Creemos firmemente que no hay medicina de calidad sin una base científica sólida, y no hay ciencia soberana sin una Universidad Pública financiada y jerarquizada. El Durand es un ejemplo vivo de que el Estado puede y debe gestionar centros de salud de vanguardia donde se formen los mejores especialistas del país. Nuestros médicos en formación, que transitan sus años de aprendizaje en nuestros servicios, son el testimonio de una educación pública que sigue siendo orgullo nacional y motivo de reconocimiento a nivel internacional.

Tres años de consolidación científica:

En medio de esta conmemoración, celebramos también el tercer año de vida de nuestra Revista Científica.

Lo que comenzó como un proyecto para visibilizar la producción interna, se ha transformado, en poco tiempo, en un espacio de intercambio científico entre distintos centros de salud.

Durante estos tres años, hemos sido testigos de la maduración de nuestros investigadores.

Este número es un fiel reflejo de esa evolución, presentando producciones originales que abarcan desde series de casos de alta complejidad quirúrgica hasta análisis epidemiológicos sobre enfermedades infectocontagiosas y trabajos de gestión en calidad asistencial.

Nos genera una profunda satisfacción observar cómo la revista ha trascendido las paredes de nuestro hospital.

Hoy recibimos y publicamos trabajos de diversas instituciones de salud de todo el país, así como

colaboraciones internacionales que enriquecen nuestro acervo.

Este carácter federal e internacional de la revista no es casual; es el resultado de una política editorial que busca romper el aislamiento académico y fomentar la creación de redes de conocimiento. La ciencia es, por definición, un esfuerzo colectivo, y nuestra revista aspira a ser un nodo donde converjan la experiencia clínica y la investigación.

Mirando hacia el futuro

Celebrar 113 años no es solo un ejercicio de nostalgia por el pasado. Es, sobre todo, un compromiso con el futuro. Los desafíos que enfrenta la medicina contemporánea —la inteligencia artificial aplicada al diagnóstico, la humanización de la atención en entornos de alta tecnología y la sostenibilidad de los sistemas públicos— nos encuentran trabajando con la misma pasión que aquellos pioneros de 1913.

Invitamos a toda la comunidad académica y asistencial a recorrer las páginas de este número con la certeza de que cada artículo, cada gráfico y cada conclusión es un ladrillo más en la construcción de nuestro Hospital.

A los maestros que nos precedieron, a los profesionales que hoy sostienen las guardias, las salas de internación, los consultorios, los quirófanos, y a los residentes y estudiantes que representan el mañana: Feliz 113.º aniversario, Hospital Durand. Que nuestra producción científica siga siendo la mejor manera de honrar nuestra historia.

Comité Editorial

Revista Científica del Hospital de Agudos
"Dr. Carlos G. Durand" Buenos Aires, Argentina |
Abril de 2026

UN MÉDICO EN LA ESCENA EN MINUTOS: TELEMEDICINA Y TRANSFORMACIÓN OPERATIVA DEL S.A.M.E. EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

A DOCTOR ON THE SCENE IN MINUTES: TELEMEDICINE AND OPERATIONAL TRANSFORMATION OF S.A.M.E. IN THE CITY OF BUENOS AIRES

AUTORES: DELNERO, PATRICIA*; RUIZ DIAZ, ALFREDO**; PIÑEIRO ROSSI, MARÍA***; RODAS MENDEZ, RICHARD****; SLIPAK, DIEGO*****; CRESCENTI, ALBERTO*****

LUGAR DE TRABAJO: S.A.M.E. CENTRAL OPERATIVA - MONASTERIO 480 - CABA, ARGENTINA.

*MÉDICA COORDINADORA DEL PROGRAMA DE TELEMEDICINA DE SAME, JEFA DE UNIDAD DEPARTAMENTO DE URGENCIAS HGADS

** MÉDICO TELEMEDICINA SAME E INSTRUCTOR EN EL PROGRAMA DE DOCENCIA E INSTRUCCIÓN PERMANENTE DE SAME

*** MÉDICA COORDINADORA DE TELEMEDICINA, CIRUJANA DEPARTAMENTO DE URGENCIA HGAJMP

**** MÉDICO TELEMEDICINA SAME

***** MÉDICO COORDINADOR DEL PROGRAMA DE DOCENCIA E INSTRUCCIÓN PERMANENTE DE SAME

***** MÉDICO DIRECTOR GENERAL DE SAME



ABSTRACT:

INTRODUCTION: Telemedicine in prehospital emergency systems reduces initial uncertainty and improves decision-making in time-critical scenarios. Since 2021, the Buenos Aires Emergency Medical Service (SAME) has implemented a telemedicine program based on real-time video assessment.

OBJECTIVE: To describe the telemedicine system of SAME and to analyze its main operational indicators during 2025.

MATERIAL AND METHODS: A descriptive observational study based on anonymized secondary data from the Integrated Public Safety System (SISEP) was conducted. All telemedicine-managed emergency calls between January and December 2025 were included. Primary variables included initial response time, resolution without ambulance dispatch, and resource adequacy. Incident type and triage category were also analyzed.

RESULTS: A total of 45,599 emergency events were analyzed. Most cases were categorized as yellow (49%), followed by red (43%) and green (8%). Overall, 53% of cases were resolved without ambulance dispatch, 43% required dispatch, and 4% involved pre-arrival instructions. Dispatch rates were 75% for red, 24% for yellow, and 1% for green cases. Mean initial response time in pre-arrival cases was $1,15 \pm 1,24$ minutes (≈ 1 minute 09 seconds), with a median of 1.0 minute (IQR: 0-2).

CONCLUSIONS: The integration of telemedicine into a prehospital emergency system demonstrates high remote resolution capacity, timely response, and appropriate resource allocation, representing a strategic tool to enhance operational efficiency in high-demand urban settings.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La telemedicina aplicada a sistemas de emergencias prehospitalarias permite reducir la incertidumbre inicial del auxilio y optimizar la toma de decisiones en contextos donde el tiempo es crítico. Desde 2021, el Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME) de la Ciudad de Buenos Aires incorporó un programa de

telemedicina basado en videollamadas en tiempo real.

OBJETIVO: Describir el funcionamiento del Programa de Telemedicina de SAME y analizar sus principales indicadores operativos durante el año 2025.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo basado en datos secundarios anonimizados del Sistema Integrado de Seguridad Pública (SISEP). Se incluyeron auxilios gestionados por telemedicina entre enero y diciembre de 2025. Se analizaron el tiempo de respuesta inicial, la resolución sin despacho de ambulancia y la adecuación de los recursos, considerando además el tipo de incidente y la categorización por triage.

RESULTADOS: Se analizaron 45.599 auxilios. Predominaron los eventos categorizados como amarillos (49%), seguidos por rojos (43%) y verdes (8%). El 53% de los auxilios se resolvió sin despacho de móvil, mientras que el 43% requirió su envío y el 4% correspondió a prearribos. El despacho de recursos se realizó en el 75% de los eventos rojos, 24% de los amarillos y 1% de los verdes. El tiempo de respuesta inicial en auxilios con prearribo presentó $1,15 \pm 1,24$ minutos, equivalente a aproximadamente 1 minuto y 9 segundos, la mediana fue de 1,0 minuto (RIC: 0-2 minutos).

CONCLUSIONES: La integración de la telemedicina en el SAME se asocia con una elevada capacidad de resolución remota, tiempos de respuesta oportunos y adecuada asignación de recursos, constituyéndose como una herramienta estratégica para mejorar la eficiencia operativa en sistemas de emergencias urbanas.

Key words: Telemedicine, Emergency Medical Services, Prehospital Care, Triage, Health Resource Allocation, Response Time.

Palabras clave: Telemedicina, Servicios Médicos de Emergencia, Atención Prehospitalaria, Triage, Adecuación de Recursos en Salud, Tiempo de Respuesta.

INTRODUCCIÓN

La Telemedicina se define como el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (T.I.C.) para proporcionar servicios de salud a distancia, permitiendo la transmisión de información clínica entre profesionales o entre el paciente y el equipo de salud. En los sistemas de emergencias prehospitalarias, donde el tiempo constituye una variable crítica asociada al riesgo de muerte o secuelas graves, su incorporación adquiere un valor estratégico.

Uno de los principales desafíos históricos de los sistemas de emergencias ha sido la incertidumbre inherente al momento inicial del auxilio: la evaluación de la gravedad a partir de un relato telefónico, muchas veces fragmentado, subjetivo y condicionado por el estrés del solicitante. Esta limitación impacta directamente en la toma de decisiones, particularmente en la asignación de recursos y en la oportunidad de la respuesta. En este contexto, la posibilidad de transformar un llamado subjetivo en una escena observable y objetiva representa un cambio cualitativo en el proceso asistencial.

La incorporación de la Telemedicina en el Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME) desde enero de 2021 introdujo una herramienta médica y operativa orientada a reducir esa incertidumbre. (Fig. 1).



Figura 1. Sector de Telemedicina SAME

A través de un sistema de videollamada en tiempo real, el equipo de salud puede acceder a la imagen y al contexto clínico del paciente en cuestión de minutos, posibilitando una evaluación más precisa de la escena, la indicación de maniobras de prearribo de sostén hasta el arribo del móvil y, en algunos casos, resolución del auxilio sin necesidad de movilización de recursos físicos. (Fig. 2).

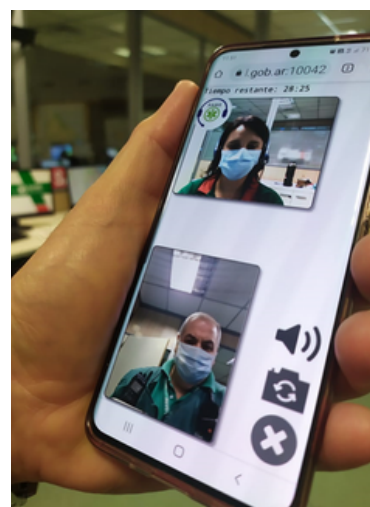


Figura 2. Visualización de videollamada entre Médico de Telemedicina y solicitante

El funcionamiento del sistema se integra al circuito habitual de atención. Ante un pedido de auxilio a la línea 107, el radio operador realiza una categorización inicial (rojo, amarillo o verde) y deriva el caso al área de Telemedicina. (Fig. 3). Allí, un profesional médico y/o psicólogo establece contacto mediante un enlace seguro enviado al dispositivo del solicitante, habilitando la transmisión de imagen y sonido desde la escena. Esta instancia permite no solo mejorar la calidad de la evaluación clínica, sino también brindar contención al paciente y su entorno, así como orientar de manera más adecuada la respuesta del sistema. (Fig. 4).



Figura 3. Resumen algoritmo de trabajo con el ingreso de incidentes al sistema

La Telemedicina en emergencias no solo amplía la capacidad asistencial, sino que redefine el concepto de presencia médica. La posibilidad de “poner un médico en la escena” en tiempo casi inmediato, independientemente de la ubicación geográfica de los recursos, representa una expansión del alcance del sistema. Asimismo, permite optimizar la utilización de ambulancias,

priorizando su disponibilidad para aquellos casos en los que su intervención resulta indispensable y/o permitiendo el tipo de móvil adecuado para cada situación.



Figura 4. Director General de SAME "Dr. Alberto Crescenti"

En una ciudad con alta demanda como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el SAME gestiona un volumen significativo de consultas, alcanzando durante el año 2025 un total de 605.576 llamados a la línea 107. En este contexto, la integración de herramientas tecnológicas orientadas a mejorar la eficiencia operativa y la oportunidad de la atención se constituye como un componente clave de la estrategia sanitaria, permitiendo optimizar la gestión de la demanda y fortalecer la capacidad de respuesta del sistema.

OBJETIVOS

Describir el funcionamiento del sistema de Telemedicina del SAME y analizar sus principales indicadores operativos durante el año 2025, con foco en el tiempo de respuesta inicial ante situaciones de pre arribo, la resolución de auxilios sin despacho de ambulancias y la adecuación de los recursos movilizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Estudio observacional descriptivo, basado en el análisis de datos secundarios anonimizados provenientes del Sistema Integrado de Seguridad Pública (SISEP), durante el periodo de enero a diciembre de 2025. El SISEP integra la gestión de eventos de emergencias y permite el registro en tiempo real de numerosos datos referentes al auxilio como: Tiempos operativos (recepción, despacho, arribo, cierre), Clasificación/triage del evento, Tipo de recurso asignado, etc.

El estudio se desarrolló en el ámbito del Sistema de Atención Médica de Emergencias, evaluando la totalidad de los auxilios registrados en el sistema durante el período analizado. Se han incluido los Auxilios gestionados por el SAME con intervención de Telemedicina. Se han excluidos los Registros incompletos en variables críticas (tiempos, categorización, resolución), eventos duplicados o anulados, auxilios no gestionados por el área de Telemedicina.

Se garantizó la confidencialidad de los datos mediante anonimización previa al análisis.

Intervención: La intervención analizada fue la implementación del Programa de Telemedicina en SAME, integrado al proceso de regulación médica a la gestión de los auxilios de emergencias y urgencias del prehospitalario, que permite la evaluación clínica remota, el triaje virtual asistido por profesional médico, la resolución del auxilio sin despacho o con despacho diferido o con recurso físico adecuado, entre otras cosas.

Variables analizadas: Se analizaron como variables principales el tiempo de respuesta inicial (minutos) en casos pre arribos: desde recepción del pedido hasta el arribo del recurso, la tasa de resolución sin despacho de ambulancia (53%) y la recategorización y la consecuente adecuación del recurso movilizado (43%). Como variable secundaria se consideró el tipo de incidente. Adicionalmente, se incluyó la categorización por triaje (rojo, amarillo, verde) para el análisis estratificado de los resultados.

RESULTADOS

Durante el año 2025 se analizaron 45599 auxilios gestionados por área de Telemedicina del SAME y registrados en el SiSep.

En relación con el tipo de incidente, predominó en el área de Telemedicina la demanda de auxilios categorizados como amarillos por el radio operador del 107, representando el 49% de los auxilios gestionados por el área, seguidos por los auxilios rojos 43% y los verdes 8%. (Fig.5).

En cuanto a la gestión de los mismos, el cierre resultó en que se finalizaron por Telemedicina sin necesidad de envío de móvil un total de 23958 auxilios representando al 53% de los auxilios gestionados en el área, regulados (recategorizados o no) con despacho de móvil 19522 (43%) y con pre arribo 2119 (4%). Expresado en términos operativos, esto implica que más de 1 de cada 2 auxilios pudo

resolverse de manera remota, sin movilización de recursos físicos. (Fig.6).

Distribución por tipo de incidente

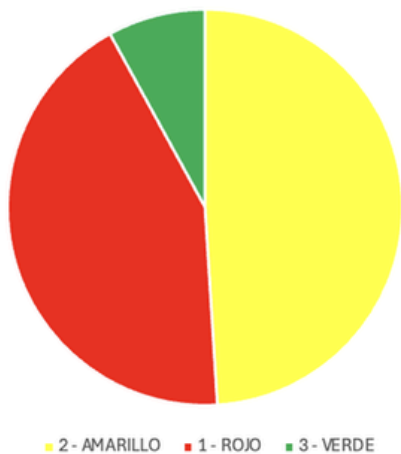


Figura 5. Distribución por tipo de incidente

con medidas de tendencia central robustas. En este sentido, la mediana fue de 1,0 minuto (RIC: 0-2 minutos). La presencia de valores de 0 minutos se relaciona con la asignación inmediata del recurso en determinados eventos, lo que impacta en la distribución de la variable y explica la dispersión observada. (Fig 7 y 8).

Distribución de incidentes & envío de ambulancia por Prioridad

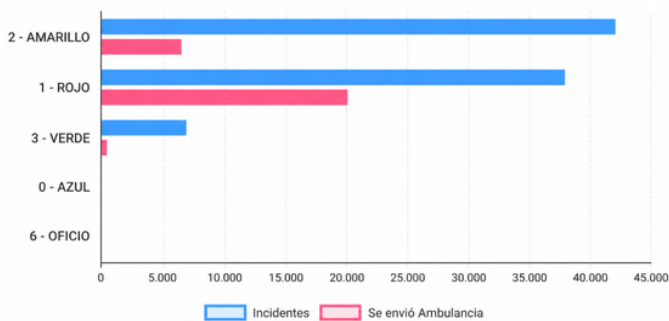


Figura 7. Distribución de auxilios según categorías y despacho de móvil

AUXILIOS GESTIONADOS TM

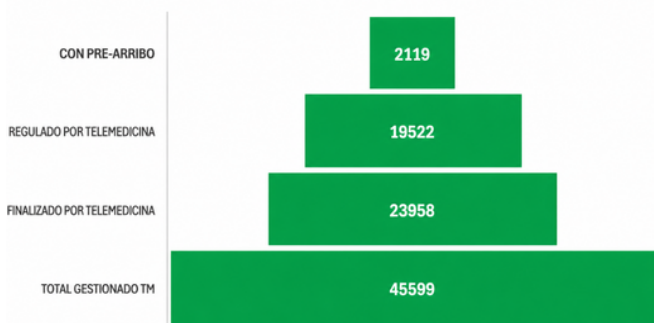


Figura 6. Modalidad de resolución

La tasa de recategorización de los auxilios fue del 30%, reflejando la capacidad del sistema para ajustar la clasificación inicial a partir de la evaluación clínica mediante telemedicina. Este valor podría encontrarse subestimado debido a la posible omisión en el registro del cambio de categorización al cierre del auxilio.

Con respecto al despacho de móvil según prioridad, se realizó envío de móvil en el 24% de los auxilios amarillos, en el 75% de los rojos y en el 1% de los verdes, lo que refleja una asignación de recursos acorde a la gravedad de los eventos.

El tiempo de respuesta inicial en los casos de auxilios con prearribo presentó una media de $1,15 \pm 1,24$ minutos, equivalente a aproximadamente 1 minuto y 9 segundos.

Dada la distribución de los datos, caracterizada por una alta proporción de valores iguales a cero, se consideró pertinente complementar la descripción

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio describen el desempeño de un sistema de emergencias prehospitalarias con Telemedicina Integrada, evidenciando niveles elevados de eficiencia operativa en términos de tiempos de respuesta, adecuación de recursos y capacidad de resolución de auxilios sin movilización de recursos físicos o con adecuación de los mismos.

Uno de los hallazgos más relevantes es la proporción de auxilios resueltos sin despacho de ambulancias, que supera a más de la mitad del total de eventos. Este dato resulta particularmente significativo en el contexto de los sistemas de emergencias urbanos, donde la optimización de recursos constituye un objetivo central. La posibilidad de resolver una parte sustancial de la demanda mediante intervención remota sugiere una utilización más racional de los recursos móviles, permitiendo concentrar la respuesta presencial en aquellos casos de mayor complejidad.

En este sentido, la Telemedicina introduce una transformación en el paradigma tradicional de la atención prehospitalaria, al ampliar la capacidad del sistema más allá de la disponibilidad física de ambulancias. La evaluación mediante imagen en tiempo real reduce la incertidumbre inherente al llamado telefónico, mejorando la calidad del triaje y favoreciendo una asignación más adecuada de los recursos. La herramienta posibilita que en

cuestión de escasos minutos el SAME ponga un médico virtual en la escena, potenciando la respuesta del sistema, fundamental para brindar atención de calidad a los ciudadanos.

Variable	Resultado
Total de auxilios analizados (n)	45599
Tiempo de respuesta inicial pre arribos	
Media \pm DE	1,15 \pm 1,24
Mediana (RIC)	1,0 (0-2)
Distribución por tipo de incidente (%)	
Rojo	43%
Amarillo	49%
Verde	8%
Modalidad de resolución (%)	
Resolución por telemedicina sin despacho	53% (23.958)
Con despacho de móvil	43% (19.522)
Con prearribo	4% (2.119)
Despacho de móvil según prioridad (%)	
Rojo	75%
Amarillo	24%
Verde	1%

Figura 8. Indicadores operativos del sistema de telemedicina. SAME, Ciudad de Buenos Aires, 2025.

*DE: desvío estándar; RIC: rango intercuartílico.

El tiempo de respuesta inicial se definió como el intervalo entre la recepción del llamado y la asignación del recurso.

La presencia de valores de 0 minutos corresponde a asignaciones inmediatas del recurso, lo cual influye en la distribución de la variable.

Asimismo, los tiempos de respuesta inicial registrados se mantienen dentro de rangos operativamente adecuados para sistemas de alta demanda. La posibilidad de intervención médica temprana mediante Telemedicina, incluso previa al arribo de un móvil, redefine el concepto de oportunidad asistencial, permitiendo iniciar conductas terapéuticas y de contención en una etapa más precoz del evento.

Dentro de algunas de las funciones del programa, además de la regulación médica de los auxilios, se pueden nombrar a la gestión y manejo de patología tiempo dependiente como el ACV y el IAM pudiendo trasladar al paciente al centro más adecuado para su atención evitando así los traslados secundarios con la consiguiente pérdida de tiempo en su ventana terapéutica.

Además, en situaciones de Incidentes con Víctimas Múltiples y Desastres permite la evaluación inicial de la escena y el monitoreo de la situación brindando información de vital importancia para la gestión del evento. También permite la articulación de la atención del paciente entre profesionales del sistema a través de videoconferencias.

El presente estudio presenta limitaciones propias de su diseño descriptivo. Asimismo, la utilización de datos secundarios puede implicar sesgos de registro o clasificación. Futuras investigaciones podrían incorporar diseños analíticos que permitan evaluar con mayor precisión el impacto de la telemedicina en resultados clínicos y operativos.

CONCLUSIÓN

La integración de la Telemedicina en el sistema de emergencias prehospitalarias se presenta como una herramienta capaz de mejorar la eficiencia operativa, ampliar la capacidad de respuesta y optimizar la utilización de recursos, sin reemplazar, sino potenciando, el modelo tradicional de atención presencial. En escenarios de creciente demanda y complejidad, su desarrollo representa una línea estratégica para la evolución de los sistemas de emergencias.

El programa de telemedicina ha logrado en el tiempo de implementación cumplir con los objetivos determinados al inicio del mismo, minimizando los tiempos de respuestas y optimizando los recursos del sistema.

El número de videollamadas se ven limitadas por la calidad red de datos en los solicitantes, su comprensión en la activación del enlace que, si bien es simple, puede traer algún tipo de dificultad de índole generacional.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Recibido: 15/04/2026 - Aceptado: 25/04/2026

BIBLIOGRAFIA

1. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Sistema Integrado de Seguridad Pública (SISEP). Base de datos administrativa de emergencias prehospitalarias. Buenos Aires: GCBA; 2025. Datos no publicados.
2. Manual de procedimientos Telemedicina, SAME.
3. Microsoft News Center Latinoamérica. El SAME incorpora tecnología para mejorar la atención <https://news.microsoft.com/es-xl/el-same-incorpora-tecnologia-para-mejorar-la-atencion-de-los-ciudadanos/>
4. Salud Digital. Sistemas de Emergencias en Buenos Aires equipan sus unidades con telemedicina <https://saluddigital.com/comunidades-conectadas/ciudad-de-buenos-aires-aplica-telemedicina-en-sus-servicios-de-emergencia/>

DRENAJE PERCUTÁNEO VS. QUIRÚRGICO EN EL TRATAMIENTO DEL ABSCESO DE PSOAS

PERCUTANEOUS VS. SURGICAL DRAINAGE IN THE TREATMENT OF PSOAS ABSCESS

AUTORES: PASCALE, MILAGROS DE LAS MERCEDES*; NAVARRO, ENRIQUE**; FERRARO, MARÍA DEL ROSARIO***; KOSOY, PALOMA***; DESIDERIO, ADRIÁN****

LUGAR DE TRABAJO: SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND - AV. DIAZ VELEZ 5044-C.P. 1405-CABA, ARGENTINA.

*INSTRUCTORA DE RESIDENTES CIRUGÍA GENERAL

**MÉDICO CIRUJANO GENERAL

***MÉDICA RESIDENTE CIRUGÍA GENERAL

****JEFE DE DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA



ABSTRACT:

INTRODUCTION: Psoas abscess is an uncommon condition with diverse etiology and a nonspecific clinical presentation. Its incidence has increased due to the greater use of imaging studies, with computed tomography being the diagnostic method of choice. Treatment is medical-surgical, combining broad-spectrum antibiotics with drainage, either percutaneous or surgical.

OBJECTIVE: To describe the incidence, characteristics, and outcomes of patients diagnosed with psoas muscle abscess in a public hospital in the Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

MATERIALS AND METHODS: The study is based on a retrospective analysis of patients with a confirmed diagnosis of psoas abscess. The patients included in the study were treated over a 3-year period, from January 2022 to January 2025, in the General Surgery Department of a public hospital in the Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

RESULTS: Eight patients were included (62.5% female), with a mean age of 38.12 years. All were admitted through the Emergency Department. The predominant symptoms were dorsolumbar pain radiating to the thigh, fever, and functional impairment. Fifty percent presented with sepsis at admission, including one case of shock requiring mechanical ventilatory support. The diagnosis was confirmed by computed tomography in 100% of cases. The location was left-sided in 62.5% and right-sided in 37.5%. Treatment included surgical drainage in 37.5% of cases (mainly in septic patients) and CT-guided percutaneous drainage in 50% of hemodynamically stable patients. Exclusive antibiotic therapy was not used. Cultures identified *Staphylococcus aureus* (methicillin-sensitive and methicillin-resistant), *Proteus mirabilis*, and *Klebsiella pneumoniae* as the main etiological agents. The mean hospital stay was 16 days in the surgical group and 5 days in the percutaneous group. Outcomes were favorable in 87.5% of cases, with a mortality rate of 12.5%.

CONCLUSIONS: A psoas abscess is a rare infection of the iliopsoas muscle that presents with nonspecific symptoms, making diagnosis difficult and potentially life-threatening if not managed in a timely manner. Computed tomography is a key tool for early detection and management. Treatment with percutaneous drainage combined with broad-spectrum

antibiotics has shown better outcomes, shorter hospital stays, and was definitive in the cases where it was used, representing a safe and less invasive option. Open surgery is reserved for complex cases or failure of percutaneous drainage.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El absceso de psoas es una patología poco frecuente, de etiología diversa y presentación clínica inespecífica. Su incidencia ha aumentado debido al mayor uso de estudios por imágenes, siendo la tomografía computarizada el método diagnóstico de elección. El tratamiento es médico-quirúrgico, combinando antibióticos de amplio espectro y drenaje, ya sea percutáneo o quirúrgico.

OBJETIVO: Exponer la incidencia, características y evolución de los pacientes que presentaron absceso de músculo psoas en un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

MATERIALES Y MÉTODOS: El estudio se basa en un análisis retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de absceso de psoas confirmado. Los pacientes incluidos en el estudio se presentaron en un periodo de 3 años entre enero 2022 y enero 2025 en el Servicio de Cirugía General de un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

RESULTADOS: Se incluyeron 8 pacientes (62,5% mujeres), con una edad media de 38,12 años. Todos ingresaron por Urgencias. Los síntomas predominantes fueron dolor dorsolumbar irradiado al muslo, fiebre e impotencia funcional. El 50% presentó sepsis al ingreso, incluyendo un caso de shock con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica. El diagnóstico se confirma por tomografía computada en el 100% de los casos. La localización fue izquierda en el 62,5% y derecha en el 37,5%. El tratamiento incluyó drenaje quirúrgico en el 37,5% (principalmente en pacientes sépticos) y drenaje percutáneo guiado por tomografía en el 50% de los casos hemodinámicamente estables. No se emplea terapia antibiótica exclusiva. Los cultivos identificaron *Staphylococcus aureus* (metilicilino sensible y resistente), *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae* como principales agentes etiológicos. La estancia hospitalaria media fue de 16 días en el grupo quirúrgico y de 5 días en el grupo percutáneo.

La evolución fue favorable en el 87,5% de los casos, con una mortalidad del 12,5%.

CONCLUSIONES: El absceso de psoas es una infección poco frecuente del músculo iliopsoas que cursa con síntomas inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico y puede ser potencialmente letal si no se aborda oportunamente. La tomografía computada es una herramienta fundamental para su detección y resolución temprana. El tratamiento con drenaje percutáneo más antibióticos de amplio espectro mostró mejores resultados, menor internación y fue definitivo en los casos utilizados, siendo una opción segura y menos invasiva. La cirugía abierta queda reservada para casos complejos o fracaso del drenaje percutáneo.

Key words: Psoas abscess, surgical drainage, percutaneous drainage, minimally invasive procedure

Palabras clave: Absceso de psoas, drenaje quirúrgico, drenaje percutáneo, procedimiento mínimamente invasivo

INTRODUCCIÓN

El absceso de psoas es una patología poco frecuente, de etiología variada y presentación clínica inespecífica, lo que la convierte en una entidad de difícil diagnóstico. Según su origen se pueden clasificar en dos categorías, primarios (30%) y secundarios (70%). Son más frecuentes en hombres con una relación 3:1, jóvenes y del lado derecho. Clínicamente se presenta con una triada de fiebre, dolor en flanco y movimiento reducido de la cadera, con dolor a la extensión de la misma, sin embargo sólo se manifiesta en un bajo porcentaje de pacientes (alrededor del 30%). Puede asociarse a otros síntomas como dolor abdominal, pérdida de peso, y aumento de la temperatura local. (1) Se presenta en mayor proporción en climas tropicales con una incidencia desconocida, sin embargo, se ha registrado un aumento en el número de casos en gran medida debido a disponibilidad de técnicas imagenológicas avanzadas como la ecografía y la tomografía computarizada, por lo que esta última se considera el Gold estándar para el diagnóstico. (1) El tratamiento tiene un enfoque médico-quirúrgico, con antibioticoterapia de amplio espectro y drenaje del absceso por vía abierta o con procedimientos mínimamente invasivos como el drenaje percutáneo, (4) cobrando esta vital importancia en el tratamiento de los casos clínicos expuestos a continuación.

OBJETIVO

Exponer la incidencia, características y evolución de los pacientes que presentaron absceso de músculo psoas en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de absceso de psoas confirmado. Los pacientes incluidos en el estudio se presentaron en un periodo de 3 años entre enero 2022 y enero 2025 en el Servicio de Cirugía General de un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

RESULTADOS

En un periodo de 3 años se presentaron 8 casos de pacientes con diagnóstico de absceso de psoas. Del total, se presentó en mayor proporción en el sexo femenino con 5 casos (62,5%), en comparación a 3 casos masculinos (37,5%), con una media de edad de 38,12 años (límites 16 y 59 años) (Fig. 1).

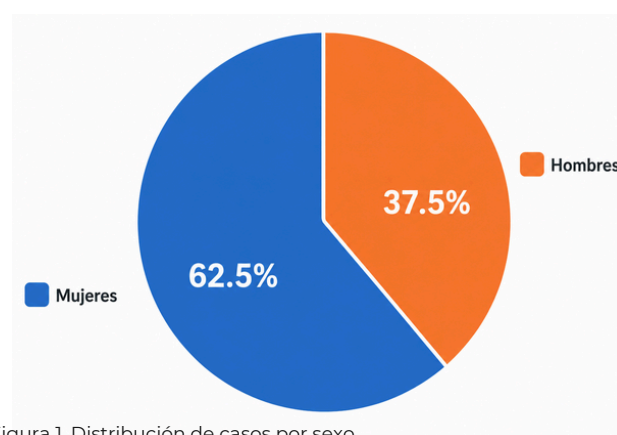


Figura 1. Distribución de casos por sexo.

La totalidad ingresó al Servicio de Cirugía General desde el Departamento de Urgencias. Los síntomas clínicos más comunes fueron dolor dorso-lumbar, irradiado a muslo asociado a impotencia funcional y fiebre. Del total de pacientes, 4 ingresaron sépticos, de los cuales 1 ingreso en shock, con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica de inicio (Fig. 2).

A todos los pacientes se les realizó tomografía computada de abdomen y pelvis doble contraste que confirmó el diagnóstico. Se evidenció que 5 de 8 pacientes (62,5 %) presentaron absceso de músculo de psoas izquierdo, mientras que 3 (37,5%) del lado derecho (Fig. 3).

Se realizó drenaje quirúrgico en 3 de 8 casos (37,5%) por lumbotomía con colocación de drenajes (en cara anteroinferior de músculo psoas, en cara anterosuperior y retromuscular), obteniendo resolución completa del cuadro

excepto en 1 paciente que requirió intervención posterior también quirúrgica. La totalidad de casos se abordó por vía convencional (G1). A 4 pacientes se les colocó drenaje percutáneo (50%) guiado por tomografía con evolución favorable (G2). En ningún caso se utilizó solo antibioticoterapia. En el 87.5% del total de los casos la evolución fue favorable y 1 paciente obitó (G3) en terapia intensiva post intubación orotraqueal sin completar tratamiento (12.5%). (Fig.4).

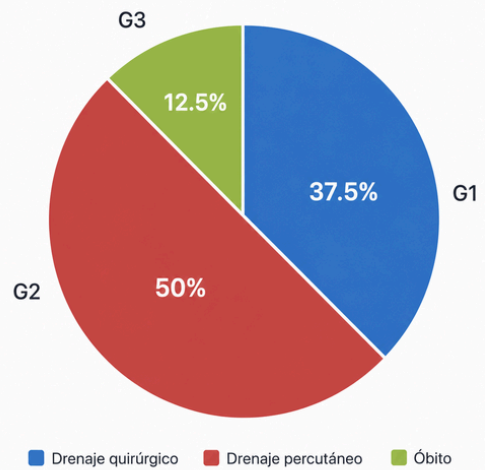


Figura 4. Evolución

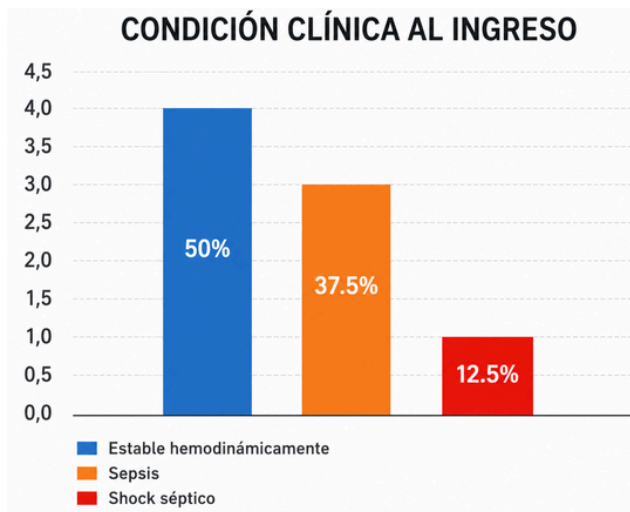


Figura 2. Condición clínica al ingreso

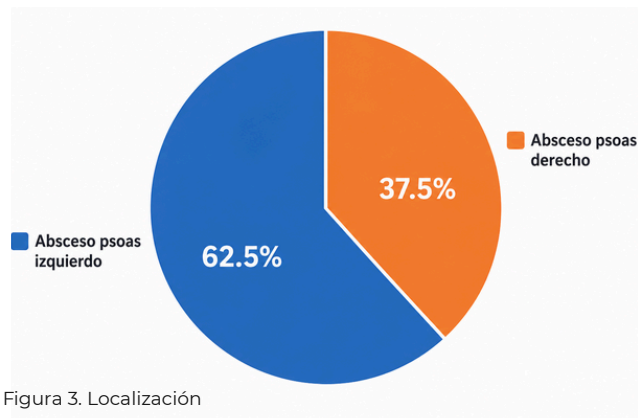


Figura 3. Localización

En el total de los casos intervenidos se obtuvo debito purulento y se envió muestra para cultivo obteniéndose como principales agentes causales *S. aureus* metilino sensible y resistente, *proteus mirabilis*, *Klebshiella Pneumoniae*. Se realizó drenaje quirúrgico en los pacientes que ingresaron sépticos, mientras que en aquellos pacientes estables hemodinámicamente, se optó por el drenaje percutáneo mediante procedimiento mínimamente invasivo. Todos los drenajes percutáneos se realizaron bajo guía tomográfica y con técnica de Seldinger (Fig. 5).

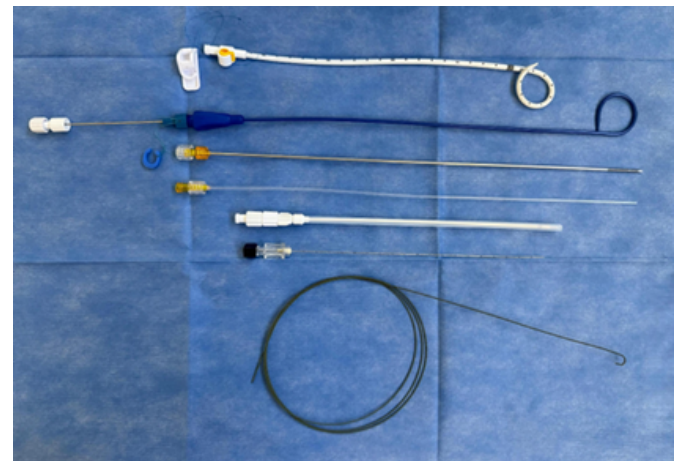


Figura 5. Drenajes percutáneos

El tiempo de evolución promedio fue de 16 días para el drenaje quirúrgico y 5 para el drenaje percutáneo (siendo el mínimo 5 días y el máximo 24 días de internación).

A continuación presentaremos con imágenes 3 casos de drenaje de absceso de psoas realizados en el servicio e incluidos en nuestro estudio. (Fig. 6,7 y 8).

DISCUSIÓN

En contraposición a la bibliografía analizada, la mayoría de nuestros pacientes presentaron un absceso de psoas primario, siendo la comorbilidad más frecuente la diabetes (6 pacientes = 75%), con mayoría de mujeres (5 pacientes = 62,5%) y del lado izquierdo (5 pacientes = 62,5%). Ambos grupos de pacientes tratados (G1 y G2) tuvieron una mortalidad del 0%. Es un estudio retrospectivo, con bajo numero de casos, en donde la elección de

la modalidad de tratamiento se basó en las características del paciente, la disponibilidad de recursos y la experiencia del cirujano. Observamos una tendencia a la elección del drenaje quirúrgico en pacientes con más comorbilidades, con algún compromiso hemodinámico, y en aquellos intervenidos en guardia, donde la disponibilidad de recursos es limitada. Además, con el advenimiento de métodos por imágenes eficaces y accesibles, los pacientes comenzaron a ser detectados en estadios más tempranos, por lo que pudieron ser sometidos a terapéuticas menos invasivas.



Figura 6. Caso 1. Paciente femenina con absceso de psoas derecho. A y B: Tomografía computada previa a drenaje quirúrgico. C y D: Tomografía control 10 días post drenaje.

CONCLUSIONES

El absceso del psoas es una miositis supurativa poco frecuente acompañada de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica por el compromiso del compartimiento del musculo iliopsoas a nivel del retroperitoneo; con manifestaciones clínicas inespecíficas que representan un gran reto diagnóstico y potencialmente letal cuando no se aborda oportunamente. (3) Siendo en este contexto la tomografía computada una herramienta de vital utilidad para el diagnóstico y resolución temprana. En nuestra experiencia, los pacientes tratados con drenaje percutáneo asociado al uso de antibióticos de amplio espectro obtuvieron mejores resultados, con menor tiempo de estancia hospitalaria. El drenaje percutáneo resulto ser, cuando se utilizó, el tratamiento definitivo, representando una opción segura, eficaz y menos invasiva para la resolución de esta patología. Por esta razón, la cirugía abierta se elegirá para casos complejos, con fracaso del drenaje percutáneo o presencia de patología asociada que requiera tratamiento quirúrgico.

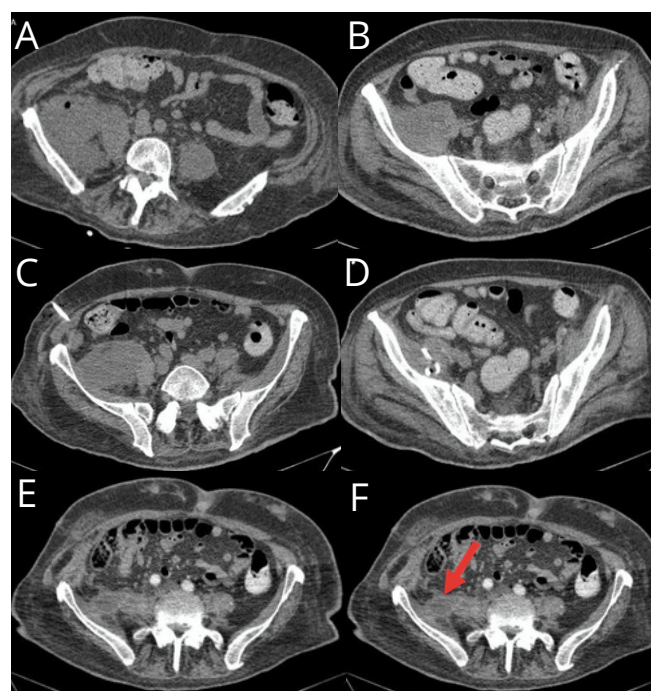


Figura 7. Caso 2. Paciente masculino con absceso de psoas derecho. A y B: Tomografía computada previa a drenaje percutáneo. C y D: Colocación de drenaje percutáneo guiado por tomografía. E y F: Control tomográfico 5 días post drenaje

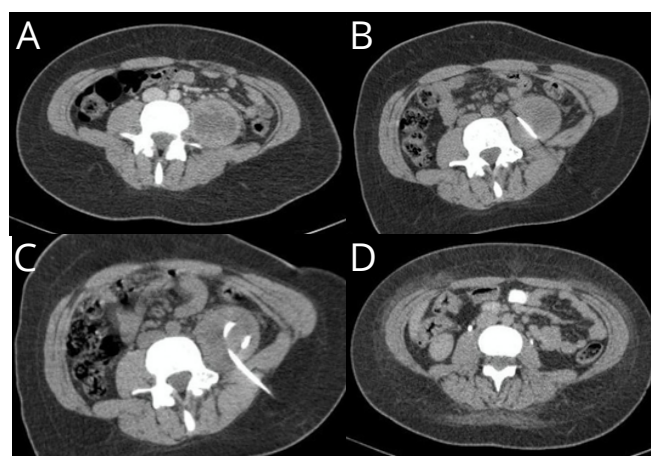


Figura 8. Caso 3. Paciente con absceso de psoas izquierdo. A: Tomografía computada previa a drenaje percutáneo. B y C: Colocación de drenaje percutáneo guiado por tomografía. D: Control tomográfico 5 días post drenaje

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Recibido: 31/02/2026 - Aceptado: 10/03/2026

BIBLIOGRAFIA

1. Alonso CD, Barclay S, Tao X, Auwaerter PG. Aumento de la incidencia de abscesos iliopsoas con SARM como patógeno predominante. *J Infect.* 2011; 63:1-7. doi: 10.1016/j.jinf.2011.05.008.
2. *Annals of Surgery.* Psoas abscess cured by posterior operation. *Ann Surg.* 1908; 48(5): 788-789.
3. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Abscesos del iliopsoas. *Postgrad Med J.* 2004; 80:459-462. doi: 10.1136/pgmj.2003.017665.
4. Neuhof H, Arnheim EE. Acute retroperitoneal abscess and phlegmon: A study of sixty-five cases. *Ann Surg.* 1944 May; 119(5):741-758. doi: 10.1097/0000658-194405000-00007.
5. Thakral A, Prasad D, Katyal S, et al. Characteristics and outcomes of psoas abscess: Experience from a tertiary care center in North India. *Cureus.* 2022 Jan 18; 14(1):e21358. doi: 10.7759/cureus.21358.

EMBOlizACIÓN ARTERIAL PROSTÁTICA COMO TRATAMIENTO DE HEMATURIA REFRACTARIA POST-ADENOMECTOMÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

PROSTATIC ARTERIAL EMBOLIZATION AS A TREATMENT FOR REFRACTORY HEMATURIA POST-ADENOMECTOMY: A CASE REPORT

AUTORES: CUFRE BATISTA, SEBASTIÁN*; PAZOS, CRISTIAN**; ISSALY, JULIA***; NAVARRETE, SEGUNDO****; CHIMINELLA, FERNANDO*****; DE BONIS, WALTER*****

LUGAR DE TRABAJO: SERVICIO DE UROLOGÍA - SERVICIO DE HEMODINAMIA - HOSPITAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND AV. DIAZ VELEZ 5044-C.P. 1405 - CABA, ARGENTINA.

*MÉDICO RESIDENTE DE UROLOGÍA

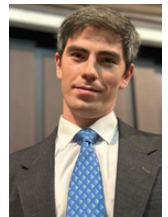
**MÉDICO SERVICIO HEMODINAMIA

***MÉDICA SERVICIO UROLOGÍA

****MÉDICO CARDIÓLOGO - CARRERA DE ESPECIALISTA SERVICIO DE HEMODINAMIA

*****JEFE DE UNIDAD CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

*****JEFE DE UNIDAD UROLOGÍA



ABSTRACT

INTRODUCTION: Postoperative hematuria is a known complication of open prostatectomy (adenomectomy) and, in most cases, it is self-limited within the first 72 hours or responds to conservative measures and surgical re-intervention. However, refractory cases represent a therapeutic challenge. We report the case of a patient with persistent and severe hematuria following transvesical adenomectomy, refractory to multiple surgical interventions, who required prostatic artery embolization as definitive treatment.

MATERIALS AND METHODS: We describe the case of a 67-year-old male patient who underwent surgery at the Department of Urology, Hospital Durand, for large-volume benign prostatic hyperplasia. In the postoperative period, he developed recurrent hematuria requiring multiple open and endoscopic surgical re-interventions, as well as transfusion of five units of packed red blood cells. Due to persistent bleeding and after exclusion of hematologic or neoplastic causes, bilateral prostatic artery embolization was performed via femoral access.

DISCUSSION: Prostatic artery embolization has demonstrated success rates of approximately 85% in controlling hematuria of prostatic origin, particularly in untreated benign prostatic hyperplasia and malignancies. However, its use in post-adenomectomy hemorrhage has been scarcely reported. In the present case, bilateral embolization achieved definitive control of bleeding without ischemic complications and with favorable clinical evolution during follow-up.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La hematuria postoperatoria es una complicación conocida de la adenomectomía prostática y en la mayoría de los casos, se autolimita dentro de las primeras 72 horas con tratamiento conservador; un bajo porcentaje requiere reintervención. Los casos refractarios son un desafío terapéutico. Presentamos el caso de un paciente con hematuria franca y persistente posterior a adenomectomía transvesical, refractaria a múltiples intervenciones quirúrgicas, que requirió embolización arterial prostática como tratamiento definitivo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Masculino de 67 años intervenido en el Servicio de Urología del Hospital Durand por hiperplasia prostática benigna. En el postoperatorio intercorre con hematuria y requirió reinternación, 5 unidades de globulos rojos, intervenciones abiertas y endoscópicas. Ante la persistencia del sangrado y sin causas hematológicas y neoplásicas, se decidió embolización arterial prostática (EAP) bilateral mediante acceso femoral.

DISCUSIÓN: La EAP ha demostrado tasas de éxito cercanas al 85% en hematuria de origen prostático, particularmente en hiperplasia prostática no intervenida previamente y neoplasias. Sin embargo, no existen guías que la indiquen en hematuria post-adenomectomía. En nuestro caso, la embolización bilateral permitió el control definitivo del cuadro y una evolución favorable.

Key words: Hematuria; open prostatectomy; prostatic artery embolization; postoperative hemorrhage.

Palabras clave: Hematuria; adenomectomía prostática; embolización arterial prostática; sangrado postoperatorio.

INTRODUCCIÓN

La adenomectomía prostática continúa siendo una alternativa terapéutica válida en pacientes con hiperplasia prostática benigna (HPB) con pesos mayores a 80 gramos¹. Entre sus complicaciones más frecuentes se encuentra la hematuria postoperatoria, que en la mayoría de los casos responde a medidas conservadoras o reintervención quirúrgica². Sin embargo, los casos de sangrado persistente o refractario representan un desafío terapéutico y no existe un algoritmo claro para su manejo.

La embolización arterial prostática (EAP) ha sido utilizada como estrategia hemostática en hematurias secundarias a neoplasias, radioterapia o HPB en pacientes de alto riesgo quirúrgico³ o que

se niegan a cirugías. Su uso en hematuria post-adenomectomía esta poco reportado en la literatura. Presentamos el caso de un paciente con hematuria severa y recurrente posterior a adenomectomía transvesical refractaria a múltiples intervenciones quirúrgicas, que fue tratado exitosamente mediante embolización arterial selectiva.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 67 años que consulta en octubre de 2025 por síntomas del tracto urinario inferior (STUI) de larga data, caracterizados por disminución del calibre y fuerza del chorro miccional, urgencia y nocturia. Como valoración prequirúrgica se solicitó: Antígeno Prostático Específico (PSA) de 21.3 ng/ml; Hematocrito 42%; Resonancia Magnética Nuclear Multiparamétrica de Próstata (RMNmp) que informa: PIRADS II y volumen prostático estimado en 110 gr. (Fig. 1.) Sin respuesta a tratamiento médico se indica cirugía: adenomectomía.

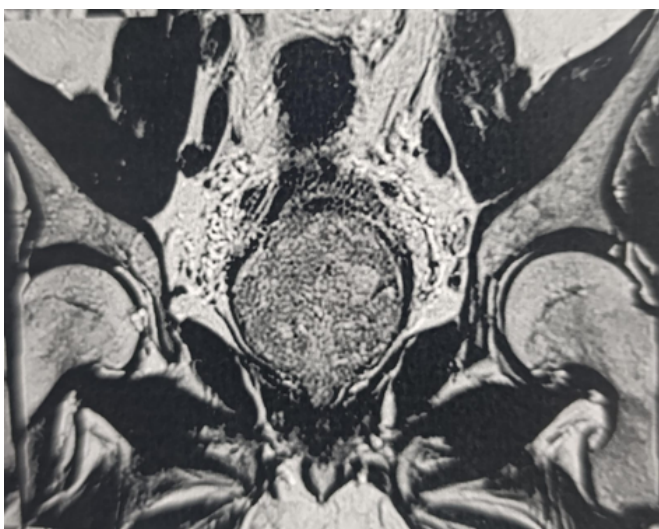


Figura 1. Resonancia magnética de pelvis con contraste

Se realizó adenomectomía transvesical, extrayendo adenoma completo, 104 gr. (Fig. 2.). Puntos hemostáticos y de refuerzo según técnica, colocación de sonda vesical hematúrica triple lumen con irrigación vesical continua y cierre por planos.

Intercurre en el postoperatorio inmediato con hematuria franca persistente pese al lavado vesical continuo y medidas convencionales. Se decide reintervención quirúrgica, puntos de refuerzo hemostático al lecho prostático; ante persistencia

del sangrado, packing prostático (Fig. 3.), que se retira a las 48hs.



Figura 2. Pieza anatómica de adenoma prostático y su peso en gramos



Figura 3. Retiro progresivo de packing prostático

Evolucionó favorablemente y se otorga alta hospitalaria al 6° día postoperatorio con sonda vesical. Reingresa a la semana con cuadro de hematuria, astenia y adinamia y descenso del hematocrito (17%), recibe 1 unidad de glóbulos rojos. Ecografía vesical con abundantes restos hemáticos intravesicales. (Fig. 4.).

Con medidas conservadoras y lavado vesical persiste con hematuria franca. Cistoscopia bajo sedación y evacuación de múltiples coágulos y electrocoagulación del lecho prostático control hemostático satisfactorio (Fig. 5.). A las 48 horas presentó episodio similar requiriendo nueva intervención endoscópica. El 5° día estabilidad clínica y hematológica (Hematocrito: 25%), micción espontánea clara, egreso hospitalario.

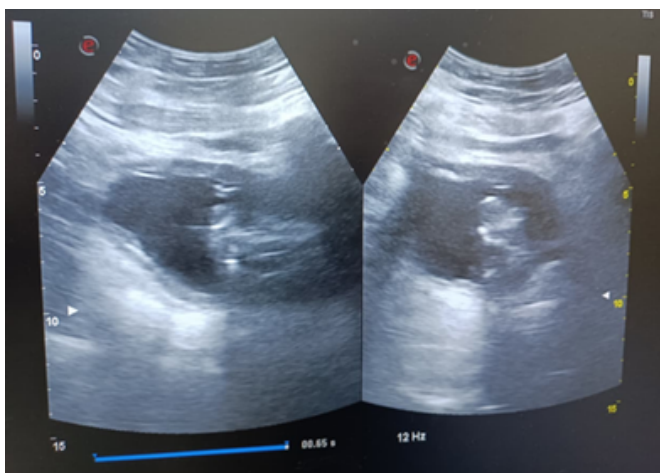


Figura 4. Ecografía vesical con presencia de restos hemáticos intravesicales



Figura 5. Cistoscopia donde se evidencian los puntos hemostáticos al lecho quirúrgico y coágulos intravesicales

A los 8 días posterior a la última intervención quirúrgica, presentó eliminación espontánea de coágulos, inestabilidad hemodinámica y reinternación. Dada la refractariedad a las medidas convencionales y quirúrgicas, se indica embolización arterial prostática.

Mediante acceso femoral derecho se realizó

cateterización selectiva, identificándose arterias vesicales inferiores izquierdas de neoformación y arteria prostática así como arterias vesicales inferiores derechas, las cuales fueron embolizadas mediante microesferas, logrando exclusión angiográfica satisfactoria (Fig. 6).

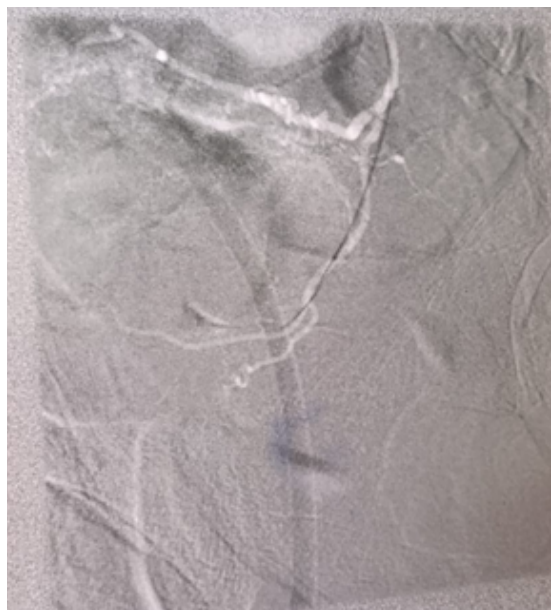


Figura 6. Angiografía. Evidencia de arteria vesical inferior izquierda y su rama prostática

El paciente evolucionó favorablemente, orina clara por sonda vesical. A las 72 horas se realiza retiro de sonda vesical y prueba miccional positiva, constatando resolución definitiva de la hematuria. Presenta un hematocrito control de 30%.

DISCUSIÓN

La hemorragia postoperatoria constituye una de las complicaciones más frecuentes de la adenomectomía prostática abierta. En la mayoría de los casos, el sangrado es autolimitado o responde a medidas conservadoras como irrigación vesical continua o quirúrgicas tanto abierta como endoscópica. Sin embargo, los casos de hematuria persistente o recurrente tras múltiples reintervenciones son infrecuentes y representan un desafío terapéutico.

En el presente caso, el paciente presentó múltiples episodios de sangrado postoperatorio a pesar de reexploración quirúrgica abierta, packing prostático y coagulación endoscópica repetida. La ausencia de trastornos hematológicos, tratamiento con anticoagulantes y el informe anatomopatológico compatible con hiperplasia

fibroleioadenomatosa descartan causas sistémicas y/o neoplásicas del sangrado, sugiriendo un origen vascular persistente del lecho prostático.

La embolización arterial prostática ha demostrado ser una estrategia eficaz en el control de hematuria de origen prostático. Tian et al.⁴, en un estudio retrospectivo de 20 pacientes con hematuria macroscópica secundaria a hiperplasia prostática benigna, reportaron una tasa de control del sangrado cercana al 85%, con baja incidencia de complicaciones mayores. De manera similar, Kably et al.⁵ describieron resultados comparables en pacientes con hematuria refractaria de origen prostático, confirmando la seguridad y efectividad del procedimiento.

Sin embargo, la mayoría de las series publicadas incluyen pacientes con hematuria asociada a hiperplasia prostática no intervenida quirúrgicamente, neoplasias o radioterapia, siendo escasos los reportes en el contexto de hemorragia post-adenomectomía. En este escenario específico, la evidencia es limitada, lo que otorga relevancia al presente caso.

El fundamento fisiopatológico de la embolización radica en la oclusión selectiva del aporte arterial prostático, lo que permite el control del sangrado preservando la perfusión de estructuras adyacentes mediante circulación colateral. En este caso se realizó embolización bilateral, identificándose arterias vesicales inferiores de neoformación y ramas prostáticas activas, logrando exclusión angiográfica satisfactoria.

La evolución clínica fue favorable, con resolución completa de la hematuria y sin complicaciones isquémicas asociadas, manteniéndose estable durante el seguimiento a un mes. Este resultado sugiere que la embolización prostática puede considerarse una alternativa eficaz y mínimamente invasiva en casos seleccionados de hemorragia postoperatoria refractaria.

Si bien el seguimiento es aún limitado y se requieren estudios con mayor número de pacientes, este caso contribuye a la escasa evidencia existente y respalda el rol de la embolización como herramienta terapéutica en el algoritmo escalonado del manejo del sangrado post-adenomectomía.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Recibido: 23/03/2026 - Aceptado: 31/04/2026


BIBLIOGRAFIA

1. Carnevale FC, Iscaife A, Yoshinaga EM, Moreira AM, Antunes AA, Srougi M. Prostatic artery embolization for benign prostatic hyperplasia. *Radiology*. 2016;279(2):629-639.
2. European Association of Urology. EAU Guidelines on the Management of Non-neurogenic Male LUTS (Disease management: open prostatectomy >80 mL recommendation). Available from: EAU Guidelines website
3. Kably I, et al. Prostatic artery embolization in refractory hematuria of prostatic origin. *J Vasc Interv Radiol*. 2016;27(3):SXX-SXX.
4. Rassweiler J, Teber D, Kuntz R, Hofmann R. Complications of transvesical and retropubic prostatectomy. *Eur Urol*. 2006;49(4):569-582.
5. Tian W, Zhou C, Leng B, Zhang W, Wang Y. Prostatic artery embolization for control of gross hematuria in patients with benign prostatic hyperplasia: a single-center retrospective study in 20 patients. *J Vasc Interv Radiol*. 2019;30(5):661-667.



Conciencia por la Vida

Nuestro propósito es mejorar la calidad de vida de las personas a través del desarrollo de medicamentos con altos estándares de calidad que garanticen la efectividad de los tratamientos de quienes los necesitan.



PRINCIPIOS ACTIVOS

Inversión • Innovación • Crecimiento • Compromiso
Excelencia • Liderazgo

SERIE DE CASOS DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

SERIES OF EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS CASES AT A THIRD-LEVEL HOSPITAL: DESCRIPTIVE ANALYSIS

AUTORES: CICCONE, MARIA BELÉN**; BENÍTEZ, ANTONELLA**; DE LUCA, CATALINA**; GARRO, GRISEL*; LEIS, ROCÍO*; CAMO, NANCY*.

LUGAR DE TRABAJO: SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA - HOSPITAL CARLOS G, DURAND.
AV DIAZ VELEZ 5044- CP: 1405 - CABA. ARGENTINA

* MÉDICO DE PLANTA
**MÉDICO RESIDENTE



ABSTRACT

INTRODUCTION: Extrapulmonary tuberculosis (TB) is a less frequent clinical presentation than pulmonary TB, yet it holds significant clinical relevance due to the diagnostic and therapeutic complexity it entails. Timely recognition is essential to reduce morbidity, especially in immunocompromised patients or those with associated comorbidities.

METHODS: A retrospective, observational, and descriptive study was conducted at a tertiary care hospital in the Autonomous City of Buenos Aires between 2022 and 2025. The objective was to describe the clinical, epidemiological, and microbiological characteristics of patients with a confirmed diagnosis of extrapulmonary TB. Seventeen cases confirmed by culture, PCR (GeneXpert), or pathology were included; exclusive pulmonary forms were excluded.

RESULTS: Fifty-nine percent of the patients were female, with a mean age of 38 years. HIV co-infection was present in 18% of cases, while 41% had no relevant medical history. The most frequent extrapulmonary sites were pleural (47%), abdominal/peritoneal (23%), and lymph node (18%). Microbiological confirmation was achieved in 88% of cases, all showing multi-sensitive strains. The median hospital stay was 60 days. Cure was documented in 53% of patients, 29% remained in treatment, 12% were lost to follow-up, and 6% died.

CONCLUSIONS: Extrapulmonary tuberculosis was associated with prolonged hospitalizations and high clinical variability. Immunosuppression and comorbidities predisposed patients to more severe forms. The results highlight the importance of early diagnosis through rapid techniques and the need for strategies to strengthen treatment adherence and multidisciplinary follow-up.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TB) extrapulmonar constituye una forma de presentación menos frecuente que la pulmonar, pero de gran relevancia clínica por la complejidad diagnóstica y terapéutica que implica. Su reconocimiento oportuno es esencial para reducir la morbilidad, especialmente en pacientes inmunocomprometidos o con comorbilidades asociadas.

MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en un hospital de tercer nivel de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre 2022 y 2025, con el objetivo de describir las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de pacientes con diagnóstico confirmado de TB extrapulmonar. Se incluyeron 17 casos con confirmación por cultivo, PCR (GeneXpert) o anatomía patológica; se excluyeron las formas pulmonares exclusivas.

RESULTADOS: El 59% de los pacientes fueron mujeres, con una edad media de 38 años. El 18% presentaba coinfección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el 41% no tenía antecedentes relevantes. Las localizaciones extrapulmonares más frecuentes fueron pleural (47%), abdominal/peritoneal (23%) y ganglionar (18%). La confirmación microbiológica se obtuvo en el 88% de los casos, con cepas multisensibles en la totalidad. La mediana de internación fue de 60 días. La curación se documentó en el 53% de los pacientes, 29% continuaban en tratamiento, 12% abandonaron seguimiento y 6% fallecieron.

CONCLUSIONES: La tuberculosis extrapulmonar se asoció con internaciones prolongadas y elevada variabilidad clínica. La inmunosupresión y las comorbilidades predispusieron a formas más graves. Los resultados destacan la importancia del diagnóstico temprano por técnicas precoces y la necesidad de estrategias que fortalezcan la adherencia terapéutica y el seguimiento multidisciplinario.

Keywords: Extrapulmonary Tuberculosis, Tertiary Care Hospital, Microbiological Diagnosis

Palabras clave: Tuberculosis Extrapulmonar, Hospital de Tercer Nivel, Diagnóstico Microbiológico.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad infecciosa a nivel mundial. En 2023, la Organización Mundial de la Salud estimó más de 10 millones de casos incidentes y 1,3 millones de muertes por esta enfermedad, lo que la ubica entre las diez principales causas de muerte de etiología infecciosa.

En la Argentina, la tasa de incidencia notificada asciende a 39,4 casos por 100.000 habitantes, con una distribución heterogénea según región y una mayor concentración en áreas urbanas densamente pobladas, como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el conurbano bonaerense.

La presentación extrapulmonar de tuberculosis representa entre el 15 y el 25 % de todos los casos, aunque su prevalencia puede alcanzar cifras superiores en poblaciones inmunocomprometidas. Estas presentaciones comprenden una amplia gama de localizaciones –pleural, ganglionar, peritoneal, meníngea, osteoarticular, genitourinaria o diseminada– y suelen implicar un desafío diagnóstico considerable, dado que frecuentemente cursan con manifestaciones clínicas inespecíficas y requieren confirmación microbiológica o histopatológica. La coexistencia de comorbilidades, siendo la más relevante la coinfección por VIH, contribuyen no solo a modificar la expresión clínica de la enfermedad, sino también a aumentar la gravedad, las complicaciones y la tasa de mortalidad, favoreciendo un reservorio activo del agente causal y dificultando la erradicación.

El abordaje de la tuberculosis extrapulmonar en hospitales de tercer nivel cobra particular relevancia, ya que estos centros concentran pacientes con mayor complejidad, en general con formas atípicas y casos refractarios o con diagnóstico diferido y tardío. En los últimos años, el desarrollo de técnicas moleculares, como el ensayo GeneXpert MTB/RIF, ha permitido acortar el tiempo diagnóstico y mejorar la detección de resistencia farmacológica, aunque la confirmación por cultivo continúa siendo el estándar de referencia. No obstante, la identificación oportuna y el manejo adecuado de estas formas extrapulmonares siguen representando un desafío clínico y de salud pública.

En este contexto, el presente estudio tiene como propósito describir las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar internados en un hospital de tercer nivel de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como analizar su evolución, complicaciones y desenlaces durante el tratamiento, contribuyendo con evidencia local a un problema de relevancia nacional y global.

OBJETIVOS

1. Describir las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de pacientes con TB extrapulmonar en sala de internación de Clínica Médica del Hospital de Agudos Carlos G. Durand.
2. Analizar evolución, complicaciones y desenlaces durante la internación y tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en el Servicio de Clínica Médica de un hospital de tercer nivel de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El período de análisis comprendió desde enero de 2022 hasta junio de 2025.

Criterios de inclusión

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de tuberculosis extrapulmonar mediante al menos uno de los siguientes métodos:

- Pruebas moleculares (GeneXpert MTB/RIF) positiva para *Mycobacterium tuberculosis*.
- Cultivo positivo en medio de Lowenstein-Jensen o líquido de muestra estéril.
- Anatomía patológica compatible (granulomas con necrosis caseosa y/o bacilos ácido-alcohol resistentes).

Criterios de exclusión

Se excluyeron del análisis los casos con compromiso pulmonar exclusivo sin afectación extrapulmonar, así como aquellos con alta sospecha clínica, pero sin confirmación microbiológica o histológica documentada.

Variables analizadas

Se recolectaron los datos mediante revisión de historia clínica electrónica institucional. Se registraron las siguientes variables:

- Demográficas: edad y sexo.
- Clínicas: antecedentes relevantes, comorbilidades, diagnóstico de VIH y recuento de CD4, localización extrapulmonar y tiempo de internación.
- Diagnósticas: método de confirmación (PCR, cultivo, anatomía patológica).
- Terapéuticas: esquema inicial clásico HRZE (isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) u otros, duración total del tratamiento, toxicidad y necesidad de modificación del esquema.

- Evolutivas: curación documentada, abandono, persistencia en tratamiento o fallecimiento.

RESULTADOS

Durante el período comprendido entre enero de 2022 y junio de 2025 se confirmaron 53 casos de tuberculosis mediante pruebas moleculares o cultivo. De ellos, 36 correspondieron a formas pulmonares exclusivas y fueron excluidos del análisis. Los 17 casos restantes presentaron compromiso extrapulmonar y constituyeron la cohorte de la serie.

Características generales

De los 17 pacientes analizados, 10 fueron mujeres (59%) y 7 varones (41%), con una edad media de 38 años (rango 18–68). Ninguno presentaba diagnóstico previo de tuberculosis ni evidencia de infección latente, y todos negaron antecedentes de contacto estrecho conocido con pacientes bacilíferos o en tratamiento antituberculoso.

Entre las comorbilidades identificadas se destacaron infección por VIH en 3 pacientes (18%), enfermedad renal crónica con requerimiento de hemodiálisis en 2 pacientes (12%), diabetes mellitus insulino requirente en 2 pacientes (12%), vasculitis ANCA en 1 paciente (6%) y tratamiento inmunosupresor biológico por hidradenitis supurativa en 1 paciente (6%).

El índice de masa corporal promedio fue de 20,2 kg/m², con tendencia hacia valores en el límite inferior de la normalidad. Este hallazgo se relacionó con la presencia de síntomas constitucionales, ya que 6 pacientes (35%) refirieron pérdida de peso de por lo menos 6 kilos en los meses previos al diagnóstico (Fig. 1)

Coinfección por VIH

Los tres pacientes con VIH presentaron inmunosupresión avanzada, con recuentos de linfocitos CD4 de 38, 51 y 80 células/μL, respectivamente, y cargas virales superiores a 10⁴ copias/mL. Las formas clínicas extrapulmonares observadas en este subgrupo fueron pleural, meníngea y a nivel de médula ósea, todas con confirmación microbiológica por cultivo o PCR. Ninguno de los pacientes con VIH presentó resistencia a fármacos de primera línea, aunque requirieron internaciones prolongadas (mediana 78 días) y manejo conjunto con Infectología por interacciones farmacológicas con antirretrovirales.

VARIABLE	VALOR
Edad (años)	38 ± 15 (rango 18–68)
Sexo femenino	10 (59%)
VIH positivo	3 (18%)
Otras comorbilidades	6 (35%)
Sin antecedentes	7 (41%)
IMC (kg/m ²)	20.2 ± 2.1
Localización extrapulmonar	Pleural 8 (47%) Abdominal / Peritoneal 4 (23%) Ganglionar 3 (18%) Meníngea 2 (12%) Hepática 1 (6%) Médula ósea 1 (6%)
Confirmación diagnóstica	Cultivo 88% PCR (GeneXpert) 65% Anatomía patológica 12%
Esquema inicial HRZE	14 (82%)
Toxicidades observadas	3 (18%)
Mediana de internación (días)	60 (rango 11–300)

Figura 1. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar

Localización y diagnóstico

Las localizaciones extrapulmonares más frecuentes fueron pleural en 8 casos (47%), abdominal/peritoneal en 4 (23%), ganglionar en 3 (18%), meníngea en 2 (12%), hepática y de médula ósea en 1 caso cada una (6%). Tres pacientes presentaron compromiso simultáneo de más de un sitio (Fig.2).

El diagnóstico se confirmó mediante cultivo en 15 casos (88%), PCR en 11 (65%) y anatomía patológica en 2 (12%), existiendo superposición entre métodos. En todos los casos con aislamiento, las cepas resultaron multisensibles a fármacos de primera línea.



Figura 2. Distribución porcentual de los sitios extrapulmonares afectados. La localización pleural fue la más frecuente (47%), seguida por las formas abdominal/peritoneal (23%) y ganglionar (18%).

Tratamiento y evolución

Catorce pacientes (82%) iniciaron tratamiento con el esquema estándar HRZE. En tres casos (18%) fue necesario modificar el régimen por toxicidad:

- Un caso de hepatotoxicidad severa, que requirió suspensión transitoria de las cuatro drogas con posterior reintroducción escalonada.
- Un caso de neurotoxicidad por isoniacida, con cambio a esquema alternativo que incluyó levofloxacin.
- Un caso de intolerancia digestiva grave, manejado con formulaciones endovenosas (levofloxacin y amikacina).

La mediana de internación fue de 60 días (rango 11-300), con internaciones más prolongadas en pacientes inmunocomprometidos (media 92 días).

Desenlaces

Al cierre del período de análisis, 9 pacientes (53%) alcanzaron la curación documentada tras completar el tratamiento, 5 (29%) continuaban en tratamiento en curso, 2 (12%) abandonaron el seguimiento y 1 (6%) falleció por sepsis en el contexto de absceso hepático tuberculoso y complicaciones secundarias a internación prolongada (Fig. 3).

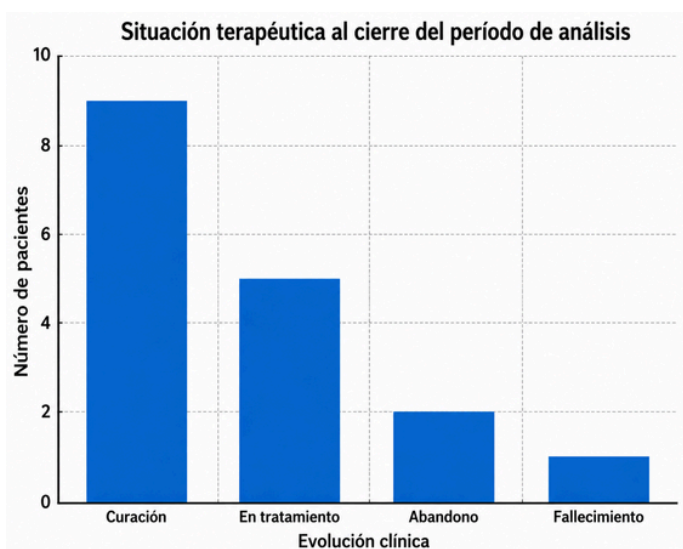


Figura 3. Evolución terapéutica de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar. La curación se alcanzó en el 53%, un 29% permanecía en tratamiento, el 12% abandonó el seguimiento y un 6% falleció.

DISCUSIÓN

La tuberculosis extrapulmonar continúa siendo un desafío en la práctica clínica habitual dada la heterogeneidad de su presentación, la escasa especificidad de signos y síntomas, el retraso

diagnóstico asociado a la necesidad de técnicas invasivas y la fuerte asociación con estados de inmunosupresión. En la cohorte analizada, las formas extrapulmonares representaron cerca de un tercio del total de casos confirmados, coincidiendo con los porcentajes comunicados en series hospitalarias y reportes regionales recientes. El predominio de la localización pleural, seguido por las formas abdominales y ganglionares, concuerda con la distribución observada en la mayoría de los reportes en Latinoamérica.

La coinfección por VIH en la cohorte analizada se asoció a estadios avanzados de inmunosupresión, con recuentos de CD4 consistentemente bajos, predisponiendo a formas graves con requerimiento de internación prolongada. Este patrón coincide con lo señalado por los reportes internacionales y deja en manifiesto la importancia de realizar un rastreo sistemático de tuberculosis diseminada en pacientes con VIH ante la sospecha clínica.

El alto porcentaje de confirmación microbiológica alcanzado en esta serie probablemente se relacione con el uso extendido del ensayo molecular GeneXpert MTB/RIF, que ha demostrado mejorar de forma significativa la detección en muestras extrapulmonares. Su aplicación sistemática, junto con la obtención de muestras adecuadas y el fortalecimiento de los circuitos diagnósticos, constituye una herramienta clave para el diagnóstico oportuno, en línea con las recomendaciones de la Sociedad Argentina de Infectología, quienes sugieren su utilización en caso de disponer del método, con énfasis en niños y adultos con sospecha de TB resistente, asociada a VIH y de localización meníngea.

La duración prolongada de las internaciones pone de manifiesto la elevada complejidad de los casos, en los que la tuberculosis se presenta frecuentemente en fases avanzadas o en pacientes con comorbilidades relevantes e inmunosupresión concomitante. Estas condiciones impactan de forma directa en la evolución clínica, incrementan el riesgo de eventos adversos intrahospitalarios y dificultan la resolución terapéutica en los tiempos esperados.

Las toxicidades farmacológicas observadas —principalmente hepatotoxicidad y neurotoxicidad— fueron manejables mediante ajustes del esquema terapéutico, lo que destaca la importancia del monitoreo clínico y bioquímico regular durante el

tratamiento.

Si bien más de la mitad de los pacientes alcanzaron la curación, los episodios de abandono y la pérdida de seguimiento persisten como desafíos relevantes. Diversos factores influyen en la adherencia, entre ellos la duración del tratamiento, el contexto social y la falta de acompañamiento tras el egreso hospitalario. La implementación de estrategias de seguimiento activo, comunicación interdisciplinaria y apoyo psicosocial resulta esencial para mejorar la continuidad terapéutica y reducir las recaídas o los desenlaces desfavorables.

En concordancia con lo anterior, resulta fundamental identificar de manera temprana los factores psicosociales, culturales y económicos que puedan significar una mayor vulnerabilidad de los pacientes al momento del diagnóstico. La detección oportuna de estos determinantes permite implementar intervenciones dirigidas y estrategias de acompañamiento intensivas en aquellos individuos con riesgo anticipado de baja adherencia al tratamiento o dificultades para el seguimiento ambulatorio, favoreciendo así la continuidad terapéutica y los desenlaces favorables.

En conjunto, los hallazgos de esta serie reflejan la diversidad de manifestaciones clínicas y la utilidad de las herramientas microbiológicas y moleculares en el diagnóstico.

CONCLUSIONES

La tuberculosis extrapulmonar representa un desafío diagnóstico y terapéutico persistente en el ámbito hospitalario, cuya complejidad se ve acentuada por la coexistencia de inmunosupresión y comorbilidades que condicionan su evolución clínica.

La mayoría de los pacientes en la cohorte analizada requirieron internaciones prolongadas y un abordaje multidisciplinario tanto clínico como quirúrgico para diagnóstico y tratamiento oportunos, reflejando la complejidad de esta forma de presentación. El uso sistemático de herramientas diagnósticas moleculares permitió alcanzar altas tasas de confirmación microbiológica, optimizando el inicio precoz del tratamiento.

Las toxicidades farmacológicas fueron infrecuentes y controlables, pero los abandonos de seguimiento y la falta de adherencia persisten como obstáculos

relevantes en el control de la enfermedad.

La tuberculosis extrapulmonar sigue siendo una entidad de elevada complejidad clínica, que requiere un abordaje integral centrado en la detección precoz, la individualización terapéutica y el fortalecimiento de los programas institucionales y comunitarios de control y adherencia terapéutica.

RECOMENDACIONES

- Implementar protocolos institucionales de diagnóstico temprano que integren técnicas moleculares en todas las sospechas de tuberculosis extrapulmonar.
- Fortalecer la coordinación interdisciplinaria entre los servicios de Clínica Médica, Infectología, Microbiología y Trabajo Social, garantizando la continuidad asistencial durante y después de la internación.
- Centralizar y facilitar la entrega de la medicación antituberculosa, optimizando la adherencia mediante esquemas completamente orales y garantizando su disponibilidad sostenida en todos los niveles del sistema de salud.
- Favorecer la participación de la Atención Primaria de la Salud en el seguimiento de los pacientes una vez finalizada la internación, con el objetivo de descentralizar la atención y mejorar la accesibilidad al control ambulatorio.
- Promover la capacitación continua del personal sanitario en la detección precoz, manejo y seguimiento de las formas extrapulmonares de la enfermedad.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito. **Agradecimientos:** Dras. Sandra Alberti, Marcela Lauko, Lucia Lan, Monserrat Fonseca, Candela Vazquez. Servicios de Neumonología y Laboratorio-Bacteriología Htal. Durand. Recibido: 18/01/2026 Aceptado: 05/03/2026

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2024. Geneva: WHO; 2024.
2. Organización Panamericana de la Salud. Informe regional de tuberculosis 2023: avances y desafíos en América Latina. Washington, DC: OPS; 2023.
3. Sociedad Argentina de Infectología (SADI). Guía práctica para el manejo de la tuberculosis. Buenos Aires: SADI; 2019.
4. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Boletín Epidemiológico Nacional 2023: situación de la tuberculosis en Argentina. Buenos Aires: Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud; 2023.
5. Meintjes G, et al. HIV-associated tuberculosis: clinical features, diagnosis, and management challenges. *Lancet HIV* 2023;10: e425-e436.
6. Ponce C, Martínez E, Rivera F, et al. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en América Latina: revisión sistemática. *Rev Chil Infectol* 2022;39(3):210-218.
7. Sosa P, Valdívila J, Maldonado R, et al. Tuberculosis extrapulmonar en Latinoamérica: tendencias epidemiológicas y desafíos diagnósticos. *Rev Panam Salud Pública* 2021;45: e12.

DUODENOPANCREATECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN VENOSA PORTO-MESENTÉRICA POR TUMOR DE CABEZA Y CUERPO DE PÁNCREAS

TOTAL DUODENOPANCREATECTOMY WITH PORTO-MESENERIC VENOUS RECONSTRUCTION FOR PANCREATIC HEAD AND BODY TUMOR

AUTORES: CAMARANO BAEZ, NAYLA*; PASCALE, MILAGROS DE LAS MERCEDES**; ANGULO, AGOSTINA***; OCAMPO, TOMÁS****; ZANDOMENI, MARCOS****

LUGAR DE TRABAJO: SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL - HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND AV. DIAZ VELEZ 5044-C.P. 1405 - CABA, ARGENTINA.

*MÉDICA RESIDENTE CIRUGÍA GENERAL

**INSTRUCTORA DE RESIDENTES CIRUGÍA GENERAL

***JEFA DE SECCIÓN NECROPSIAS. SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

****MÉDICO DE PLANTA SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL



ABSTRACT

INTRODUCTION: Pancreatic ductal adenocarcinoma is one of the most lethal malignancies worldwide. Surgical resection with negative margins remains the only potentially curative treatment. In selected patients, porto-mesenteric venous involvement is not an absolute contraindication to surgery.

OBJETIVE: To report a case of total pancreatectomy with porto-mesenteric venous resection and reconstruction in pancreatic cancer.

CASE REPORT: A 73-year-old female with a history of type 2 diabetes mellitus, arterial hypertension, and former smoking presented with chronic epigastric pain, dyspepsia, early satiety, and weight loss. Imaging revealed a pancreatic head lesion with dilation of the main pancreatic duct and 180° contact with the superior mesenteric vein. The patient underwent total pancreatectomy with en bloc venous resection and end-to-end porto-mesenteric reconstruction. Digestive reconstruction included hepaticojejunostomy and gastrojejunostomy. The postoperative course was uneventful, and the patient was discharged on postoperative day 13. Histopathology showed a moderately differentiated ductal adenocarcinoma staged as pT3 N1 M0, with vascular invasion and negative margins (R0).

DISCUSSION: Venous resection during pancreatic surgery is safe in specialized centers and allows complete tumor resection in selected patients. Total pancreatectomy should be reserved for extensive disease. This case supports vascular reconstruction as a feasible and potentially curative strategy in carefully selected patients.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma ductal de páncreas es una de las neoplasias con mayor mortalidad a nivel mundial. La resección quirúrgica con márgenes negativos constituye el único tratamiento potencialmente curativo. En pacientes seleccionados, el compromiso del eje venoso porto-mesentérico no contraindica la cirugía.

OBJETIVO: Presentar un caso de duodenopancreatectomía total con resección y reconstrucción porto-mesentérica en un paciente con adenocarcinoma de páncreas.

REPORTE DE CASO: Paciente femenina de 73 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y ex tabaquismo, que consultó por dolor epigástrico crónico, dispepsia, saciedad precoz y pérdida de peso. Los estudios por

imágenes evidenciaron una lesión en cabeza pancreática con dilatación del conducto pancreático principal y contacto 180° con la vena mesentérica superior. Se realizó duodenopancreatectomía total con resección venosa en bloque y reconstrucción porto-mesentérica termino-terminal. La reconstrucción digestiva incluyó hepaticoyeyunoanastomosis y gastroyeyunoanastomosis. Evolucionó favorablemente, con alta el día 13. El estudio anatomopatológico informó adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado pT3 N1 M0, con invasión vascular y márgenes negativos (R0).

DISCUSIÓN: La resección venosa asociada a cirugía pancreática es segura en centros especializados y permite lograr resecciones completas en tumores seleccionados. La pancreatectomía total debe reservarse para casos con compromiso extenso. Este caso demuestra que la reconstrucción vascular es una estrategia factible y potencialmente curativa en pacientes cuidadosamente seleccionados.

Key words: pancreatic cancer, total pancreatectomy, venous resection, portal vein reconstruction, pancreatic surgery.

Palabras clave: cáncer de páncreas, pancreatectomía total, resección venosa, reconstrucción venosa portal, cirugía pancreática.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma ductal de páncreas constituye una de las neoplasias malignas con mayor mortalidad a nivel mundial ⁸. En los Estados Unidos y Europa es la cuarta y sexta causa principal de mortalidad relacionada con el cáncer, respectivamente ¹⁰. A pesar de los avances en diagnóstico y tratamiento, la supervivencia global continúa siendo baja, con tasas de supervivencia a cinco años inferiores al 10% ⁹.

La resección quirúrgica con márgenes negativos continúa siendo el único tratamiento potencialmente curativo. Sin embargo, sólo entre

el 15% y el 20% de los pacientes presentan enfermedad resecable al momento del diagnóstico³. La estrecha relación anatómica del páncreas con estructuras vasculares mayores explica la frecuente invasión vascular observada en estos tumores⁵.

Históricamente, el compromiso vascular fue considerado una contraindicación para la resección quirúrgica. No obstante, el desarrollo de la cirugía hepatopancreatobiliar y los avances en las técnicas de reconstrucción vascular han permitido ampliar las indicaciones quirúrgicas en pacientes con compromiso venoso⁶. La resección vascular se puede realizar de forma segura, con morbilidad y mortalidad aceptables. La supervivencia a largo plazo es la misma, con o sin resección venosa. Sin embargo, la supervivencia es peor para los pacientes con infiltración vascular confirmada histológicamente¹.

Las guías internacionales, como las desarrolladas por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), clasifican los tumores pancreáticos en resecables, borderline y localmente avanzados según su relación con las estructuras vasculares adyacentes¹¹. En este contexto, los tumores que presentan compromiso limitado del eje porto-mesentérico pueden ser candidatos a resección quirúrgica asociada a reconstrucción vascular².

OBJETIVO

Presentar el caso de una paciente sometida a duodenopancreatectomía total con resección y reconstrucción del eje porto-mesentérico por adenocarcinoma de páncreas, destacando la factibilidad y los resultados de una estrategia quirúrgica extendida en un contexto de compromiso vascular.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta una paciente femenina de 73 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, ex tabaquista y ex enolista que como antecedente quirúrgico de relevancia tuvo una colecistectomía laparoscópica. La paciente fue evaluada inicialmente por el servicio de Gastroenterología del Hospital Durand por un cuadro clínico de aproximadamente tres años de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en epigastrio asociado a saciedad precoz y dispepsia posprandial. En los dos meses

previos a la consulta presentó pérdida ponderal aproximada de 12 kilogramos. Se solicitó una ecografía hepatobiliopancreática que evidenciaba una imagen hipoecogénica heterogénea en páncreas. A raíz de esto, se solicitó una colangiografía magnética que informó una lesión sólida en cuerpo pancreático de 19 milímetros asociada a dilatación del conducto pancreático principal, con atrofia distal del parénquima pancreático. Posteriormente se realizó una tomografía que evidenció una lesión focal en la cabeza pancreática de 35 × 19 milímetros que producía interrupción del conducto de Wirsung con dilatación y atrofia del cuerpo y cola pancreáticos. Se observó leve contacto con la vena mesentérica superior cercana a la confluencia porto-mesentérica, menor a 180° (Fig. 1). No se evidenciaron adenomegalias ni metástasis a distancia. Los estudios de laboratorio mostraron una elevación del marcador tumoral CA 19-9 de 75,8 U/mL.

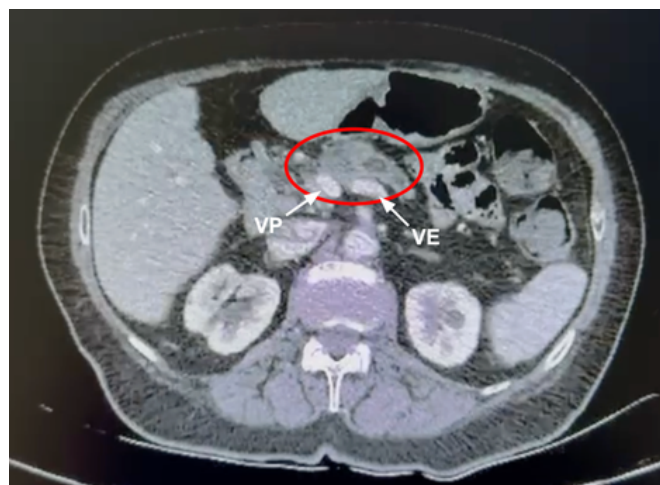


Figura 1. Tomografía computada con contraste endovenoso, tiempo venoso, corte axial. En el círculo rojo se evidencia la lesión tumoral que involucra cabeza y cuerpo pancreático y la estrecha relación del mismo con las estructuras venosas: vena porta (VP) y vena esplénica (VE).

Tras evaluación por el equipo de Cirugía General división Hígado y Vías Biliares se decidió su conducta quirúrgica programada sin tratamiento neoadyuvante. Se realizó una laparotomía mediante incisión subcostal de Kocher derecha con extensión a izquierda. Al ingreso a la cavidad abdominal no se evidenció ascitis, metástasis hepáticas ni carcinomatosis peritoneal. Durante la exploración se constató una tumoración que comprometía la cabeza y el cuerpo pancreático

con invasión de la vena esplénica y la vena mesentérica superior a nivel de su confluencia y conformación en vena porta (Fig. 2).

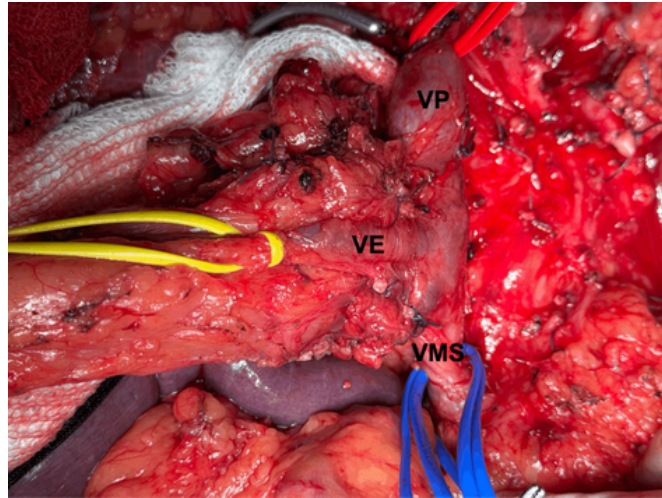


Figura 2. Vista posterior de pieza en bloque. Se observa compromiso tumoral de la confluencia portoesplenomesentérica que requiere resección venosa en bloque durante la duodenopancreatectomía total. VE: vena esplénica. VP: vena porta. VMS: vena mesentérica superior

Se observó además marcada atrofia de la cola pancreática. Ante estos hallazgos se decidió realizar la duodenopancreatectomía total. Se identificó la arteria hepática derecha como rama de la arteria mesentérica superior, una variante anatómica presente en el 11-18% de los casos. Posteriormente se realizó ligadura y sección de la arteria gastroduodenal con un punto transfixiante a la misma, esto se realiza para prevenir una de las complicaciones postoperatorias que corresponde al pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal. Se llevó a cabo la antrectomía gástrica debido a compromiso vascular del antro. Se efectuó clampeo de la vena porta y la vena mesentérica superior, seguido de resección venosa en bloque junto con la pieza quirúrgica (Fig. 3).

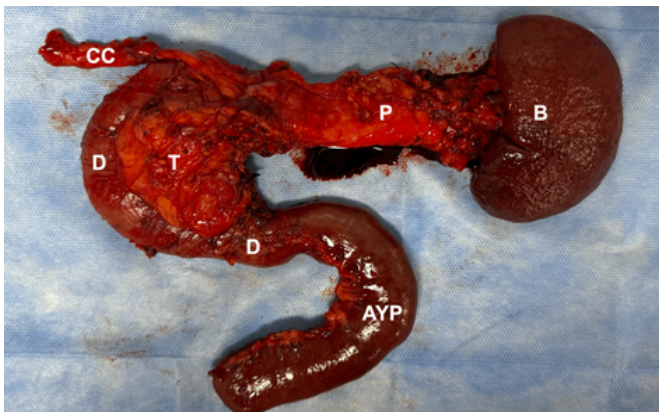


Figura 3. Vista anterior de pieza en bloque. D: duodeno. T: tumor. P: páncreas. B: bazo. AYP: asa yeyunal proximal. CC: conducto colédoco. Se evidencia la gran tumoración que ocupa cabeza y cuerpo pancreático.

Se realizó la reconstrucción del eje portomesentérico mediante anastomosis termino-terminal (Fig. 4).

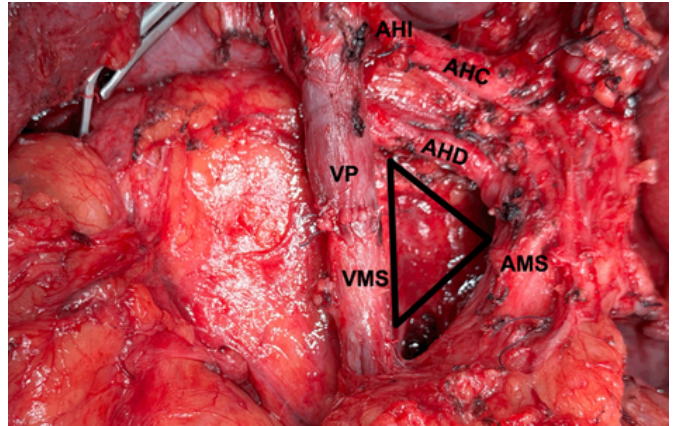


Figura 4. Reconstrucción venosa mediante anastomosis termino-terminal entre la vena mesentérica superior y la vena porta. VP: vena porta. VMS: vena mesentérica superior. AHC: arteria hepática común. AHI: arteria hepática izquierda. AHD: arteria hepática derecha. AMS: arteria mesentérica superior. A su vez, se ve esquematizado la "Cirugía del Triángulo", un concepto en el contexto de la pancreatomectomía total que consiste en la resección radical del tejido linfático, neural y fibrovascular comprendido entre la arteria mesentérica superior, la vena porta y el tronco celíaco, con el objetivo de lograr una disección oncológica completa del margen retroperitoneal.

La reconstrucción digestiva se realizó mediante hepaticoyeyunoanastomosis termino-lateral (Fig. 5) y gastroyeyunoanastomosis a boca parcial tipo Hoffmeister-Finsterer (Fig. 6).

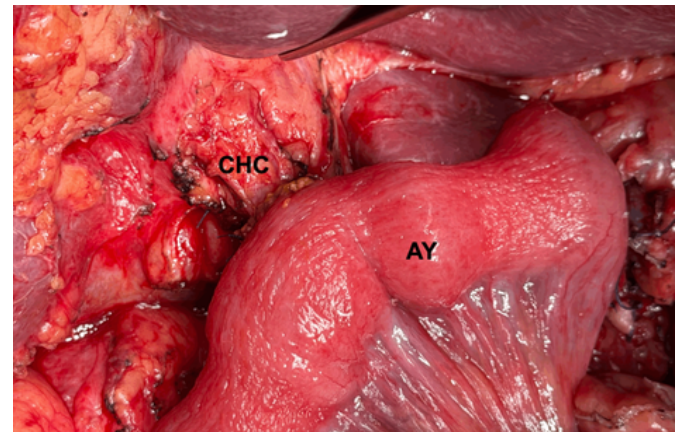


Figura 5. Hepaticoyeyunoanastomosis termino-lateral. CHC: conducto hepático común. AY: asa yeyunal.

La paciente toleró adecuadamente el procedimiento y fue trasladada a unidad de cuidados intensivos extubada sin requerimiento de drogas vasoactivas.

La paciente permaneció en unidad cerrada donde evolucionó en el postoperatorio con registros glucémicos elevados los cuales se normalizaron con insulina NPH y correcciones con insulina corriente. Se realizó un ecodoppler portal en donde se evidenció la vena porta permeable, sin signos de trombosis. Se indicó dieta con buena

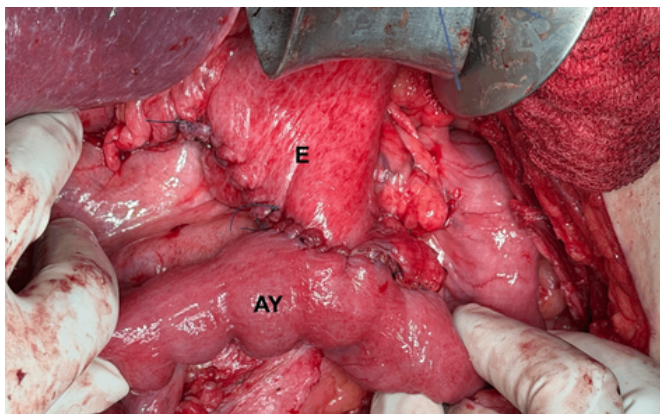


Figura 6. Gastroyeyunoanastomosis a boca parcial tipo Hoffmeister-Finsterer. E: estómago. AY: asa yeyunal

tolerancia. La paciente fue dada de alta al décimo tercer día postoperatorio con evolución favorable, registros normoglucémicos y tolerando la dieta.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informó un adenocarcinoma ductal de páncreas moderadamente diferenciado (G2), localizado en cabeza pancreática con extensión al cuerpo. Se evidenció invasión vascular macroscópica con compromiso de la vena porta, asociada a invasión linfovascular microscópica (Fig. 7 y 8). Se analizaron 31 ganglios linfáticos regionales, de los cuales 2 fueron positivos (2/31). Los márgenes quirúrgicos se encontraron libres de infiltración tumoral, correspondiente a una resección R0. De acuerdo con los hallazgos, el tumor se clasifica como pT3 N1 M0 (AJCC 8ª edición).

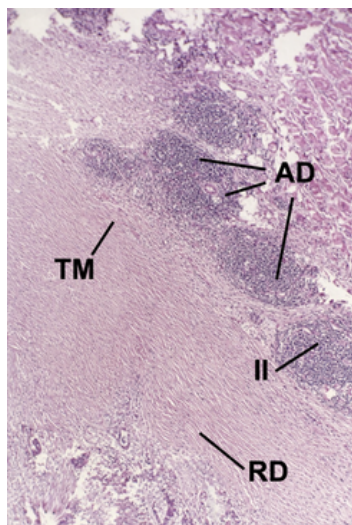


Figura 7. Adenocarcinoma pancreático e invasión de vena porta. AD: adenocarcinoma ductal infiltrante. TM: túnica media de músculo liso de vena porta. II: infiltrado inflamatorio peritumoral. RD: reacción desmoplásica.

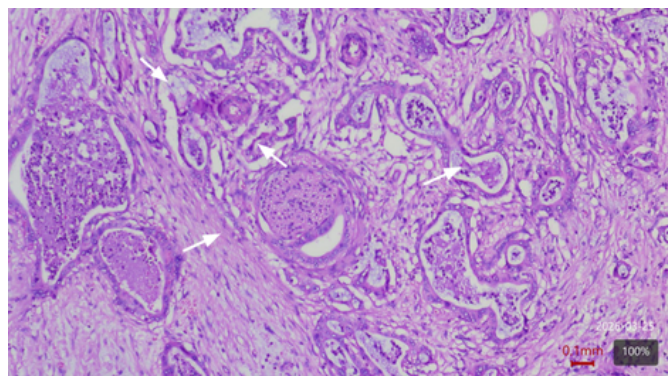


Figura 8. El preparado histológico muestra glándulas malignas infiltrativas (flechas blancas) con estroma desmoplásico prominente, pleomorfismo nuclear y arquitectura glandular aberrante, hallazgos característicos de adenocarcinoma ductal pancreático.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma ductal pancreático se caracteriza por su elevada agresividad biológica y su tendencia a invadir estructuras vasculares adyacentes debido a la localización retroperitoneal del páncreas⁸. Durante muchos años, la invasión vascular fue considerada una contraindicación absoluta para la resección quirúrgica. Sin embargo, los avances en cirugía pancreática han demostrado que la resección venosa asociada a pancreatectomía puede realizarse de forma segura en pacientes seleccionados². Diversos estudios multicéntricos han demostrado que la resección de la vena porta o de la vena mesentérica superior no incrementa significativamente la mortalidad perioperatoria cuando se realiza en centros especializados. Además, los resultados oncológicos en términos de supervivencia pueden ser comparables a los obtenidos en resecciones pancreáticas sin compromiso vascular cuando se logra una resección R0^{2,12}. En particular, Hackert y colaboradores analizaron una amplia serie de pacientes sometidos a resección venosa durante cirugía pancreática y demostraron que la radicalidad oncológica y la permeabilidad venosa postoperatoria son factores determinantes en la supervivencia a largo plazo³. Las guías internacionales establecen que los tumores con contacto venoso limitado pueden considerarse resecables o borderline siempre que exista posibilidad técnica de reconstrucción vascular¹¹. En el caso presentado, los hallazgos intraoperatorios demostraron compromiso de la confluencia portomesentérica con infiltración de la vena esplénica y de la vena mesentérica superior, lo que requirió resección venosa y reconstrucción termino-terminal. Asimismo, la extensión tumoral hacia el cuerpo

pancreático asociada a la atrofia distal del parénquima justificó la realización de una pancreatectomía total con el objetivo de lograr una resección oncológica completa.

La pancreatectomía total constituye un procedimiento complejo reservado para situaciones específicas, como compromiso extenso del parénquima pancreático o enfermedad multifocal ⁴. En el presente caso, la extensión tumoral hacia el cuerpo pancreático y la atrofia distal del páncreas justificaron la realización de una pancreatectomía total.

El caso presentado ilustra la posibilidad de realizar una resección quirúrgica radical en presencia de compromiso del eje venoso porto-mesentérico mediante técnicas de reconstrucción vascular. La duodenopancreatectomía total con resección venosa en bloque permitió alcanzar una resección completa del tumor, lo cual constituye el principal determinante pronóstico en estos pacientes. Si bien este procedimiento se asocia a desafíos metabólicos a largo plazo, en escenarios seleccionados representa la única alternativa para lograr márgenes libres de enfermedad.

Este caso refuerza el concepto de que el compromiso venoso no debe considerarse una contraindicación absoluta para la resección quirúrgica, sino más bien un criterio de complejidad que requiere planificación quirúrgica avanzada y experiencia en cirugía hepatopancreatobiliar.

En conclusión, la duodenopancreatectomía total con reconstrucción porto-mesentérica constituye una estrategia quirúrgica válida y potencialmente curativa en pacientes cuidadosamente seleccionados, siempre que se realice en centros de alta complejidad y con equipos quirúrgicos experimentados.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Recibido: 15/03/2026 - Aceptado: 10/04/2026

BIBLIOGRAFIA

1. Beltrame V, Gruppo M, Pedrazzoli S, Merigliano S, Pastorelli D, Sperti C. Mesenteric-Portal Vein Resection during Pancreatectomy for Pancreatic Cancer. *Gastroenterology Research and Practice*. 2015;659730. DOI: [10.1155/2015/659730](https://doi.org/10.1155/2015/659730)
2. Bockhorn M, Uzunoglu FG, Adham M, et al. Borderline resectable pancreatic cancer: a consensus statement by the International Study Group of Pancreatic Surgery. *Annals of Surgical Oncology*. 2014;21:2786-2794. DOI: [10.1245/s10434-014-3762-1](https://doi.org/10.1245/s10434-014-3762-1)
3. Hackert T, Büchler MW. Pancreatic cancer: advances in treatment, results and limitations. *Digestive Diseases*. 2013;31:51-56. DOI: [10.1159/000347178](https://doi.org/10.1159/000347178)
4. Hartwig W, Gluth A, Hinz U, et al. Total pancreatectomy for primary pancreatic neoplasms: renaissance of an unpopular operation. *Annals of Surgery*. 2015;261:537-546. DOI: [10.1097/SLA.0000000000000791](https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000791)
5. Katz MHC, Marsh R, Herman JM, et al. Borderline resectable pancreatic cancer: the importance of this emerging stage of disease. *Journal of the American College of Surgeons*. 2008;206:833-846. DOI: [10.1016/j.jamcollsurg.2007.12.020](https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2007.12.020)
6. Mollberg N, Rahbari NN, Koch M, Hartwig W, Hoeger Y, Büchler MW, Weitz J. Arterial resection during pancreatectomy for pancreatic cancer: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Surgery*. 2011;254(6):882-893. DOI: [10.1097/SLA.0b013e31823ac299](https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31823ac299)

7. Ravikumar R, Sabin C, Abu Hilal M, et al. Portal vein resection in borderline resectable pancreatic cancer: a United Kingdom multicenter study. *Journal of the American College of Surgeons*. 2014;218:401-411. DOI: [10.1016/j.jamcollsurg.2013.11.017](https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2013.11.017)
8. Rawla P, Sunkara T, Gaduputi V. Epidemiology of pancreatic cancer: global trends, etiology and risk factors. *World Journal of Oncology*. 2019;10(1):10-27. DOI: [10.14740/wjon1166](https://doi.org/10.14740/wjon1166)
9. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin*. 2023;73(1):17-48. DOI: [10.3322/caac.21763](https://doi.org/10.3322/caac.21763)
10. Storkholm JH, Palnaes C. Mesenterico-portal vein resection in patients with pancreaticoduodenal cancer is safe and may increase survival. *Danish Medical Journal*. 1 Jan. 2014.
11. Tempero MA, Malafa MP, Chiorean EG, et al. Pancreatic Adenocarcinoma, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. National Comprehensive Cancer Network. Disponible en: <https://www.nccn.org>
12. Zhou Y, Zhang Z, Liu Y, Li B, Xu D. Pancreatectomy combined with superior mesenteric vein-portal vein resection for pancreatic cancer: a meta-analysis. *World Journal of Surgery*. 2012;36(4):884-891. DOI: [10.1007/s00268-012-1499-9](https://doi.org/10.1007/s00268-012-1499-9)

PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA MEDIANTE ALGORITMOS DE MACHINE LEARNING: COMPARACIÓN CON MODELOS TRADICIONALES Y ANÁLISIS DE DESEMPEÑO

MORTALITY PREDICTION IN INTENSIVE CARE USING MACHINE LEARNING ALGORITHMS: COMPARISON WITH TRADITIONAL MODELS AND PERFORMANCE ANALYSIS

AUTORES: BANEGAS, ALEXIS ****; GENOVESE, GABRIELA***; ANTIK, ARIEL **; CORONADO, PAUL*

LUGAR DE TRABAJO: UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS. HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND -AV. DIAZ VELEZ 5044-C.P. 1405 - CABA, ARGENTINA.

* JEFE DE UNIDAD
** JEFE DE UNIDAD Y COORDINADOR DE RESIDENTES
*** MÉDICA DE PLANTA
**** JEFE DE RESIDENTES



ABSTRACT:

INTRODUCTION: Predicting mortality in intensive care is crucial for decision-making. This study evaluates machine learning algorithms as a complementary tool to traditional scoring systems, analyzing their accuracy in critically ill patients during the first 24 hours of admission.

OBJETIVE: To model machine learning algorithms for predicting mortality in critically ill patients.

MATERIALS AND METHODS: Retrospective observational study using the SATI-Q database. Adult patients with complete data within the first 24 hours of admission were included. Supervised classification algorithms were trained and validated: logistic regression (LR), k-nearest neighbors (KNN), random forest (RF), and artificial neural networks (ANN). Mortality was assessed as the outcome variable, and the following were included as predictor variables: age, SAPS II score, arterial pH, and mechanical ventilation (MV). The sample was divided into training (70%) and testing (30%) groups with cross-validation. Metrics: Accuracy, Precision, Recall, F1 score, and area under the ROC curve (AUC).

RESULTS: 617 patients were included, with a mortality rate of 20%. ANN showed the best discriminative performance (AUC 0.85), followed by RF (0.67), KNN (0.61), and LR (0.60). Accuracy was similar between ANN and LR (0.82). The most relevant predictors in LR were SAPS II and MV.

CONCLUSION: The artificial neural network model demonstrated superior predictive capacity compared to the other algorithms evaluated. Artificial intelligence is being progressively incorporated into medical decision-making processes. However, the use of "black box" algorithms raises a significant ethical dilemma in the field of medicine.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La predicción de mortalidad en terapia intensiva es clave para la toma de decisiones. Este estudio evalúa algoritmos de machine learning como herramienta complementaria a los scores tradicionales, analizando su precisión en pacientes críticos durante las primeras 24 horas de ingreso.

OBJETIVO: Modelar algoritmos de machine learning para predecir la mortalidad del paciente crítico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo utilizando la base de datos SATI-Q. Se incluyeron pacientes adultos con datos completos dentro de las primeras 24 horas de ingreso. Se entrenaron y validaron algoritmos supervisados de clasificación: regresión logística (RL), k-nearest neighbors (KNN), random forest (RF) y redes neuronales artificiales (ANN). Como variable de resultado se evaluó la mortalidad, y como variables predictoras se incluyeron: edad, SAPS II, pH arterial y asistencia respiratoria mecánica (ARM). Se dividió la muestra en entrenamiento (70%) y testeo (30%) con validación cruzada. Métricas: Accuracy, Precision, Recall, F1-score y área bajo la curva ROC (AUC).

RESULTADOS: Se incluyeron 617 pacientes, con mortalidad del 20%. La ANN mostró el mejor desempeño discriminativo (AUC 0.85), seguida de RF (0.67), KNN (0.61) y RL (0.60). La accuracy fue similar entre ANN y RL (0.82). Los predictores más relevantes en RL fueron SAPS II y ARM.

CONCLUSIÓN: El modelo de red neuronal artificial demostró una capacidad predictiva superior en comparación con los demás algoritmos evaluados. La inteligencia artificial está siendo progresivamente incorporada en los procesos de toma de decisiones médicas. Sin embargo, el uso de algoritmos de tipo "caja negra" plantea un dilema ético significativo en el ámbito de la medicina.

Keywords: Mortality, intensive care, algorithm

Palabras clave: Mortalidad, terapia intensiva, algoritmo

INTRODUCCIÓN

La predicción de mortalidad en pacientes críticos constituye un componente esencial en la práctica de la terapia intensiva, ya que influye directamente en la toma de decisiones clínicas, la planificación terapéutica y la asignación de recursos. Desde

hace décadas, se han desarrollado múltiples sistemas de puntuación, como APACHE II y SAPS II, que permiten estimar el riesgo de muerte a partir de variables clínicas y fisiológicas obtenidas durante las primeras horas de internación. Sin embargo, estos modelos presentan limitaciones importantes. En primer lugar, su capacidad predictiva puede verse afectada por la necesidad de recalibración periódica, especialmente cuando se aplican en poblaciones distintas a aquellas en las que fueron desarrolladas. Además, su estructura basada en modelos estadísticos lineales limita la capacidad para capturar relaciones complejas y no lineales entre variables, lo cual es particularmente relevante en el paciente crítico, donde la interacción entre múltiples sistemas fisiológicos es altamente dinámica.

En los últimos años, el desarrollo de técnicas de machine learning (ML) ha abierto nuevas perspectivas en el análisis de datos clínicos. Estos algoritmos permiten procesar grandes volúmenes de información y detectar patrones complejos, lo que podría traducirse en una mejora en la capacidad de predicción de eventos clínicos relevantes, incluyendo la mortalidad.

En el contexto de la medicina de precisión y la digitalización de los sistemas de salud, la incorporación de modelos basados en inteligencia artificial en unidades de terapia intensiva representa una oportunidad para optimizar la toma de decisiones clínicas y mejorar la estratificación del riesgo desde etapas tempranas de la internación.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar el desempeño de diferentes algoritmos de machine learning en la predicción de mortalidad en pacientes críticos, y compararlos con modelos tradicionales, utilizando variables disponibles durante las primeras 24 horas de ingreso.

OBJETIVO

Modelar y evaluar distintos algoritmos de machine learning para la predicción de mortalidad en pacientes críticos internados en unidades de terapia intensiva, comparando su desempeño mediante métricas estándar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, utilizando datos provenientes de la base SATI-Q, que recopila información de pacientes internados en unidades de terapia intensiva.

Se incluyeron pacientes adultos (≥ 18 años) con datos completos registrados dentro de las primeras 24 horas de ingreso a la unidad de terapia intensiva. Se excluyeron aquellos pacientes con datos incompletos en las variables seleccionadas para el análisis.

Variable dependiente: Mortalidad en unidad de terapia intensiva

Variables independientes: Edad - SAPS II - pH arterial - Requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM).

Se entrenaron y evaluaron los siguientes algoritmos de clasificación supervisada:

Regresión logística (RL) - K-nearest neighbors (KNN) - Random forest (RF) - Red neuronal artificial (ANN).

Los datos fueron divididos en un conjunto de entrenamiento (70%) y un conjunto de testeo (30%). Las variables continuas fueron normalizadas previo al entrenamiento de los modelos. Se realizó validación cruzada y optimización de hiperparámetros para mejorar el rendimiento de los algoritmos. El desempeño de los modelos se evaluó mediante: Accuracy - Precision - Recall - F1 score - Área bajo la curva ROC (AUC)

El análisis se realizó utilizando el lenguaje de programación Python, con las bibliotecas Pandas, Scikit-learn y Matplotlib.

Consideraciones éticas: El estudio se llevó a cabo utilizando una base de datos anonimizada, sin intervención sobre los pacientes, garantizando la confidencialidad de la información de acuerdo con las normativas vigentes.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 617 pacientes. La edad mediana fue de 58 años (RIC 40-69), con un APACHE II de 14 (RIC 9-20). El 43% de los pacientes requirió asistencia respiratoria mecánica y la mortalidad global fue del 20%.

En el conjunto de testeo, los modelos mostraron el siguiente rendimiento:

Regresión logística: Accuracy 0.82 - AUC 0.60

KNN: Accuracy 0.80 - AUC 0.61

Random forest: Accuracy 0.73 - AUC 0.67

Red neuronal artificial: Accuracy 0.82 - AUC 0.85 (Fig. 1).

La red neuronal artificial presentó el mejor desempeño global, destacándose especialmente en la capacidad de discriminación, evidenciada por un AUC significativamente superior al resto de los modelos. (Fig. 2).

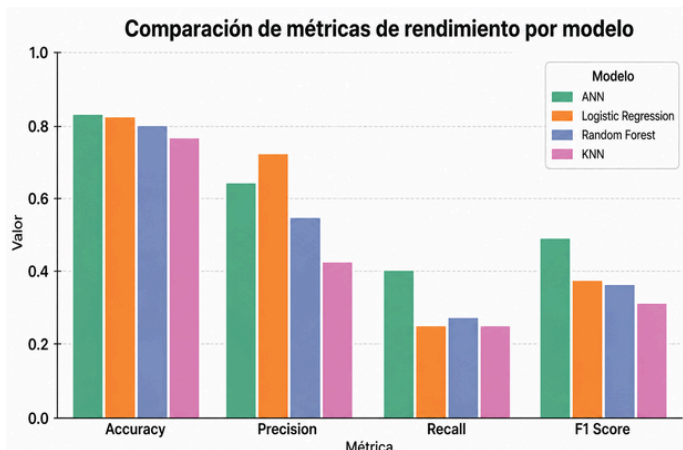


Fig. 1. Comparación de las métricas de rendimiento (Accuracy, AUC, Precision, Recall y F1-score) entre los modelos de machine learning evaluados.

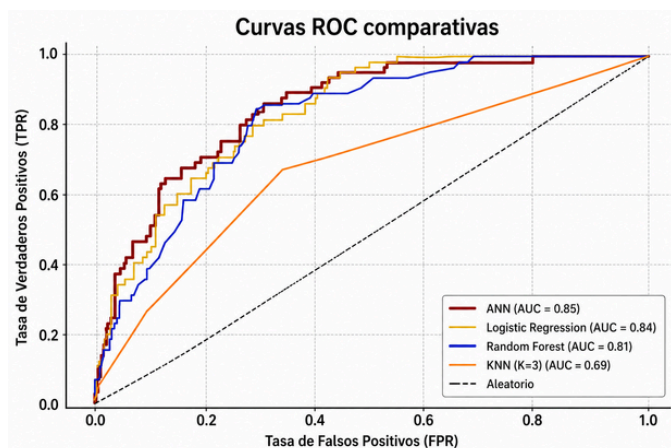


Fig. 2. Curvas ROC de los modelos utilizados para la predicción de mortalidad en pacientes críticos.

En el análisis de la regresión logística, las variables con mayor impacto en la predicción de mortalidad fueron el SAPS II (coeficiente 3.56) y el requerimiento de ARM (coeficiente 0.123), lo que resalta la importancia de la gravedad inicial y el compromiso respiratorio en el pronóstico del paciente crítico.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demuestran que los algoritmos de machine learning, en particular las redes neuronales artificiales, pueden mejorar la capacidad predictiva de mortalidad en pacientes críticos en comparación con modelos tradicionales. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que destacan la superioridad de modelos no lineales en contextos clínicos complejos. La superioridad observada en la ANN puede explicarse por su capacidad para modelar relaciones no lineales e interacciones complejas

entre variables clínicas. En el contexto de la terapia intensiva, donde múltiples sistemas fisiológicos interactúan de manera dinámica, esta característica resulta especialmente relevante. Por otro lado, la regresión logística, si bien mostró un buen desempeño en términos de accuracy, presentó una menor capacidad discriminativa, lo que pone en evidencia las limitaciones de los modelos lineales frente a la complejidad del paciente crítico.

No obstante, los modelos tradicionales conservan una ventaja importante en términos de interpretabilidad. A diferencia de las redes neuronales, cuya lógica interna puede resultar opaca, la regresión logística permite identificar el peso relativo de cada variable, facilitando su aplicación clínica.

Este aspecto introduce un desafío central en la implementación del machine learning en medicina: el equilibrio entre precisión predictiva y explicabilidad. Los modelos de tipo “caja negra” plantean interrogantes éticos y legales, particularmente cuando sus resultados influyen en decisiones clínicas críticas. En este sentido, el objetivo no es reemplazar al médico, sino complementar el proceso de toma de decisiones mediante herramientas basadas en datos.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran su diseño retrospectivo, el número limitado de variables incluidas y la ausencia de validación externa, lo que podría afectar la generalización de los resultados.

Futuros estudios deberían incorporar variables dinámicas, mayor volumen de datos y validación multicéntrica, con el fin de mejorar la robustez y aplicabilidad de los modelos.

CONCLUSIÓN

Los algoritmos de machine learning, particularmente las redes neuronales artificiales, demostraron una mayor capacidad para predecir la mortalidad en pacientes críticos en comparación con otros modelos evaluados. Estos hallazgos respaldan su potencial como herramientas complementarias a los sistemas de puntuación tradicionales. No obstante, su implementación en la práctica clínica requiere validación externa, adecuada interpretación y consideración de aspectos éticos. La integración de inteligencia artificial en terapia intensiva representa un paso hacia una medicina más precisa, predictiva y personalizada.

Conflictos de Interés :Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito.

Recibido: 28/03/2026 Aceptado: 15/04/2026

BIBLIOGRAFIA

1. Esteva A, Kuprel B, Novoa RA, et al. Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks. *Nature*. 2017;542:115-118.
 2. Fleuren LM, Klausch TLT, Zwager CL, et al. Machine learning for the prediction of sepsis: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2020;46:383-400.
 3. Johnson AEW, Pollard TJ, Shen L, et al. MIMIC-III, a freely accessible critical care database. *Sci Data*. 2016;3:160035.
 4. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med*. 1985;13(10):818-829.
 5. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II). *JAMA*. 1993;270(24):2957-2963.
 6. Rajkomar A, Dean J, Kohane I. Machine learning in medicine. *N Engl J Med*. 2019;380:1347-1358.
 7. Shillan D, Sterne JAC, Champneys A, Gibbison B. Use of machine learning to analyse routinely collected intensive care unit data: a systematic review. *Crit Care*. 2019;23:284.
 8. Topol EJ. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nat Med*. 2019;25:44-56.
-

PARACETAMOL GENIOL®

EL DOLOR DESAPARECE



www.geniol.com.ar

Lea atentamente el prospecto y ante la menor duda consulte a su médico y/o farmacéutico.

Elea

CALIDAD ASISTENCIAL EN UN HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO: ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL

QUALITY OF CARE IN A PEDIATRIC DAY HOSPITAL: A MULTIDIMENSIONAL APPROACH

AUTORES: MARCIANO GABRIEL*, ENRIQUEZ ROCIO**, SERRANO NURIA***, VANS LANDSCHOOT FLORENCIA***

LUGAR DE TRABAJO: HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE. HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G DURAND. AV DIAZ VELEZ 5044-CP 1405-CABA, ARGENTINA

*JEFE DE SECCIÓN HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE.

**MÉDICA BECARIA, HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE.

***MÉDICA DE PLANTA, HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE.



ABSTRACT

INTRODUCTION: Introduction: Healthcare quality in pediatrics is a multidimensional concept that integrates clinical efficacy with patient and family experience. In Day Hospitals, measuring these dimensions is essential to optimize processes and humanize care.

OBJECTIVE: To evaluate the comprehensive quality of the Pediatric Day Hospital at Hospital Durand (2022-2024), combining objective structure and process indicators with subjective user perception.

METHODS: A descriptive, cross-sectional, mixed-methods study based on Donabedian's triad. Management indicators were analyzed, and 289 surveys (79% response rate) were administered to family members. Data were processed using quantitative analysis and qualitative thematic coding.

RESULTS: High-efficiency structure indicators were observed (Physician-to-Patient ratio 1:1.67), along with optimal safety processes (100% hand hygiene compliance and informed consents). Satisfaction with information and care was 98%. Two critical barriers were identified: difficulty with external signage (54%) and a patient absenteeism rate of 12.8%. This absenteeism negatively impacts the perception of efficiency by preventing the reassignment of appointments.

CONCLUSIONS: The service provides technical and human excellence in care that compensates for external infrastructural deficiencies. Improving perceived quality does not necessarily require more staff, but rather optimizing the logistical management of appointments and institutional signage. User feedback is established as an essential strategic tool for continuous improvement and comprehensive healthcare management.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La calidad asistencial en pediatría es un concepto multidimensional que integra la eficacia clínica con la experiencia del paciente y su familia. En los Hospitales de Día, esta medición es clave para optimizar procesos y humanizar la atención.

OBJETIVO: Evaluar la calidad integral del Hospital de Día Pediátrico del Hospital Durand (2022-2024), combinando indicadores objetivos de estructura y proceso con la percepción subjetiva de los usuarios.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, transversal y de métodos mixtos basado en la tríada de Donabedian. Se analizaron indicadores de gestión y se aplicaron 289 encuestas (tasa de respuesta del 79%) a familiares, procesadas mediante análisis cuantitativo y codificación temática cualitativa.

RESULTADOS: Se constataron indicadores de estructura de alta eficiencia (Tasa Médico/Paciente 1:1.67) y procesos de seguridad óptimos (100% lavado de manos y consentimientos). La satisfacción con la información y atención fue del 98%. Se identificaron dos barreras críticas: dificultad en la señalética externa (54%) y una tasa de ausentismo de pacientes del 12.8%. Este ausentismo impacta negativamente en la percepción de agilidad al impedir la reasignación de turnos.

CONCLUSIONES: El servicio ofrece una atención de excelencia técnica y humana que compensa deficiencias edilicias externas. La mejora de la calidad percibida no requiere necesariamente más personal, sino optimizar la gestión logística de turnos y la señalización institucional. La voz del usuario se consolida como una herramienta estratégica esencial para la mejora continua y la gestión sanitaria integral.

Key Words: Healthcare Quality, Pediatric Day Hospital, Patient Satisfaction.

Palabras Claves: Calidad de la Atención de Salud, Hospital de Día Pediátrico, Satisfacción del Paciente.

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención en salud se define como la síntesis de características de un servicio que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades del usuario, transformándose en un proceso dinámico y continuo en lugar de un evento aislado. Según el Institute of Medicine, este concepto multidimensional abarca no sólo la efectividad clínica y la seguridad del paciente, sino fundamentalmente la experiencia del usuario y la atención centrada en sus necesidades 5,6.

En este marco, la calidad no solo refleja la eficacia técnica de las intervenciones, sino que se consolida a través de la percepción subjetiva de quienes reciben el cuidado, convirtiendo la satisfacción en un indicador de resultado crítico para cualquier sistema sanitario moderno 11,14.

En el ámbito pediátrico, esta evaluación adquiere una complejidad particular debido al modelo de atención centrado en el paciente y la familia. Aquí, el cuidado se desplaza del individuo hacia la tríada paciente-familia-equipo de salud, donde los cuidadores asumen un rol activo y su percepción dictamina el éxito del proceso terapéutico 3,8,13 15,16,17. Los Hospitales de Día Pediátricos Polivalentes representan un escenario estratégico para esta medición, ya que son servicios que combinan procedimientos médicos especializados con la necesidad de un entorno humano, cómodo y seguro que evite la internación convencional. En estos servicios, la gestión de la calidad debe armonizar la eficiencia de los procesos médicos con un ambiente edilicio y administrativo que minimice el impacto emocional del tratamiento en el niño y su entorno. Es imprescindible evaluar no solo la eficacia clínica sino también la percepción de quienes reciben la atención, con el fin de identificar fortalezas y áreas de mejora 11,15.

La evaluación de la calidad de la atención en salud se ha consolidado como un componente esencial para mejorar los servicios y garantizar la satisfacción del usuario 1,4. Para capturar esta complejidad, la utilización de métodos mixtos, que integran análisis cuantitativos y cualitativos, se presenta como la estrategia más robusta en la investigación operativa en salud. Mientras que los indicadores cuantitativos de estructura y proceso (como la dotación de personal o los tiempos de espera) aportan objetividad y permiten la comparación con estándares internacionales, el análisis cualitativo de la voz del usuario revela dimensiones subjetivas como el trato, la calidez y las barreras invisibles en la atención.

Esta integración multidimensional es la que permite identificar brechas de calidad, detectar fortalezas y orientar planes de mejora estratégica que transformen la experiencia del paciente en una verdadera atención de excelencia, garantizando una atención integral, humana y eficaz.

OBJETIVOS

Acompañar la continuidad del seguimiento de los pacientes adolescentes desde la Sección.

Evaluar la calidad integral de la atención del servicio, combinando la percepción de los pacientes y sus familiares, con la medición de indicadores estructurales y de proceso, en el marco de un modelo de atención centrado en el paciente.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, analítico, transversal y observacional para evaluar la percepción de la calidad desde una mirada multidimensional. La evaluación de la calidad en este estudio se estructuró bajo el modelo de la tríada de Donabedian 4,5, que permite descomponer la atención sanitaria en tres dimensiones interdependientes: estructura, proceso y resultado.

-Los indicadores de estructura (tasas médico/paciente, condiciones edilicias) representan la capacidad instalada.

-Los indicadores de proceso (tiempos de espera, lavado de manos, gestión de turnos) evalúan la dinámica de la prestación.

-Los indicadores de resultado reflejan el impacto final a través de la percepción de satisfacción del usuario. Esta metodología asegura que la medición no sea una observación aislada, sino un análisis sistémico de la causalidad entre la infraestructura disponible y la seguridad y satisfacción del paciente.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo compuesta por pacientes y familiares de pacientes que recibieron atención en Hospital de Día Pediátrico del Hospital Carlos G Durand durante un periodo de tres años, desde enero de 2022 hasta diciembre de 2024. La muestra se obtuvo mediante un muestreo por conveniencia, incluyendo a todos los pacientes y familiares que desearon participar voluntariamente en una encuesta anónima durante el período de estudio. Se les explicó el propósito del estudio y se les aseguró la confidencialidad de sus respuestas. No se aplicaron criterios de exclusión específicos más allá de la negativa a participar.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Debido a la ausencia de un instrumento de medición de la calidad de atención validado específicamente para el contexto de un Hospital de Día Pediátrico Polivalente en nuestro país, se procedió a elaborar un cuestionario propio.

Para garantizar su pertinencia y validez de contenido, el cuestionario fue sometido a una validación por un panel de expertos. Este panel estuvo compuesto por tres profesionales del ámbito médico y de gestión de la salud, quienes evaluaron y ajustaron la redacción y la estructura de los ítems. El proceso se basó en la metodología de validación de contenido, donde los especialistas locales aseguran que el instrumento mide de manera adecuada y comprensible las dimensiones de la calidad de la atención relevantes para la población de estudio. Si bien este enfoque no reemplaza una validación psicométrica a gran escala, proporciona un sólido fundamento metodológico para la aplicación de la encuesta, asegurando que las preguntas son pertinentes y que los resultados obtenidos son válidos para el propósito del estudio. Los datos se recopilaron utilizando dicha encuesta (ver anexo), la cual fue anónima y estructurada, diseñada para evaluar diferentes dimensiones de la calidad de la atención. La misma se administró en dos formatos: papel y digital (a través de Google Forms). Incluyó las siguientes variables: facilidad de ubicación, comodidad, obtención de turno en tiempo y forma, tiempo de espera, trato del personal (administrativo, médicos y enfermería), información y resolución de dudas, posibilidad de mejora en la atención, disposición a volver al servicio si se necesita ayuda, y una evaluación general de la calidad de los servicios recibidos. Por otro lado, para los indicadores de estructura y proceso se diseñó una ficha de recolección de datos para documentarlos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se obtuvo el consentimiento informado implícito de los participantes al aceptar completar la encuesta, dada su naturaleza anónima y voluntaria. Se aseguró en todo momento la confidencialidad de la información recolectada. Asimismo, se declara la ausencia de conflictos de interés y de apoyo financiero o beca.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos de la encuesta fueron procesados utilizando el software estadístico Microsoft Excel. Se realizó un análisis cuantitativo, donde se calcularon frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Esto permitió identificar patrones y tendencias dominantes en las respuestas de satisfacción. Y posteriormente en el análisis cualitativo, se utilizó una codificación temática.

Este proceso implicó identificar, agrupar y categorizar los principales temas emergentes. Este enfoque permitió interpretar en profundidad las áreas de preocupación y propuestas de mejora expresadas, complementando así los datos cuantitativos y enriqueciendo la comprensión global de la experiencia de los encuestados. En relación al análisis de indicadores de estructura y proceso, se calcularán tasas, porcentajes y promedios para cada indicador estructural y de proceso. Finalmente, se realizará un análisis de correlación descriptiva para contrastar los hallazgos objetivos de estructura y proceso con la percepción subjetiva de los pacientes, buscando identificar las posibles brechas de calidad o las áreas donde la gestión influye directamente en la experiencia del usuario.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Aunque el estudio aporta datos valiosos para la gestión de nuestro servicio, deben considerarse las siguientes limitaciones:

1. Sesgo de Selección (Muestreo por Conveniencia): Al ser una participación voluntaria, existe la posibilidad de un sesgo de selección, donde los usuarios con experiencias extremas (muy positivas o muy negativas) podrían tener una mayor disposición a responder. No obstante, la elevada tasa de respuesta (79%) mitiga este riesgo y otorga una representatividad significativa a los hallazgos.
2. Naturaleza del Instrumento: El cuestionario fue diseñado ad hoc y validado por un panel de expertos para asegurar su pertinencia local. Aunque cuenta con validez de contenido, no se realizó una validación psicométrica a gran escala, lo que podría limitar la comparación directa con otros servicios que utilicen escalas internacionales estandarizadas.
3. Temporalidad y Diseño Transversal: Al ser un estudio de corte transversal, los resultados reflejan la percepción en un periodo específico. Esto impide observar la evolución de la calidad a largo plazo o el impacto estacional en la demanda y satisfacción.
4. Efecto de Deseabilidad Social: Dado que las encuestas suelen completarse dentro del ámbito hospitalario, algunos participantes podrían haber suavizado sus críticas por temor a que esto afecte su atención futura, a pesar de que se garantizó el anonimato y la confidencialidad.

5. Alcance Multidimensional limitado: Si bien se utilizaron indicadores de estructura y proceso, la dimensión de "Resultado" se centró principalmente en la satisfacción y no en indicadores clínicos a largo plazo (como tasas de reingreso o complicaciones post-procedimiento), lo cual podría ser objeto de futuras investigaciones.

RESULTADOS

Se obtuvieron 289 encuestas, lo que representa una tasa de respuesta del 79% sobre el total de pacientes atendidos en el período analizado. Los hallazgos se presentan integrando los indicadores objetivos de gestión con la percepción subjetiva de los usuarios.

1. Indicadores de Estructura

El análisis revela una dualidad en la percepción de la planta física:

-Accesibilidad y Señalética: Aunque el servicio cuenta con acceso garantizado (escaleras y ascensor), el 54% de los pacientes reportó dificultades en la identificación y localización del servicio.

-Confort Interno: Una vez dentro del servicio, la satisfacción es elevada: un 95% valora positivamente la sala de espera y un 85% la sala de procedimientos. Las instalaciones cuentan con ludoteca, baño privado y áreas que garantizan la privacidad clínica.

-Dotación de Personal: Se constató una tasa Médico/Paciente de 1:1.67 y una tasa Enfermero/Paciente de 1:4 a 1:5, cifras que superan los estándares de eficiencia para atención individualizada.

2. Indicadores de Proceso y Seguridad

La eficiencia operativa mostró una alta correlación con la satisfacción del usuario:

-Gestión de Turnos: El 92% obtuvo su turno en tiempo y forma, con una asignación efectiva en menos de 24 horas a través de agenda propia.

-Tiempos de Espera: El tiempo promedio de espera se mantuvo entre 5 y 10 minutos, lo que asegura una atención oportuna.

Los procesos de ingreso y egreso son gestionados inmediatamente por el equipo administrativo. El usuario solo requiere participar en el proceso por primera vez, el cual no excede los 5 minutos para la solicitud de datos personales. Esto contrasta con la percepción sobre los procesos burocráticos. La dinámica de esta atención y sus puntos de control se detallan en el Flujoograma de Atención (Fig. 1).

-Seguridad del Paciente: Se registró un 100% de cumplimiento en los protocolos de lavado de manos y en la presencia de barandas en camas/cunas.

-Aspectos Ético-Legales: Se alcanzó el 100% de obtención de consentimiento informado por escrito en procedimientos invasivos y verbal en todos los casos.

3. Percepción de la Calidad Asistencial (Resultados)

La valoración general del equipo de salud fue mayoritariamente positiva, destacándose la profesionalidad y calidez humana (gráficos 1,2,3 y 4)

-Satisfacción con la Información: El 98% de los encuestados manifestó plena satisfacción con la atención, resolución de dudas y la información recibida sobre los tratamientos.

-Áreas de Mejora: Un 30.6% de los usuarios identificó oportunidades de mejora (gráfico 5). El análisis cualitativo vinculó esta percepción a la "necesidad de mayor celeridad".

-Análisis del Ausentismo de Pacientes: Se identificó una tasa de inasistencia de pacientes del 12.8%. Las causas principales de ausentismo reportadas son: falta de medicación, problemas externos (ambientales, laborales, dificultad en el transporte) y/o enfermedad. Este fenómeno impacta negativamente en la percepción de agilidad del servicio, ya que los turnos perdidos sin aviso previo impiden la reasignación a otros usuarios, generando una sensación de falta de disponibilidad.

4. Análisis Cualitativo (Voz del Usuario)

El 57% de los participantes incluyó comentarios y sugerencias adicionales. Los temas emergentes se sintetizaron en una Nube de Palabras (Figura 2), donde los términos más frecuentes fueron: profesionalidad, calidez, amabilidad y seguridad. Las críticas se concentraron en aspectos extrínsecos al servicio, revelando que las áreas primarias de mejora son: condiciones edilicias deficientes y aspectos administrativos vinculados a la atención y actitud del personal administrativo, pero en forma global de la institución y no puntualmente del servicio, mayor celeridad en la atención, disponibilidad de insumos y la percepción general de que siempre hay algo que se puede mejorar.

Los resultados presentados reflejan un enfoque de calidad integral donde la percepción del paciente se contrasta y valida con la realidad

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demuestran que la calidad asistencial en el Hospital de Día Pediátrico es un fenómeno dinámico donde la excelencia técnica y humana logra compensar, en gran medida, las deficiencias estructurales externas. Como se sintetiza en el Cuadro 2, existe una clara interdependencia entre los indicadores de gestión y la experiencia subjetiva del usuario.

Al aplicar el modelo de Donabedian, observamos una correlación positiva entre los indicadores de proceso (tiempos de espera de 5-10 min, 100% de lavado de manos) y los de resultado (98% de satisfacción con la información). Esta eficiencia operativa es, posiblemente, el factor determinante en la alta valoración de la profesionalidad del equipo. La seguridad del paciente, reflejada en el cumplimiento total de consentimientos informados y medidas físicas (barandas), posiciona al servicio no solo como un entorno humanizado, sino como un entorno seguro y legalmente robusto.

Resulta paradójico que, mientras el confort interno es calificado con un 95%, el 54% de los usuarios reporte dificultades para localizar el servicio. Este hallazgo, identificado como la "brecha de accesibilidad" en el Cuadro 2, subraya la importancia del concepto de wayfinding (orientación espacial) en la experiencia del paciente. Las barreras en la señalética y el mantenimiento edilicio externo actúan como los primeros "puntos de fricción", que pueden elevar el nivel de estrés de los cuidadores incluso antes de recibir la atención médica. Esto coincide con la literatura internacional que indica que la calidad percibida comienza en el acceso al edificio, no solo en el consultorio.

Un hallazgo crítico de este análisis es la brecha entre la capacidad asistencial real y la percepción de algunos usuarios sobre la necesidad de mayor rapidez. Con una tasa médico/paciente de 1:1.67, el servicio opera con estándares de máxima calidad; sin embargo, el 12.8% de ausentismo de pacientes genera una ineficiencia invisible. Este fenómeno explica la disociación entre el dato objetivo de espera y la demanda de celeridad (Ver Cuadro 2), produciendo dos efectos negativos:

-Subutilización de recursos: El equipo de salud permanece disponible pero con capacidad ociosa.

-Percepción de falta de turnos: Al no liberarse los espacios con antelación, otros pacientes perciben una dificultad de acceso que no es real, sino logística.

Este estudio revela que mejorar la calidad no siempre requiere más personal, sino una gestión de la demanda más sofisticada, como sistemas de recordatorio proactivo.

La alta tasa de participación cualitativa (57%) y la recurrencia de términos como "calidez" y "amabilidad" en la nube de palabras confirman que en pediatría, la competencia técnica es inseparable de la competencia emocional.

Dimensión	Indicador Seleccionado	Valor Hallado	Estándar de Calidad
Estructura	Tasa Médico/Paciente	1 : 1.67	Máxima calidad
Estructura	Tasa Enfermero/Paciente	1 : 4 a 5	Alta eficiencia
Proceso	Tiempo de espera promedio	5 - 10 min	Óptimo
Seguridad	Lavado de manos	100%	Cumplimiento total
Seguridad	Consentimiento Informado	100%	Cumplimiento total
Gestión	Tasa de Ausentismo	12.8%	Área de mejora

Cuadro 1. Resumen de Indicadores de Calidad (Estructura y Proceso)

Dimensión	Percepción del Usuario (Subjetivo)	Indicador de Gestión (Objetivo)	Brecha / Hallazgo de Gestión
Accesibilidad	54% dificultad para localizar el servicio.	Acceso físico garantizado (ascensor/escaleras).	Falla en señalética externa (Wayfinding) e institucional.
Oportunidad	Demanda de "mayor celeridad" en la atención.	Tiempo de espera óptimo (5-10 min).	El <i>ausentismo</i> (12.8%) genera percepción de baja disponibilidad.
Recursos	Sugerencia de aumentar dotación de personal.	Tasa Médico/Paciente 1:1.67 (Máxima calidad).	Capacidad ociosa por turnos perdidos no recuperados.
Seguridad	Entorno percibido como seguro y profesional.	100% Lavado de manos y Consentimientos.	Coherencia total entre proceso técnico y percepción.

Cuadro 2. Análisis de brechas en la calidad asistencial.

Nota: La columna de "Percepción del Usuario" se deriva del análisis de las 289 encuestas y la codificación temática de comentarios cualitativos. Los "Indicadores de Gestión" corresponden al análisis de estructura y proceso del servicio. La brecha identifica la distancia entre la realidad operativa y la experiencia subjetiva del cuidador.

Este porcentaje refleja un alto nivel de compromiso y disposición por parte de los usuarios para contribuir con propuestas específicas, lo que representa una valiosa fuente de información. El éxito del Hospital de Día radica en su capacidad para ofrecer un entorno que minimiza el impacto del tratamiento, permitiendo que el niño regrese a su hogar el mismo día, lo cual es valorado por las familias como un indicador de calidad de vida, como así también el enfoque integral entre cuidado clínico, apoyo social y comunicación efectiva sobre los tratamientos realizados.

CONCLUSIÓN

Este estudio evidencia una percepción altamente positiva respecto a la atención en el Hospital de Día Pediátrico, resaltando la calidad, profesionalidad y la calidez del equipo de salud. El servicio ofrece una atención clínica de excelencia respaldada por una estructura de máxima calidad y procesos de seguridad robustos, lo que se refleja en una alta satisfacción asistencial (80% de calificación excelente). Sin embargo, la experiencia global del usuario es impactada negativamente por variables no asistenciales (señalización, mantenimiento edilicio y atención administrativa)

- La participación activa de pacientes y familiares permitió identificar áreas de mejora. En particular, la queja sobre la "mayor celeridad" no se debe a una falta de personal, sino a la ineficiencia operativa generada por el ausentismo de pacientes que es tarde detectado. Este gap logístico impide la recuperación de la capacidad asistencial, afectando la oportunidad de atención para otros usuarios. Estos hallazgos refuerzan la importancia de integrar de manera sistemática, la voz del usuario en la gestión sanitaria, promoviendo un modelo centrado en el paciente y su familia que garantice un cuidado seguro, humano y de calidad. Los resultados subrayan la importancia de integrar de manera sistemática la voz del usuario como herramienta de gestión y mejora continua. En función de ello, se ha iniciado un plan estratégico que incluye: optimizar la gestión del ausentismo mediante recordatorios y confirmaciones de turnos, fortalecer la identificación del servicio con mejor señalética, y mantener el monitoreo periódico de indicadores de estructura, proceso y resultado. Este enfoque reafirma el compromiso del

Hospital de Día Pediátrico con una atención segura, humana y de calidad, consolidando su papel como modelo de gestión interdisciplinaria y de excelencia dentro del sistema público de salud. Para asegurar una evaluación más robusta e integral en estudios futuros, se propone agregar indicadores clave de seguridad y eficiencia operativa: Tasa de Incidentes de Seguridad Reportados y Resueltos (para medir la cultura de seguridad), Tasa Promedio de Respuesta ante Interconsultas o Derivaciones (para medir la eficiencia en el flujo del paciente), entre otros.

Este enfoque proactivo no solo busca corregir las deficiencias, sino institucionalizar la opinión del paciente como un indicador de rendimiento clave, asegurando que el Hospital de Día Pediátrico mantenga y eleve sus estándares de excelencia en el tiempo.

Anexo: Encuesta

Pregunta	Sí	No	No sabe
1. ¿Logró ubicar el servicio con rapidez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se sintió cómodo en la sala de espera? (Luz, mobiliario, temperatura, ruido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se sintió cómodo en la sala de atención/procedimiento? (Cunas/camas, privacidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. Dimensión Estructural y Accesibilidad

Pregunta	Sí	No	No sabe
4. ¿Obtuvo el turno en tiempo y forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Considera adecuado el tiempo transcurrido entre su llegada y la atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Dimensión de Proceso y Oportunidad

Por favor, califique del 1 al 5, donde: 1=Mala, 2=Regular, 3=Buena, 4=Muy buena, 5=Excelente.

- Atención Médica: [1][2][3][4][5]
- Atención de Enfermería: [1][2][3][4][5]
- Atención Administrativa: [1][2][3][4][5]

III. Dimensión de Atención Personalizada (Escala de Valoración)

Pregunta	Si	No	NS/NC
6. ¿Recibió la atención médica/técnica que necesitaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Recibió información clara y logró resolver sus dudas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Si necesitara ayuda nuevamente, ¿volvería a nuestro servicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Dimensión de Resultado y Eficacia

9. ¿Cómo evalúa la calidad global de los servicios recibidos? (1=Mala, 2=Regular, 3=Buena, 4=Muy buena, 5=Excelente) [1] [2] [3] [4] [5]

10. ¿Considera que la atención podría mejorar de alguna manera? Si No NS/NC

Sugerencias y Comentarios: (Si su respuesta anterior fue afirmativa o desea agregar algo, por favor detallelo aquí)

V. Evaluación General y Mejora Continua

Conflictos de Interés :Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito.

Recibido: 21/02/2026 Aceptado: 10/04/2026

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez-Dardet C, Peiró S. La evaluación de la calidad asistencial: un análisis conceptual. Rev Esp Salud Pública.
2. Berwick DM. A user's manual for the IOM's "Quality Chasm" report. Health Aff. 2002;21(3):80-90.
3. Coulter A, Ellins J. Patient-focused interventions: A review of the evidence. London: The Health Foundation; 2006.
4. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
5. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.
6. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academy Press; 2001.
7. King J, Patel V, Jamoom E, Furukawa M. Clinical benefits of electronic health record use: national findings. Health Serv Res. 2014;49(1 Pt 2):392-404.
8. Levetown M, American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Communicating with children and families: From everyday interactions to skill in conveying distressing information. Pediatrics. 2008;121(5):e1441-e1460.
9. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. Int J Qual Health Care. 2003;15(6):523-530.
10. McPherson CJ, Higginson IJ, Hearn J. Effective methods of giving information in cancer: a systematic literature review of randomized controlled trials. J Public Health Med. 2001;23(3):227-234.
11. Pomey M, Hihat H, Khalifa M, Lebel P, Néron A, Dumez V. Patient partnership in quality improvement of healthcare services: patients' inputs and challenges faced. Patient Exp J. 2015;2(1):29-42.
12. Saturno-Hernández PJ. Monitoreo de la calidad de la atención sanitaria. Herramientas para la elaboración y uso de indicadores. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2018.
13. Shields L, Zhou H, Pratt J, Taylor M, Hunter J, Pascoe E. Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(10):CD004811.
14. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med. 1997;45(12):1829-1843.
15. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? Perm J. 2011;15(2):63-69.
16. Varni JW, Burwinkle TM, Lane MM. Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: an appraisal and precept for future research and application. Health Qual Life Outcomes. 2005;3:34.
17. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat. Geneva: WHO; 2016.

EFICACIA DE LA ESFINTEROTOMÍA MÁS DILATACIÓN CON BALÓN EN LA LITIASIS BILIAR COMPLEJA

EFFICACY OF SPHINCTEROTOMY PLUS BALLOON DILATION IN COMPLEX GALLSTONE DISEASE

AUTORES: VISCARDI, JUAN PABLO***; PADIN, LORENZO*; LUBIENECKI, DANIELA**; ESTRADA, CARLA****; MARTINEZ, PATRICIA****; CALVO, GABRIELA*****

LUGAR DE TRABAJO: SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA. HOSPITAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND. AV. DIAZ VELEZ 5044- CP 1405-CABA, ARGENTINA.

JEFE DE SERVICIO

** JEFA DE ENDOSCOPIA

*** MÉDICO DE PLANTA

**** FELLOW CARRERA DE ENDOSCOPIA UBA

***** MÉDICA GASTROENTEROLÓGA



ABSTRACT

INTRODUCTION: The Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with endoscopic sphincterotomy allows for the successful extraction of gallstones in most cases; however, between 10% and 15% of patients present with what is known as complex biliary lithiasis. This is defined by the presence of stones ≥ 15 mm, multiple stones, impacted stones, stones with choledocholithotomy dissociation, or stones associated with anatomical alterations such as stenosis or surgical reconstructions that hinder conventional access.

OBJETIVE: To describe the efficacy of sphincterotomy plus balloon dilation in the extraction of complex biliary lithiasis using ERCP, measured as the complete extraction rate in the first session.

MATERIALS AND METHODS: An observational, retrospective, and descriptive study was conducted on patients undergoing ERCP with sphincterotomy and large-bore balloon dilation between May 2021 and May 2025 at the Carlos G. Durand General Hospital.

RESULTS: 320 ERCPs were performed, 228 of which were for patients with choledocholithiasis. Of these 228 patients, 116 cases were complex biliary lithiasis. Of these complex cases, 50% presented with multiple stones, 12% with large stones, 12% with both characteristics, and the remaining 26% had stones considered complex due to other causes. Of the patients with complex biliary lithiasis, 36 were treated with the sphincterotomy technique followed by large-bore balloon dilation.

CONCLUSIONS: The combination of sphincterotomy and large-bore balloon dilation proved to be an effective and safe technique for the treatment of complex biliary lithiasis in clinical practice, with a first-session resolution rate of 83.3% and a low incidence of complications (8%).

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con esfinterotomía endoscópica permite la extracción exitosa de los cálculos en la mayoría de los casos; sin embargo, entre un 10% y 15% de los pacientes presentan lo que se denomina litiasis biliar compleja. Esta se define por la presencia de cálculos ≥ 15 mm, múltiples, impactados, con disociación lito-coledociana o asociado a alteraciones

anatómicas como estenosis o reconstrucciones quirúrgicas que dificultan el abordaje convencional.

OBJETIVO: Describir la eficacia de la esfinterotomía más dilatación con balón en la extracción de litiasis biliar compleja mediante CPRE, medida como la tasa de extracción completa en la primera sesión.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en pacientes sometidos a CPRE con esfinterotomía y dilatación con balón de gran calibre durante el período comprendido entre mayo del 2021 y mayo del 2025, en el Hospital General de Agudos Carlos G. Durand.

RESULTADOS: Se realizaron 320 CPRE, de las cuales 228 correspondieron a pacientes con litiasis coledociana. De estos 228 pacientes, 116 casos fueron litiasis biliar compleja. De estos últimos el 50% presentaba litiasis múltiples, el 12% litiasis grandes, 12% ambas características, y el 26% restante correspondía a litiasis consideradas complejas por otras causas. De los pacientes con litiasis compleja, 36 fueron tratados con la técnica de esfinterotomía seguida de dilatación con balón de gran calibre.

CONCLUSIONES: La combinación de esfinterotomía y dilatación con balón de gran calibre demostró ser una técnica efectiva y segura para el tratamiento de litiasis biliar compleja en la práctica clínica, con una tasa de resolución en la primera sesión del 83,3% y una baja incidencia de complicaciones (8%).

Keywords: Complex biliary lithiasis, sphincterotomy, cholangiopancreatography

Palabras Clave: Litiasis biliar compleja, esfinterotomía, colangiopancreatografía

INTRODUCCIÓN

La litiasis coledociana representa una causa frecuente de derivación para colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), con una prevalencia estimada del 10 al 20% en pacientes con colelitiasis sintomática (1). La CPRE con esfinterotomía endoscópica permite la extracción exitosa de los cálculos en la mayoría de los casos; sin embargo, entre un 10% y 15% de los

pacientes presentan lo que se denomina litiasis biliar compleja. Esta se define por la presencia de cálculos ≥ 15 mm, múltiples, impactados, con disociación lito-coledociana o asociado a alteraciones anatómicas como estenosis o reconstrucciones quirúrgicas que dificultan el abordaje convencional (2,3).

En estos casos, puede ser necesario el uso de técnicas complementarias como la litotripsia mecánica, electrohidráulica o láser, que si bien son efectivas, aumentan el tiempo del procedimiento, requiere equipamiento adicional y están asociadas a un mayor costo y tasa de complicaciones (4). Frente a esta problemática, la dilatación del esfínter de Oddi con balón de gran calibre (large balloon dilation, LBD) combinada con esfinterotomía, ha ganado popularidad como técnica alternativa para la extracción de cálculos difíciles, especialmente en aquellos de gran tamaño (5-7).

Esta técnica ha demostrado tasas de extracción completa del 85-95% en la primera sesión, con una reducción significativa en el uso de litotripsia mecánica y un perfil de seguridad aceptable (6,7). Además, la duración de la dilatación parece ser un factor clave en la eficacia y seguridad del procedimiento. Un estudio multicéntrico, aleatorizado, controlado determinó que una duración de 30 segundos para la dilatación, posterior a una esfinterotomía pequeña, resulta efectiva para la extracción de cálculos y reduce significativamente el riesgo de pancreatitis post-CPRE en comparación con tiempos más prolongados (8).

OBJETIVOS

-Describir la eficacia de la esfinterotomía más dilatación con balón en la extracción de litiasis biliar compleja (cálculos grandes y/o múltiples) mediante CPRE, medida como la tasa de extracción completa en la primera sesión.

-Describir los efectos adversos asociados al procedimiento (pancreatitis post-CPRE, sangrado, perforación).

-Determinar la necesidad de técnicas complementarias (litotripsia mecánica, drenajes biliares, múltiples sesiones).

-Analizar factores asociados a falla del tratamiento (como tamaño de los cálculos, número, diámetro del colédoco, etc.)

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en pacientes sometidos a CPRE con esfinterotomía y dilatación con balón de gran calibre durante el período comprendido entre mayo del 2021 y mayo del 2025, en el Hospital General de Agudos Carlos G. Durand.

Criterios de inclusión:

-Pacientes ≥ 18 años.

-Diagnóstico de litiasis biliar compleja (cálculos ≥ 15 mm y/o múltiples).

-CPRE realizada con esfinterotomía más dilatación con balón.

-Registro completo en historia clínica y protocolo endoscópico.

Variables analizadas

1. Datos demográficos: edad, género.

2. Condición clínica: comorbilidades.

3. Características de la litiasis: tamaño del cálculo mayor, número total, diámetro del colédoco.

4. Datos del procedimiento: éxito en la primera sesión, uso de litotripsia, uso de stent plástico.

5. Eventos adversos: pancreatitis post-CPRE, hemorragia, perforación o necesidad de internación prolongada.

6. Tasa de canulación biliar: tasa de canulación del conducto biliar con papila nativa y sin anatomía quirúrgica (mayor del 90%).

Procedimiento: Todos los procedimientos fueron realizados por un endoscopista con más de 10 años de experiencia en CPRE. Las exploraciones fueron realizadas bajo sedación controlada por anestesistas, utilizando una torre de endoscopia Fujinon® modelo 4400 y endoscopios de visión lateral estándar Fujinon® ED 530XT8 y tras obtención del consentimiento informado, según el procedimiento habitual en nuestro centro. Para la realización de la esfinterotomía se usó un generador eléctrico estándar COVIDIEN Force FX. En los casos en los que no fue posible la extracción con las maniobras estándar (esfinterotomía y empleo de balón extractor, y cuando la ampliación de la esfinterotomía no se consideró posible o segura) se realizó la dilatación con balón, utilizando balones CRE de entre 12 y 16.5 mm de

diámetro (Boston Scientific u otras características similares) colocados sobre guía, con diámetro adaptado al calibre del colédoco o al tamaño del cálculo dominante. En todos los casos, la dilatación se mantuvo durante 60 segundos. La extracción de los cálculos se realizó con balón de extracción. En casos de falla se colocó stent biliar plástico.

Estimación de tamaño muestral y análisis estadístico:

Por la naturaleza descriptiva del presente trabajo, no se calculó un tamaño muestral previo; este quedó determinado por la cantidad de pacientes consecutivos que cumplieron con los criterios de inclusión. La recolección de datos se efectuó mediante formularios, a partir de la revisión de los registros médicos del Servicio de Gastroenterología, disponibles en la base de datos electrónica (Gastroserver) y en el sistema digital del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (SIGEHOS).

La información obtenida fue organizada en una planilla de Microsoft Excel®. Se realizó un análisis descriptivo, expresando las variables como frecuencias absolutas y porcentajes. Las tablas y figuras fueron elaboradas en Excel®. No se aplicaron pruebas estadísticas inferenciales debido al carácter descriptivo del estudio y al tamaño reducido de la muestra.

RESULTADOS

Entre mayo de 2021 y mayo de 2025 se realizaron 320 CPRE en el Hospital General de Agudos Carlos G. Durand, de las cuales 228 (71 %) correspondieron a pacientes con diagnóstico de litiasis coledociana (LICO). De estos 228 pacientes, 116 casos (51 %) fueron clasificados como litiasis biliar compleja y 112 (49 %) como litiasis simple. La edad de estos pacientes osciló entre 20 y 80 años; el 42 % fueron hombres y el 58 % mujeres.

Dentro del grupo con litiasis biliar compleja (n =116), el 50% presentaba litiasis múltiples (>3 cálculos), el 12% litiasis grandes (≥15mm), otro 12% ambas características (grandes y múltiples), y el 26% restante correspondía a litiasis consideradas complejas por otras causas (impactación, estenosis, reconstrucciones quirúrgicas, etc.). De los pacientes con litiasis compleja, 36 fueron tratados con la técnica de esfinterotomía seguida de dilatación con balón de gran calibre, constituyendo la población analizada en este estudio. (Fig. 1).

Litiasis coledocianas complejas totales

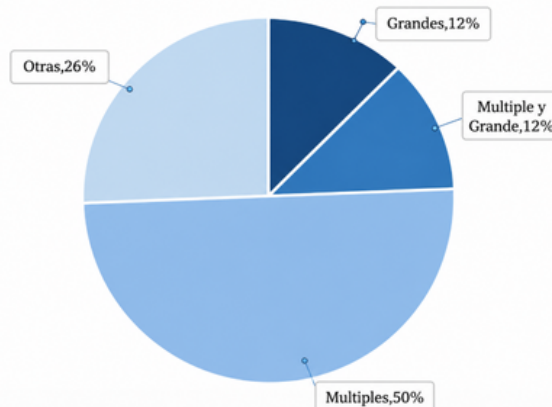


Fig. 1. Subtipos de litiasis biliar compleja en pacientes sometidos a CPRE

Se observó que el tamaño del cálculo dominante influyó en la resolución endoscópica. Los pacientes con litiasis de entre 15 y 20 mm presentaron una tasa de resolución completa en la primera sesión, mientras que aquellos con cálculos ≥ 22mm no lograron la extracción completa mediante CPRE con esfinterotomía más dilatación. Si bien no es posible establecer una asociación estadísticamente significativa debido al tamaño muestral reducido, este hallazgo podría sugerir una relación entre mayor tamaño del cálculo y falla del tratamiento. (Fig. 2).

Resolución Endoscópica	Tamaño del Cálculo
NO	22
	15
sí	16
	18
	20

Fig. 2. Distribución del éxito del procedimiento según el tamaño del cálculo dominante

En cuanto al número de cálculos, los pacientes que no lograron resolución endoscópica presentaban entre 4 y 5 cálculos. En cambio, los pacientes con resolución completa tenían entre 4 y 15 cálculos. Este hallazgo sugiere que la cantidad, al menos dentro de ese rango, no se asoció claramente con la falla del tratamiento. Al analizar simultáneamente el diámetro del colédoco y el número de cálculos, no se identificó una combinación específica de estas variables que

explicara por sí sola la falla del tratamiento.

De los 36 pacientes que recibieron tratamiento con esfinterotomía más dilatación con balón, 6 pacientes (16,7%) no lograron la extracción completa de los cálculos en la primera sesión. En 3 casos fue necesaria la litotripsia mecánica, y en los otros 3 se realizó una nueva intervención endoscópica, con colocación de stent biliar para resolución diferida. Llama la atención que estos últimos casos presentaban otras características complejas como estenosis o cálculos impactados, que no formaron parte de los criterios de inclusión del análisis, pero que podrían haber influido en la dificultad técnica del procedimiento.

Respecto a los eventos adversos, el 8% de los pacientes presentó hemorragia post-CPRE, mientras que el 92% restante no presentó complicaciones incluidas en el análisis (pancreatitis, perforación, entre otras). (Fig. 3).

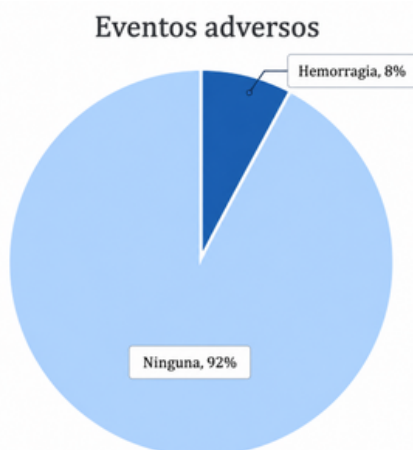


Fig. 3. Distribución porcentual de eventos adversos post-CPRE con esfinterotomía y dilatación con balón en la muestra estudiada.

La tasa de canulación biliar en el total de pacientes con litiasis coledociana fue del 98% de éxito, mientras que la canulación fue fallida en un 1,97%. Esto refleja la alta tasa de éxito en la canulación del conducto biliar en nuestro centro.

DISCUSIÓN

En este estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, se evaluó la eficacia y seguridad de la esfinterotomía combinada con dilatación con balón de gran calibre (LBD) para la extracción de litiasis biliar compleja, definida como la presencia de cálculos de ≥ 15 mm y/o múltiples (>3) (2,3). De los 36 pacientes incluidos, 30 (83,3 %) lograron la extracción completa de los cálculos en la primera

sesión, lo cual coincide con las tasas de éxito reportadas en la literatura, que varían entre el 85% y 95% (6,7). En nuestro centro, todas las dilataciones con balón se realizaron durante 1 minuto, siguiendo la evidencia aportada por Xu et al. (2021), quienes en un ensayo clínico multicéntrico no encontraron diferencias significativas en eficacia y seguridad entre duraciones de 30 y 60 segundos, respaldando así la aplicabilidad de este tiempo como práctica estándar. En cuanto a la seguridad del procedimiento, se registró un solo evento adverso (8%), correspondiente a hemorragia post-CPRE, sin casos de pancreatitis, infecciones ni perforación. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que destacan un perfil de seguridad favorable de la LBD, especialmente cuando se realiza en combinación con una esfinterotomía (8). En los 6 casos (16,7%) en los que no se logró la resolución en la primera sesión, 3 requirieron litotripsia mecánica y 3 una nueva intervención endoscópica con colocación de stent biliar. Llama la atención que estos últimos presentaban condiciones no contempladas en los criterios de inclusión, como estenosis o impactación de cálculos, que podrían haber influido en la dificultad técnica y el fallo terapéutico. La tasa de canulación biliar fue del 98%, lo que refleja una alta eficacia técnica y experiencia del equipo operador. Este hallazgo es relevante dado que una canulación exitosa es un requisito indispensable para la aplicación segura y efectiva de la LBD.

CONCLUSIONES

La combinación de esfinterotomía y dilatación con balón de gran calibre demostró ser una técnica efectiva y segura para el tratamiento de litiasis biliar compleja en la práctica clínica, con una tasa de resolución en la primera sesión del 83,3% y una baja incidencia de complicaciones (8%). Todas las dilataciones se realizaron durante 60 segundos, lo que refleja que la técnica estandarizada en nuestro centro es eficaz y bien tolerada. Esta estrategia permitió evitar el uso de litotripsia o nuevas intervenciones en la mayoría de los casos. Los casos que no se resolvieron inicialmente presentaban factores anatómicos más complejos no incluidos en los criterios de análisis, lo que sugiere que su identificación previa podría optimizar la elección de la técnica. Por otro lado,

factores como edad, género y ciertas comorbilidades no mostraron influencia significativa sobre la tasa de éxito del procedimiento, lo que refuerza la aplicabilidad de esta técnica en una población diversa de pacientes.

Conflictos de Interés :Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito.

Recibido: 28/03/2026 Aceptado: 16/04/2026

BIBLIOGRAFIA

1. Andriulli A, Loperfido S, Napolitano G, Niro G, Valvano MR, Spirito F, et al. Incidence rates of post-ERCP complications: a systematic survey of prospective studies. *Am J Gastroenterol* . 2007;102(8):1781-8.
2. Binmoeller KF, Brückner M, Thonke F, Soehendra N. Electrohydraulic lithotripsy via the mother-baby cholangioscope: indications and results. *Endoscopy* . 1993;25(8):532-8.
3. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Guideline: Endoscopic management of common bile duct stones. *Endoscopy*. 2019;51(5):472-91.
4. Ersoz G, Tekesin O, Ozutemiz AO, Cunsar F. Biliary sphincterotomy plus large-balloon dilation for bile duct stones that are difficult to extract. *Gastrointest Endosc* . 2003;57(2):156-9.
5. Heo J, Jung M-K, Lee Y-C, Park YS, Kim J-O, Kim H-S, et al. Endoscopic sphincterotomy and large balloon dilation vs. endoscopic sphincterotomy for removal of bile-duct stones. *Gastrointest Endosc* . 2007;66(4):720-6.
6. Kim HG, Park JH, Jeon SR, Moon JH, Park SJ, Yang DH, et al. Efficacy of large balloon dilation following limited sphincterotomy for removal of large bile duct stones: a randomized, controlled trial. *Clin Endosc* . 2013;46(1):61-5.
7. Maple JT, Ben-Menachem T, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, Cash BD, et al. The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis. *Gastrointest Endosc* . 2010;71(1):1-9.
8. Williams EJ, Green J, Beckingham I, Parks R, Martin D, Lombard M. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS). *Gut* . 2008;57(7):1004-21.
9. Xu L, Kyaw MH, Yang H, Dai Y, Fu T, Wang Y, et al. Safety and efficacy of 30 seconds versus 60 seconds duration for endoscopic papillary large balloon dilation after limited sphincterotomy: a multicenter randomized controlled trial. *Surg Endosc* . 2021;35(10):5565-74.

ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO

ADULT-ONSET STILL'S DISEASE

AUTORES: ESCOBAR OLIVA, DIANA*; PATALLO, PAMELA**; QUISPE ESCALANTE, SARA***; VIEIRO, VALERIA***; CUADROS, ALDANA***; DA COSTA LOURO, EMILSE****

LUGAR DE TRABAJO: CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. TEODORO ALVAREZ", ARANGUREN 2701, CP. 1406, CABA. ARGENTINA

*MÉDICA RESIDENTE

**MÉDICA DE PLANTA

***JEFA DE RESIDENTES

****MÉDICA RESIDENTE



ABSTRACT

INTRODUCTION: Adult-onset Still's disease (AOSD) is a rare systemic inflammatory disorder of unknown etiology, characterized by high fever, evanescent rash, arthralgia/arthritis, leukocytosis with neutrophilia, and hyperferritinemia, in the absence of autoantibodies. Its diagnosis is clinical and based on exclusion, supported by criteria such as Yamaguchi's.

OBJETIVE: The main objective is to present a clinical case of adult-onset Still's disease and to highlight relevant aspects for its diagnosis and management.

CASE REPORT: We report the case of a 20-year-old female who presented with a 6-day history of fever associated with polyarthralgia, abdominal pain, and an evanescent maculopapular rash coinciding with febrile peaks. On admission, she had fever, tachycardia, and a non-pruritic rash on the extremities. Laboratory tests showed leukocytosis with neutrophilia, elevated ferritin levels, and negative serologies, with no significant findings on imaging studies. During hospitalization, she developed a urinary tract infection caused by *Enterococcus* associated with an intrauterine device, which was removed, with a good response to antibiotic therapy. Skin biopsy revealed an inflammatory infiltrate compatible with AOSD. She subsequently developed malar erythema and a positive ANA (1:80), without fulfilling criteria for systemic lupus erythematosus. She met Yamaguchi criteria, and corticosteroid therapy was initiated, with favorable evolution and discharge without fever.

CONCLUSION: AOSD represents a diagnostic challenge due to its low prevalence and nonspecific presentation. This case highlights the importance of considering AOSD in young patients with prolonged fever and evanescent rash, as well as the value of diagnostic criteria and a multidisciplinary approach for timely diagnosis and treatment.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una patología inflamatoria sistémica poco frecuente, de etiología desconocida, caracterizada por fiebre elevada, rash evanescente, artralgias/artritis, leucocitosis con neutrofilia e hiperferritinemia, en ausencia de autoanticuerpos. Su diagnóstico es clínico y de exclusión, con apoyo en criterios como los de Yamaguchi.

OBJETIVO: El objetivo principal es presentar un caso clínico de enfermedad de Still del adulto y destacar aspectos relevantes para su diagnóstico y manejo.

REPORTE DE CASO: Se presenta el caso de una paciente femenina de 20 años que consulta por síndrome febril de 6 días asociado a poliartalgias, dolor abdominal y exantema maculopapular evanescente coincidente con los picos febriles.

Al ingreso presenta fiebre, taquicardia y dermatosis no pruriginosa en miembros. Los estudios evidencian leucocitosis con neutrofilia, ferritina elevada y serologías negativas, sin hallazgos relevantes en estudios por imágenes. Durante la internación presenta infección urinaria por *Enterococcus* asociada a dispositivo intrauterino, que se retira, con buena respuesta antibiótica. La biopsia cutánea informa infiltrado inflamatorio compatible con ESA. Evoluciona con eritema malar y FAN 1/80, sin criterios de lupus eritematoso sistémico. Cumple criterios de Yamaguchi, por lo que se inicia tratamiento con corticoides, con evolución favorable y egreso afebril.

CONCLUSIONES: La ESA constituye un desafío diagnóstico por su baja prevalencia y presentación inespecífica. Este caso resalta la importancia de considerarla en pacientes jóvenes con fiebre prolongada y rash evanescente, así como el valor de los criterios diagnósticos y del enfoque multidisciplinario para un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Key Words: Adult Still's disease; Fever of Unknown Origin; Rash; Hyperferritinemia; Arthralgia; Rheumatic Diseases; Inflammation

Palabras Claves: Enfermedad de Still del adulto; Fiebre de Origen Desconocido; Exantema; Hiperferritinemia; Artralgia; Enfermedades Reumáticas; Inflamación

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Still del adulto (ESA) es un trastorno inflamatorio sistémico poco frecuente, caracterizado por fiebre diaria en picos, artritis y un exantema evanescente. Forma parte de los síndromes autoinflamatorios y constituye una entidad de diagnóstico clínico, dado que no existen marcadores específicos. Fue descrita por primera vez en adultos en 1971 por Bywaters. (1,2)

Su reconocimiento representa un desafío debido a la heterogeneidad de su presentación clínica y a la presencia de hallazgos de laboratorio inespecíficos. El diagnóstico se basa en criterios clínicos, como los de Yamaguchi, (Fig. 1) y en la exclusión de enfermedades infecciosas, neoplásicas y autoinmunes. (1)

La ESA presenta una baja incidencia, estimada en 0,2 a 0,4 casos por 100.000 personas/año, con una

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE YAMAGUCHI (1992)	
CRITERIOS MAYORES	
Fiebre hasta 39 o C de una semana o más de duración.	
Artralgias o artritis por dos semanas o más.	
Rash característico, macular o maculopapular no pruriginoso de color asalmonado, usualmente en tronco y extremidades.	
Leucocitosis $\geq 10,000/\mu\text{L}$ con $\geq 80\%$ neutrofilia.	
CRITERIOS MENORES	
Dolor faríngeo.	
Linfoadenopatías.	
Hepatomegalia o esplenomegalia.	
Anormalidades en la función hepática.	
Factor Reumatoide y Anticuerpos Antinucleares negativos.	
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
Infecciones	
Enfermedades malignas	
Otras conectivopatías: Lupus Eritematoso Sistémico o vasculitis	
Para considerar la presencia de esta enfermedad se necesitan cinco criterios de los cuales dos son mayores y que no presenten criterios de exclusión. Sensibilidad: 96.2%. Especificidad: 92.1%.	

Fig. 1. Criterios de Yamaguchi

distribución etaria bimodal, con picos entre los 15-25 y 36-46 años, aunque puede presentarse en edades más avanzadas. (2,3) En Argentina, los datos epidemiológicos son limitados y provienen principalmente de reportes de casos y series pequeñas. (4)

Dado su potencial gravedad y la dificultad diagnóstica, resulta fundamental un alto índice de sospecha para un reconocimiento y tratamiento oportunos. (4,5,10)

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de enfermedad de Still del adulto y destacar aspectos relevantes para su diagnóstico y manejo.

Se presenta un caso clínico de enfermedad de Still del adulto en una paciente internada en el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina). Se describen las características clínicas, estudios complementarios realizados, proceso diagnóstico, tratamiento instaurado y evolución clínica.

Se realizó además una revisión narrativa de la literatura sobre enfermedad de Still del adulto. La búsqueda bibliográfica se efectuó en bases de datos electrónicas, incluyendo PubMed y Google Scholar, así como en otras bibliotecas virtuales. Se incluyeron consensos actuales, revisiones y reportes de casos relevantes, priorizando publicaciones relacionadas con diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 20 años, sin antecedentes patológicos de relevancia, usuaria de dispositivo intrauterino (DIU), con antecedente reciente de internación por fiebre y lesiones cutáneas.

consulta por cuadro de 6 días de evolución caracterizado por fiebre diaria, poliartralgias, debilidad muscular, dolor abdominal y exantema maculopapular evanescente coincidente con los picos febriles.

Al ingreso se encontraba febril y taquicárdica, con dermatosis no pruriginosa a predominio de miembros. (Fig. 2.). El laboratorio evidenció leucocitosis con neutrofilia y serologías virales negativas. Estudios por imágenes (tomografía, ecocardiograma y ecografía abdominal) sin hallazgos relevantes.

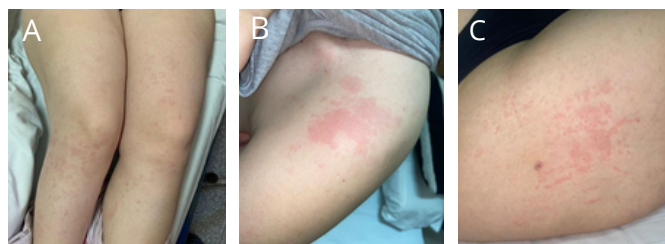


Fig. 2. Erupciones cutáneas. A: Miembros inferiores. B: Hombro. C: Miembro inferior derecho

Durante la internación se constata ferritina elevada (329 ng/ml), con resto de estudios inmunológicos sin alteraciones significativas, excepto FAN positivo 1/80 en la evolución. Se descartaron causas infecciosas, autoinmunes y oncohematológicas mediante estudios complementarios, incluyendo frotis de sangre periférica sin hallazgos patológicos. Intercurió con infección urinaria por Enterococcus faecalis y posterior aislamiento de Enterococcus faecium en DIU, que se retira, con adecuada respuesta a tratamiento antibiótico dirigido.

La biopsia cutánea mostró infiltrado inflamatorio dérmico superficial compatible con enfermedad de Still del adulto. La paciente cumplía criterios de Yamaguchi (fiebre prolongada, rash típico, artralgias >2 semanas y leucocitosis con neutrofilia, con odinofagia como criterio menor).

Se inició tratamiento con corticoides sistémicos, con evolución favorable, permaneciendo afebril a las 72 horas, por lo que se otorgó el alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio por reumatología.

DISCUSIÓN

Se presenta el caso de una paciente joven con síndrome febril agudo, rash evanescente y leucocitosis marcada, asociado a elevación de ferritina y reactantes de fase aguda, configurando un cuadro compatible con un síndrome inflamatorio sistémico.

La enfermedad de Still del adulto (ESA) representa un desafío diagnóstico debido a su presentación inespecífica, lo que obliga a excluir múltiples etiologías infecciosas, neoplásicas y autoinmunes. En este caso, se realizó una evaluación exhaustiva que incluyó estudios por imágenes y ecocardiograma, sin hallazgos patológicos, así como estudios de laboratorio que permitieron descartar otras causas de fiebre persistente.

La aplicación de los criterios de Yamaguchi resultó fundamental para orientar el diagnóstico. La paciente cumplía criterios mayores (fiebre ≥ 39 °C, rash evanescente y leucocitosis con neutrofilia) y menores (odinofagia y reactantes de fase aguda elevados). Si bien presentó FAN positivo en bajo título, la ausencia de otros criterios clínicos de conectivopatía lo interpretó como un hallazgo inespecífico.

Un aspecto destacable de este caso es el aporte de la biopsia cutánea, cuyos hallazgos fueron compatibles con ESA. Si bien no constituye un estudio diagnóstico de rutina, su utilidad ha sido descrita en series de casos, aportando información complementaria en contextos de diagnóstico incierto.

El tratamiento con corticoides sistémicos se asoció a una rápida mejoría clínica, con resolución de la fiebre en 72 horas, en concordancia con la evidencia que los posiciona como primera línea en formas sistémicas.

Este caso resalta la importancia de considerar la ESA en el diagnóstico diferencial de fiebre prolongada en pacientes jóvenes, así como el valor de un abordaje sistemático y multidisciplinario para lograr un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.

CONCLUSIÓN

La enfermedad de Still del adulto debe considerarse en pacientes con fiebre prolongada, rash evanescente y síndrome inflamatorio sistémico sin causa evidente. Un abordaje diagnóstico sistemático, junto con el uso de criterios clínicos y herramientas complementarias, permite un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz, mejorando la evolución clínica.

Conflictos de Interés :Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito.

Recibido: 18/03/2026 Aceptado: 21/04/2026

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Asanuma YF, Mimura T, Tsuboi H, et al. Encuesta epidemiológica nacional de 169 pacientes con enfermedad de Still en adultos en Japón. *Mod Rheumatol* 2015; 25:393.
- 2.- Erthimiou P, Kontzias A, Ward CM, Ogden NS. Adult-onset Still's disease: ¿Can recent advances in pathogenesis and immunobiology pave the way for targeted therapy? *Expert Rev Clin Immunol*. 2009;5(5):633-649.
- 3.- Gerfaud-Valentin M, Jamilloux Y, Iwaz J, Sève P. Adult-onset Still's disease. *Autoimmun Rev*. 2014;13(7):708-722.
- 4.- Gerfaud-Valentin, Mathieu MD; Maucourt-Boulch, et al. Enfermedad de Still del adulto: Manifestaciones, tratamiento, resultados y factores pronósticos en 57 pacientes. *Medicina* 93(2);p 91-99, marzo de 2014.
- 5.- Giacomelli R, Ruscitti P, Shoenfeld Y. A comprehensive review on adult-onset Still's disease. *J Autoimmun*. 2018;93:24-36.
- 6.- Grom AA, Ilowite NT, Pascual V. Still's disease. In: Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR, editors. *Kelley and Firestein's Textbook of Rheumatology*. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021. p. 1411-26.
- 7.- J.A. Castellano Cuesta(1), M.I. Tévar Sánchez(2), N. Fernández-Llanio Comella(1), J.R. Corts Giner(3), F.J. Pastor Oliver(4). (1)Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. Enfermedad de still del adulto. 2011;19.
- 8.- Javaux C, El-Jammal T, Neau PA, et al. Detección y predicción del síndrome de activación de macrófagos en la enfermedad de Still. *J Clin Med* 2021; 11.
- 9.- Kalyoncu U, Solmaz D, Emmungil H, Yazici A, Kasifoglu T, Kimyon G, et al. Response rate of biologic agents in adult onset Still's disease: a multicentre, retrospective, observational study. *Clin Exp Rheumatol*. 2017;35(1):150-7.
- 10.- Riera E, Olivé A. Enfoque diagnóstico y terapéutico de la enfermedad de Still del adulto. *Reumatol Clin*. 2012;8(2):65-69.
- 11.- Ruscitti P, Giacomelli R. Pathogenesis and management of adult-onset Still's disease: up-to-date evidence. *Nat Rev Rheumatol*. 2018;14(9):580-92.
- 12.- Vega, Yeimy, Barragán, Paula, Gómez, Ramiro, Giardullo, Constanza, Sola, María Fernanda, Caldas, Marcelo, & Martínez, Marina. (2023). Enfermedad de Still del adulto: serie de casos. *Revista argentina de reumatología*, 34(2), 66-68.
- 13.- Yamaguchi M, Ohta A, Tsunematsu T, et al. Preliminary criteria for classification of adult Still's disease. *J Rheumatol*. 1992;19(3):424-430.

ESCRIBIR(SE) PARA APRENDER: AUTORÍA DE PENSAMIENTO Y PRODUCCIÓN SIMBÓLICA EN LA CLÍNICA PSICOPEDAGÓGICA

WRITING(ONESELF) TO LEARN: AUTHORSHIP OF THOUGHT AND SYMBOLIC PRODUCTION IN PSYCHOPEDAGOGICAL CLINIC

AUTORES: SPINELLI, AGUSTINA*; LIC. MICONE, FERNANDA**

LUGAR DE TRABAJO: PSICOPEDAGOGÍA - SERVICIO DE PEDIATRÍA - HOSPITAL DE AGUDOS
CARLOS G. DURAND - AV. DIAZ VELEZ 5044- C.P. 1405 - CABA, ARGENTINA.

*RESIDENTE DEL EQUIPO DE PSICOPEDAGOGÍA - SERVICIO DE PEDIATRÍA

**COORDINADORA DE RESIDENCIA DE PSICOPEDAGOGÍA



ABSTRACT:

This article emerges from two clinical experiences within the framework of the Psychopedagogy Residency at the Carlos G. Durand General Hospital. Based on two clinical vignettes—one involving a school-aged child and the other an adolescent—it aims to reflect on the role of authorship of thought, writing, and symbolic production as central dimensions of psychopedagogical practice.

From a perspective that integrates contributions from psychoanalysis and constructivism, the article analyzes the clinical and institutional conditions that enable a subject to appropriate their own speech, history, and knowledge. Through scenes involving play, relationships with family caregivers, and written language as testimony, the psychopedagogical intervention is examined beyond deficit-based or diagnostic approaches.

The vignettes show that when clinical practice is guided by listening, respect for singularity, and symbolic authorization, it becomes possible for the subject to write themselves and think themselves—thus opening a path toward learning.

RESUMEN:

El presente artículo surge de dos experiencias clínicas en el marco de la Residencia de Psicopedagogía del Hospital de Agudos Carlos G. Durand. A partir de dos viñetas —una con un niño en edad escolar y otra con una adolescente— se propone reflexionar sobre el papel de la autoría de pensamiento, la escritura y la producción simbólica como dimensiones centrales de la clínica psicopedagógica.

Desde una perspectiva que articula aportes del psicoanálisis y del constructivismo, se analizan las condiciones clínicas e institucionales que posibilitan que un sujeto se apropie de su decir, de su historia y del saber. A través de escenas que incluyen el juego, el vínculo con los referentes familiares y la palabra escrita como testimonio, se busca pensar la intervención psicopedagógica más allá del déficit o del diagnóstico.

Las viñetas muestran que cuando la clínica se orienta por la escucha, el respeto por la singularidad y la habilitación simbólica, se vuelve posible que el sujeto se escriba y se piense, abriendo camino al aprendizaje.

Keywords: Authorship of thought- Writing - Subjectivity - Playing - Psychopedagogical clinical practice -Symbolic production

Palabras clave: Autoría de pensamiento - Escritura - Subjetividad - Juego - Clínica psicopedagógica - Producción simbólica

INTRODUCCIÓN

¿Qué hace que un niño o una adolescente se apropien de lo que dicen, de lo que escriben, de lo que piensan? ¿Cómo se produce un movimiento que transforme la repetición del deber escolar en una producción subjetiva? ¿Qué lugar tiene la escritura, el juego o la palabra en ese pasaje?

En el presente artículo se desarrollan dos viñetas clínicas que tuvieron lugar durante el primer año de la residencia en psicopedagogía en el Hospital de Agudos Carlos G. Durand. Lejos de pretender ofrecer un modelo de intervención, se trata de recuperar escenas en las que se vuelve posible leer ciertos movimientos subjetivos que hacen lugar a la apropiación simbólica del saber. Movimientos que no siempre se traducen en mejoras escolares inmediatas, pero que, desde una ética de la escucha, indican una transformación clínica significativa. La primera viñeta tiene como protagonista a Juan, un niño de once años derivado por dificultades escolares. La segunda, a Ximena, una adolescente que se involucra con la escritura desde un lugar inicialmente distante. Ambas escenas, en su singularidad, se encuentran atravesadas por una misma pregunta: ¿cómo

habilitar un espacio en el que el sujeto se sienta autorizado a escribir(se), a narrar(se), a pensarse? Y también: ¿qué lugar tiene el trabajo clínico para alojar esa producción sin reducirla ni normativizarla?

A partir de estas experiencias, se propone reflexionar sobre las condiciones clínicas que permiten el pasaje del silencio o la repetición a una producción simbólica con autoría. La escritura, ya sea literal o metafórica, será leída aquí como gesto de apropiación subjetiva. Escribir(se) no como tarea escolar, sino como acto clínico.

Juan. La puerta como intervención clínica

Juan tiene once años. Llega al equipo de psicopedagogía derivado desde pediatría del Hospital Ramos Mejía. En el primer encuentro se presenta su madre, y son sus palabras las que inauguran la escena clínica:

“Ellos son mis pollitos.”

“Cuando Juan nació era igual que sus hermanos, todos eran iguales al mayor.”

“Solemos quedarnos en casa, están siempre conmigo, dejamos que pasen las horas.”

“Tal vez no conozco bien a mi hijo, no sé a qué le gusta jugar.”

Estas frases resonaron en mí como preguntas abiertas: ¿qué lugar tiene Juan en ese entramado familiar? ¿Hay posibilidad de diferenciación subjetiva entre él y sus hermanos? ¿Cómo leer ese “tal vez no lo conozco bien”?

Desde una perspectiva psicoanalítica, sabemos que el modo en que un sujeto se inscribe en el deseo del Otro incide profundamente en la constitución del yo y en la posibilidad de producir pensamiento propio. Tal como señala Piera Aulagnier (2004), el niño necesita espacios donde separarse de los significantes impuestos, donde decir algo propio sin quedar capturado en los dichos del entorno. En las primeras entrevistas, no era evidente que Juan contara con esos espacios.

En las sesiones individuales, al ofrecerle distintos materiales de juego, Juan quedaba en una suerte de espera pasiva. No elegía. Me miraba, como preguntando sin palabras qué debía hacer. Me pregunté entonces si esa inhibición era un modo de no fallar, de no errar ante el otro. Baraldi (2005) señala que para que un niño pueda aprender, primero necesita construir su cuerpo y habitar su

palabra. ¿Qué pasaba en Juan con ese cuerpo y con esa palabra? ¿Qué lugar había tenido —si lo había tenido— para decidir, equivocarse, jugar?

Su madre, por su parte, permanecía siempre junto a la puerta del consultorio. No ingresaba, pero tampoco se retiraba. Cada vez que Juan salía, ella preguntaba con tono ansioso:

“¿Cómo estuvo Juan hoy?”

“¿Cómo viene con sus materias?”

“¿Aprendió algo?”

Ese modo de consulta sostenía una lógica de control que me convocaba, una y otra vez, a delimitar el encuadre y a restituir el sentido del espacio psicopedagógico. Fue necesario trabajar con ella para alojar su propia demanda, más allá del rendimiento escolar de su hijo.

Durante el proceso evaluativo se hicieron visibles ciertas dificultades en la producción simbólica. La oralidad era escasa. Las frases eran breves, casi funcionales. Me preguntaba entonces si Juan sabía qué le gustaba, si podía representar lo que deseaba. Aulagnier (2004) habla de la importancia de un espacio que autorice el despliegue de la actividad representacional. Sin esa posibilidad, el pensamiento queda preso de una lógica adaptativa, sin autoría ni deseo.

Fue entonces cuando propuse, en una de las entrevistas familiares, compartir un juego con Juan y su madre. Ella aceptó, no sin incomodidad. No recordaba cuándo había sido la última vez que jugaron. Durante la actividad, no entendía bien las consignas, y se mostraba torpe. Juan, en un movimiento inesperado, tomó la iniciativa: le explicó las reglas, le ofreció ayuda, incluso la “dejó ganar”. Aquella escena desplazó los lugares habituales. La madre dejó de ser quien sabía, quien controlaba. Juan pudo ocupar otro lugar: el de quien guía, propone, acompaña.

Ese momento condensó, de forma lúdica, una serie de movimientos clínicos. La madre comenzó a cambiar su modo de dirigirse al espacio. Dejó de preguntar por las materias. Empezó a registrar gestos subjetivos:

“Hoy lo vi más suelto.”

“Me dijo que quería jugar a ese juego de nuevo.”

“Me contó que en el consultorio se siente bien.”

A la vez, en Juan comenzaron a verse pequeños desplazamientos: aparecieron iniciativas, comentarios, preguntas. Empezó a nombrar lo que

sentía, a decir lo que pensaba. En una de las sesiones, al llegar al hospital, golpeó la puerta y dijo:

“Soy Juan, estoy buscando a Agus.”

Aquella frase, mínima en apariencia, fue para mí un acto clínico. En ella se condensaba la emergencia de un sujeto que se nombra, que sabe a qué viene, que puede decir lo que quiere. Esa puerta —la puerta del consultorio—, tantas veces pensada como un límite, se volvió allí una metáfora: abrirla, golpearla, nombrarse fue también abrir otra cosa. Fue tocar la puerta de la palabra, de la autoría, de la posibilidad de aprender.

Ximena. La escritura como habilitación simbólica

Ximena tiene trece años. Llega al equipo de psicopedagogía del Hospital Durand en 2021, luego de que su psicopedagoga de cabecera pasara a rotar electivamente. Me proponen continuar su tratamiento. Desde los primeros encuentros, observo que se trata de una joven a la que le gustan los juegos de mesa. Los conoce en detalle y exige el cumplimiento exacto de cada una de las reglas. No admite perder. A lo largo de las sesiones, esta elección se repite una y otra vez. Le propongo escribir. Se niega. Le propongo leer. Peor. “Eso no me gusta, eso no me sale. No puedo.” Probar con números parece más posible, aunque la posición subjetiva se mantiene: hay desgano, hay rechazo.

Poco a poco comienzo a pensar que Ximena no está sólo alejada de los contenidos escolares, sino que hay algo en su propio posicionamiento subjetivo que imposibilita cualquier acercamiento. Me encuentro con muchas negativas: “esto no quiero”, “esto tampoco”. Le devuelvo la posibilidad de elegir qué hacer, pero sus respuestas son siempre “no sé”. El silencio invade el espacio y la única alternativa viable siguen siendo los juegos con reglas.

Llevo la situación a supervisión. Surgen cuestiones familiares por trabajar, pero también algo clave: la necesidad de acompañar su pasaje al nivel secundario. Raquel me dice:

“Agus, ella tiene que sentirse alojada, tiene que saber que vos la esperás y la escuchás... historizá, Agus, historizá.” No sé bien qué hacer con esa indicación, pero la tomo. La dejo trabajar en mí. Y entonces, una escena cotidiana se vuelve una pista

clínica: escucho a una colega proponer a un grupo nuevo una actividad de collage. Mientras escribo la supervisión para mis compañeras, siento que por ahí puede haber una puerta.

En la sesión siguiente llevo revistas y tijeras. Le propongo buscar cosas que le gusten, recortarlas y pegarlas. Ximena me mira. Sin decir nada, toma la tijera y comienza a trabajar. Se enfoca. Recorta partes de cuerpos, remeras, cabezas, perfumes. Desarma imágenes y arma nuevas. Con precisión quirúrgica, construye cuerpos inventados. Cuerpos posibles.

En ese recorte, algo comienza a modificarse. Fernández (2002) retoma a Aulagnier para plantear que en la adolescencia se juega una escena fundante: narrarse a sí mismo. El sujeto necesita devenir biógrafo de su historia, autor de un relato propio. Ximena no puede —todavía— contar en palabras lo que le pasa, pero arma, corta, inventa. Produce.

Comienza a llegar a las sesiones con entusiasmo. Me abraza. Me dice:

“Agus, traé la revista, tenemos que seguir cortando”.

Hasta que un día propone:

“Tenemos que hacer un libro.”

Empieza a decir cómo será: qué producciones irán en cada hoja, qué colores usaremos, qué materiales, qué título tendrá. Nunca la había visto tan activa, tan decidida, tan posicionada.

Al terminar las sesiones no quiere irse. Me pide un ratito más. Mientras yo escribo certificados, ella sigue recortando. Entiendo que el trabajo con Ximena no pasa por cuánto sabe escribir o cuánto suma. El eje, como me dijo Raquel, es el alojamiento subjetivo.

En palabras de Cantú (2014), los niños no se vinculan con cualquier objeto de conocimiento, sino con aquellos que pueden prometer una satisfacción representacional. La tarea clínica consiste en ofrecer condiciones para que esa satisfacción sea posible, para que algo del deseo circule. El libro que Ximena propone no es tarea escolar, es objeto transferencial.

Cuando le pregunto qué quiere hacer con el libro, responde:

“¿Para quién es?”

Pienso en Derrida (1989), cuando dice que la escritura exige un destinatario, incluso en su

ausencia. Me aparece una intervención:

“Si te parece, puede verlo A.”

Levanta la cabeza. Me pregunta quién es A. Le cuento que es otra adolescente con la que también estoy armando un libro. Se queda muda unos segundos y después lanza una seguidilla de preguntas:

“¿Ella va a ver el nuestro? ¿Puedo ver el de ella? ¿Le va a gustar? Este libro hay que hacerlo muy bien si lo va a ver A.”

Esa sesión marca un giro de 180°. La dedicación, ya presente, se intensifica. Cuida cada página, cada recorte, cada palabra. Decide que también va a dejarle una carta.

“Por si no entiende lo que quisimos poner en cada hoja.”

Lo que había comenzado como un collage sin palabras se transforma en una producción escrita dirigida a un otro. Deja de ser pura imagen. Aparece la narración, el orden, la necesidad de que se entienda. Y, sobre todo, aparece la posibilidad de sostener una posición en el decir.

Una sesión más tarde, discutimos cómo se escribe “labasto”:

“¡El shopping! ¿No lo conocés Agus?”

“Ah... el Abasto...”

“¡No! Yo le digo labasto.”

Debatimos. Consultamos. Pregunta a otras psicopedagogas. Quiere saber, pero también defender su versión. Es en esa escena donde la escucho, por primera vez, sostener una idea, argumentar, dudar y volver a decir. Para mí no importa si es correcto o no en términos ortográficos. Lo importante es que es su palabra, es su posición.

En la última etapa del proyecto, escribimos juntas una carta para A. La pasa en limpio, la decora. Me dice que quiere que sea en una hoja “más linda”. Ximena ahora disfruta de escribir y de escribirle a otros. El libro, que nació como una excusa, se volvió un lugar. Un espacio simbólico donde su palabra pudo alojarse.

Análisis comparativo: autoría, producción simbólica y habilitación del decir.

Las viñetas de Juan y Ximena, aunque diferentes en sus escenarios, edades y estilos subjetivos, permiten pensar puntos de encuentro en relación con los procesos que habilita la clínica psicopedagógica cuando se orienta por la escucha

y la singularidad. En ambos casos, la intervención se dirigió a abrir una posibilidad de apropiación simbólica: de la palabra, del juego, de la producción, de sí.

En el caso de Juan, ese pasaje se produjo a través del juego compartido con su madre. La escena de la puerta, cuando dice “soy Juan, estoy buscando a Agus”, condensa un gesto clínico que excede lo escolar: el de un sujeto que se inscribe, que se nombra, que se dirige a alguien. La intervención con los referentes permitió un reordenamiento de posiciones en el lazo familiar, donde Juan pudo dejar de ser el niño observado para devenir un sujeto con iniciativa.

En Ximena, ese movimiento se hizo posible a través del collage y de la escritura. El proyecto del libro —nacido del recorte— devino una producción con destinataria, con carta, con forma. En el debate sobre cómo se escribe “labasto”, Ximena no sólo pregunta, sino que sostiene una hipótesis. Su palabra no busca ajustarse a una norma escolar: se vuelve propia, defendible, discutible. Tal como lo plantea Fernández (2014), la autoría de pensamiento no refiere a escribir bien, sino a poder decir “esto lo pienso yo”, aún en el borde del error.

Ambos casos nos recuerdan que la posibilidad de aprender —en su sentido profundo— requiere que el sujeto pueda alojarse simbólicamente en lo que produce. Cantú (2014) señala que no hay vínculo con el saber si ese saber no se inscribe en un circuito de satisfacción representacional. En otras palabras: no hay deseo de aprender si no hay algo propio en juego. La clínica, cuando no borra la singularidad en nombre del rendimiento, puede habilitar esa apropiación.

La transferencia, en este marco, no es solo vínculo afectivo. Es condición para que la palabra se ponga en juego. Como sugiere Derrida (1989), escribir exige un otro, incluso cuando no está presente. Juan dice a quién viene a ver. Ximena escribe una carta a una par imaginada. En ambos, la palabra circula, se dirige, se habita.

REFLEXIONES FINALES

Estas escenas clínicas muestran que la práctica psicopedagógica puede ser un espacio de transformación subjetiva, no por lo que enseña, sino por lo que habilita. Aprender, en clave clínica, no es repetir ni adaptarse. Es poder alojarse en un

vínculo, producir algo propio, dejar una huella.

Como residente, estos recorridos me enseñaron que muchas veces lo más potente no se planifica. Que la escucha produce. Que intervenir no es responder, sino sostener preguntas. Y que la clínica psicopedagógica, cuando se construye en el entre, puede ser un lugar para aprender a decir(se), a escribir(se), a pensar(se).

Sostener la clínica desde la ética del deseo y de la escucha no es sencillo en contextos que demandan resultados rápidos, informes estandarizados o diagnósticos que se ajusten a protocolos. Pero justamente allí se vuelve vital la posibilidad de abrir espacio a lo inesperado. Juan no vino a aprender mejor matemática. Ximena no vino a mejorar su caligrafía. Pero ambos salieron diciendo algo que antes no podían. Eso, desde mi mirada, es un efecto clínico. Porque escribir(se), en el marco de un lazo que aloja, es también aprender.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.
Recibido: 20/03/26- Aceptado: 14/04/26

BIBLIOGRAFÍA

1. Aulagnier, P. (2004). La violencia de la interpretación. Buenos Aires: Amorrortu. (Obra original publicada en 1975).
 2. Baraldi, C. (2005). Jugar es cosa seria. Rosario: Homo Sapiens.
 3. Cantú, G. (2014). Lectura y subjetividad en el diagnóstico psicopedagógico. Buenos Aires: Noveduc.
 4. Derrida, J. (1989). Firma, acontecimiento y contexto. París: Seuil.
 5. Fernández, A. (2002). Poner en juego el saber. Buenos Aires: Nueva Visión.
 6. Fernández, A. (2014). La construcción del saber. Buenos Aires: Nueva Visión.
 7. Frigerio, G. (1993). ¿Se han vuelto inútiles las instituciones educativas?. Buenos Aires: Tesis-Norma.
-

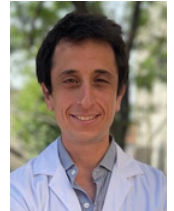
MANEJO DE LESIONES TRAUMATICAS DE PLEXO BRAQUIAL: PRIMERA SERIE DE CASOS REPORTADA EN UN HOSPITAL DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

MANAGEMENT OF TRAUMATIC BRACHIAL PLEXUS INJURIES: FIRST CASE SERIES REPORTED IN A BUENOS AIRES CITY HOSPITAL

AUTORES: MATIAS A. DORMAN**, LUCAS TOIBARO*

LUGAR DE TRABAJO: SECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA. - HOSPITAL CARLOS G, DURAND -
AV DIAZ VELEZ 5044- CP: 1405 - CABA. ARGENTINA

*JEFE DE SECCIÓN
**MÉDICO DE PLANTA



ABSTRACT

INTRODUCTION: Brachial plexus reconstruction has evolved significantly through advanced nerve transfer techniques (neurotization) using various donor nerves and the optimization of end-to-end repair techniques.

OBJECTIVE: To describe the initial experience in the diagnostic and surgical management of traumatic brachial plexus injuries at Hospital Carlos G. Durand.

MATERIALS AND METHODS: A retrospective study was conducted including patients who underwent surgery between January 2024 and March 2026. Clinical records, surgical logs, and imaging studies were reviewed. Preoperative variables included type of injury, nerves involved, motor deficit assessed using the Medical Research Council (MRC) scale, and sensory disturbances. Surgical techniques were classified as neurotization, neuroorrhaphy, and neurolysis. A minimum follow-up of 6 months was required, evaluating motor and sensory recovery as well as postoperative complications.

RESULTS: Fourteen patients were included. The most frequently targeted muscles were the biceps brachii (57.1%) and shoulder musculature (35.7%). Neurotization was the most commonly performed technique (71.4%), followed by neuroorrhaphy (21.4%) and neurolysis (7.1%). Motor function improvement was observed in 78.6% of patients. Postoperative MRC grading showed a shift toward higher grades, with a reduction in M0 cases (from 12 to 2) and an increase in M4-M5 (from 1 to 10 patients), with a median improvement of 4 points. Statistical analysis using the Wilcoxon test demonstrated a significant difference between pre- and postoperative status ($p = 0.0028$). All patients with preoperative pain reported improvement, and no surgical complications were observed.

CONCLUSIONS: Reconstructive surgery for brachial plexus injuries is an effective strategy for functional recovery of the upper limb, with a high rate of motor improvement. Neurotization emerges as the predominant technique in complex injuries, enabling restoration of key functions such as elbow flexion and shoulder mobility.

perfeccionamiento de las técnicas de neurotización con diversos nervios donantes y la optimización de las anastomosis término-terminales.

OBJETIVO: Describir la experiencia inicial en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de lesiones traumáticas del plexo braquial en el Hospital Carlos G. Durand.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes operados entre enero de 2024 y marzo de 2026. Se analizaron historias clínicas, registros quirúrgicos e imágenes. Se evaluaron variables preoperatorias como tipo de lesión, nervios comprometidos, déficit motor según escala MRC y alteraciones sensitivas. Las técnicas quirúrgicas se clasificaron en neurotización, neurorrafia y neurolisis. El seguimiento mínimo fue de 6 meses, valorando la evolución motora, sensitiva y la aparición de complicaciones.

RESULTADOS: Se incluyeron 14 pacientes. Los músculos diana para reinervación fueron el bíceps braquial (57,1%) y la musculatura del hombro (35,7%). La técnica más empleada fue la neurotización (71,4%), seguida de neurorrafia (21,4%) y neurolisis (7,1%). El 78,6% de los pacientes mostró mejoría de la función motora. La escala MRC evidenció un desplazamiento hacia grados superiores, con reducción de pacientes en M0 (de 12 a 2) y aumento en M4-M5 (de 1 a 10), con una mediana de mejoría de 4 puntos. El análisis con test de Wilcoxon demostró diferencias significativas ($p = 0,0028$). Todos los pacientes con dolor presentaron mejoría y no se registraron complicaciones.

CONCLUSIONES: La cirugía reconstructiva del plexo braquial es una estrategia eficaz para la recuperación funcional del miembro superior, con alta tasa de mejoría motora. La neurotización se destaca como técnica principal en lesiones complejas, favoreciendo la recuperación de funciones clave como la flexión del codo y la movilidad del hombro.

Keywords: Brachial Plexus, Nerve Transfer, Reconstructive Surgical Procedures

Palabras Clave: Plexo Braquial, Transferencia de Nervio, Procedimientos de Cirugía Reconstructiva

RESUMEN

INTRODUCCION: Las técnicas de reconstrucción del plexo braquial han evolucionado significativamente mediante el

INTRODUCCIÓN

La cirugía reconstructiva de las lesiones del plexo braquial ha tenido una importante evolución en los últimos 40 años, producto del desarrollo de la técnica de neurotización de los ramos terminales del plexo braquial mediante diferentes nervios dadores¹⁻⁴, así como también con la evolución de las técnicas de reconstrucción termino-terminal. En estas técnicas se utiliza un nervio dador, con función preservada para realizar una anastomosis con el nervio disfuncionante al cual se desea tratar. Esto aplica en el caso de no ser posible una reparación primaria, es decir, una neurorrafia termino terminal del nervio afectado, siendo lo más frecuente dado el tipo de mecanismo lesional en las lesiones traumáticas del plexo braquial. Las secuelas neurológicas producidas por esta afección son variables y dependen de los ramos afectados⁵. Las lesiones de plexo braquial propiamente dichas más frecuentes son las lesiones de Tronco superior (C5-C6), que afectan clásicamente la movilidad del hombro y flexión de codo, pudiendo asociarse o no a lesiones de C7 con compromiso de extensión de codo. Le siguen las lesiones completas de plexo braquial que implican un déficit completo en la movilidad del miembro afectado. Las lesiones traumáticas de los ramos terminales pueden ser únicas o múltiples y su expresión clínica varía según los nervios afectados

La elección de la técnica quirúrgica implica sacrificar la funcionalidad del grupo muscular inervado por el dador, por lo cual constituye un punto clave en el proceso terapéutico.

Las técnicas más comúnmente utilizadas incluyen las reconstrucciones termino-terminales de los nervios afectados con o sin injerto y las neurotizaciones extraplexuales (utilizando como dadores nervios tales como el espinal, frénico, intercostales, C7 contralateral) y/o intraplexuales (tríceps-axilar, Oberlin, pectoral medial-tríceps).

Las lesiones traumáticas del plexo braquial resultan frecuentemente en un déficit neurológico que condiciona una incapacidad del paciente para realizar movimientos habituales de la vida cotidiana derivando en una disminución de la calidad de vida. La técnica de reconstrucción microquirúrgica del plexo braquial tiene por objetivo restituir al menos parcialmente dichos movimientos mediante anastomosis nerviosas y una correcta rehabilitación kinésica motora postquirúrgica.

OBJETIVO

Reportar la experiencia inicial de manejo diagnóstico y terapéutico de la cirugía reconstructiva de lesiones traumáticas de Plexo Braquial en el Hospital Carlos G. Durand desde el año 2024 hasta marzo de 2026.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de los casos quirúrgicos de nervio periférico operados por la Sección de Neurocirugía del Hospital Carlos G. Durand entre enero de 2024 y marzo de 2026. Se utilizaron para ello los registros electrónicos de historia Clínica (Sigehos) libro quirúrgico de quirófano central, registros propios de la Sección de Neurocirugía, imágenes e historia clínica en papel. Se analizaron las siguientes variables prequirúrgicas: tipo de lesión, nervios afectados, déficit motor (M0 - 5) y alteraciones sensitivas (parestias, hipoestesia, anestesia y dolor de acuerdo con la escala análoga visual). Se registro el tipo de cirugía realizada para cada caso accediendo al protocolo quirúrgico correspondiente con descripción de los nervios dadores y nervios receptores. En el seguimiento postquirúrgico se evaluó la evolución del déficit motor, los trastornos sensitivos y la herida quirúrgica.

Los criterios de inclusión fueron: lesiones traumáticas del plexo braquial de menos de 18 meses de evolución, pacientes adherentes a la rehabilitación kinésica motora indicada y seguimiento mínimo de 6 meses luego de la cirugía en forma mensual.

ID	Tipo de lesión	Nervio afectado	Motor pre (MRC)	Técnica quirúrgica	Nervio dador	Nervio receptor	Motor post (MRC)
1	Ramo terminal	Mediano	M0	Neurorrafia	Mediano	Mediano	M5
2	Plexo braquial	Tronco superior	M0	Oberlin I-II	Mediano/Cubital	Musculocutáneo	M4
3	Plexo braquial	Lesión completa	M0	Neurotización	Espinal	Musculocutáneo	M3
4	Plexo braquial	Tronco sup + C7	M0	Neurotización	Espinal/Mediano	Supraescapular + Musculocutáneo	M4
5	Plexo braquial	Tronco sup + C7	M0	Neurotización	Espinal/Mediano/Cubital	Supraescapular + Musculocutáneo + Axilar	M4
6	Ramo terminal	Mediano	M0	Neurorrafia	Mediano	Mediano	M5
7	Plexo braquial	Tronco superior	M2	Neurolisis	—	—	M4
8	Plexo braquial	Lesión completa	M0	Neurotización	Espinal / Frénico	Supraescapular + Musculocutáneo	M3
9	Plexo braquial	Tronco superior + C7	M0	Neurotización	Espinal / C6 / Mediano-Cubital	Radial + DATS + Musculocutáneo	M4
10	Plexo braquial	Axilar	M0	Neurotización	Tríceps	Axilar	M4
11	Plexo braquial	Tronco superior	M0	Neurotización	Espinal	Supraescapular	M4
12	Plexo braquial	Lesión completa	M0	Neurotización	Espinal	Musculocutáneo	M0
13	Plexo braquial	Lesión completa	M0	Neurotización	Espinal	Musculocutáneo	M0
14	Nervio periférico	Mediano + cubital	M5	Neurorrafia	Nervios digitales	Ramos digitales	M5

Tabla 1: detalle de diagnóstico prequirúrgico, técnica quirúrgica utilizada, nervio dador y receptor y resultado de la rehabilitación

RESULTADOS

A lo largo del periodo comprendido entre enero de 2024 y marzo de 2026 se realizaron 19 cirugías de nervio periférico a cargo de la Sección de Neurocirugía del Hospital Carlos G. Durand. De ellas 14 fueron microcirugías reconstructivas del plexo braquial o sus ramos terminales, 1 cirugía resectiva de tumor de nervio periférico y 4 cirugías de liberación (neurolysis).

La presentación clínica fue en todos los casos con déficit motor de diferentes grados y en diferentes grupos musculares, siendo más frecuente el compromiso de los flexores de codo y de la musculatura del hombro. El déficit motor prequirúrgico predominante fue de M0 en la escala de MRC, presentando solo un caso M5 con indicación quirúrgica por déficit sensitivo. El dolor neuropático asociado a la lesión neural estuvo presente en todos los casos.

Se accedió al detalle del protocolo quirúrgico a fin de registrar el diagnóstico prequirúrgico y la técnica utilizada en cada caso, la cual fue elegida de acuerdo al tipo de lesión (tabla 1). Se realizaron neurotizaciones, neurorrafias y neurolysis (tabla 2)

El seguimiento ambulatorio postquirúrgico de los pacientes mostró mejoría en la función motora en el 78,6% de los casos (tabla 3).

La distribución de la escala MRC evidenció un desplazamiento hacia grados superiores en el postoperatorio, con disminución de pacientes en M0 (de 12 a 2) y aumento en M4-M5 (de 1 a 10 pacientes) (grafico 1, grafico 2), tanto en la función del bíceps como el hombro (grafico 3, grafico 4). La mediana de mejoría fue de 4 puntos (tabla 4). El análisis estadístico mediante test de Wilcoxon demostró una diferencia significativa entre el pre y postoperatorio ($p = 0,0028$).

No se registraron complicaciones quirúrgicas y en todos los casos hubo mejoría del dolor y las parestesias.

DISCUSION

Numerosas técnicas microquirúrgicas para la reconstrucción del plexo braquial y sus ramos terminales han sido descritas. Cada una de ellas se aplican a diferentes casos teniendo en cuanto el ramo afectado y el grupo muscular a rehabilitar. Cuando no es posible una reconstrucción directa primaria de los ramos o raíces cervicales avulsionadas la neurotización mediante la utilización de dadores sanos es una alternativa viable y ampliamente probada en la literatura

Tipo de cirugía	n	%
Neurotización	10	71,4%
Neurorrafia	3	21,4%
Neurolysis	1	7,1%

Tabla 2. Frecuencia de técnicas quirúrgicas

Variable	Resultado
Total de pacientes	14
Mejoría motora ≥ 1 punto	11 (78,6%)
Sin mejoría	3 (21,4%)
Pacientes con M5 preoperatorio	1
Mediana de mejoría (ΔM)	4 puntos
Complicaciones	0%

Tabla 3.

Parámetro	Resultado
Mediana preoperatoria	M0
Mediana postoperatoria	M4

Tabla 4.

científica^{6,7,8}. En la serie de casos presentada en este trabajo se han utilizado diversas técnicas utilizando como dadores al nervio espinal accesorio hacia el nervio supraescapular a fin de recuperar la abducción y rotación externa del hombro⁹, o al nervio musculocutáneo para recuperación de flexión de codo; el nervio frénico al nervio musculocutáneo a fin de recuperar flexión del codo^{10, 11}, y los ramos motores del nervio cubital y mediano al ramo motor del bíceps braquial a fin de recuperar la flexión del codo¹².

Dos condiciones ajenas al acto quirúrgico per se influyen en forma determinante para el éxito del tratamiento de las lesiones traumáticas del plexo braquial: el tiempo de evolución de la lesión que no debe exceder el año (idealmente 6 meses) y una adecuada adherencia al tratamiento de rehabilitación kinésica motora postquirúrgica llevada a cabo por un equipo kinesiológico especializado. Ambos factores son de vital importancia a fin de lograr los resultados esperados. El proceso de regeneración axonal post quirúrgico se estima en 1 mm por día¹³, por lo cual el proceso de rehabilitación es prolongado, requiriendo hasta 1 año de tratamiento tomando en cuenta la longitud de la neurorrafia con injerto realizada en la cirugía. En este lapso es importante el tratamiento continuo, la adherencia del paciente y al apoyo psicológico. Los resultados muchas

veces se demoran en aparecer y es cuando el paciente debe mantenerse comprometido con la rehabilitación, llevada a cabo por un equipo kinesiológico especializado. Ambos factores son de vital importancia a fin de lograr los resultados esperados. El proceso de regeneración axonal post quirúrgico se estima en 1 mm por día¹³, por lo cual el proceso de rehabilitación es prolongado, requiriendo hasta 1 año de tratamiento tomando en cuenta la longitud de la neurorrafia con injerto realizada en la cirugía. En este lapso es importante el tratamiento continuo, la adherencia del paciente y al apoyo psicológico. Los resultados muchas veces se demoran en aparecer y es cuando el paciente debe mantenerse comprometido con la rehabilitación.

En consecuencia, el tratamiento de la patología traumática del plexo braquial requiere de una intervención multi e interdisciplinaria para llevar a cabo un proceso complejo y prolongado de selección del paciente candidato a cirugía, elección de la técnica quirúrgica adecuada, reconstrucción microneuroquirúrgica en el quirófano y rehabilitación kinésica motora con apoyo psicológico en el postquirúrgico. La confluencia de cada uno de estos pasos en forma adecuada hace al éxito del procedimiento terapéutico.

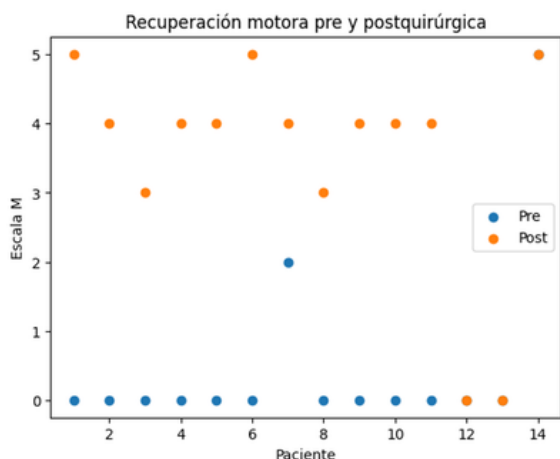


Gráfico 1. Se observa una mejoría individual en la escala motora, con desplazamiento desde valores iniciales predominantemente M0 hacia M3-M5 en el postquirúrgico.

CONCLUSION

La microcirugía reconstructiva de nervio periférico constituye un procedimiento con excelentes resultados en la recuperación de función de miembros superiores, reduciendo la discapacidad y mejorando la calidad de vida de los pacientes. Se ha desarrollado en el Hospital Carlos G. Durand un centro neuroquirúrgico para la resolución de este tipo de patologías con excelentes resultados en el periodo de tiempo descripto.

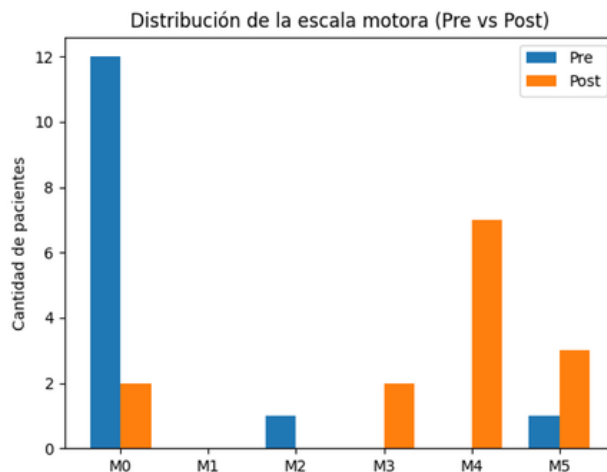


Gráfico 2. Se evidencia un desplazamiento de la distribución de la escala motora hacia grados superiores, con disminución de pacientes en M0 y aumento en M4-M5 en el postoperatorio.



Gráfico 3. Distribución de la función motora del bíceps braquial en el pre y postoperatorio. Cada punto representa un paciente.

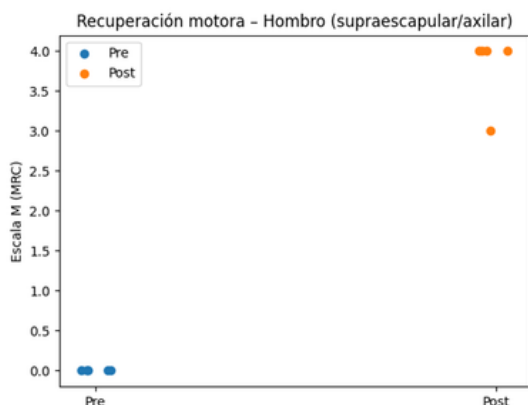


Gráfico 4. Distribución de la función motora del hombro en el pre y postoperatorio, en relación con los nervios supraescapular y axilar.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito.
Recibido: 01/04/2026 Aceptado: 27/04/2026

BIBLIOGRAFIA

- Friedman AH. Neurotization of elements of the brachial plexus. *Neurosurg Clin N Am.* 1991; 2:165-74.
- Friedman AH, Nunley JA, Goldner RD, et al. Nerve transposition for the restoration of elbow flexion following brachial plexus avulsion injuries. *J Neurosurg.* 1990; 72: 59-64.
- Gu YD, Ma MK. Use of phrenic nerve for brachial plexus reconstruction. *Clin Orthop Relat Res.* 1996; (323): 119-21.
- Kline DG. Perspectives concerning brachial plexus injury and repair. *Neurosurg Clin N Am.* 1991; 2:151-64.
- Luedemann W, Hamm M, Blömer U, et al. Brachial plexus neurotization with donor phrenic nerves and its effect on pulmonary function. *J Neurosurg.* 2002; 96: 523-6.
- McCillicuddy JE. Clinical decision making in brachial plexus injuries. *Neurosurg Clin N Am.* 1991; 2: 137-50.
- Oberlin C, Béal D, Leechavengyongs S, et al. Nerve transfer to the biceps muscle using a part of the ulnar nerve for C5-C6 avulsion of the brachial plexus: anatomical study and report of four cases. *J Hand Surg Am.* 1994; 19(2): 232-7.
- Richardson PM. Recovery of biceps function after delayed repair for brachial plexus injury. *J Trauma.* 1997; 42: 791-2.
- Samardzic M, Grujicic D, Antunovic V. Nerve transfer in brachial plexus traction injuries. *J Neurosurg.* 1992; 76: 191-7.
- Songchaoren P, Mahaisavariya B, Chotigavanich CH. Spinal accessory neurotization for restoration of elbow flexion in avulsion injuries of the brachial plexus. *J Hand Surg Am.* 1996; 21(3): 387-90.
- Sulaiman W, Gordon T. Neurobiology of peripheral nerve injury, regeneration, and functional recovery: from bench top research to bedside application. *Ochsner J.* 2013; 13(1): 100-8.
- Terzis JK, Vekris MD, Soucacos PN. Outcomes of brachial plexus reconstruction in 204 patients with devastating paralysis. *Plast Reconstr Surg.* 1999; 104: 1221-40.

CONTACTO- REGLAMENTO DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS



PÁGINA 64

REVISTA HOSPITAL DURAND
Vol.3- Nro 1 CAICYT/CONICET 3008-8615

REVISTA CIENTÍFICA DURAND - CAICYT/CONICET 3008-8615

Octubre 2025- Volumen 2 N° 2 - Edición hospital público en crecimiento: innovación y tecnología al servicio de la comunidad
revistadurand@gmail.com - HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "CARLOS G. DURAND"- Avenida Diaz Velez 5044- C.P. 1405- C.A.B.A. Argentina

PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

Los trabajos presentados Podrán versar sobre investigación clínica o experimental, artículos originales inéditos, revisiones actualizadas, presentación de casos, cartas de lectores y otras formas de publicación que resulten aceptadas por el Comité Editorial.

Todos los artículos presentados deberán ser inéditos.

1. PORTADA

La Portada tendrá el Título del Trabajo, Nombre y Apellido de los autores y Lugar de Trabajo.

1.a. Título del Trabajo: No debe exceder 2 líneas de 50 caracteres cada una. El título debe figurar en español y en inglés.

1.b. Autores: Nombre, Inicial del segundo nombre y Apellido de cada uno de los autores separados por coma, cada uno con el grado académico más destacado señalado con asteriscos debajo del lugar de trabajo (Ej. *Jefe de Servicio **Médico Residente). No más de seis (6) autores por trabajo, a excepción de los trabajos cooperativos, donde podrán figurar no más de cinco (5) por institución interviniente. Adjuntar una foto del primer autor, de frente, de 3 x 3 cm.

1.c. Lugar de Trabajo: Nombre del Servicio al que se atribuye el trabajo, Institución a la que pertenece, Dirección, Código postal y Localidad o Provincia.

1.d. Asimismo, debe figurar dirección, teléfono y e-mail del autor principal.

Los trabajos a publicar pueden encuadrarse dentro de las siguientes categorías:

Artículo Original: Reportes originales de investigaciones científicas en el campo de la salud.

Artículo Especial: Reportes en áreas no relacionadas con la salud que sean de interés a la comunidad médica.

Revisión Bibliográfica: Artículos de revisión de temas relevantes a la práctica médica. Incluye Conceptos Actuales, Terapéutica Farmacológica Mecanismos de Enfermedad, Progresos Médicos

Reporte de Caso: Reportes breves de hasta seis casos clínico-quirúrgicos. Perspectivas: Artículos de interés en el cuidado de la salud y su relación con la sociedad.

Carta de Lectores: Foro de lectores sobre artículos publicados.

Editoriales: Análisis de un tema en cuestión solicitado por el Comité Editorial.

2. ORDENAMIENTO GENERAL

Deberán presentarse en formato tipo Word, en hoja tamaño A4 de un solo lado, con interlineado 1,5 y con márgenes de 30 mm. Utilizar tipo de fuente Arial y tamaño de fuente 10, alineación a la izquierda, no justificado. Numerar las páginas debajo y a la derecha, en forma consecutiva, con números arábigos. Evitar el uso de abreviaturas, siglas, acrónimos o símbolos en el título y en el resumen. En el texto la primera vez que se empleen deben estar precedidas por el término completo. Los artículos no deben exceder de 12 páginas escritas. Los reportes de casos, editoriales y cartas no deben exceder de 4 páginas.

2.a. Resumen (Abstract) Todos los trabajos deben contar con resumen, exceptuando cartas y editoriales. Debe figurar en la segunda página, en español y en inglés, no debiendo cada uno excederlas 250 palabras. No colocar abreviaturas en los resúmenes. El resumen estructurado consta de: Introducción (Background), Objetivo (Objective), Material y Método (Methods), Resultados (Results) y Conclusiones (Conclusions). Sólo si se tratase de un reporte de caso, conformarlo en Introducción (Background), Objetivo (Objective), Reporte de Caso (CaseReport) y Discusión (Discussion). Incluir a continuación del resumen, hasta seis palabras clave (Keywords), preferentemente MeSH.

2.b. Ordenamiento de los Manuscritos: El texto debe estar organizado en Introducción, Objetivos, Material y Método, Resultados, Discusión, Conclusión y Bibliografía. Los artículos más largos pueden necesitar subtítulos en algunas de las secciones (resultados y conclusiones). La publicación de casos debe ordenarse en Introducción, Objetivos, Reporte de Caso, Discusión y Bibliografía. Las perspectivas, cartas y editoriales no requieren un ordenamiento específico. Si corresponden, escriba los agradecimientos, incluyendo los subsidios o becas recibidos, al finalizar el texto antes de las citas bibliográficas.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

La bibliografía debe ser seleccionada y pertinente al artículo presentado. Deberá contener todas las referencias por orden alfabético (Apellido de Autor Principal), debiendo figurar el número

correspondiente al lado de cada cita. Las referencias corresponden en la introducción y/o discusión del Trabajo y deben identificarse en números arábigos en superíndice. El estilo de las referencias se basa en las publicadas por la National Information Standards Organization (<http://www.niso.org>), que también utiliza la National Library of Medicine para sus bases de datos.

Corresponde según el tipo de referencia, por ejemplo:

3.a. Artículos de revistas: apellidos e iniciales de todos los autores separados por comas, el título del trabajo iniciado con mayúscula y finalizado con punto, nombre abreviado de la Revista según el Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov>), año seguido de punto y coma, N° de volumen seguido de dos puntos y la página inicial y final. Ej: Schwartz BR, Lage JM, Pober BR, Driscoll SG. Isolated congenital renal tubular immaturity in sibilings. Hum Pathol 2022;18:1259-60.

3.b. Libros: Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: editorial; año.

3.c. Capítulos de libros: Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: director/coordinador/editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: editorial; año; página inicial-final del capítulo.

3.d. Medios electrónicos: Autor/es. Título [sede Web]. Lugar de publicación: editor; fecha de publicación [fecha de actualización; fecha de acceso]. Dirección electrónica.

4. GRÁFICOS, TABLAS, FIGURAS O IMÁGENES

Deben encontrarse en la última página del manuscrito y citadas en el texto. Presentarlas con números arábigos y título precedente, con notas o leyendas al pie si fuese necesario, de modo que sean suficientemente explicativas por sí mismas. Las imágenes deben tener la suficiente claridad y definición para que se mantengan luego de su reducción para publicar. Incluya el permiso escrito del autor y editor si reproduce cualquier figura previamente publicada.

5. CONSIDERACIONES FINALES

5.a. Autoría: La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores, quienes deben garantizar y poseer la solicitud de los permisos para reproducir material ya publicado o para el uso de ilustraciones que puedan identificar personas. El autor del material remitido asume encargarse de la comunicación y aprobación de las posibles modificaciones y deja constancia junto con la fecha de envío en el artículo para su publicación que el citado artículo es original.

5.b. Conflictos de Interés: La Revista solicita a los autores que revelen cualquier asociación comercial que pueda originar un conflicto de interés en relación con el manuscrito.

5.c. Investigación en seres humanos y/o animales: Queda por cuenta de los autores del trabajo el seguro previo de la aprobación por el Comité Institucional de Ética y la conservación de pautas éticas seguidas por los investigadores/autores con el consentimiento informado respectivo. Los trabajos que involucren seres humanos deberán indicar que se obtuvo consentimiento informado de los mismos, sus padres o tutores, según corresponda.

5.d. Los manuscritos deben ser inéditos: No recibirá material de trabajo cuyo contenido se haya publicado previamente en su totalidad o en su parte. Ningún material publicado podrá ser reproducido parcial o totalmente excepto con la previa autorización del Consejo Editorial de la Revista.

5.e. Enunciado de Responsabilidad Científica. Publicación Exclusiva: Consignar al final: fecha de envío y enunciados de Responsabilidad Científica y Publicación exclusiva.

6. ENVÍO DE TRABAJOS

Presentar el manuscrito en formato digital, vía correo electrónico a revistadurand@gmail.com para revisión por el Consejo Editorial. Adjuntar una copia de las imágenes en formato .jpg. Después de la revisión se notifica al autor responsable sobre la aceptación del manuscrito, su rechazo o la aceptación condicionada a correcciones o cambios. No se aceptarán trabajos incompletos para su revisión editorial.

El Consejo Editorial se reserva el derecho de efectuar correcciones gramaticales, de estilo y otras dependientes de las necesidades de impresión.

DOBLE POTENCIA* MÍNIMO TAMAÑO* FÁCIL DEGLUCIÓN

* NUEVO AZIATOP ADVANCE CON OMEPRAZOL 40 MG. EN PEQUEÑAS CÁPSULAS TAMAÑO 16 MM vs. AZIATOP 20 MG. ** Nro 1 EN VENTAS - INFORMACIÓN DE MERCADO.

NUEVO



16 mm []

1 AZIATOP  CERO ACIDEZ  24 HS.



RECUPERÁ TU VIDA CON LA POTENCIA DEL #1**

aziatop.com.ar

LEA ATENTAMENTE EL PROSPECTO Y ANTE CUALQUIER DUDA CONSULTE A SU MÉDICO Y/O FARMACÉUTICO





SEGUROS MEDICOS

Su compañía, su seguridad

**LA COMPAÑÍA CON
MAYOR PRESENCIA
Y EXPERIENCIA
EN EL PAÍS EN
DEFENSA DEL EQUIPO
DE SALUD.**



Con la experiencia y el respaldo de la
ASOCIACIÓN DE MÉDICOS MUNICIPALES
DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

SEGUROS MEDICOS Viamonte 1674 - CABA.

Tel (5411) 5811-3228 / 5811-3510 / 5811-3519 / 5811-3918

info@segurosmedicos.com.ar - www.segurosmedicos.com.ar

N° de inscripción
en SSN 0749

Atención al asegurado
0800-666-8400

Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn

 **SSN** SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN