

Sig Me

REVISTA ANUAL DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Universidad Nacional del Litoral
Santa Fe, Argentina



ediciones UNL

N° 2 - Año 2024
E-ISSN: 3008-8917

Rector

Enrique Mammarella

Secretario Académico y de Innovación Educativa

Daniel Comba

Decano Facultad de Ciencias Médicas

Matías Candiotti Busaniche

SigMe es una publicación anual de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina. Su objetivo es promover la divulgación de trabajos académicos, de investigación y de extensión en el campo de las Ciencias Médicas, contribuir al avance y comunicación de nuevos conocimientos, facilitando intercambios con otras instituciones vinculadas a la formación e investigación médica.

La publicación está destinada a la comunidad académica de investigadores, docentes y estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas y profesionales de la salud y/o vinculados a diferentes temáticas dentro de las Ciencias de la Salud. Se encuentra abierta a todas las ramas y trabajos que se vinculen con la salud. El interés de la revista se extiende también a estudios interdisciplinarios, especialmente en torno a los determinantes de la salud de la población en general.

El Comité Editorial evalúa la pertinencia de los artículos y todos son evaluados según el principio de referato de doble ciego por árbitros externos. *SigMe* se publica en idioma español y se encuentra disponible en Acceso Abierto con licencia Creative Commons 4.0 Internacional en el Portal de Revistas de la Universidad Nacional del Litoral y la página de la Facultad de Ciencias Médicas.

Director

Dr. Samuel Seiref (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Coordinación General

Dra. Larisa Carrera (Vicerrectora Universidad Nacional del Litoral - Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Comité Editorial

Med. Matias Candiotti Busaniche (Decano - Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina).

Med. Hernán Blesio (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Med. Fernando Redondo (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Dr. Juan Andrés Sarquis (Facultad de Ciencias Médicas / Facultad de Humanidades y Ciencias - Universidad Nacional del Litoral, Instituto Nacional de Limnología, CONICET-UNL, Argentina)

Bioq. Marisa Gionotti (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Dra. Ana Pia Rabuffetti (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Instituto Nacional de Limnología, CONICET-UNL, Argentina)

Editorial

Ediciones UNL

Directora

Ivana Tosti

Diseño, diagramación y puesta en página

LDCV Ma. Eugenia Allassia

Corrección

Lic. Ianina Nudelman (Licenciada en Letras - Universidad Nacional del Litoral)

Traductores

Eugenia Vignatti (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Candela Baigorria (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Carolina Daga (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Agustina Latasa (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Arturo Pérez (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

María Virginia Tamagnini (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Comité Científico-Académico

Dra. Marcela Martinelli (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Dr. Juan Carlos Albi (Facultad de Ciencias Médicas / Facultad de Humanidades y Ciencias - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Dr. Daniel Blanco (Facultad de Humanidades y Ciencias - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Dr. Ivan Bontempi (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Mg. Jorge Pepe (Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina)

Bioing. Lucas Costa (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Dr. Hugo Ortega (Facultad de Ciencias Veterinarias - Universidad Nacional del Litoral, Instituto de Ciencias Veterinarias del Litoral - CONICET-UNL, Argentina)

Dr. Pascual Pimpinella (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Sr. Hugo Casafú (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Lic. Diego Manni (Facultad de Ciencias Médicas / Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Lic. Eugenia Berta (Facultad de Ciencias Médicas / Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Méd. Luciano Battioni (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Méd. Gisel Cuevas (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Méd. Maximiliano Castro (Hospital J. M. Cullen - Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Mg. Gabriela Fiorenza (Facultad de Ciencias Médicas / Facultad de Ingeniería y Ciencias Hídricas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Mg. Carlos Vassallo (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Mg. Gustavo Menéndez (Director Centro Universitario Galvez - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Mg. Jorge Saccone (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Mg. Katya Zuska Zurbriggen (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Méd. Liza Carrera (Vicedecana Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Mg. Marisa Espinosa (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Mg. Sonia Sánchez (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Mg. Verónica Reus (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Mg. Yelena Kutel (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Dra. Roxana Gerometta (Universidad Nacional del Nordeste, Argentina)

Obs. Mónica Espinoza (Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile)

Dra. Verónica Plaza (Universidad de Nuevo México, Estados Unidos de América)

Mg. Piedad Serpa Pérez (Universidad de Santander, Colombia)

Mg. Marcelo García Dieguez (Universidad Nacional del Sur, Argentina)

Dr. Marcelo Yorio (Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)

Evaluadores del número

Hugo Casafú (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Fabiana Masjoan (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Juan Andres Sarquis (Facultad de Ciencias Médicas / Facultad de Humanidades y Ciencias - Universidad Nacional del Litoral, Instituto Nacional de Limnología, CONICET-UNL, Argentina)

Nélida Barbach (Facultad de Ciencias Médicas / Facultad de Humanidad y Ciencias - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Samuel Seiref (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Ignacio Davolos (Coordinador Unidad de Rehabilitación Cardiovascular, Hospital Cuenca Alta, Cañuelas)

Pablo Gabriel Quintana (Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales del Litoral / CONICET / Universidad Nacional del Litoral y Universidad Autónoma de Entre Ríos)

Valeria Buffon (Facultad de Humanidades y Ciencias - Universidad Nacional del Litoral, Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales del Litoral - CONICET)

Mariano Nicolas Ottonelli (Dirección de Epidemiología de la Provincia de Santa Fe; Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Diego Manni (Facultad de Ciencias Médicas / Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Graciana Isabel Morera (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Sección Infectología Hospital Dr. José María Cullen, Argentina)

Maria del Rosario Maliandi (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Maximiliano Echevarria (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Javier Alberto Cavallasca (Sección reumatología. Hospital JB Iturraspe)

Marisa Lorena González Broin (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Alfredo Guala (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Contacto

revistasigme@fcm.unl.edu.ar

—

SigMe es una publicación anual de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral.

—

Publicada de manera digital en noviembre de 2024 en Argentina.

—

Revista digital
e-ISSN: 3008-8917

SigMe

Sumario

EDITORIAL

Carrera Larisa

PRÓLOGO

Candiotti Busaniche Matías

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

Riesgo cardiovascular luego de una intervención de estilo de vida: estudio prospectivo.

Pintos Faustino José, Illesca Paola Guadalupe, Cuneo Florencia, Eusebi Ma. Emilia, Ezcurra Tomás Andrés, Benítez Lucas Ignacio, Martinelli Marcela Inés

Dengue en pacientes con síndrome febril inespecífico en el Hospital Orlando Alassia, Santa Fe.

Müller Claudia, Bergero Juliana, Molet Alejandro, Morello Nicolas, Ezcurra Gustavo

Análisis de un índice de estilo de vida saludable y el riesgo cardiovascular en personal de dos unidades académicas de la Universidad Nacional del Litoral, en 2023.

Berta Eugenia Emilial, Suarez María Sol, Corti Iara Magalí, Manni Diego Carlos, Martinelli Marcela Inés

Análisis de casos de sífilis en consultorio del Hospital público en la ciudad de San Javier entre 2021 y 2023.

Vogt María José, Bet Julieta, Faggi Damiana.

La crítica de Maimónides a los médicos en El libro del asma.

Alby Juan Carlos

REPORTES DE CASOS

Neoplasias malignas primarias múltiples sincrónicas: linfoma Hodgkin y adenocarcinoma de recto. Informe de caso.

Amato Ana Paula, Audicio Agustina, Castro Maximiliano, Sadonio María José

Angioedema y lupus eritematoso sistémico: ¿Una asociación inusual o poco sospechada?

Sadonio María José, Castro Maximiliano Gabriel, Galluccio Federico

SigMe.
Revista de la Facultad
de Ciencias Médicas,
número 2, 2024

Contacto: revistasigme@fcmunl.edu.ar



Esta obra está bajo una
Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-
CompartirIgual
4.0 Internacional.

Informe de casos. Oxiuriasis: una causa a tener en cuenta de apendicitis aguda.

Ramirez Debora Mariana, Visentin Florencia, Rabellino Alejandro, Brosutti Oscar

Cardiodesfibrilador implantado en miocardiopatía chagásica como prevención de muerte súbita.

Mar Mackow Gabriela Desiré

EXPERIENCIAS PROFESIONALES EN EL CAMPO LABORAL

Entrevista al Prof. Dr. Marcelo Yorio

Candioti Busaniche Matías

Editorial

Navegando en aguas turbulentas: Formar profesionales de la salud en un mundo en movimiento.

Dra. Carrera Larisa

Miembro Comité Editorial de la Revista

SigMe

Vicerrectora Universidad Nacional del Litoral

El derecho a la salud es un derecho humano inalienable, reconocido internacionalmente como un pilar fundamental para el bienestar y el desarrollo de las personas y las sociedades. Este derecho garantiza a todas las personas, sin distinción de raza, género, edad, condición social o económica, el disfrute del más alto nivel posible de su salud física y mental y se encuentra consagrado en diferentes tratados internacionales, como la **Declaración Universal de Derechos Humanos** (1948) o el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (1966). Organismos internacionales como la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) y la **Organización Panamericana de la Salud** (OPS) lo reconocen como un derecho esencial que implica el acceso a servicios de salud de calidad, pero también refiere a condiciones de vida adecuadas. Sin embargo, a pesar de estos avances normativos que se dieron en diferentes momentos de la historia universal y del rol rector de organismos internacionales, persisten brechas significativas en el acceso a la salud, lo que exige un compromiso renovado de los Estados y la sociedad civil para garantizar que este derecho sea una realidad para todas las personas. Trabajar para garantizar la salud como un derecho, implica abordar los determinantes sociales de la salud, como las condiciones de vida, el acceso a una vivienda y a una alimentación adecuadas y a un ambiente sano. Pero también, requiere fortalecer los sistemas de salud, invertir en recursos humanos y garantizar la disponibilidad de medicamentos y tecnologías esenciales. Para lograrlo se necesita enfrentar numerosos desafíos, entre los cuales destaca la escasez y distribución desigual de los profesionales de la salud, especialmente en regiones rurales y de bajos recursos, y la problemática de las migraciones. Esta disparidad limita el acceso a servicios esenciales y compromete la calidad de la atención. Para superar estos obstáculos, es fundamental, desde la Educación, repensar la formación de los profesionales de la salud,

SigMe.
Revista de la Facultad
de Ciencias Médicas,
número 2, 2024



Esta obra está bajo una
Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-
CompartirIgual
4.0 Internacional.

alineándola con las cinco líneas estratégicas de la **Política de Recursos Humanos de la OPS para la región de las Américas**, publicada en septiembre de 2023. Allí se destaca como prioridades: el fortalecimiento de la gobernanza y el liderazgo de los profesionales de la salud, el desarrollo a través de la educación de las competencias esenciales para la práctica profesional y el fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud en los contextos actuales, la mejora de la distribución y retención, la inversión en educación interprofesional para el fortalecimiento de los equipos de salud y la promoción de la salud y el bienestar de los trabajadores de la salud¹.

En este sentido, y como educadores, debemos pensar que trabajar para lograr una formación integral que promueva competencias como el trabajo en equipo, la resolución de problemas, la sensibilidad cultural y la atención primaria, puede capacitar a los profesionales para responder a las necesidades de las comunidades más vulnerables y contribuir a una distribución más equitativa de los servicios de salud. Asimismo, es crucial fomentar la formación de profesionales en áreas como la salud pública y la gestión de servicios de salud, para fortalecer los sistemas de salud en su conjunto y mejorar la planificación y la asignación de recursos en nuestra región.

El fenómeno de la migración de profesionales de la salud, que acentúa la falta de personal en los países de origen, y genera desequilibrios en la distribución de los recursos humanos a nivel regional, merece un párrafo aparte. Según estimaciones de la OPS, la región de las Américas enfrentará un déficit significativo de profesionales de la salud en los próximos años, lo que pone en riesgo la cobertura universal. Según este organismo los principales factores que influyen en la decisión de migrar son la remuneración inadecuada, las pocas oportunidades de desarrollo profesional y las condiciones de trabajos estresantes².

En este sentido, es importante señalar que durante los días 17 y 18 del mes de octubre de 2024, se constituyó en la sede de OPS en Washington DC, la **Comisión de Alto Nivel sobre Migración y Movilidad del Personal de las Américas** con el objetivo de establecer un diálogo de alto nivel para definir orientaciones estratégicas y una hoja de ruta que vayan en consonancia con el **Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud** (2018). Entre sus

¹ PAHO (2023) Política sobre el personal de salud 2030: fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd606-politica-sobre-personal-salud-2030-fortalecimiento-recursos-humanos-para-salud-fin>

² PAHO (2024) Reunión de Alto Nivel sobre Migración y Movilidad del Personal de Salud en la Región de las Américas. Disponible en: <https://www.paho.org/es/eventos/reunion-alto-nivel-sobre-migracion-movilidad-personal-salud-region-americas>

conclusiones estableció como acción inmediata, trabajar para optimizar los beneficios de la migración y mitigar sus efectos negativos en la Región de las Américas, así como, identificar mecanismos innovadores que promuevan la colaboración entre los países, los acuerdos bilaterales y multilaterales, y el hallazgo de soluciones específicas que fomenten la movilidad de los profesionales de la salud en condiciones equitativas y beneficiosas para todos.

La crisis de los recursos humanos en salud hasta aquí delineada requiere una respuesta integral que trascienda los límites de los sistemas de salud. Es necesario fortalecer la colaboración intersectorial, involucrando a los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado. Es de suma importancia diseñar políticas públicas que promuevan la formación, la retención y la distribución equitativa de los profesionales de la salud, y garantizar que todos tengan acceso a servicios de salud de calidad. La salud es un bien común, y su protección debe ser una prioridad para todos.

Prólogo

Méd. Candiotti Busaniche Matías

Miembro Comité Editorial de la Revista

SigMe

Decano Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional del Litoral

Es para mí, un gran honor el presentar este nuevo número de la revista SigMe, una publicación que se ha consolidado como un referente en la difusión de investigaciones y reflexiones en el ámbito de las ciencias de la salud. Como decano de la Facultad de Ciencias Médicas, me complace y llena de orgullo ver cómo este espacio se convierte en un punto de encuentro para académicos, investigadores y estudiantes comprometidos con el avance del conocimiento médico en la región.

En estos tiempos de constantes transformaciones, donde los avances científicos y tecnológicos modifican rápidamente la realidad en la que vivimos, la investigación se erige como uno de los pilares más importantes para el progreso de cualquier institución académica. La investigación en el ámbito de las ciencias médicas, es motor fundamental para el progreso de la salud humana, en particular tiene la misión no solo de generar nuevos conocimientos, sino también de ofrecer soluciones a los grandes desafíos de la salud pública, en pos de mejorar la calidad de vida de las personas, buscando comprender mejor las enfermedades, epidemiologías y desarrollo de nuevos tratamientos. Desde la formación de nuestros estudiantes hasta los proyectos de nuestros investigadores, todo el trabajo que se desarrolla en esta casa de estudios aspira a responder de manera efectiva a las necesidades y problemas emergentes en el campo de las ciencias médicas de la facultad.

En un contexto global, marcado por desafíos significativos y permanentes en la salud pública, es esencial que nuestras investigaciones y prácticas se fundamenten en una sólida base científica. Este número recoge contribuciones que abarcan diversas temáticas, desde estudios clínicos hasta enfoques innovadores en salud pública y educación médica: neoplasias malignas y angioedema y lupus eritematoso; uso de cardiodesfibrilador en miocardiopatías chagásicas;

SigMe.
Revista de la Facultad
de Ciencias Médicas,
número 2, 2024



Esta obra está bajo una
Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-
CompartirIgual
4.0 Internacional.

estilo de vida saludable y riesgo cardiovascular; dengue en población pediátrica con síndrome febril inespecífico; revisiones bibliográficas de libros clásicos de medicina y su mirada de la práctica médica; apendicitis aguda y casos de oxiuriasis; actualización de estadísticas poblacionales de casos de sífilis, en efectores de la región. Cada artículo ha sido sometido a un riguroso proceso de revisión por pares, garantizando así la calidad y relevancia de los contenidos presentados.

La misión de SigMe es fomentar el diálogo crítico y constructivo, promoviendo la interdisciplinariedad y el intercambio de ideas que enriquecen nuestro campo. La formación de profesionales de la salud competentes y comprometidos es un objetivo central de nuestra facultad, y esta revista representa una herramienta valiosa para lograrlo.

Quisiera aprovechar este espacio para agradecer a todos aquellos que, con su esfuerzo y dedicación, han hecho posible la realización de este número. En primer lugar, a los autores, quienes con rigurosidad y compromiso han aportado investigaciones de gran valor, que sin duda, contribuirán al avance del conocimiento en sus respectivas áreas. También, extendiendo mi reconocimiento a los revisores y editores que, con su mirada crítica y profesional, han garantizado la calidad científica de los artículos presentados.

Finalmente, quiero hacer una invitación a nuestros lectores, los invito a explorar las páginas de esta revista con curiosidad y espíritu crítico. Estoy convencido de que en cada artículo encontrarán no solo el reflejo del esfuerzo académico de nuestra facultad, sino también, una muestra del compromiso de nuestra institución con la mejora continua de la salud y el bienestar de la sociedad. La ciencia que aquí se publica no solo busca enriquecer el conocimiento, sino también transformar realidades, impactando de manera positiva en la vida de las personas.

Esta revista es, en última instancia, una expresión de nuestra visión institucional: formar profesionales de la salud con una sólida base científica, un profundo sentido ético y una auténtica vocación de servicio. Confiamos en que las futuras ediciones nos seguirán consolidando como referente académico y una fuente de inspiración, para todos aquellos que creemos en el poder transformador de la educación y la investigación.

1 Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional del Litoral,
Santa Fe, Argentina.
2 Facultad de Bioquímica y
Ciencias Biológicas, Universidad
Nacional del Litoral, Santa Fe,
Argentina.

faustipintos@hotmail.com

ORCID 0009-0008-0752-1390

pillesca@fcb.unl.edu.ar

ORCID 0000-0002-8491-2458

florencia.cuneo@gmail.com

ORCID 0000-0003-3355-9225

emiieusebi@gmail.com

ORCID 0009-0001-1186-2808

tomasezcurra1@gmail.com

ORCID 0009-0005-3650-3317

lucas.benitez1998@gmail.com

ORCID 0009-0003-3464-3522

mmartine@fcm.unl.edu.ar

ORCID 0000-0003-0763-202X

Riesgo cardiovascular luego de una intervención de estilo de vida: estudio prospectivo.

Artículos Científicos

Pintos Faustino José¹, Illesca Paola Guadalupe², Cuneo Florencia², Eusebi Ma. Emilia¹, Ezcurra Tomás Andrés¹, Benítez Lucas Ignacio¹, Martinelli Marcela Inés¹.

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) están asociadas a numerosos factores de riesgo - hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, entre otros. Para prevenir las ECV es importante fomentar un estilo de vida (EV) saludable. El objetivo de este trabajo fue evaluar la evolución del riesgo cardiovascular (RCV), los factores de riesgo y el EV en pacientes adultos de un sanatorio privado luego de una estrategia de promoción de EV saludable. Se realizó un estudio prospectivo. Los pacientes concurren espontáneamente a consulta médica y 15 meses después fueron citados a reevaluación. Durante ese período se enviaron mensajes de promoción de EV saludable. Se observó una tendencia a disminuir la proporción de pacientes con RCV alto y muy alto. No se registraron cambios en la proporción de pacientes incluidos en las categorías HTA y Presión Arterial (PA) límite, sin embargo, disminuyó significativamente la PA sistólica media. El número de pacientes con glucemia en ayuno alterada permaneció constante al igual que la proporción de sujetos con hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, col-LDL aumentados y con bajos niveles de col-HDL. La cantidad de individuos que no alcanzaron la meta para col-noHDL disminuyó. La proporción de pacientes con exceso de peso y obesidad abdominal fue elevada y permaneció constante. No se registraron cambios en el número de nuevos fumadores. Se evidenció bajo consumo de frutas y verduras, escasa actividad física, sueño alterado y presencia de algunos factores de riesgo psicosociales. Se destaca la importancia de la promoción de hábitos de EV saludable debido a su rol protector cardiovascular y metabólico.

PALABRAS CLAVE

Riesgo cardiovascular, estilo de vida saludable, enfermedad cardiovascular, prevención primaria.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVD) are associated with numerous risk factors -hypertension, hypercholesterolemia, among others. An effective way to prevent CVD is to promote a healthy lifestyle. The objective of this work was to evaluate the evolution of cardiovascular risk (CVR), risk factors and lifestyle in adult patients of a private sanatorium after a healthy lifestyle promotion strategy. A prospective study was carried out. The patients spontaneously attended an initial medical consultation and 15 months later were scheduled for a re-evaluation. During that period, messages promoting a healthy lifestyle were sent. A trend to decrease in the proportion of patients with high and very high CVR was observed. No changes were recorded in the proportion of patients included in the hypertension and borderline blood pressure categories, however the mean systolic blood pressure decreased significantly. The number of patients with impaired fasting blood glucose remained constant. The proportion of subjects with hypertriglyceridemia, hypercholesterolemia, increased LDL-C, and low HDL-C levels remained constant. The number of individuals who did not reach the goal for non-HDL-C decreased. The proportion of overweight patients and with abdominal obesity were high and remained constant. No changes were recorded in the number of new smokers. Low consumption of fruits and vegetables, low physical activity, disturbed sleep and presence of some psychosocial risk factors were evident. We highlight the importance of promoting healthy LS habits due to their cardiovascular and metabolic protective role.

KEY WORDS

Cardiovascular Risk, Healthy lifestyles, Cardiovascular diseases, Primary prevention.

SigMe.

Revista de la Facultad
de Ciencias Médicas,
número 2, 2024

Recepción: 04/06/2024

Aprobación: 23/09/2024

DOI:

10.14409/sigme.2024.2.e0010



Esta obra está bajo una
Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-
CompartirIgual
4.0 Internacional.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) siguen siendo la causa principal de morbimortalidad en la Región de las Américas (OPS, 2021). El riesgo de desarrollar ECV está determinado por numerosos factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que fueron descriptos en el estudio Framingham (O'Donnell y Elosua, 2008). En Argentina, según la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), el exceso de peso, la hipertensión arterial (HTA) y la hipercolesterolemia son los FRCV de mayor prevalencia (ENFR, 2019). Actualmente, se consideran además los "aspectos psicosociales" en ECV (trastornos del sueño, estrés, ansiedad, depresión, soledad) (Giorgini et al., 2022; Lloyd-Jones et al., 2022).

Las guías para la prevención de ECV vigentes (SAC, FAC y SAHA, 2018; Visseren et al., 2021) recomiendan a los médicos evaluar el riesgo a 10 años de presentar ECV a toda persona que concurre al sistema de salud. Este cribado oportunista permite detectar personas con riesgo cardiovascular (RCV) subclínico y aplicar las medidas de prevención correspondientes. Diversos estudios han establecido el rol preponderante del Estilo de Vida (EV) en el desarrollo de FRCV y ECV, existiendo consenso que una de las maneras más eficaces de prevenir y/o disminuir la prevalencia de estas patologías es fomentar hábitos de vida saludable y promover la salud mental del individuo (Visseren et al., 2021; Lloyd-Jones et al., 2022).

A pesar de las evidencias, la atención sanitaria se dedicó principalmente a prevenir la muerte cardiovascular con medidas farmacológicas o intervencionistas en prevención primaria. Mientras tanto, los FRCV y las ECV siguen en aumento. Emerge entonces un nuevo paradigma: mejorar la salud CV cambiando el EV de las poblaciones (Doval, 2017). Por lo tanto el objetivo de este trabajo fue evaluar la evolución del RCV, FRCV y factores de EV en pacientes adultos de un sanatorio privado de la ciudad de Santa Fe, luego de aplicar una estrategia de promoción de EV saludable.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio posee un carácter analítico y prospectivo. Participaron pacientes (40-75 años, ambos sexos) que concurren espontáneamente a consultorios de Clínica Médica en un sanatorio privado, ciudad de Santa Fe. Se excluyeron pacientes con ECV previa, embarazo o lactancia. La primera visita (V1) se realizó entre noviembre 2021 y agosto 2022, la segunda visita (V2) se realizó 15 meses después. En ambas visitas se realizó control clínico, de laboratorio y encuestas de EV. Durante 15 meses y 2 veces por semana se enviaron mensajes de promoción de EV saludable relacionados a alimentación, actividad física, sueño y salud mental.

Para estimar el RCV se utilizó calculadora OPS/OMS 2021. Clasificación del Riesgo: bajo (< 5%), moderado (5% a < 10%), alto (10% a < 20%), muy alto (20% a 30%), crítico ($\geq 30\%$). Se realizó medición y clasificación de PA según recomendaciones Consenso de HTA de la Sociedad Argentina de Cardiología (2018). Presión arterial (PA) límitrofe: PAS 130-139 mm Hg y/o PAD 85-90 mm Hg y categoría HTA: PAS ≥ 140 y/o PAD ≥ 90 mm Hg. Se realizaron determinaciones de laboratorio y se consideraron los criterios de riesgo: colesterol (col): ≥ 200 mg/dl, triglicéridos (TG): ≥ 150 mg/dl, LDL-col valor según RCV, col-no HDL calculado mediante fórmula y clasificado según RCV; HDL-col

(mujer:<50mg/dl; varones<40mg/dl) (Sociedad Argentina de Lípidos, 2019; Visseren et al., 2021), glucemia en ayuno alterada (GAA) \geq 100mg/dl (ALAD, 2019). Se midió talla y peso para calcular IMC (kg/m²). Clasificación: deseable: 18,5-25 kg/m² en personas menores de 65 años; 22-27 kg/m² en mayores de 65 años según la edad. (Núñez Sanchez et al., 2017). Se midió circunferencia de cintura (CC): riesgo según Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD, 2019). Para diagnóstico de diabetes y Síndrome Metabólico (SM) se utilizaron criterios de ALAD (ALAD, 2019; González-Chávez et al., 2019). Se obtuvo información relacionada el EV mediante encuestas enviadas por WhatsApp. Se evaluó consumo de frutas y verduras (FyV) (Recomendable \geq 5 porciones/día), Actividad Física (AF) (Recomendable: nivel moderado/alto) y consumo de tabaco (Recomendable: no fumador ni exfumador), utilizando cuestionarios y criterios de ENFR (2019). Se evaluó duración del sueño (recomendable: 6-8 hs) y presencia de síntomas de insomnio (dificultad para iniciar o mantener el sueño, sensación de sueño no reparador y uso de medicación para dormir) (Siauqy et al., 2019). Estrés: utilizando escala de estrés percibido (PSS-10) (Remor, 2006) (Riesgo: medio y alto). Ansiedad y depresión: utilizando escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Riesgo: caso probable y caso confirmado) (Zigmond y Snaith, 1983). Los datos fueron informados como promedio \pm DS para variables continuas y como frecuencia relativa porcentual para variables categóricas. Para las variables continuas se utilizó prueba t de Student para datos pareados. Se evaluó diferencia para las variables categóricas dicotómicas mediante prueba de McNemar. Para las politómicas se utilizó prueba de Wilcoxon. Los datos fueron procesados en el software R (R Core Team, 2020). Nivel de significancia $\alpha= 0,05$.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas-UNL y fue llevado a cabo siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki. Pacientes dieron consentimiento informado de participación voluntaria.

RESULTADOS

La muestra en la primera visita (V1) fue de 105 pacientes. En la segunda visita (V2) concurrieron 26 pacientes y no se pudo obtener datos de todas las variables (figura 1). El 57,7% fueron mujeres.

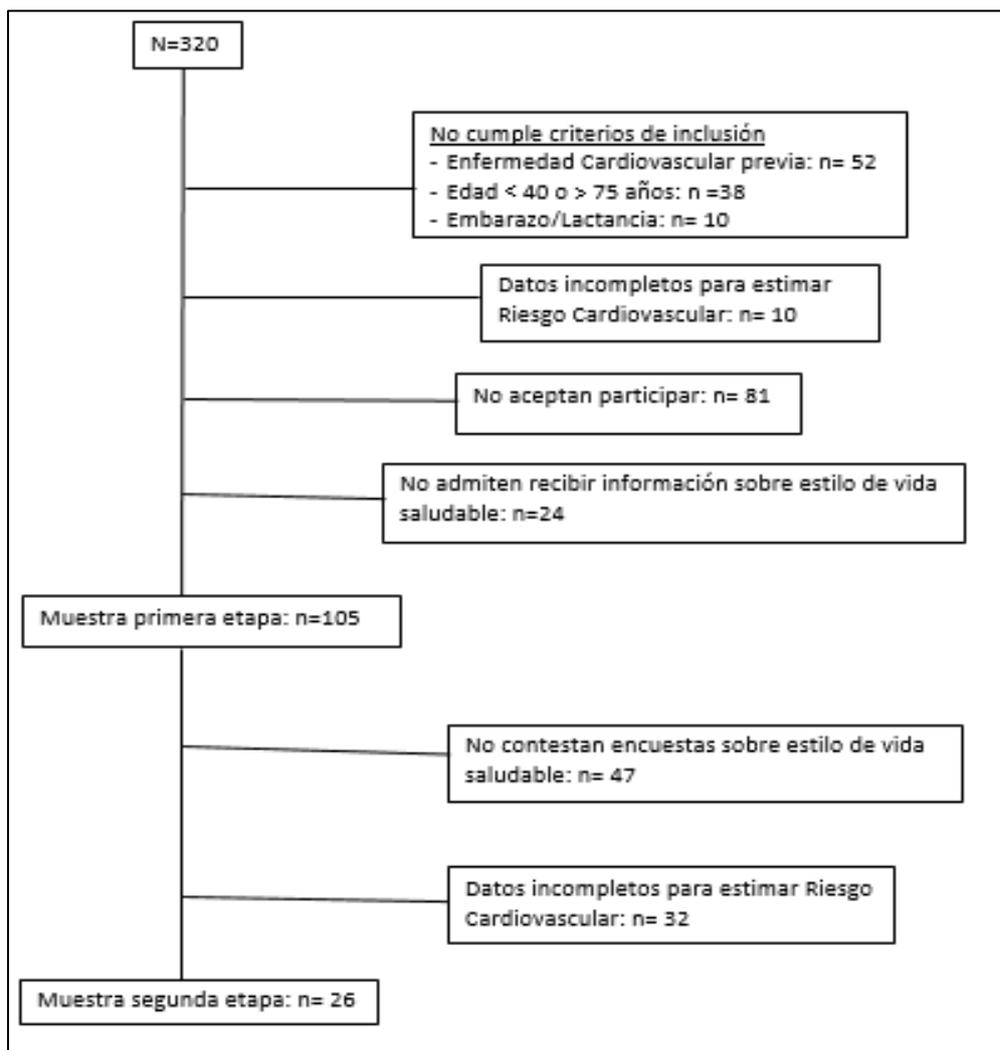


Figura 1. Diagrama de flujo de pacientes.

En relación al RCV, se observó una tendencia a disminuir la proporción de sujetos con alto y muy alto RCV (V2 vs. V1; $p=0,50$; figura 2). En la tabla 1 se presentan los datos de laboratorio y en tabla 2 los FRCV en ambas visitas. No se registraron cambios respecto de la cantidad de pacientes incluidos en las categorías HTA y PA limítrofe, sin embargo disminuyó significativamente la PAS media (V1: $143,9 \pm 18,0$ vs V2: $131,2 \pm 10,3$, $P=0,001$). La glucemia y el número de pacientes con GAA en ayunas permanecieron constantes. Un solo paciente presentó diabetes en la V1 y en la V2 se detectaron dos con esta condición. Los lípidos plasmáticos circulantes analizados permanecieron sin cambios al final del estudio, al igual que la proporción de sujetos con hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, col-LDL aumentados y con bajos niveles de col-HDL. La cantidad de individuos que no alcanzan la meta para col-no HDL disminuyó en la V2.

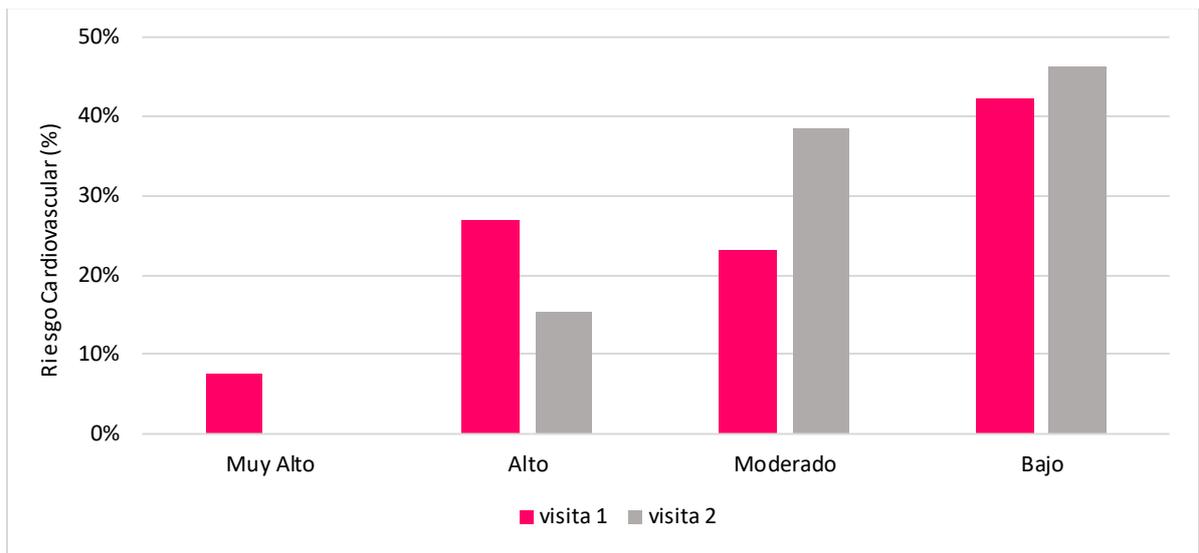


Figura 2. Clasificación de los pacientes según RCV en ambas visitas.

Tabla 1. Parámetros de laboratorio en V1 y V2.

VARIABLE (N)	VISITA 1 (MEDIA ± DS)	VISITA 2 (MEDIA ± DS)	P ⁽¹⁾
Colesterol total (mg/dl) (22)	206,86 ± 39,46	189,18 ± 49,02	0,07
C-HDL (mg/dl) (16)	52 ± 19,10	50,15 ± 17,55	0,50
C-LDL (mg/dl) (16)	130,12 ± 54,61	112,18 ± 45,02	0,13
C-no HDL (mg/dl) (18)	157,57 ± 42,45	142,78 ± 47,06	0,07
Triglicéridos (mg/dl) (20)	157,85 ± 75,91	138,55 ± 67,64	0,10
Glucemia (mg/dl) (21)	97,23 ± 13,54	116,71 ± 50,38	0,07

(1) p informado corresponde a prueba T de Student para variables apareadas.

La proporción de pacientes con exceso de peso y obesidad abdominal fue elevada y permaneció constante. El SM se pudo estimar en 14 pacientes. La proporción de pacientes con SM permaneció sin diferencias en la V2, al igual que la CC aumentada.

Tabla 2. Factores de riesgo de ECV en V1 y V2.

VARIABLE (N)	VISITA 1 % (n)	VISITA 2 % (n)	p
Tabaquismo activo (26)	3,8 (1)	3,8 (1)	-
Presión Arterial (24)			
HTA	58,3 (14)	58,3 (14)	1,00(2)
PA Limítrofe	37,5 (9)	29,2 (7)	
Glucemia en ayuno alterada (21)	52,4 (11)	57,1 (12)	1,00(1)
Hipercolesterolemia (22)	63,6 (14)	50,0 (11)	0,45(1)
Incumplimiento meta C-LDL según RCV (16)	62,5 (10)	56,2 (9)	1(1)
Incumplimiento meta C-no-HDL según RCV (18)	77,7 (14)	44,4 (8)	0,04(1)*
Incumplimiento C-HDL (16)	68,8 (11)	50,0 (8)	0,20(1)
Hipertrigliceridemia (20)	40,0 (8)	40,0 (8)	0,60(1)
Exceso de peso (17)	70,6 (12)	76,5 (13)	0,50(1)
Circunferencia cintura elevada (14)	71,4 (10)	64,3 (9)	1,00(1)
Síndrome Metabólico (14)	71,4 (10)	78,6 (11)	1,00(1)

(1) p informado corresponde a Prueba de McNemar.

(2) p informado corresponde a prueba no paramétrica de Wilcoxon.

* indica diferencia significativa V2 vs.V1

No se registraron cambios en el número de nuevos fumadores. La tendencia del consumo de FyV continuó siendo menor a 5 porciones/día. Se observó una tendencia a disminuir en el número de pacientes con nivel de AF moderada y alta. En relación al sueño, el número de pacientes con insomnio permaneció elevado, y en la V2 se observó una tendencia a aumentar en el número de pacientes que dormían entre 6-8 horas. El número de pacientes con estrés, depresión y ansiedad permaneció constante (Tabla 3).

Tabla 3. Factores de estilo de vida en V1 y V2.

VARIABLE (N)	VISITA 1 % (n)	VISITA 2 % (n)	p
<5 porciones de FyV/día (26)	88,46 (23)	100 (26)	-
Tabaquismo activo (26)	3,8 (1)	3,8 (1)	-
Actividad física (22)			
Bajo	27,27 (6)	54,54 (12)	0,04(2)*
Moderado	40,90 (9)	27,27 (6)	
Alto	31,81 (7)	18,18 (4)	
Insomnio (17)	83,35 (13)	76,47 (9)	0,99(1)
Sueño (17)			
< 6hs y > 8 hs	47,1 (8)	17,6 (3)	0,10(1)
6-8 hs	52,9 (9)	82,4 (14)	
Estrés (14)			
Bajo	57,1 (8)	57,1 (8)	0,50(1)
Moderado y alto	42,9 (6)	42,9 (6)	
Ansiedad (19)			
No	47,4 (9)	42,1 (8)	0,99(1)
Probable caso / caso	52,6 (10)	57,9 (11)	
Depresión (19)			
No	52,6 (10)	57,9 (11)	0,99(1)
Caso probable / caso confirmado	47,4 (9)	42,1 (8)	

(1) p informado corresponde a Prueba de McNemar.

(2) p informado corresponde a prueba no paramétrica de Wilcoxon.

(*) Indica diferencia significativa V2 vs V1.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una herramienta utilizada en Argentina para la estimación del RCV es la calculadora de la OPS, que permite evaluar en aquellos sujetos aparentemente sanos, la probabilidad de sufrir un primer evento de ECV en 10 años. Utilizando esta herramienta se detectó que 57,7% de los pacientes evaluados presentaron RCV de moderado a muy alto. Luego de la intervención (V2) se observó una tendencia a disminuir la proporción de sujetos con RCV alto y muy alto. Estimar el RCV puede ser de gran utilidad para afrontar el cuidado del paciente, promoviendo cambios en el EV o prescripción de fármacos o ambos (Garcés Ortega et al., 2023).

Las cohortes del estudio de Framingham mostraron asociaciones significativas entre los niveles de colesterol y el riesgo de mortalidad CV (O'Donnell y Elosua, 2008). La proporción de pacientes con hipercolesterolemia se mantuvo durante el período de estudio. En la ENFR, la prevalencia de hipercolesterolemia para el rango de edad 50-64 años fue menor (42,8%)

(ENFR, 2019) y otro estudio informó una prevalencia aún más baja (35,1%) (Dávalos et al., 2018). Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado fuerte evidencia de que reducir el LDL-C reduce proporcionalmente el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. La asociación inversa entre el HDL-C plasmático y el riesgo de aterosclerosis se encuentra entre las asociaciones más consistentes y reproducibles en epidemiología observacional. Sin embargo, diversas investigaciones no han encontrado evidencia de que aumentar terapéuticamente la HDL puede reducir el riesgo de eventos CV. En el presente estudio, más de la mitad de los sujetos evaluados en ambas visitas no cumplen con las metas para col-LDL según el RCV, ni con las recomendaciones para HDL-col. Está demostrado que las lipoproteínas que contienen apoB son las que mayor carácter aterogénico presentan (ESC y EAS, 2020). El consenso de dislipemias considera importante calcular el col-no HDL, ya que, es una medida del colesterol total transportado por todas las lipoproteínas aterogénicas que contienen apoB, incluyendo partículas ricas en TG y sus remanentes. En este estudio se destaca la disminución de la proporción de pacientes que no cumplían con la meta de col-no HDL según el RCV. Un estudio realizado en Argentina en 2011 sí demostró descenso de colesterol total, LDL-col y triglicéridos luego de 6 meses de una intervención realizada para lograr mayor adherencia a una alimentación adecuada, actividad física y medicación (Zilberman et al., 2012), pero no se evaluó el col-no HDL.

Con el crecimiento de la población y la modificación en el EV, enfermedades como la diabetes tipo 2 y los eventos CV se han incrementado en forma paralela y pueden presentarse en forma independiente o interrelacionadas (ALAD, 2019). La diabetes es un problema de Salud Pública a nivel mundial. En este estudio, considerando los criterios actuales para definir GAA y Diabetes, más del 50% de los pacientes presentaron GAA y la proporción permaneció invariable en la V2. La cantidad de pacientes con diabetes se duplicó en la V2, pero solo eran dos pacientes. En otro estudio los resultados fueron diferentes (40,8% GAA y 9,9% Diabetes) (Dávalos et al., 2018). Se destaca la importancia de detectar individuos con GAA, ya que indica alto riesgo para el desarrollo de Diabetes y de ECV. Este es el momento apropiado para que se inicie una intervención inmediata de cambios en el EV (ALAD, 2019).

La HTA se considera un problema de salud pública, ya que, no sólo es una patología, sino también constituye un FRCV que pueden llegar a complicarse con el paso de los años (Álvarez - Ochoa et al., 2022). Pocas veces se diagnostica en sus primeras etapas, muchos pacientes no la controlan, la adherencia al tratamiento farmacológico es baja y por lo tanto su prevalencia va en aumento (Delucchi et al., 2017). En el presente estudio la prevalencia de HTA fue más elevada que la informada en el estudio Renata 2 (36,3%) (Delucchi et al., 2017), en la ENFR (40,5%) y en otro estudio realizado en Argentina (38%) (Dávalos et al., 2018) y se mantuvo constante en la V2. Además, gran proporción de los pacientes presentó PA en la categoría limítrofe, que es un factor de riesgo para HTA. Para mantener la PA en cifras normales se recomienda implementar hábitos saludables (SAC, FAC y SAHA, 2018; Alvarez-Ochoa et al., 2022).

Abandonar el hábito tabáquico tiene claros beneficios sobre el RCV y potencialmente es la más eficaz de todas las medidas preventivas, con reducciones sustanciales en las ECV (ESC y EAS, 2020). La proporción de fumadores activos en este estudio es inferior a lo informado en la ENFR (21,5% de los habitantes de Santa Fe eran fumadores en 2018) (ENFR, 2019) y permaneció constante en la V2. La implementación de políticas de control de tabaco se ha extendido mundialmente, incluso en Argentina (Ley 26.687/2011). Cada vez es mayor la población que toma conciencia del daño que genera el tabaco. Sin dudas, estas medidas pueden contribuir a la menor proporción de pacientes fumadores.

La obesidad se considera como un factor de riesgo importante de ECV no solo por su asociación con otros FR sino también porque es un FR independiente. Datos más recientes destacan a la obesidad abdominal, determinada por la circunferencia de la cintura, como marcador de riesgo de ECV que es independiente del IMC (Buys et al., 2021). Incluso una pérdida de peso moderada puede reducir el riesgo de ECV, mejorar los parámetros metabólicos, y mejorar la calidad de vida. Las intervenciones en el EV para perder peso son la piedra angular del manejo de la obesidad. Sin embargo, la pérdida de peso a largo plazo es difícil de mantener. En este trabajo, se observó que dos factores de riesgo de alta prevalencia fueron el exceso de peso y la circunferencia de cintura aumentada que no se modificaron en la V2. La cantidad de pacientes que presentaron exceso de peso fue superior a lo informado en 2018 para la población de Santa Fe (ENFR, 2019). La proporción de pacientes con obesidad abdominal fue elevada tanto en la V1 como en la V2 y superior a un estudio realizado en la provincia de Salta (58,6%) (Gotthelf y Rivas, 2018).

El SM es un conjunto de factores de riesgo cardiometabólicos que está inequívocamente relacionado con un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y ECV (McCracken et al., 2018). La proporción de pacientes que presentó SM es superior a la observada en estudios realizados previamente en Argentina (27,5%) (Díaz et al., 2018), y 30,8% (Gotthelf y Rivas, 2018) y permaneció invariable en la V2. En la fisiopatogenia del SM, la obesidad abdominal parece ser uno de los factores desencadenantes más importantes del SM y posible causa de la resistencia a la insulina, o al menos es el principal factor potenciador de la misma (González-Chávez et al., 2019). En concordancia, en el presente estudio existe una gran proporción de trabajadores con obesidad abdominal que a su vez presentan SM. El incremento paralelo de la prevalencia de obesidad y del SM es un fenómeno mundial y Argentina no es la excepción (Gotthelf y Rivas, 2018).

La nutrición saludable es importante para la prevención de ECV; sin embargo, frecuentemente es uno de los FR más difíciles de controlar. Un plan de nutrición saludable debería elaborarse utilizando patrones dietéticos basados en evidencia y toma de decisiones compartida entre clínico y paciente (Buys et al., 2021). Los patrones dietéticos asociados con un riesgo reducido de ECV son aquellos que priorizan frutas, legumbres, cereales integrales y alimentos ricos en ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados. En el presente estudio solo se evaluó el consumo de FyV como marcador de alimentación apropiada. La proporción de sujetos que no cumplen con las recomendaciones diarias de FyV fue elevada al inicio del estudio y sin

modificaciones al final. En diferentes países incluido Argentina el consumo de FyV en la población adulta está por debajo de las recomendaciones (Aune et al., 2017; ENFR, 2019).

Otro factor importante que puede contribuir al descenso de peso y mejorar la salud CV es el aumento de la AF (SAC, 2021). Se han propuesto numerosas recomendaciones que permiten cumplir con el requerimiento mínimo de AF (Garcés Ortega et al., 2023). La mayoría de estas recomendaciones se orientan a la realización de AF de moderada-vigorosa intensidad durante una determinada cantidad de tiempo a la semana (SAC, 2021). A pesar de las evidencias y las recomendaciones, en este estudio se observó una tendencia a incrementar en la proporción de pacientes con nivel bajo de AF en la V2 y fue superior a la informada en población adulta de Santa Fe en el año 2018 (34,5%) (ENFR, 2019). En una época con un aumento de los estilos de vida sedentarios y de las prevalencias de obesidad y ECV, recomendar AF debería ser parte de toda consulta médica (SAC, 2021; Visseren et al., 2021).

Muchos estudios indicaron que la duración del sueño está asociada con obesidad, diabetes, HTA y ECV (Lin et al., 2016). A nivel nacional, el consenso de SAC afirmó que existe suficiente evidencia para aseverar que dormir menos de 6 o más de 10 horas constituye un FRCV (Giorgini et al., 2022). En este estudio, en la segunda visita se detectó una mayor proporción, pero no significativa, de pacientes que dormían entre 6 y 8 horas, mientras que permaneció constante y elevada la proporción de quienes presentaban síntomas de insomnio. Diferentes estudios han demostrado que la HTA, principal causa de riesgo de ECV, se asoció significativamente con el insomnio (Dong et al., 2019; Siauqy et al., 2019). La SEC en su consenso de 2021 propone incluir en las consultas clínicas preguntas breves relacionadas al sueño, para comenzar con medidas de higiene del sueño cuando sea necesario.

El estrés psicosocial se asocia con el desarrollo y progresión de ECV independientemente de los factores de riesgo convencionales, y tiene efectos biológicos directos, pero, también está altamente correlacionado con factores de riesgo conductuales (p. ej., tabaquismo, mala adherencia a medicación) (Poirat et al., 2018; Visseren et al., 2021). El estudio INTERHEART mostró que el estrés relacionado con el trabajo, las finanzas, el hogar y los acontecimientos de la vida duplican el riesgo de infarto agudo de miocardio (Albert et al., 2017). Song et al. (2019) demostraron asociación entre el estrés y un mayor riesgo posterior de ECV. En nuestro estudio casi la mitad de los sujetos presentó estrés moderado y alto. El estrés podría ser una barrera para obtener un estado de salud CV ideal.

En Argentina, 1 de cada 3 personas presenta un problema de salud mental a partir de los 20 años, siendo los trastornos de ansiedad una de las problemáticas más frecuentes (Stagnaro et al., 2018). Aunque la verdadera asociación entre ansiedad/trastornos de ansiedad y ECV no está clara, se han propuesto que al igual que otras emociones negativas, provoca una activación excesiva del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal y sistema nervioso simpático, aumentando la liberación de catecolaminas y daño endotelial, que en última instancia conducen a aterosclerosis, y ECV (Cohen et al., 2015). La mitad de los participantes del estudio corresponden a

posible caso o caso confirmado de ansiedad y esta situación se mantuvo constante en la V2.

La depresión es una causa importante de mortalidad y de mala calidad de vida entre los pacientes con ECV. Es considerada un factor de riesgo independiente para importantes eventos CV adversos (Jha et al, 2019). La combinación de depresión y ECV tiene un gran impacto en la salud pública (Cohen et al., 2015). Más del 40% de los individuos evaluados en este estudio corresponden a un posible caso o caso de depresión. Estudios epidemiológicos sugieren que menos del 20% de las personas con depresión son adecuadamente tratadas (Jha et al., 2019). Los pacientes con estrés, ansiedad y depresión pueden tener menos adherencia a conductas de salud como AF, modificaciones dietéticas, dejar de fumar, y tratamientos de abuso de sustancias lo que puede aumentar el riesgo de ECV (Bautista et al., 2012; Cohen et al., 2015; Jha et al., 2019).

Como limitaciones del estudio se mencionan: el tipo de muestreo fue no probabilístico; escasa concurrencia de pacientes a la V2; entre los factores psicosociales no se estudió la soledad, el aislamiento social, nivel de ingresos y educativo; baja adherencia a las recomendaciones sobre EV y la promoción de hábitos saludables se diseñó para aplicarse en forma generalizada y no se tuvo en cuenta las necesidades particulares de cada paciente.

En el presente estudio, luego de aplicar una intervención sobre el EV, se observó una tendencia a disminuir en la proporción de pacientes con RCV alto y muy alto, y un descenso significativo del c-no HDL. Los factores de EV estuvieron alejados de las recomendaciones en ambas visitas. Se evidenció bajo consumo de FyV, escasa AF, sueño alterado (insuficiente o excesivo) y presencia de algunos factores de riesgo psicosociales en los participantes. Destacamos la importancia de la promoción de hábitos de EV saludable en la consulta, dado su rol protector CV y metabólico.

AGRADECIMIENTOS

Proyecto Curso de Acción para la Investigación y Desarrollo (CAI+D 2020) N° 50520190100038LI de la Universidad Nacional del Litoral. Parte del trabajo se realizó en el marco de una beca "Estímulo a las Vocaciones Científicas 2022" del Consejo Interuniversitario Nacional, Res P N° 480/23. A los médicos del Sanatorio Santa Fe: Carlos García, Damián Soria, Sebastián del Pazo, María Jesús Pacce, Nahual Bofelli por su colaboración en la atención de los pacientes. A Jesica Tonón por su participación en el diseño de los mensajes de difusión de estilo de vida saludable.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albert, M., Durazo, E., Slopen, N., Zaslavsky A., Buring J., Silva, T., Chasman, D. y Williams, D. (2017). Cumulative Psychological Stress and Cardiovascular Disease Risk in Middle Aged and Older Women: Rationale, Design and Baseline Characteristics. *American Heart Journal*, 192,1-12. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2017.06.012>

Álvarez-Ochoa, R., Torres-Criollo, L., Garcés-Ortega, J., Izquierdo-Coronel, D., Bermejo-Cayamcela, D., Lliguisupa-Pelaez, V. y Saquicela-Salina, A. (2022). Factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos. Una revisión crítica. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 17(2), 129-137. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6662070>

Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). (2019). Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*. ISSN: 2248-6518. Disponible en: <https://aladlatam.org/guias-clinicas/guia-alad-edicion-2019/>

Aune, D., Giovannucci, E., Boffetta, P., Fadnes, L., Keum, N., Norat, T., Greenwood, D., Riboli, E., Vatten, L. y Tonstad, S. (2017). Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality-a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *International Journal of Epidemiology*, 46(3), 1029-1056. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw319>

Bautista, L., Vera-Cala, L., Colombo, C. y Smith, P. (2012). Symptoms of depression and anxiety and adherence to antihypertensive medication. *American journal of hypertension*, 25(4), 505-511. <https://doi.org/10.1038/ajh.2011.256>

Buys, R., Claes, J., Cornelis, N., Alen, L., Bogaert, T., Buck, E., Decorte, E., Herbots, J., Steyaert, R., Theunis, L., Verhaegen, T. y Cornelissen, V. (2021). The impact of health apps on lifestyle behaviours and cardiovascular risk factors in patients with cardiovascular risk factors or established cardiovascular disease: a systematic review. *European Journal of Preventive Cardiology*, 28(1). <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwab061.435>

Cohen, B., Edmondson, D. y Kronish, I. (2015). State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *American Journal of Hypertension*, 28(11), 1295-1302. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpv047>

Dávalos, I., Costa, D., Lobianco, M., La Mura, C., Domínguez, C. y Berenztein, S. (2018). Prevalencia de factores de riesgo en los concurrentes a la "Semana de la prevención cardiovascular" en un hospital universitario. *Revista Argentina de Cardiología*, 86(4), 284-288. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v86.i4.11973>

Delucchi, A., Majul, C., Vicario, A., Cerezo, G. y Fábregues, G. (2017). Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio RENATA 2. *Revista Argentina de Cardiología*, 85, 354-360. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v85.i4.1106123>

Díaz, A., Espeche, W., March, C., Flores, R., Parodi, R., Genesio, M., Sabio, R. y Poppe, S. (2018). Prevalencia del síndrome metabólico en Argentina en los últimos 25 años: revisión sistemática de estudios observacionales poblacionales. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 35(2), 64-69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2017.08.003>

Dong, L., Martínez, A., Buysse, D. y Harvey, A. G. (2019). A composite measure of sleep health predicts concurrent mental and physical health outcomes in adolescents prone to eveningness. *Sleep Health*, 5(2), 166-174. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2018.11.009>

Doval, H. (2017). Es necesario cambiar el modo de vida para hacer desaparecer las enfermedades cardiovasculares. *Revista Argentina de Cardiología*, 85(3), 299-306. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v85.i3.11182>

Garcés Ortega, J., Álvarez-Ochoa, R., Cajas, J., Quiquije Castro, J., Toledo River, A., Vanegas Santander, K., Buedaño Rodríguez, C., Lojano Altamirano, D. y Bueno Quizhpi, P. (2023). Índice de masa corporal y sedentarismo como factores de riesgo cardiovascular. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 18(3). <https://doi.org/10.5281/zenodo.8033775>

Giorgini, J., Avalos, A., Bellia, S., Angel, A., Eleit, G., Prieto, O. y Godoy Armando, C. (2022). Consenso de Aspectos Psicosociales en Enfermedad Cardiovascular Sociedad Argentina de Cardiología. *Revista Argentina de Cardiología*. 90, 1-93. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v90.s>

González-Chávez A., Gómez-Miranda J., Elizondo-Argueta S., Rangel-Mejía M., y Sánchez-Súñiga M. (2019). Guía de Práctica clínica de Síndrome Metabólico. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 9, 179-200. <https://doi.org/10.24875/ALAD.19000381>

Gotthelf, S y Rivas, P. (2018). Síndrome Metabólico y obesidad según criterios IDF/ALAD en adultos de la ciudad de Salta. *Revista de Salud Pública*, 22(2):29 <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v22.n2.18630>

Jha, M, Qamar, A, Vaduganathan, M., Charney, D. y Murrough, J. (2019) Screening and Management of Depression in Patients with Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(14), 1827-1845. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.01.041>

Ley 26.687. Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco. (14 de junio de 2011). Boletín Oficial n° 32.170

Lin, S., Sun, C., You, S., Hwang, L., Liang, C., Yang, T., Bai, C., Chen, C., Wei, C. y Chou, Y. (2016). The Link of Self-Reported Insomnia Symptoms and Sleep Duration with Metabolic Syndrome: A Chinese Population-Based Study. *Sleep*, 39(6), 1261-1266. <https://doi.org/10.5665/sleep.5848>

Lloyd-Jones, D., Allen, N., Anderson, C., Black, T., Brewer, C., Foraker, R., Grandner, M., Lavretsky, H., Marma Perak, A., Sharma, G., Wayne, R. y on behalf of the American Heart Association. (2022). Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health: A Presidential Advisory. *AHA. Circulation*, 146(5), e18-e43 <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001078>

McCracken, E., Monaghan, M. y Sreenivasan, S. (2018). Pathophysiology of the metabolic syndrome. *Clinics in Dermatology*, 36(1), 14-20. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.09.004>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2019). 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR). Informe definitivo. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001659cnt-4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo-2019-informe-definitivo.pdfMcLeroy1998>

Núñez Sánchez, M. y Reyes Huarcaya, R. (2017). Importancia de diferenciar puntos de corte del IMC de acuerdo a la edad. *Nutrición Hospitalaria*, 34(5), 1263. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1416>

O'Donnell, C. y Elosua, R. (2008). Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Revista Española de Cardiología*, 61(3), 299-310. <https://doi.org/10.1157/13116658>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002) International physical activity questionnaire. Disponible en: <http://www.ipaq.ki.se/questionnaires/SpainIQSHL7SELFrev230802.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (s.f). Guía para las mediciones físicas. Parte 3: Guías para la formación e instrucciones prácticas. Sección 4: Guía para las mediciones físicas (Step 2). Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43580/9789244593838_spa.pdf?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). La carga de Enfermedades cardiovasculares en la Región de las Américas, 2000 - 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-cardiovasculares>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f). Calculadora de Riesgo Cardiovascular OPS/OMS-PAHO. Disponible en: <https://www.paho.org/es/hearts-americas/calculadora-riesgo-cardiovascular>

Poirat, L., Gaye, B., Perier, M. C., Thomas, F., Guibout, C., Climie, R. E., Offredo, L., Tafflet, M., Lemogne, C., Pannier, B., Boutouyrie, P., Jouven, X. y Empana, J. P. (2018). Perceived stress is inversely related to ideal cardiovascular health: The Paris Prospective Study III. *International journal of Cardiology*, 270, 312-318. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2018.06.040>

R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponible en: <https://www.R-project.org/>.

Remor E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. <https://doi.org/10.1017/s1138741600006004>

Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), Federación Argentina de Cardiología (FAC) y Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA). (2018). Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. *Revista Argentina de Cardiología*, 86(2), 1-49. ISSN 0034-7000. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/consenso/consenso-argentino-de-hipertension-arterial/>

Sociedad Argentina de Cardiología (SAC). (2021). Guías para la recomendación y prescripción de actividad física en adultos para promover la salud cardiovascular. *Revista Argentina de Cardiología*, 89(4), 1-52. ISSN 0034-7000. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/consenso/guias-para-la-recomendacion-y-prescripcion-de-actividad-fisica-en-adultos-para-promover-la-salud-cardiovascular/>

Sociedad Argentina de Lípidos. (2019). Guía de práctica clínica de la Sociedad Argentina de Lípidos. Disponible en: <https://www.sociedadargentinadelipidos.com/files/ugd/c4ab3f2ce3bebd47774974855fc7e13eelb8f7.pdf>

Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y European Atherosclerosis Society (EAS). (2020). Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 73(5), 403. e1-403.e70. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.10.031>

Song, H., Fang, F., Arnberg, F., Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Almqvist, C., Fall, K., Lichtenstein, P., Thorgeirsson, G. y Valdimarsdóttir, U. (2019). Stress related disorders and risk of cardiovascular disease: population based, sibling controlled cohort study. *British Medical Journal*, 365, 11255. <https://doi.org/10.1136/bmj.11255>

Stagnaro, J., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Sustas, S., Serfaty, E., Medina Mora, M., Benjet, C., Aguilar Gaxiola, S. y Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex*, 29(142), 275-299. Disponible en: <https://www.revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/256>

Syauqy, A., Hsu, C., Rau, H., Kurniawan, A. y Chao, J. (2019). Association of Sleep Duration and Insomnia Symptoms with Components of Metabolic Syndrome and Inflammation in Middle-Aged and Older Adults with Metabolic Syndrome in Taiwan. *Nutrients*, 11(8), 1848. <https://doi.org/10.3390/nu11081848>

Visseren, L., Mach, F., Smulders, Y., Carballo, D., Koskinas, K., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C., Desormais, I., Di Angelantonio, E., Franco, O., Halvorsen, S., Richard Hobbs, F., Hollander M., Jankowska E., ... ESC Scientific Document Group (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies. *European Heart Journal*, 42(34), 3227-3337, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>

Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Zilberman, J., Cicco, L., Woronko, E., Vainstein, N., Szczygiel, V., Ghigi, R., Grippo, S. y Villamil, A. (2012). Resultados de un estudio multicéntrico, no controlado, de seguimiento sobre factores de riesgo cardiovascular. *Revista Argentina de Cardiología*, 80,130-136. ISSN 0034-7000. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305326941006>.

Dengue en pacientes con síndrome febril inespecífico en el Hospital Orlando Alassia, Santa Fe.

Artículos Científicos

cmuller2899@gmail.com;
ORCID 0009-0004-1428-7724

juli15bergero@gmail.com;
ORCID 0009-0006-1906-7346

alejandromolet@gmail.com;
ORCID 0009-0005-0533-1399

nicomorello11@hotmail.com;
ORCID 0009-0005-5978-1985

gcezcurra@gmail.com;
ORCID 0009-0006-9256-8534

Müller Claudia¹⁻², Bergero Juliana¹⁻², Molet Alejandro¹⁻², Morello Nicolas¹⁻², Ezcurra Gustavo¹⁻².

RESUMEN

El dengue es una enfermedad causada por un virus homónimo de la familia Flaviviridae, siendo actualmente la arbovirosis más importante en nuestro planeta, causando alrededor de cinco millones de infecciones anuales. En Argentina se presenta de forma epidémica estacionaria, produciendo en los últimos años un incremento sin precedente en las cifras de población afectada. El objetivo del presente trabajo fue analizar la prevalencia del dengue en pacientes pediátricos, que concurren a consulta, por síndrome febril agudo inespecífico, en el Hospital Doctor Orlando Alassia de la ciudad de Santa Fe, en el período comprendido entre enero 2014 y junio 2023. Se realizó un estudio analítico observacional, retrospectivo, presentando en primera instancia las características clínicas y de laboratorio de los pacientes con diagnóstico de dengue. Posteriormente, se analizaron las variables de internación y mortalidad en relación al sexo, edad, riesgo social, comorbilidades, hemoconcentración, trombocitopenia e hipertransaminasemia. Se computaron 56 casos pediátricos. La manifestación clínica más frecuente fue la fiebre, seguida por las náuseas y vómitos. Las alteraciones de laboratorio fueron trombocitopenia, leucopenia, neutropenia, hipertransaminasemia y linfocitosis. 11 pacientes tuvieron dengue con Signos de alarma. Se internaron 14 pacientes, con una media de 8,4 días de internación. No se registraron óbitos. Se halló relación significativa entre la evolución y la presencia de comorbilidades ($p=0,004$). Se concluyó que el reconocimiento de signos de alarma, control hematológico y comorbilidades asociadas, resulta fundamental para detectar a aquellos con riesgo de desarrollar dengue grave y ofrecerles tratamiento de soporte de forma precoz.

PALABRASCLAVE

Dengue, fiebre, pediatría, epidemias, endemia.

ABSTRACT

Dengue is a disease caused by a virus of the same name from the Flaviviridae family, being currently the most important arbovirus on our planet causing around five millions of annual infections. In Argentina, it occurs in a stationary epidemic form, producing an unprecedented increase in the numbers of the affected population in recent years. The objective of this work was to analyze the prevalence of Dengue in pediatric patients, who attended medical consultation, due to non-specific acute febrile syndrome, at the Doctor Orlando Alassia Hospital in the city of Santa Fe, in the period between January 2014 and June 2023. A retrospective, observational analytical study was carried out, first presenting the clinical and laboratory characteristics of patients diagnosed with Dengue. Subsequently, the hospitalization and mortality variables were analyzed in relation to sex, age, social risk, comorbidities, hemoconcentration, thrombocytopenia and hypertransaminasemia. 56 pediatric cases were computed. The most common clinical manifestation was fever, followed by nausea and vomiting. Laboratory abnormalities were thrombocytopenia, leukopenia, neutropenia, hypertransaminasemia and lymphocytosis. 11 patients had Dengue with Warning Signs. 14 patients were computed, with an average of 8.4 days of hospitalization. No deaths were recorded. A significant relationship was found between the evolution and the presence of comorbidities ($p=0.004$). It was concluded that the recognition of warning signs, hematological control and associated comorbidities is essential to detect those at risk of developing Severe Dengue and offer them early support treatment.

KEY WORDS

Dengue, fever, pediatrics, epidemics, endemic.

SigMe.
Revista de la Facultad
de Ciencias Médicas,
número 2, 2024

Recepción: 13/03/2024
Aprobación: 08/10/2024

DOI:
10.14409/sigme.2024.2.e0011



Esta obra está bajo una
Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-
CompartirIgual
4.0 Internacional.

INTRODUCCIÓN

El dengue, es una enfermedad viral causada por un virus homónimo del género *Flavivirus*, familia *Flaviviridae*, del que se conocen cuatro serotipos DENV1, DENV2, DENV3 y DENV4, transmitidos al humano principalmente por el mosquito hembra de la especie *Aedes aegypti*, al momento de alimentarse de su sangre (Casartelli Vall et al., 2023).

Históricamente, la transmisión del dengue se producía en áreas urbanas y semiurbanas, de regiones tropicales y subtropicales. Sin embargo, en las últimas décadas se ha expandido significativamente hasta afectar a poblaciones de climas templados (López et al., 2021). Múltiples factores, humanos y medioambientales, intervinieron en la diseminación del *Aedes aegypti* fuera de las áreas endémicas previamente conocidas (Alvarado Prado y Nieto López, 2019).

Desde entonces, la enfermedad se presenta con un comportamiento estacionario, con el surgimiento de epidemias, en los meses cálidos y lluviosos. De forma tal que, mientras en el hemisferio Sur las epidemias ocurren durante la primera mitad del año, en el hemisferio Norte, se producen mayormente en la segunda mitad (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).

La presencia del dengue en el continente americano se remonta a hace dos siglos, siendo documentado por primera vez mediante análisis de laboratorio en el año 1963 (Cuenca del Caribe y Venezuela). Previamente a la década del 60, los brotes se presentaban con una periodicidad de 10 o 20 años, con ulterior reducción del período interepidémico entre 3 a 5 años. Para la década de 1980 el problema se extendió geográficamente por América del Sur, afectando Bolivia (1987), Paraguay (1988), Perú (1990) y Argentina (1997). De modo que, actualmente, todos los países de la región de las Américas tienen la enfermedad o están en peligro inminente de que aparezca (Sociedad Argentina de Pediatría, 2016a).

DENV fue erradicado de Argentina a mediados del siglo XX debido, en parte, al éxito de los programas de control del vector. Sin embargo, en 1998 se reportó la primera transmisión autóctona desde su erradicación, con un brote epidémico posterior en el norte subtropical del país. Tras el resurgimiento, numerosas epidemias se sucedieron en los meses más cálidos y siempre estrechamente relacionados con brotes en países vecinos.

Entre enero y mayo de 2009 se confirmaron 25.989 casos de dengue. Produciéndose, por primera vez, brotes de dengue en su región central de clima templado impulsados por la presencia del mosquito *Aedes aegypti* en áreas urbanas, afectando especialmente a las provincias de Córdoba, Buenos Aires y Santa Fe. Durante este año, Santa Fe enfrentó su mayor epidemia de dengue hasta la fecha lo que se replicó en gran parte del país, con casos autóctonos en 17 de las 23 provincias (López et al., 2021). Los departamentos más afectados fueron 9 de Julio, con 141 casos, seguido por Rosario 106 casos y San Cristóbal 97 (Dirección provincial de epidemiología por elaboración propia, con datos extraídos de SNVS 1.0, SNVS 2.0, SASIPRO y Municipalidad de Rosario).

Posteriormente, a pesar de la existencia de registros anuales de casos confirmados de la enfermedad, las grandes epidemias registradas se sucedieron con una periodicidad de 2 a 3 años.

De esta manera, en el año 2016 los casos notificados entre la semana epidemiológica [SE] 1 y 25, superaron en un 53% a los registrados en el 2009 para el mismo periodo. Siendo, en esta oportunidad, las regiones del NEA, NOA y Centro, las principales afectadas (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

En el transcurso del 2019-2020 se registraron 58.889 casos confirmados, lo que significó un incremento del 40,5% en la incidencia acumulada del período comprendido entre 2015-2016, con mayoría de casos autóctonos. (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

Cabe destacar que, en 2019 se registraron por primera vez muertes por dengue grave con un total de 5 fallecidos. Demográficamente, las provincias del Noroeste argentino, notificaron nuevamente la mayor incidencia de casos (Brathwaite Dick et al., 2012).

Por último, hasta la semana epidemiológica 14 de 2023 se registraron en Argentina 41.257 casos de dengue de los cuales 37.914 corresponden a casos autóctonos, tan solo 586 presentaban antecedentes migratorios (importados), y en 2.757 casos, no se logró establecer el origen.

Los casos acumulados registrados hasta mediados de 2023 muestran una tendencia creciente en relación dos años previos (2021-2022) y -comparando con las dos epidemias previas- se encuentran un 27% y 48% por encima de los registrados para el mismo periodo en 2016 y 2020, respectivamente. Dentro de las 15 jurisdicciones que confirmaron la circulación autóctona del dengue, Santa Fe se encuentra persistentemente entre las afectadas en la región Centro (Ministerio de Salud de la Nación, 2023).

En los boletines epidemiológicos analizados se observó que la afectación por dengue presenta una distribución homogénea, entre las personas de 15 a 65 años. No obstante, la incidencia y las características clínicas en niños y adolescentes se reportan con menor frecuencia. Esto sugiere que, aunque la población adulta es la principal afectada, es importante no subestimar el impacto de la enfermedad en la población infantil, ya que, sus presentaciones clínicas pueden ser distintas y requieren atención específica (Ministerio de Salud de la Nación, 2023).

El dengue puede cursar con una amplia variedad de presentaciones clínicas, que van desde formas subclínicas o leves, hasta manifestarse en formas graves, pudiendo llegar al shock o falla multiorgánica. En los menores de 2 años, la enfermedad a menudo se presenta de manera asintomática o con síntomas poco específicos, como fiebre, astenia, anorexia, odinofagia y rash, lo que dificulta su diagnóstico (Sociedad Argentina de Pediatría, 2020b).

Además, diferentes estudios han demostrado que los síntomas gastrointestinales frecuentemente acompañan el cuadro clínico, particularmente en niños pequeños.

Una breve aproximación es el análisis descriptivo realizado con 1481 pacientes, con diagnóstico clínico y serológico de infección por virus dengue, que asistieron a diversos centros asistenciales del estado Zulia-Venezuela durante el año 2010. Los mismos, fueron clasificados en dengue sin signos de alarma (DSSA), dengue con signos de alarma (DCSA), y dengue grave (DG). Los resultados mostraron que un alto porcentaje de pacientes

presentaba síntomas gastrointestinales: 65.7% en DSSA, 92.5% en DCSA y 100% en DG.

Entre los SSGI las náuseas/vómitos ocuparon el primer lugar, registrándose en el 62,80% de los pacientes estudiados, seguido por dolor abdominal en un 44,68% y diarrea 26,15%; todos éstos con un incremento significativo con respecto a los de más signos y síntomas analizados como melena en 3,05%, hematemesis y hepatomegalia con 2,16%. No se encontraron diferencias significativas en la distribución de síntomas gastrointestinales, en relación con el género o grupo etario, aunque, se observó una tendencia a mayor frecuencia de náuseas/vómitos en lactantes con DCSA (Durán et al., 2013).

Dada la elevada frecuencia de estas presentaciones inespecíficas, el antecedente epidemiológico resulta fundamental para la sospecha clínica de la infección. Concomitantemente, la presencia de predictores tempranos de la enfermedad, tales como, la ausencia de síndrome pseudogripal, el eritema facial y la leucopenia igual o menor a 4.500/mm³, en un paciente con síndrome febril inespecífico, orienta al diagnóstico (Sociedad Argentina de Pediatría, 2020b).

Por otra parte, se han reportado diferencias clínicas en la presentación del dengue entre niños y adultos. En los primeros la enfermedad se manifiesta frecuentemente en forma de vómitos, petequias y rash cutáneo. Mientras que, en los adultos los síntomas predominantes fueron cefaleas, artralgias, dolor retro orbitario, mialgias, dolor abdominal y manifestaciones hemorrágicas. Estos hallazgos podrían estar relacionados con la dificultad en la identificación de los signos y síntomas en los pacientes pediátricos.

En cuanto a las alteraciones de laboratorio, independientemente del grupo etario, más frecuentemente registradas son la trombocitopenia, hemoconcentración e hipertransaminasemia a predominio de la Alanina Aminotransferasa (ALAT). Estos parámetros son fundamentales para el diagnóstico y manejo del dengue, ya que, pueden correlacionarse con el agravamiento de la infección y la necesidad de intervención clínica adecuada (De Souza et al., 2013).

En lo que respecta al manejo terapéutico de la enfermedad, es crucial la detección precoz de aquellos pacientes en riesgo de progresar a formas graves, caracterizadas principalmente por la presencia shock hipovolémico, dificultad respiratoria, hemorragias graves y/o daño multiorgánico. En este contexto, el estudio DENCO ha sido fundamental estableciendo un sistema unánime de clasificación de severidad que considera comorbilidades, signos de alarma presentes en los enfermos veinticuatro horas previas al agravamiento del cuadro, y otros indicios de dengue grave. Según los criterios establecidos, algunos de los principales signos y síntomas de alarma incluyen el dolor abdominal, vómitos persistentes, sangrado mucoso, alteración en el estado de conciencia, hepatomegalia y hemoconcentración. Esta distinción facilita el reconocimiento de los pacientes que se beneficiarían con la reposición precoz de líquidos por vía intravenosa, mejorando sustancialmente su pronóstico (Ávila et al., 2009).

Asimismo, en una revisión publicada por la Sociedad Argentina de Pediatría se identifican varios factores predictores de complicación en la enfermedad. Entre ellos, se destacan el patrón bifásico de fiebre, la hemoconcentración,

un recuento plaquetario inferior a 50,000 plaquetas y la elevación de transaminasas. También, se subraya la importancia de ciertos hallazgos clínicos, como hepatomegalia, vómitos incoercibles y hemorragias menores, como indicadores tempranos de gravedad. Estos elementos son cruciales para el manejo clínico y la toma de decisiones en la atención de pacientes con dengue.

En el análisis de los pacientes que requirieron manejo terapéutico en internación por dengue, se observó que el promedio de días de hospitalización fue relativamente breve, siendo de aproximadamente tres días. Esta corta duración sugiere que, con una detección y manejo adecuados, muchos pacientes pueden estabilizarse rápidamente y recuperarse de la enfermedad sin complicaciones severas. Sin embargo, es esencial mantener una vigilancia continua para identificar aquellos casos que puedan evolucionar hacia formas más graves y requerir intervenciones más intensivas (Sociedad Argentina de Pediatría, 2020).

Finalmente, dada la situación epidemiológica actual del dengue, es crucial abordar el desconocimiento sobre el número real de casos en la población infantil y las características de la enfermedad en este grupo etario.

El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de dengue, describir la distribución de frecuencia de las manifestaciones clínicas y alteraciones del laboratorio, e identificar la relación entre diferentes variables, como la evolución clínica y la mortalidad, en función del sexo, la edad, el riesgo social, las comorbilidades, y los hallazgos de hemoconcentración, trombocitopenia e hipertransaminasemia. Estos datos son fundamentales para mejorar el diagnóstico, el manejo y la prevención del dengue en niños, así como, para fortalecer las estrategias de salud pública en la región.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio analítico retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes, de entre 0 días de vida y 14 años, con diagnóstico presuntivo de síndrome febril agudo inespecífico, que fueron atendidos durante enero de 2014 y junio de 2023 en el Hospital Doctor Orlando Alassia de Santa Fe.

Los datos se obtuvieron a partir de los registros hospitalarios por lo que no implicó riesgos para los pacientes.

Fueron excluidos de este estudio, aquellos pacientes en los cuales, su historia clínica y/o ficha epidemiológica se encontraba incompleta, como también, todos aquellos cuya condición clínicano fuera establecida como diagnóstico presuntivo de síndrome febril agudo inespecífico, a excepción de un paciente con diagnóstico por nexo epidemiológico, pero que no presentó el signo fiebre. Se decidió no considerar, para el análisis de los resultados de esta investigación, a una paciente con diagnóstico concomitante de leucemia aguda, a razón de no poder establecer de forma certera si la duración de su tiempo en internación (43 días) y hallazgos clínicos observados, fueron debido a su patología previa o a la enfermedad del dengue. Se solicitó autorización al comité del Docencia e Investigación del Hospital para el acceso a historias clínicas y fichas epidemiológicas, relevando datos de: sexo, edad (expresada en años, realizándose la distinción entre menores de 2 años de vida, es decir "lactantes" y mayores de 2 años), lugar

de origen (localidad), clínica, analítica sanguínea, método diagnóstico (confirmación por laboratorio o nexo epidemiológico), comorbilidad (NO/SI), riesgo social (NO/SI como probabilidad de ocurrencia de un peligro social determinado por el servicio de trabajo social del efector), signos de alarma (dolor abdominal intenso y sostenido; vómitos persistentes; derrame seroso detectado por la clínica, laboratorio o por técnicas en imágenes; sangrado mucoso; cambios en el estado mental (somnolencia o irritabilidad); hepatomegalia (medida a más 2 cm del reborde costal); incremento brusco de hematocrito acompañado de trombocitopenia); manejo (tratamiento ambulatorio/internación), evolución (días de internación) y desenlace (alta/óbito).

A partir a la información obtenida se categorizó a los pacientes de acuerdo con la clasificación clínica (dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma y dengue grave) según Guía para el Equipo de Salud (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2016).

Toda esta información obtenida fue tratada según los procedimientos para garantizar los aspectos bioéticos de la investigación, asegurando el anonimato de los pacientes, y teniendo acceso a los mismos sólo el equipo de investigación.

Primeramente, se determinó la prevalencia de dengue en la muestra, considerando a los pacientes con diagnóstico confirmado por laboratorio o nexo epidemiológico. A continuación, se procedió a describir las características clínicas y de laboratorio de los pacientes en la institución. Luego, se obtuvo la proporción de pacientes que recibieron tratamiento ambulatorio versus aquellos que requirieron hospitalización y se calculó la media de duración (días) de dicha internación.

Posteriormente se contrastó la evolución de los pacientes que requirieron internación en función del sexo, edad, riesgo social, comorbilidades conocidas, hemoconcentración, trombocitopenia e hipertransaminasemia.

Finalmente, algunos de los resultados obtenidos del análisis fueron contrastados con el trabajo de Berberian et al., realizado del Hospital Garrahan durante los períodos comprendidos entre 2015-2016 (Período I), y 2019-2020 (Período II).

Los datos obtenidos fueron introducidos a una base de datos procesados con el software estadístico R versión 4.3.0, mediante test de hipótesis ($\alpha = 0,05$), para el análisis de los mismos.

Las variables cualitativas serán descriptas utilizando porcentajes y para las cuantitativas se utilizarán promedios y desviación estándar.

RESULTADOS

De un total de 383 pacientes con diagnóstico de síndrome febril agudo inespecífico, 14,6% (n=56) fueron casos de dengue, de los cuales 46,4% (n = 26) tuvieron confirmación por laboratorio virológico y 53,6% (n=30) por nexo epidemiológico.

La edad media y la desviación estándar de los pacientes analizados fue de 9.3 y 3.8 años respectivamente, con un rango correspondiente de entre [5 meses a 14 años] de edad. 57,1% (n=32) pacientes con dengue fueron de sexo masculino.

La Tabla 1 de distribución de frecuencia, refleja en orden decreciente de presentación, las manifestaciones clínicas en los pacientes con diagnóstico de Dengue, mediante nexo epidemiológico o confirmación virológica. El 19.6% (n=11) fueron dengue con signos de alarma. En la tabla 2 se muestra la distribución de signos y síntomas en pacientes con diagnóstico de dengue con signos de alarma.

Tabla 1. Frecuencia de manifestaciones clínicas en pacientes con diagnóstico de Dengue entre Enero 2014 - Junio 2023.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	N = 56 (%)
Fiebre	98.2% (n=55)
Náuseas y vómitos	21.4% (n=12)
Cefalea	12,5% (n=7)
Rash	12,5% (n=7)
Diarrea	8.9% (n=5)
Mialgias	7% (n=4)
Malestar general	5.4% (n=3)
Dolor articular	5.4% (n=3)
Inyección conjuntival	3.6% (n=2)
Dolor retroocular	1.8% (n=1)

Tabla 2. Frecuencia de signos y síntomas graves en pacientes con diagnóstico de dengue con signos de alarma.

SIGNOS DE ALARMA	N=11 (%)
Epistaxis	54.6% (n=6)
Petequias mucocutánea	27,3% (n=3)
Vómitos	18.2% (n=2)
Dolor abdominal	18,2% (n=2)
Nivel de conciencia alterado	18,2% (n=2)
Hemoconcentración	18,2% (n=2)
Encefalitis	18,2% (n=2)
Shock hipovolémico	18,2% (n=2)
Insuficiencia respiratoria	9,1% (n=1)
Derrame pericárdico	9,1% (n=1)
Derrame pleural	9,1% (n=1)
Hematuria	9.1% (n=1)

Se analizaron 23 informes de laboratorios completos: el hallazgo más frecuente fue la trombocitopenia 78,3% (n=18). Un 43,5% (n=10) presentó leucopenia; 30.4% (n=7) neutropenia; 30,4% (n=7) hipertransaminasemia; y 26,1% (n=6) presentó linfocitosis.

Se internaron el 25% de los pacientes (n =14); de los cuales 57,1% (n=8) fue por presentar dengue con signos de alarma; 35,7% (n=5) por comorbilidades y 7,1% (n=1) por alteraciones del laboratorio (trombocitopenia y neutropenia).

La media de internación y la desviación estándar de los pacientes analizados fue de 8.4 y 9 respectivamente, con un intervalo de confianza correspondiente a (IC95%: 3,2;13,6 días), siendo la mínima de 2 días y la máxima de 36 días.

Por otra parte, la media de días de internación y desviación estándar para lactantes fue de 18.6 y 15 (IC95% -18.7;56) pertinentemente, mientras que para infantes fue del 5.6 y 4.5 (IC95% 2,6;8,7), empero esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,300$). Se observó la presencia de un caso atípico dentro de los lactantes de 36 días de internación.

En cuanto al análisis de la variable evolución en relación a la presencia de comorbilidades asociadas, se evidenció una diferencia estadísticamente significativa correspondiente a ($p=0,004$). Presentando así una media de días de internación y desvío estándar de $7.4 \pm 4,9$ [2,17] en pacientes con comorbilidades previas, respecto de aquellos sin comorbilidades $1,1 \pm 5,3$ [0, 36]. La Figura 1, sintetiza la proporción de pacientes internados según presencia o no de comorbilidades.

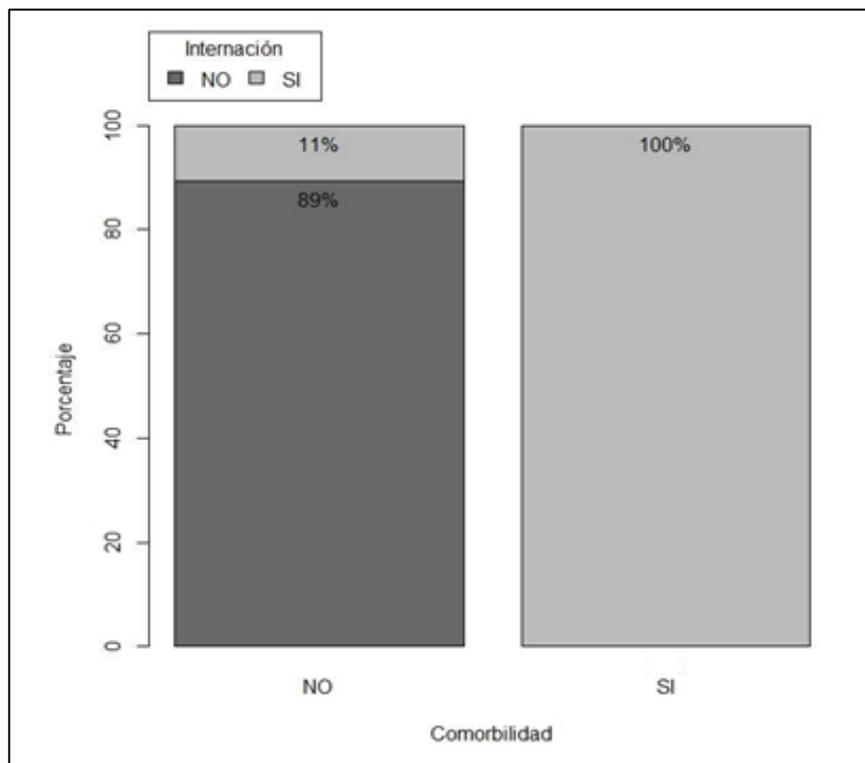


Figura 1. Proporción de pacientes internados según presencia o no de comorbilidades.

No se hallaron diferencias significativas entre las medias de días de internación (evolución) según: sexo ($p= 0,930$), riesgo social ($p= 0,130$), hemoconcentración ($p= 0,670$), trombocitopenia ($p= 0,590$) e hipertransaminasemia ($p= 0,180$).

Por último, todos los pacientes tuvieron el alta médica y no se registraron óbitos.

DISCUSIÓN

No se encontró diferencia significativa respecto a la prevalencia de dengue confirmada por laboratorio hallada en nuestra publicación sobre la base de casos sospechosos de dengue, correspondiente a un 46,4% ($n= 26$) y los pacientes con sospecha de dengue analizada, en la investigación del Hospital Garrahan durante los períodos comprendidos entre 2015-2016 (Período I) y

2019-2020 (Período II), con un p valor de 0,46 para ambos períodos. Dicho estudio incluyó 597 pacientes con sospecha de dengue, de los cuales el 40% (n= 239) tuvieron confirmación virológica por laboratorio, 112 (47%) correspondiente al Período I y 127 (53%) pertenecientes al Período II (Berberian et al., 2022).

Sin embargo, si consideramos aquellos pacientes cuyo diagnóstico fue realizado por nexo epidemiológico, la prevalencia incrementa a un 53,6% (n = 30). De este modo, en concordancia a los expuesto por el comité de Infectología, de la Sociedad Argentina de Pediatría (2020), el nexo epidemiológico en el presente trabajo, fue clave en la anamnesis para el diagnóstico de la enfermedad, ya que el síntoma más frecuente y común en todos los casos fue la fiebre, poco específica en general. Otras manifestaciones clínicas, como vómitos, cefaleas, rash y diarrea, fueron menos frecuentes y no se identificaron signos y síntomas adicionales que permitieran distinguir al dengue de otras enfermedades (Sociedad Argentina de pediatría 2020).

Los signos de alarma más frecuentes observados en los pacientes fueron los sangrados mucosos, los cuales se correlacionaron con la trombocitopenia, un hallazgo de laboratorio prevalente en este estudio. Aunque, si bien existen estudios que analizan en profundidad las alteraciones hematómicas asociadas al dengue, esta investigación no tiene como objetivo ahondar en esos aspectos. No obstante, el reconocimiento de estos signos de alarma es fundamental, ya que su presencia puede indicar un riesgo elevado de complicaciones y requiere una atención médica inmediata para asegurar un manejo adecuado y oportuno de los pacientes (Casartelli Valli et al., 2023). La media de días de internación fue estadísticamente más alta (7.4 días), comparada con la observada en el Hospital Garrahan (2 días) para ambos períodos. Como así también, se demostró una diferencia significativa en el análisis de ambos intervalos temporales: obtuvo $p = 0,010$ para el período 2015-2016 (media: 2 días) y $p=0.020$ en el período 2019-2020 (media: 3 días). A su vez, evidenció que, en el Período I la hospitalización fue más frecuente, pero con tiempos más cortos de estadía con una media de 2 días (1-4), en relación al Período II con una media de 3 días (2-6).

Cabe destacar que, en la presente investigación, los pacientes con estadías más prolongadas en internación fueron los lactantes (menores de 2 años) o pacientes que desarrollaron dengue grave. Esta tendencia sugiere que los lactantes y los casos más severos requieren atención más intensiva y, por lo tanto, son propensos a una mayor duración de la hospitalización. A su vez, resalta la importancia de una vigilancia cuidadosa y un manejo proactivo en estos grupos de alto riesgo, para mejorar los resultados clínicos y minimizar complicaciones.

En cuanto a las relaciones halladas, sólo se obtuvo como resultado una diferencia significativa, entre la presencia de comorbilidades y a aquellos pacientes que tuvieron una mayor media de días de internación.

Las estrategias de prevención y control son tan fundamentales como el adecuado registro epidemiológico para el control de la enfermedad. A mediados del siglo XX, el Ministerio de Salud de la Nación, junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), implementaron un exitoso plan de erradicación *Aedes aegypti*, logrando la eliminación del vector en 1962.

Sin embargo, a finales de 1980 se produjo la reinfestación del mosquito, impulsada por el crecimiento poblacional en áreas urbanas, procesos migratorios entre distintas localidades y condiciones ambientales favorables en el centro y norte del país, lo que facilitó brotes epidémicos explosivos. Además, la reincidente inestabilidad económica, junto con la extrema polarización de los recursos jugaron un papel relevante en la reemergencia del dengue (De la Salle, 2008).

Desde entonces, a pesar de las numerosas campañas para erradicar el mosquito vector, este continúa reapareciendo, lo que se ha traducido en un aumento anual en la prevalencia de pacientes infectados. Esto, a su vez, conlleva un mayor riesgo de casos graves y, potencialmente, de fallecimientos.

En este contexto, es crucial concluir que, dado que no existe una terapia específica para el dengue, es vital intensificar los esfuerzos para reconocer a los niños con comorbilidades y signos de alarma. Esta identificación temprana es esencial para detectar a aquellos pacientes en riesgo de desarrollar dengue grave. Permitiendo, de este modo, instaurar tratamientos de soporte precoces y realizar controles hematológicos seriados, lo que podría mejorar significativamente el pronóstico y la atención de estos pacientes.

CONCLUSIONES

La edad media de los pacientes afectados fue de 9 años con un rango de 5 meses a 14 años, a predominancia del sexo masculino. Entre los signos y síntomas que más frecuentemente integraron el síndrome febril, se encontraban en primer lugar las náuseas y vómitos, seguidos de cefalea y rash en idéntica proporción, con diarrea y mialgias en último término. En lo que respecta a los signos de alarma, la presencia de vómitos incoercibles, dolor abdominal intenso, alteración del estado de conciencia y hemoconcentración se evidenciaron en una magnitud semejante empero inferior a las hemorragias mucocutáneas, siendo éstas últimas manifestadas en mayor proporción. Las alteraciones de laboratorio detectadas, orden decreciente de frecuencia, fueron la trombocitopenia, sucedida por leucopenia, neutropenia e hipertransaminasemia en exacta dimensión y finalmente linfocitosis. La media de días de internación, fue de 8,4 días con un mínimo de 2 días y un máximo atípico de 36 días. Se observaron diferencias estadísticamente significativas al contrastar evolución en relación a la presencia de comorbilidades asociadas. No se registraron decesos por la enfermedad.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo de la Méd. Andrea Petean, que desinteresadamente dedicó su tiempo y ayuda en la investigación. Como así también, queremos realizar una mención especial a la Profesora Marisa Gionotti por su interminable paciencia y dedicación en la corrección del presente trabajo.

Finalmente, agradecemos al personal del Hospital Doctor Orlando Alassia, por brindarnos información necesaria para realizar el análisis.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Se contó con la autorización del Comité de Docencia de Investigación del Hospital Dr. Orlando Alassia para el acceso a la base de datos de Historias clínicas de la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alvarado-Prado, R. y Nieto Lopez, M. (2019). Factores socioeconómicos y ambientales asociados a la incidencia de dengue: estudio ecológico en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 28(2), 227- 238. ISSN 1409-1429.

Ávila, A. Gómez Carrillo, M. Biscayart, C. Camera, L. Laube, G. Orduna, T. Bossio, J. Moral, M. Vizzoti, C. Valdez Rojas, J. Devoto, S. San Juan, J. Seijoó, A. Enría, D. Torres Martinez, E. Báez, E. y Pleites, E. (2009). Guía preliminar en revisión de dengue para el equipo de salud. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-11/Anexo-6-Guia-dengue-02-09.pdf>

Berberian, G. Perez, G. Mangano, A. Borgia, D. Buchovsky, A. Costa, M. Fabbri, C. Victoria, L. Mistchenko, A. Deschutter, V. Botana, C. Martinen, S. Brizuela, M. Arias, A. Rosanova, M. (2022). Dengue beyond the tropics: a time-series study comprising 2015-2016 versus 2019-2020 at a children's hospital in the City of Buenos Aires. *Archivos Argentinos de Pediatría* 120 (6), 384-390. Doi: [10.5546/aap.2022.eng.384](https://doi.org/10.5546/aap.2022.eng.384).

Brathwaite Dick, O. San Martín, J. L. Romeo H. Montoya, J. Del Diego, J. Zambrano, B. y Dayan, G. (2012). The History of Dengue Outbreaks in the Americas. *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 87(4), 584-593. Doi: [10.4269/ajtmh.2012.11-0770](https://doi.org/10.4269/ajtmh.2012.11-0770).

Casartelli Vall, D., Godoy Sánchez, L. y Mesquita Ramírez, M. (2023). Características de la Fiebre Dengue en niños menores de 6 meses, un estudio retrospectivo. *Pediatría (Asunción)*, 50(1), 20-26. Epub. Doi: [10.31698/ped.50012023005](https://doi.org/10.31698/ped.50012023005).

De la Salle, J. B. (2008). Re-emergence of dengue in Argentina: Historical development and future challenges. *Dengue Bulletin*, 32 (6), 44-54. ISSN: 1020-895X.

de Souza, L. J. Bastos Pessanha, L. Carvalho Mansur, L. Assed de Souza, L. Barbosa Tâmega Ribeiro, M. y do Vale da Silveira, M. (2013). Comparison of clinical and laboratory characteristics between children and adults with dengue. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases* 17(1), 27-31. Doi: [10.1016/j.bjid.2012.08.020](https://doi.org/10.1016/j.bjid.2012.08.020).

Durán, A. Ochoa, E. Alcocer, S. Gómez, M. Millano, M. Martínez, O. Maldonado y Valero, N. (2013). Frecuencia de signos y síntomas gastrointestinales del dengue. Análisis de una cohorte de 1484 pacientes. *Investigación Clínica*, 54(3), 299- 310. ISSN 0535-5133.

Espinal, M. Andrus, J. Jauregui, B. Hull Waterman, S. Morens, D. Santos, J. Horstick, O. Ayana Francis, L. y Olson, D. (2019). Emerging and Reemerging Aedes-Transmitted Arbovirus Infections in the Region of the Americas: Implications for Health Policy. *American Journal of Public Health*, 109(3), 387-392. Doi: [10.2105/AJPH.2018.304849](https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304849).

Gómez Marrugo, D. Causil Garcés, C. Pinzón Redondo, H. Suárez Causado, A. y Moneriz Pretell, C. (2014). Caracterización clínica del dengue en un hospital infantil de Cartagena (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 30 (3), 281-292. ISSN 0120-5552.

López, M. S. Jordan, D. I. Blatter, E. Walker, E. Gómez, A. A. Müller, G. V. y Estallo, E. L. (2021). Dengue emergence in the temperate Argentinian province of Santa Fe, 2009-2020. *Scientific Data*, 8(1), 1-7. <https://doi.org/10.1038/s41597-021-00914-x>

Ministerio de Salud de la Nación. (2016). Boletín integrado de vigilancia (Dirección nacional de epidemiología y análisis de la situación de salud). (N° 336 - SE46- Noviembre 2016). <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/boletin-integrado-vigilancia-n336-se46.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Boletín integrado de vigilancia. Edición semanal. (N°493 SE 15 / 2020). <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-integrado-de-vigilancia-n493-se15-2020>

Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Boletín integrado de vigilancia. Edición semanal. (N°507 SE 31/2020). <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-integrado-de-vigilancia-n507-se31-2020>

Ministerio de Salud de la Nación (2023). Alerta epidemiológica. Dengue en Argentina: Caracterización epidemiológica, clínica y virológica del brote actual. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/dengue-en-argentina-caracterizacion-epidemiologica-clinica-y-virolologica-del-brote-actual>

Organización Mundial de la Salud. (2023). Expansión geográfica de los casos de dengue y chikungunya más allá de las áreas históricas de transmisión en la Región de las Américas. <https://www.who.int/es/emergencias/disease-outbreak-news/item/2023-DON448>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). El dengue en las Américas alcanza el mayor número de casos registrados en la historia. <https://www.paho.org/es/noticias/18-11-2019-dengue-americas-alcanza-mayor-numero-casos-registrados-historia>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Actualización Epidemiológica Dengue, chikunguña y Zika. <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-dengue-chikunguna-zika-25-enero-2023>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Dengue. <https://www.paho.org/es/temas/dengue#:~:text=Es%20una%20enfermedad%20febril%20que,en%20las%20articulaciones%2C%20y%20sarpullidos>

Sociedad Argentina de Pediatría. (2016 a). Consenso sobre las enfermedades infecciosas regionales en la Argentina (Informe del Comité de Infectología). https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/consenso_dengue_sap2016.pdf

Sociedad Argentina de Pediatría. (2016 b). Informe/Actualización (Informe del Comité de Infectología). https://www.sap.org.ar/docs/organizacion/comitesnacionales/infecto/Dengue_04-10-16.pdf

Sociedad Argentina de Pediatría. (2020 a). Dengue (Informe del Comité de Infectología) [www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/consenso dengue s ap2016.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/consenso_dengue_sap2016.pdf)

Sociedad Argentina de Pediatría. (2020 b). Dengue: preocupación por el aumento de casos (Informe del Comité de Infectología). [https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files dengue-04-20_1586865257.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_dengue-04-20_1586865257.pdf)

1 Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional del Litoral,
Santa Fe, Argentina.
2 Facultad de Bioquímica y Ciencias
Biológicas, Universidad Nacional del
Litoral, Santa Fe, Argentina.

eberta@fcb.unl.edu.ar;
ORCID 0000-0003-2031-9070

mariasolsuarez99@gmail.com;
ORCID 0009-0007-8507-6491

lara.magali.corti15@gmail.com;
ORCID 0009-0003-4861-1900

diegomanni@gmail.com;
ORCID 0000-0002-7932-5419

mmartine@fcm.unl.edu.ar;
ORCID 0000-0003-0763-202X

Análisis de un índice de estilo de vida saludable y el riesgo cardiovascular en personal de dos unidades académicas de la Universidad Nacional del Litoral, en 2023.

Artículos Científicos

Berta Eugenia Emilia¹⁻², Suarez María Sol¹, Corti Iara Magalí¹, Manni Diego Carlos¹⁻², Martinelli Marcela Inés¹.

RESUMEN

El objetivo del trabajo fue estudiar la relación entre el estilo de vida y el riesgo cardiovascular (RCV) en trabajadores universitarios de la UNL. Se utilizó un diseño observacional y transversal con una muestra de 225 personas de 40 a 75 años. Los participantes completaron cuestionarios sobre hábitos de vida y se midieron variables antropométricas y de salud. Se calculó un Índice de Estilo de Vida (IEV) basado en siete conductas saludables y el RCV a 10 años utilizando la aplicación Cardio Calc de la OMS. La edad media de los participantes fue 50,7±7,8 años, siendo el 64% mujeres. El 67% realizaban tareas docentes, 22% a actividades administrativas y 11% tareas de mantenimiento. Se observó mayor proporción de hombres en las categorías de RCV alto y muy alto en comparación con las mujeres. Entre los hombres se detectó mayor prevalencia de Hipertensión Arterial (52,5%), exceso de peso (78,7%) y obesidad abdominal (59%). En relación con hábitos de estilo de vida, se observó: duración del sueño inferior a la recomendada, escasa actividad física, principalmente en las mujeres, bajo consumo de frutas y verduras, y agregado de sal a las comidas luego de la cocción. Solo el 19,6% de los participantes presentaron un estilo de vida saludable, sin diferencias según sexo entre las distintas categorías del IEV. Si bien no se encontró una asociación significativa entre el RCV y el estilo de vida, la información obtenida permitirá diseñar estrategias específicas de promoción de la salud en el ámbito universitario.

PALABRAS CLAVE

Personal universitario, factores de riesgo, hábitos saludables, evaluación de salud.

ABSTRACT

The aim of this trial was to evaluate the relationship between lifestyle and cardiovascular risk (CVR) in university employees of UNL. An observational, cross-sectional design was used with a sample of 225 people aged 40 to 75 years. Participants completed questionnaires about lifestyle habits and anthropometric and health variables were measured. A Lifestyle Index (LI) was calculated based on seven healthy behaviors and the 10-year CVR using the WHO's Cardio Calc application. The average age of the participants was 50,7±7,8 years, with 64% being women. A 37% percent performed teaching tasks, 22% administrative activities, and 11% maintenance tasks. A larger proportion of men was observed in the high and very high CVR categories compared to women. Among men, there was a higher prevalence of hypertension (52.5%), excess weight (78.7%), and abdominal obesity (59%). Regarding lifestyle habits, the following were observed: sleep duration below the recommended, low physical activity mainly among women, low consumption of fruits and vegetables, and adding salt to meals after cooking. Only 19.6% of participants had a healthy lifestyle, with no differences by sex among the different LI categories. Although no significant association was found between CVR and lifestyle, the information obtained will allow the design of specific health promotion strategies in the university setting.

KEY WORDS

University staff, risk factors, healthy habits, health assessment.

SigMe.
Revista de la Facultad
de Ciencias Médicas,
número 2, 2024

Recepción: 01/07/2024
Aprobación: 07/10/2024

DOI:
10.14409/sigme.2024.2.e0012



Esta obra está bajo una
Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-
CompartirIgual
4.0 Internacional.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de muerte y discapacidad a nivel mundial. Según el informe de la Federación Mundial del Corazón, las muertes por ECV se estiman en 20,5 millones en 2021 (World Heart Federation, 2023).

En Argentina, la tasa de defunciones por ECV en el año 2022 fue de 238 por cada 100,000 habitantes. Mientras que, en la provincia de Santa Fe, se registraron 7470 defunciones por ECV en el mismo año, lo que indica una tasa de mortalidad considerablemente alta en comparación con otras provincias (Ministerio de Salud de la Nación, 2023).

El riesgo de desarrollar ECV está determinado por numerosos factores de riesgo (FRCV): no modificables como, la edad, el sexo y la genética, y factores plausibles de ser modificados como el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas, dieta no saludable, inactividad física, sedentarismo, factores psicosociales o condiciones metabólicas como dislipemia, hipertensión arterial (HTA), obesidad, diabetes mellitus (DM). En la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en Argentina en 2018 y publicada en 2019, se informó una alta prevalencia de FRCV en la población adulta (61,6% exceso de peso, 34,0% Hipertensión, 29,0% colesterol elevado y 12,7% Diabetes) (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC], 2019). La presencia de múltiples factores de riesgo amplifica el riesgo de desarrollar ECV (Ghodeshwar et al., 2023).

Diversos estudios han demostrado la relación preponderante entre el estilo de vida y la prevalencia de las ECV y el gran impacto que la modificación del mismo supone para la salud cardiovascular (Katzmarzyk et al., 2020; Ruthsatz y Candeias, 2020; Kraselnik et al., 2023). Modificaciones en el estilo de vida, como adoptar una dieta saludable, realizar actividad física con regularidad, mantener una dieta y peso saludable, dejar de fumar, controlar el estrés y tener un buen descanso nocturno, se encuentran en directa relación con la reducción en la carga de enfermedades crónicas no transmisibles y un importante aumento en la calidad de vida del individuo (Ghodeshwar et al., 2023).

En diversos países se han utilizado distintos índices de estilo de vida saludable (IES) que involucran diversas conductas y se han relacionado con el riesgo de ECV (Leiva et al., 2018; Niu et al., 2023). En Argentina, la ENFR evalúa algunas conductas de estilo de vida en forma individual, que podrían ser utilizadas en la elaboración de un índice que permita identificar de manera global el riesgo de desarrollar ECV. El objetivo de este trabajo fue diseñar un índice de estilo de vida saludable y analizar la relación entre el riesgo cardiovascular y el estilo de vida, en docentes y no docentes, de la Facultad de Ciencias Médicas y la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, de la Universidad Nacional del Litoral (UNL), durante el año 2023.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, analítico y transversal. La población objetivo incluyó a un total de 667 trabajadores de las facultades de la UNL, entre 40 a 75 años de edad. El tamaño muestral se calculó mediante la fórmula para poblaciones finitas, utilizando la prevalencia esperada de RCV alta para un

grupo etario de entre 30 y 75 años en Argentina, estimada en un 0,17 por Dávolos et al. (2018). Así, se obtuvo un tamaño mínimo muestral de 219 personas. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previo a la recolección de datos.

Se recopilaron datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel educativo) y de estilo de vida, tales como el consumo de frutas y verduras, nivel de actividad física, horas de sueño nocturno, tiempo sedente, hábito tabáquico, consumo de alcohol y consumo de sal. La información se obtuvo a través de un cuestionario en formato papel que incluyó preguntas extraídas de la ENFR (INDEC, 2019). Se realizó una prueba piloto del cuestionario antes de iniciar el relevamiento de datos, el cual se realizó de forma aleatoria en el lugar de trabajo de los participantes.

Se recolectaron datos de peso y altura por autorreporte, para calcular el índice de masa corporal (IMC). Se consideró como exceso de peso un $IMC \geq 25$ kg/m^2 (en menores de 65 años) y ≥ 27 kg/m^2 (en mayores o iguales a 65 años). El perímetro de cintura se midió con una cinta métrica flexible e inextensible a nivel umbilical, considerándose valores elevados aquellos ≥ 94 cm en hombres y ≥ 88 cm en mujeres (Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), 2019). La presión arterial se midió en dos ocasiones con un tensiómetro digital marca OMRON Hem 7130, validado por la Sociedad Argentina de Cardiología, considerando HTA cuando la presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y PA diastólica ≥ 90 mmHg (Sociedad Argentina de Cardiología [SAC], 2018). Además, se solicitó valor de colesterol total, con un máximo de 12 meses de antigüedad.

Para estimar el riesgo de ECV a 10 años, se utilizó la aplicación Cardio Calc de la OMS (Organización Panamericana de la Salud, 2019), la cual requiere datos como antecedentes de ECV, DM, enfermedad renal crónica (ERC), edad, sexo, PAS, hábito tabáquico y colesterol total. En caso de no disponer de análisis previos, se utilizaron los valores de talla y peso. El RCV se clasificó en cuatro categorías: bajo, moderado, alto y muy alto.

Para la construcción del Índice de Estilo de Vida (IEV) se consideraron las siete conductas utilizadas por Leiva et al. (2018): 1) sueño nocturno (entre 7 y 9 horas); 2) actividad física (al menos 150 minutos semanales de actividad moderada a intensa); 3) tiempo sedente durante la jornada laboral (menos de 4 horas diarias); 4) consumo de sal (no agregar en la mesa ni durante la cocción de los alimentos) (Ministerio de Salud de la Nación, 2016); 5) consumo de frutas y verduras (5 o más porciones diarias); 6) hábito tabáquico (ausencia de consumo de tabaco actualmente o en los últimos 10 años); 7) consumo de bebidas alcohólicas (hasta una medida estándar diaria en mujeres y hasta dos en hombres y/o consumo episódico de hasta 3 medidas estándares en mujeres o hasta 5 en hombres). Se asignó un punto a cada conducta que cumplía con las recomendaciones. El puntaje máximo de 7 puntos indica que el individuo cumplió con todas las conductas relacionadas con un estilo de vida saludable. El puntaje obtenido se clasificó en 4 categorías: muy poco saludable (EVMPs, puntaje de 0-2), poco saludable (EVPS, puntaje = 3), moderadamente saludable (EVMS, puntaje = 4), saludable (EVS, puntaje de 5-7) (Leiva et al., 2018).

El procesamiento de datos se realizó utilizando el programa estadístico InfoStat, versión 2018. Las variables categóricas se expresaron como

frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que, las variables cuantitativas se informaron como promedio y desviación estándar ($x \pm sd$). La relación entre RCV y el IEV se evaluó mediante el test exacto de Fischer. Se aplicó la prueba de diferencia de proporciones para comparar los indicadores de RCV y de IEV según sexo, y se utilizó la prueba no paramétrica Mann-Whitney para la comparación de las puntuaciones medias del IEV entre hombres y mujeres, estableciendo un nivel de significancia de 0,05.

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 225 encuestados, de los cuales el 64,4% (145) fueron mujeres, con una media para la edad de $50,1 \pm 7,6$ años, los hombres presentaron una edad media de $50,7 \pm 7,8$ años. En relación al tipo de actividad laboral, 67,5% (152) realizan tareas docentes, 21,8% (49) actividades administrativas y 10,7% (24) realizan tareas de mantenimiento. El 98,0% (149) de los docentes y el 44,9% (22) de los que realizan tareas administrativas presentan estudios superiores (universitario o de posgrado). En quienes realizan tareas de mantenimiento, el 25,0% (6) presentan estudios superiores, mientras que un 41,7% (10), nivel secundario. En función del sexo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a ningún nivel educativo.

Al analizar los indicadores asociados al IEV se encontró que 49,3% cumple con las horas recomendadas de sueño nocturno, 54,7% alcanza o supera los 150 minutos semanales de actividad física, 32,4% refiere tener menos de 4 horas sedente durante su jornada laboral, 26,9% cumple los objetivos de consumo de sal, 18,7% alcanza el consumo diario recomendado de frutas y verduras y el 83,3% de los participantes no fuma ni fumó en los últimos 10 años. En relación a las bebidas alcohólicas, un 14,7% no consume, mientras que un 52,0% realiza un consumo dentro de las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) (Ministerio de Salud de la Nación, 2016). En la Tabla 1 se presentan los resultados según sexo.

Tabla 1. Cumplimiento de las recomendaciones del Estilo de Vida saludable según sexo.

RECOMENDACIONES PARA ESTILO DE VIDA SALUDABLE	HOMBRES % (n)	MUJERES % (n)	VALOR p
Sueño nocturno (7-9 horas)	50,3 (73)	47,5 (38)	0,6829
Realización de Actividad física	46,2 (67)	66,3 (53)	0,0039
Menos de 4 horas sedentes	32,4 (47)	32,5 (26)	0,9895
No agregado de sal	26,9 (39)	25,0 (20)	0,7568
Consumo recomendado de Frutas y Verduras	21,4 (31)	13,8 (11)	0,1598
No fumar	83,4 (121)	82,5 (66)	0,8558
No consumo de bebidas alcohólicas o consumo dentro de los límites establecidos	69,7 (101)	61,3 (49)	0,2375

En cuanto al IEV, el 31,6% (71) presentó EVMPS, 26,7% (60), EVPS, 22,2% (50) EVMS y el 19,6% (44) alcanzó un EVS. La puntuación media del IEV fue la misma en mujeres y en varones ($3,29 \pm 1,40$ puntos) ($p=0,6430$). En la tabla

2 se presenta la distribución de cada categoría de IEV entre ambos sexos. No se observan diferencias significativas por sexo.

Tabla 2. Categorías del índice de estilo de vida según el sexo.

CATEGORÍAS IEV	MUJERES % (n)	HOMBRES % (n)	VALOR p
EVMPs	30,3 (44)	33,8 (27)	0,6538
EVPS	26,2 (38)	27,5 (22)	0,8754
EVMS	23,4 (34)	20,0 (16)	0,6173
EVS	20,0 (29)	18,8 (15)	0,8624

Donde EVMPs: estilo de vida muy poco saludable, EVPS: estilo de vida poco saludable, EVMS: estilo de vida moderadamente saludable y EVS: estilo de vida saludable.

Al evaluar indicadores de RCV, el 5,1% fue previamente diagnosticado con DM, 3,6% con ERC, 4,1% con antecedentes personales de ECV y el 43,1% presentó HTA. Se evidenció además que el 39,0% (88) de la muestra presenta sobrepeso, el 22,1% (49) obesidad y 48,4 % circunferencia de cintura elevada. En la tabla 3 se presenta la distribución de los distintos factores de riesgo según sexo. En los hombres se observa mayor prevalencia de ERC, HTA, exceso de peso y circunferencia de cintura elevada.

Tabla 3. Indicadores de riesgo cardiovascular presentes según sexo.

INDICADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR	MUJERES % (n)	HOMBRES % (n)	VALOR p
DM	4,1 (6)	6,3 (5)	0,5266
ERC	1,4 (2)	7,5 (6)	0,0176
Antecedentes de ECV	3,4 (5)	5,0 (4)	0,7235
HTA	33,7 (49)	52,5 (42)	0,0062
Exceso de peso	51,0 (74)	78,7 (63)	<0,0001
CC elevada	37,8 (54)	59,0 (46)	0,0025

Donde DM: diabetes mellitus, ERC: enfermedad renal crónica, ECV: enfermedad cardiovascular, HTA: hipertensión arterial y CC: circunferencia de cintura.

El análisis del RCV arrojó que el 63,6% (143) de los entrevistados presentó RCV bajo, 17,8% (40) RCV moderado, 13,8% (31) RCV alto y el 4,9% (11) RCV muy alto. En quienes presentaron RCV alto, el 32,3% (10) tenían diagnóstico previo de DM y 19,4% (6) de ERC, mientras que de aquellos que presentaron RCV muy alto el 81,8% (9) resultaron con ECV ya establecida.

Al evaluar la relación entre RCV y sexo, se obtuvo una asociación estadísticamente significativa (valor $p < 0,0001$), con una mayor proporción de mujeres con RCV bajo, mientras que en los hombres se presenta una proporción mayor de RCV moderado y alto (Tabla 4).

No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el IEV y el RCV para el sexo (Hombres: valor $p = 0,7753$; Mujeres: valor $p = 0,3122$).

En el análisis del RCV en función del IEV para los hombres se puede observar que a medida que mejora el estilo de vida aumenta el porcentaje de hombres

con RCV bajo, a excepción de EVS, donde disminuye el RCV bajo a expensas casi totalmente de un aumento del riesgo moderado. Se destaca que el RCV alto se mantuvo prácticamente constante en todas las categorías de IEV a excepción del EVPS (Figura 1).

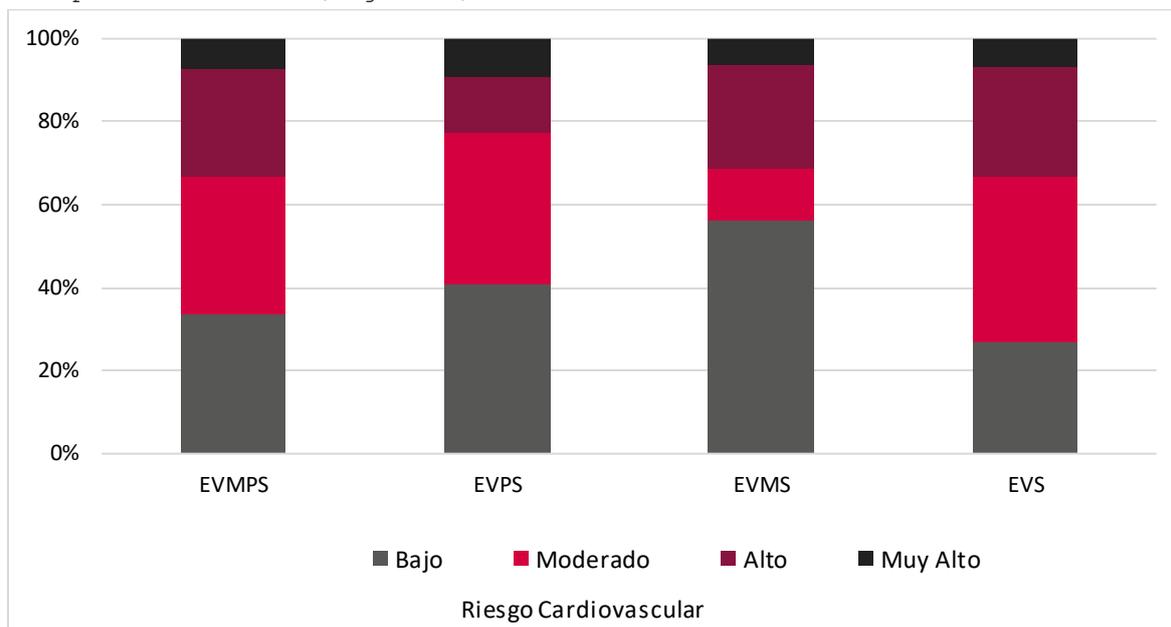


Figura 1. Distribución del riesgo cardiovascular en relación al índice de estilo de vida en hombres. Donde EVMPs: estilo de vida muy poco saludable, EVPS: estilo de vida poco saludable, EVMS: estilo de vida moderadamente saludable y EVS: estilo de vida saludable.

En la figura 2 se observa que a medida que mejora el estilo de vida en las mujeres aumenta el porcentaje con RCV bajo y, en el mismo sentido, disminuye el RCV alto, excepto para la categoría EVMS.

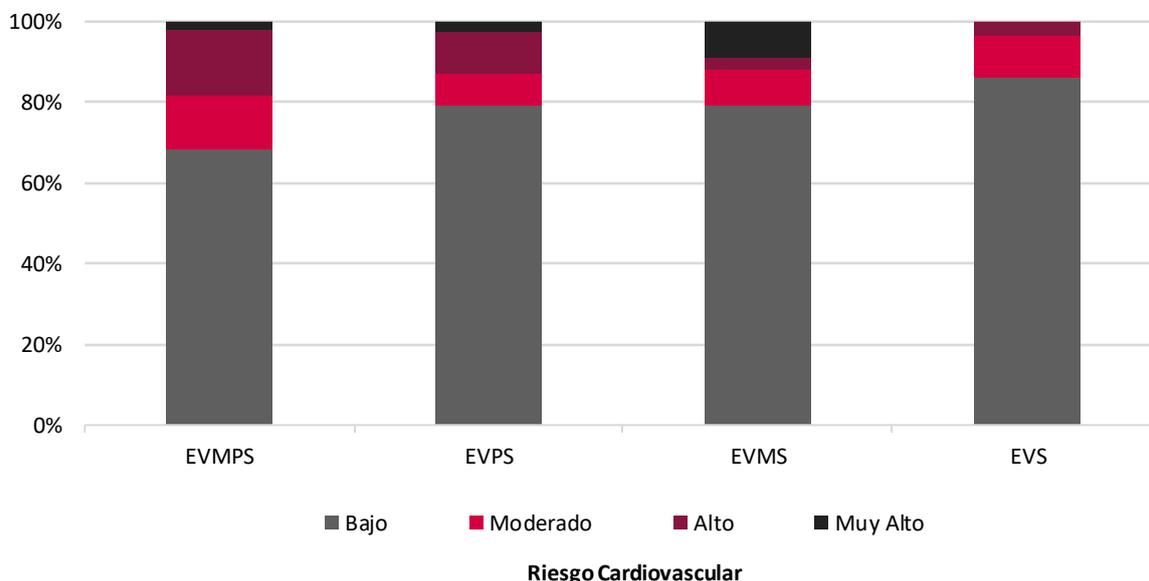


Figura 2. Distribución del riesgo cardiovascular en relación al índice de estilo de vida en mujeres. Donde EVMPs: estilo de vida muy poco saludable, EVPS: estilo de vida poco saludable, EVMS: estilo de vida moderadamente saludable y EVS: estilo de vida saludable.

Tabla 4. Distribución del Riesgo Cardiovascular según sexo.

RIESGO CARDIOVASCULAR	TOTAL % (n)	MUJERES % (n)	HOMBRES % (n)	VALOR p
Muy alto	4,9 (11)	3,4 (5)	7,5 (6)	0,2044
Alto	13,8 (31)	9,0 (13)	22,5 (18)	0,0007
Moderado	17,8 (40)	10,3 (15)	31,3 (25)	0,0001
Bajo	63,6 (143)	77,2 (112)	38,8 (31)	0,0000

DISCUSIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, lo que las convierte en una preocupación importante en salud pública (Garcez-Ortega et al., 2023). La prevención es esencial y, mediante el uso de herramientas como la calculadora de riesgo de la OPS, es posible estimar la probabilidad de un primer evento de ECV en 10 años. En este estudio, se observó que el 18,7% de los trabajadores presentaban un RCV alto o muy alto, con una mayor prevalencia en hombres. El estudio de Thierer (2020), que incluyó a personas de 35 a 70 años de áreas urbanas y rurales de 27 países, mostró diferencias entre hombres y mujeres en salud cardiovascular, con las mujeres presentando una menor incidencia de eventos cardiovasculares mayores como infarto agudo de miocardio y muerte cardiovascular (Thierer, 2020).

La HTA es uno de los principales factores de RCV. En los trabajadores evaluados, la frecuencia de HTA fue alta y superior en hombres, en consonancia con otros estudios (Delucchi et al., 2017; INDEC, 2019). La HTA, una enfermedad no transmisible y multifactorial, a menudo no se diagnostica en sus primeras etapas y muchos pacientes no la controlan adecuadamente, lo que aumenta su prevalencia (Harrison et al., 2021).

Muchos factores de riesgo de las ECV, como la HTA, son modificables a través de cambios en el estilo de vida, incluyendo una dieta saludable, actividad física regular, abandono del tabaquismo, control del estrés y mantenimiento de un peso adecuado (Lloyd-Jones et al., 2022; SAC, 2018). Estas modificaciones pueden impactar sobre múltiples factores de riesgo simultáneamente, reduciendo la dependencia de medicamentos o mejorando su eficacia (Ghodeswar et al., 2023). Diversos índices de estilo de vida han sido utilizados para evaluar estas conductas en diferentes países (Díaz-Gutiérrez et al., 2018; Leiva et al., 2018; Niu et al., 2023). En este estudio, se empleó el Índice de Estilo de Vida chileno (Leiva et al., 2018), que incluye variables de comportamiento similares a las estudiadas en la ENFR en Argentina.

Una dieta rica en frutas, verduras, cereales integrales, lácteos bajos en grasa, proteínas magras, y baja en sodio es fundamental para reducir los niveles de colesterol LDL y la presión arterial, factores de riesgo importantes de ECV. Las frutas y verduras tienen propiedades antiinflamatorias, y su inclusión en la dieta puede reducir los marcadores de inflamación, promoviendo la salud cardiovascular (Ghodeswar et al., 2023). En este estudio, se encontró que pocos trabajadores cumplían con las

recomendaciones de consumo de frutas y verduras de la GAPA, en línea con datos de la ENFR y estudios locales (Del Pazo et al., 2023).

La actividad física regular también es crucial para disminuir el RCV, ayudando a prevenir el aumento de peso, controlar la presión arterial y mejorar el perfil lipídico al aumentar los niveles de colesterol HDL. Además, reduce el estrés y mejora el bienestar general, manejando factores psicosociales que afectan el RCV (Rippe, 2018).

En este estudio, más de la mitad de los trabajadores cumplían con las recomendaciones mínimas de actividad física de la OMS, con una mayor proporción de hombres alcanzando este objetivo en comparación con las mujeres. Estos hallazgos son consistentes con los datos de la Encuesta Nacional de Actividad Física y Deporte de Argentina (Ministerio de Turismo y Deportes de la Nación, 2023), y muestran niveles de actividad física superiores a los reportados en Chile y Brasil (Ministerio del Deporte de Chile, 2021; Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística, 2019). La reducción del comportamiento sedentario es tan importante como la actividad física. Se recomienda un máximo de 4 horas diarias de tiempo sedente para reducir el riesgo de ECV. El tiempo sedentario prolongado se asocia con un aumento en los factores de RCV, independientemente de los niveles de actividad física, debido a mecanismos como el deterioro de la función vascular y el aumento de la inflamación sistémica (Jingjie et al., 2022). Reemplazar 30 minutos de tiempo sedentario con actividad física ligera puede reducir los factores de RCV en un 2-4%, y las interrupciones regulares del tiempo sentado pueden mejorar los marcadores metabólicos y reducir la presión arterial (Jingjie et al., 2022). En este estudio, 7 de cada 10 trabajadores pasaban más de 4 horas en actividades sedentarias durante la jornada laboral, similar a otros países sudamericanos (Werneck et al., 2019).

El exceso de peso –sobrepeso y obesidad– ha aumentado significativamente en Argentina, con un incremento notable de la obesidad entre 2005 y 2018 (INDEC, 2019). La prevalencia de exceso de peso en la población argentina fue mayor en hombres que en mujeres (68,5 frente a 55%), al igual que lo demostrado en los trabajadores de este estudio. La obesidad se asocia con un aumento del riesgo de ECV, tanto por su relación con otros factores de riesgo, como por ser un factor de riesgo independiente (Giménez, 2023). La obesidad abdominal, en particular, presenta riesgos adicionales debido a su asociación con resistencia a la insulina, hipertensión y niveles elevados de triglicéridos (Rippe, 2018). La proporción de trabajadores con obesidad abdominal fue alta, superando reportes previos en Argentina (Gotthelf y Rivas, 2018).

El tabaquismo es otro factor de riesgo significativo para las ECV. En este estudio, la prevalencia de fumadores fue inferior a la reportada en la ENFR (21,5% de los habitantes de Santa Fe eran fumadores en 2018), sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. La cesación del tabaquismo es crucial para reducir el RCV, y diversas estrategias pueden aumentar las tasas de éxito en este proceso (Rippe, 2018).

La duración y calidad del sueño también afectan la salud cardiovascular. Está demostrado que tanto el sueño corto como el largo están asociados con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares y mortalidad (Krittanawong et

al., 2019). Aproximadamente, la mitad de los trabajadores encuestados no cumplían con las recomendaciones de horas de sueño, a diferencia de estudios previos en Argentina donde reportan que 14,8% duerme menos de 6 horas por día (Vigo y Cardinali, 2015). Resultaría importante aplicar la sugerencia de la ESC (2021) de incluir preguntas sobre el sueño en las consultas clínicas para implementar medidas de higiene del sueño cuando sea necesario (Visseren et al., 2021).

El consumo excesivo de sal es un factor de riesgo modificable para la HTA y las ECV. El consumo de sodio en Argentina es casi el doble de la recomendación de la OMS, con una alta prevalencia de sal añadida en la mesa y durante la cocción. En los trabajadores universitarios el consumo de sal fue más elevado que el informado en ENFR. Este parámetro refleja la falta de conciencia sobre los daños del consumo excesivo de sal, aunque la mayor parte del sodio consumido proviene de alimentos procesados (Covie et al., 2019).

El consumo de alcohol es otro factor de riesgo importante. No existe una dosis segura de consumo y por lo tanto se desaconseja la ingesta de bebidas alcohólicas. Argentina tiene un alto consumo de alcohol, con un nivel de ingesta de 9,88 litros de alcohol puro por persona al año (WHO, 2024), superando los límites recomendados por las GAPA. En este estudio, el 33,3% de los trabajadores consumía alcohol en niveles de riesgo, siendo más frecuente el consumo esporádico respecto al consumo diario.

El valor promedio del IEV en los trabajadores se ubicó en la categoría de estilo de vida poco saludable, con más de la mitad de hombres y mujeres, en las categorías menos saludables, sin diferencias significativas por género. Si bien no se encontró relación entre el RCV y el IEV, está demostrado que una mayor adherencia a las pautas de estilo de vida saludable se asocia con reducción de factores de RCV (Leiva et al., 2018; Niu et al., 2023; Ghodeshwar et al., 2023).

Las limitaciones del estudio incluyen el uso de talla y peso autorreportados, que pueden estar sujetos a sesgos. Además, el IEV no evalúa factores emocionales ni estresores crónicos, que también pueden influir en el RCV (SAC, 2018). Sin embargo, la utilización de la CardioCalc de la OPS y el IEV permite una evaluación integral y dinámica del RCV y el estilo de vida, facilitando la detección temprana y la intervención preventiva.

CONCLUSIONES

Se observó una mayor proporción de hombres en las categorías de RCV alto y muy alto, mientras que la mayoría de las mujeres se ubicaron en las categorías de RCV moderado y bajo. Entre los hombres, se detectó una mayor prevalencia de HTA, exceso de peso y obesidad abdominal respecto a las mujeres. Además, este grupo de trabajadores mostró bajo consumo de frutas y verduras, duración del sueño inferior a la recomendada, escasa actividad física principalmente en las mujeres, lo que contribuye a un EV poco saludable. Si bien, no se encontró una asociación significativa entre el RCV y el estilo de vida en este grupo poblacional, la información obtenida permitirá diseñar estrategias específicas de promoción de la salud en el ámbito universitario.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación forma parte de un Proyecto Curso de Acción para la Investigación y Desarrollo (CAI+D 2020) N° 50520190100038LI de la Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina. El trabajo se realizó en el marco de una Cientibeca, Res C. S. N° 488/22. Se agradece a la Universidad Nacional del Litoral por gestionar los fondos y al personal de dicha y de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas por permitir la toma de datos y la realización del trabajo. Por último, agradecemos a los voluntarios, pasantes y becarios estudiantes de Medicina que formaron parte del equipo de trabajo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no poseen conflictos de interés.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). (2019). Guías ALAD 2019 para el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia. Revista ALAD. Recuperado de https://revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf

Covic, A., Bilha, S. C., Scripcariu, D.y Kanbay, M. (2019). Salt and hypertension. *Journal of Hypertension Research*, 5(2), 65-74.

Dávolos, I., Costa, D., Lobianco, M., Mura, C. L., Domínguez, C. H. y Berensztein, S. C. (2018). Prevalencia de factores de riesgo en los concurrentes a la "Semana de la prevención cardiovascular" en un hospital universitario. *Revista Argentina de Cardiología*, 86(4), 284-288. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v86.i4.11973>

Del Pazo, S., García, C. A., Soria, D., Manni, D. C., Cuneo, F., Illesca, P. G., Recce, C. E., Pacce, M. J.y Martinelli, M. I. (2023). Riesgo cardiovascular y estilo de vida en pacientes adultos de un sanatorio privado de la ciudad de Santa Fe. *DIAETA*, 41, e2304110.

Delucchi, A. M., Majul, C. R., Vicario, A., Cerezo, G. H.y Fábregues, G. (2017). Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio RENATA 2. *Revista Argentina de Cardiología*, 85(4), 354-360. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v85.i4.11061>

Díaz-Gutiérrez, J., Ruiz-Canela, M., Gea, A., Fernández-Montero, A.y Martínez-González, M. Á. (2018). Association between a healthy lifestyle score and the risk of cardiovascular disease in the SUN cohort. *Revista Española de Cardiología*, 71(12), 1001-1009. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2017.10.038>

Garcés-Ortega, J. P., Álvarez-Ochoa, R., Pacuruco Cajas, J. I., Quijije Castro, J. J.y Toledo River, A. V. (2023). Índice de masa corporal y sedentarismo como factores de riesgo cardiovascular. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 18 (3), 54-62. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8033775>

Ghodeshwar, G. K., Dube, A. y Khobragade, D. (2023). Impact of lifestyle modifications on cardiovascular health: A narrative review. *Cureus*, 15(7), e42616. <https://doi.org/10.7759/cureus.42616>

Giménez, S., Arrupe, M., Renna, N., Riera Stival, J., Lavalle Cobo, A., Forte, E., Silveyra, J., Pérez Terns, P., Alcalá, G., Piskorz, D. y Perna, E. R. (2023). Tratamiento de la obesidad desde una perspectiva cardiovascular. *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, 52(4), 4-14.

Kraselnik, A., Giunta, G., Lavalle C. A. y Brandani, L. (2023). Consenso de prevención cardiovascular. *Revista Argentina de Cardiología*, 91(3), 1-15. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v91.s3>

Gotthelf, S. J. y Rivas, P. C. (2018). Síndrome metabólico y obesidad según criterios IDF/ALAD en adultos de la ciudad de Salta. *Revista de Salud Pública*, 22(2), 29-40. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v22.n2.18630>

Harrison, D. G., Coffman, T. M. y Wilcox, S. C. (2021). Pathophysiology of hypertension - the mosaic theory and beyond. *Circulation Research*, 128(7), 847-863. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.318082>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101759.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2019). 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos (1a ed.). Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. Recuperado de <http://bit.ly/2L3vOVH>

Jingjie, W., Yang, L., Jing, Y., Ran, L., Yiqing, X. y Zhou, N. (2022). Sedentary time and its association with risk of cardiovascular diseases in adults: An updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Public Health*, 22(286). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12728-6>

Katzmarzyk, P. T., Friedenreich, C., Shiroma, E. J. y Lee, I. M. (2020). Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *British Journal of Sports Medicine*, 56(2), 101-106. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-103640>

Krittawong, C., Tunhasirwet, A., Wang, Z., Zhang, H., Farrell, A. M., Chirapongsathorn, S., Sun, T., Kitai, T. y Argulian, E. (2019). Association between short and long sleep durations and cardiovascular outcomes: A systematic review and meta-analysis. *European Heart Journal Acute Cardiovascular Care*, 8(8), 762-770. <https://doi:10.1177/2048872617741733>

Leiva, A. M., Petermann-Rocha, F., Martínez-Sanguinetti, M. A., Troncoso-Pantoja, C., Concha, Y., Garrido-Méndez, A. y Celis-Morales, C. (2018). Asociación de un índice de estilos de vida saludable con factores de riesgo cardiovascular en población chilena. *Revista Médica de Chile*, 146(12), 1405-1414. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018001201405>

Lloyd-Jones, D. M., Allen, N. B., Anderson, C. A. M., Black, T., Brewer, L. P. C., Foraker, R. E., Grandner, M. A., Lavretsky, H., Perak, A. M., Sharma, G. y Rosamond, W. (2022). Life's essential 8: Updating and enhancing the American Heart Association's construct of cardiovascular health: A Presidential Advisory. *Circulation*, 146(5), e18-e43. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001078>

Ministerio de Salud de la Nación. (2016). Guías alimentarias para la población argentina. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2023). Informe Anual de Estadísticas de Salud. Recuperado de www.msal.gov.ar

Ministerio de Salud de la Nación. (n.d.). Consumo de alcohol en Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/consumo-de-alcohol/consumo-de-alcohol-en-Argentina>

Ministerio del Deporte de Chile. (2021). Encuesta Nacional de Actividad Física y Deporte 2021. Recuperado de <https://www.mindep.cl/encuesta-nacional-actividad-fisica-deporte-2021>

Ministerio de Turismo y Deportes de la Nación. (2023). Encuesta Nacional de Actividad Física y Deporte 2023. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/turismoydeportes/observatorio-social-del-deporte/encuesta-nacional-de-actividad-fisica-y-deporte-0>

Niu, M., Chen, J., Hou, R., Sun, Y., Xiao, Q., Pan, X. y Zhu, X. (2023). Emerging healthy lifestyle factors and all-cause mortality among people with metabolic syndrome and metabolic syndrome-like characteristics in NHANES. *Journal of Translational Medicine*, 21, 239. <https://doi.org/10.1186/s12967-023-04062-1>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Calculadora de riesgo cardiovascular OPS/OMS-PAHO. Disponible en <https://www.paho.org/es/hearts-americas/calculadora-riesgo-cardiovascular>

Rippe, J. M. (2018). Lifestyle medicine: The health promoting power of daily habits and practices. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(6), 499-512. <https://doi.org/10.1177/1559827618785554>

Ruthsatz, M. y Candeias, V. (2020). Non-communicable disease prevention, nutrition and aging. *Acta Biomedica*, 91(2), 379-388. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i2.9721>

Sociedad Argentina de Cardiología y Federación Argentina de Cardiología. (2018). Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. *Revista Argentina de Cardiología*, 86(2), 4 - 53. Disponible en: <http://www.old2.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/10/consenso-argentino-de-hipertension-arterial-2018-2.pdf>

Thierer, J. (2020). Diferencias en la salud cardiovascular de hombres y mujeres. Un análisis del registro PURE. *Revista Argentina de Cardiología*, 88(4), 401-411. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v88.i4.18656>

Vigo, D. E. y Cardinali, D. P. (2015). A diez años de la primera encuesta sobre prevalencia de alteraciones del sueño en poblaciones urbanas de América Latina: ¿Cómo dormimos los argentinos?. *La Prensa Médica Argentina*, 101(5), 278-282.

Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y., Carballo, D., Koskinas, K. C., Berman, D. S. y Bertola, M. L. (2021). 2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42(34), 3227-3272. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>

Werneck, A. O., Baldew, S. S., Miranda, J. J., Arnesto, O. D., Stubbs, B. y Silva, D.R. (2019). Physical activity and sedentary behavior patterns and sociodemographic correlates in 116,982 adults from six South American

countries: The South American physical activity and sedentary behavior network (SAPASEN). International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 16(68). <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0839-9>

World Heart Federation. (2023). World Heart Report 2023. World Heart Federation. Recuperado de <https://world-heart-federation.org/news/deaths-from-cardiovascular-disease-surged-60-globally-over-the-last-30-years-report/>

World Health Organization. (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva. Recuperado de <https://iris.who.int/handle/10665/377960>

Análisis de casos de sífilis en consultorio del hospital público en la ciudad de San Javier entre 2021 y 2023

Artículos Científicos

vogtmajo@gmail.com;
ORCID 0009-0007-8200-4214

juli_bet@yahoo.com.ar;
ORCID 0009-0004-1878-7195

damiifp@hotmail.com;
ORCID 0009-0005-4426-1215

Vogt María José¹, Bet Julieta¹, Faggi Damiana¹.

RESUMEN

La sífilis, una creciente preocupación en Argentina, se ha expandido notoriamente en los últimos años. Este estudio analítico y cuantitativo buscó analizar los casos de sífilis en pacientes de 15 a 65 años, entre 2021 y septiembre de 2023, en el Hospital de San Javier, Santa Fe. Se destacó un aumento de los casos, especialmente en jóvenes de 15 a 24 años obteniendo estos el 56% de los diagnósticos positivos, con una clara relación entre la edad y la confirmación de casos. Se observó una alta positividad en mujeres, incluyendo embarazadas. El Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) fue la prueba más utilizada y muchos pacientes carecían de seguro médico. Estos hallazgos resaltan la necesidad de medidas preventivas, programas de educación sexual, acceso al sistema de salud y detección temprana en grupos de riesgo, particularmente en jóvenes y embarazadas.

PALABRASCLAVE

Infección de transmisión sexual, detección temprana, pruebas serológicas, incidencia, educación sexual.

ABSTRACT

Syphilis, a growing concern in Argentina, has markedly risen in recent years. This analytical and quantitative study aimed at analysing syphilis cases in patients aged 15-65 years between 2021 and September 2023 at San Javier Hospital, Santa Fe. An increase in cases was noted, especially among young people aged 15 to 24 years, who accounted for 56% of positive diagnoses, demonstrating a clear relationship between age and case confirmation. High positivity rates were observed in women, including pregnant women. The Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) was the most commonly used test, and many patients were uninsured. These findings highlight the need for preventive measures, comprehensive sexuality education programmes, access to the healthcare system and early detection in at-risk groups, particularly in young people and pregnant women.

KEY WORDS

Sexually-transmitted infection, early detection, serological tests, incidence, sexual education.

SigMe.
Revista de la Facultad
de Ciencias Médicas,
número 2, 2024

Recepción: 24/06/2024
Aprobación: 15/10/2024

DOI:
10.14409/sigme.2024.2.e0013



Esta obra está bajo una
Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-
CompartirIgual
4.0 Internacional.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. La transmisión se genera principalmente por vía sexual (oral, vaginal o anal) y por vía vertical (durante el embarazo o el parto) lo que puede tener graves consecuencias para la salud del recién nacido, con una tasa de mortalidad fetal superior al 40% (Arando Lasagabaster y Otero Guerra, 2019).

La etapa temprana se define como la adquirida en un año y tardía a la que sobrepasa dicho período. Dentro de los factores de riesgo se encuentran la falta de uso de métodos de protección, múltiples parejas sexuales, consumo de sustancias y coinfecciones por otras ITS (Brown y Frank, 2003).

Aproximadamente, la mitad de los pacientes infectados no desarrollan síntomas y son diagnosticados mediante pruebas de screening. Hay dos tipos de pruebas serológicas: las no treponémicas y las treponémicas. Las pruebas no treponémicas se caracterizan por ser sensibles, cuantitativas e incluyen reagina plasmática rápida (RPR), VDRL y prueba de suero rojo de tuluidina (TRUST). En cambio, las pruebas treponémicas son específicas, cualitativas y hay varios tipos, como la absorción de anticuerpos treponémicas fluorescentes (FTA-ABS), prueba de microhemaglutinación para anticuerpos contra *T. pallidum* (MHA-TP), ensayo de aglutinación de partículas de *T. pallidum* (TP-PA), inmunoensayo de la enzima *T. pallidum* (TP-EIA) e inmunoensayo de quimioluminiscencia (CIA). El uso de una sola prueba es insuficiente para el diagnóstico, ya que pueden estar asociadas a resultados falsos positivos y falsos negativos (Hicks y Clement, 2022).

La sífilis es una enfermedad de notificación obligatoria en Argentina, lo que significa que los casos diagnosticados deben ser informados a las autoridades de salud. Desde 2010, la tasa de incidencia en Argentina creció de modo sostenido, muy marcadamente en los últimos cinco años, hasta su pico de 56,1 personas por cada cien mil habitantes para ambos sexos en 2019. En 2020 se produjo una caída pronunciada con una tasa de 23,3 por cien mil habitantes y en 2021 comenzó a marcarse un ascenso que llegó a 26,5 personas cada cien mil habitantes. En este punto, se debe insistir en la excepcionalidad del bienio pandémico 2020-2021 (Ministerio de Salud, 2022). Durante el año 2021 la notificación de casos de sífilis fue mucho más alta en mujeres (58,2%) que en varones (41,8%). En cuanto a la distribución por edad, al igual que en años anteriores, son adolescentes y jóvenes quienes registran la mayor cantidad de casos, el grupo de 15 a 24 años concentra casi el 44% de los reportes, seguido por el grupo de 25 a 34 años (31,4%). Además, el porcentaje de positividad en pruebas de tamizaje en mujeres gestantes fue del 5,8% y la tasa nacional de sífilis congénita se ubica en 1,3 por cada mil nacidos vivos (Ministerio de Salud, 2022).

En la provincia de Santa Fe, las tasas de sífilis en 2021, en población general y sífilis congénita, fueron de 2,1 cada 100.000 habitantes y 0,6 por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente (Ministerio de Salud, 2022). América Latina y el Caribe tienen estimaciones de prevalencia de sífilis altas, de 1,3% para hombres y mujeres. Además, la Región de las Américas tuvo la tasa de incidencia más alta de sífilis, tanto en mujeres, como en hombres entre las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS),

con 5,3 por 1,000 tanto en hombres como en mujeres, lo que equivale a más de 3 millones de casos incidentes (OPS, 2022).

El objetivo principal del presente trabajo se basa en analizar los casos de sífilis entre los años 2021 y 2023 en adolescentes, jóvenes, adultos y mujeres embarazadas en el Hospital Rawson de San Javier.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico, retrospectivo y transversal que abarcó pacientes de ambos sexos, entre 15 y 65 años, con diagnóstico o sospecha de sífilis mediante prueba reactiva, incluyendo mujeres embarazadas que asistieron al control de salud y perinatal, siendo derivados por casos sospechosos y para control. La investigación se desarrolló en consultorios médicos del Hospital Rawson, desde enero de 2021 hasta septiembre de 2023 y se aplicaron criterios de inclusión, tales como pacientes registrados, entre 15 y 65 años, que viven en el departamento de San Javier y que solicitaron serología para sífilis desde el año 2021 a septiembre de 2023 para screening o sospecha de infección con diagnóstico probable, confirmado, no confirmado o negativo. Se excluyeron del trabajo aquellos pacientes que: no hayan sido registrados en la base de datos del hospital, menores de 15 o mayores de 65 años, registros fuera del período de tiempo mencionado y residentes de otros departamentos de la provincia. La recopilación de datos se basó en las historias clínicas, estadísticas registradas en el hospital y el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA).

Se denomina caso probable o no confirmado a la presencia de sospecha de infección por sífilis con prueba VDRL positiva y presencia de clínica compatible sin confirmación por test de pruebas treponémicas.

Para analizar los datos se dividieron tres periodos: P1 de enero de 2021 a diciembre de 2021, P2 de enero de 2022 a diciembre de 2022 y P3 de enero de 2023 a septiembre de 2023, teniendo en cuenta los casos observados durante dichos meses.

Se analizaron las siguientes variables: edad, el sexo, el estado de embarazo, la técnica diagnóstica utilizada y el acceso a la obra social. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa R-Commander, informando las variables cuantitativas como media y desvíos estándares y las cualitativas como medidas de frecuencia.

Para evaluar las diferencias entre sexo y diagnóstico confirmado de sífilis, se utilizó el test de Chi-cuadrado, mientras que para comparar edad y diagnóstico confirmado de sífilis, así también edad y estado de embarazo, se aplicó el Test T, considerándose valores significativos de $\alpha=0,05$.

Es importante destacar, que se obtuvo el consentimiento del Comité Directivo y el Comité de Bioética del hospital, para el uso de las historias clínicas y bases de datos en conformidad con los principios de la Declaración de Helsinki. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

En el presente estudio se contabilizaron 114 pacientes derivados por sospecha de sífilis (Tabla 1) de los cuales el 67% (n=77) recibieron un diagnóstico confirmado de sífilis mediante pruebas treponémicas, mientras que el 33% restante (n=37) fueron diagnósticos sospechosos sin confirmación.

El 25,4% (n=29) correspondieron a hombres y el 74,6% (n=85) a mujeres siendo la edad media global de los pacientes de 29,08±11,98 años.

La edad media en los pacientes con sífilis confirmada fue de 26,18±9,1 años, y para los pacientes con sífilis probable no confirmada fue de 35,10±14,7 años. El análisis de las variables edad y diagnóstico probable y confirmado reveló significancia estadística (p=0.001).

En cuanto a los casos confirmados de sífilis, el 22% (n=17) correspondió a hombres, mientras que el 78% (n=60) fueron mujeres. Cabe destacar, que el 58,3% (n=35) de las mujeres con diagnóstico confirmado estaban embarazadas. El análisis utilizando la prueba Chi-cuadrado no mostró una significancia estadística en la relación entre la confirmación de los casos y el sexo de los pacientes (p= 0,234).

Tabla 1. Distribución de frecuencia de casos de sífilis confirmados y probables según grupo etario en el Hospital de San Javier entre 2021 y 2023.

GRUPO ETARIO	CASOS CONFIRMADOS		CASOS PROBABLES	
	N	%	n	%
15-24 años	43	56%	13	35,1%
25-34 años	24	32%	8	21,6%
35-44 años	4	5,2%	6	16,2%
45-54 años	5	6,5%	3	8,2%
55-64 años	1	1,3%	7	18,9%

Tabla 2. Comparación de frecuencia de sífilis entre 2021 y 2023 en el Hospital de San Javier.

	2021	2022	2023	n
Casos totales	21	44	56	114
Casos confirmados	13	22	42	77
Frecuencia de casos por año	62%	50%	75%	

La tabla 2 muestra un aumento del 25% en la frecuencia de casos del año 2022 con respecto al año 2023.

De las mujeres embarazadas estudiadas el 61% (n=20) tenía menos de 24 años, de las cuales el 30% (n=6) eran menores de 19 años y el 70% (n=14) se encontraba en el rango de edad de 20 a 24 años. El 39% restante tenía más de 25 años. La edad media de las mujeres embarazadas fue de 22,5±4,8 años, siendo en las no embarazadas 26,5±8,3 años.

Como primer técnica de detección se encuentra la prueba no treponémica VDRL como la más utilizada con 55,8%, seguida por quimioluminiscencia con 23,4%, y luego otras técnicas de menor uso, entre ellas MCO, TP-PA, TP-HA, inmunocromatografía y la VDRL modificada en suero no calentado (USR). Para la certificación diagnóstica, se utilizó la prueba treponémica FTA-abs en la totalidad de los casos. Dichos números se resumen en el siguiente gráfico (Figura 1).

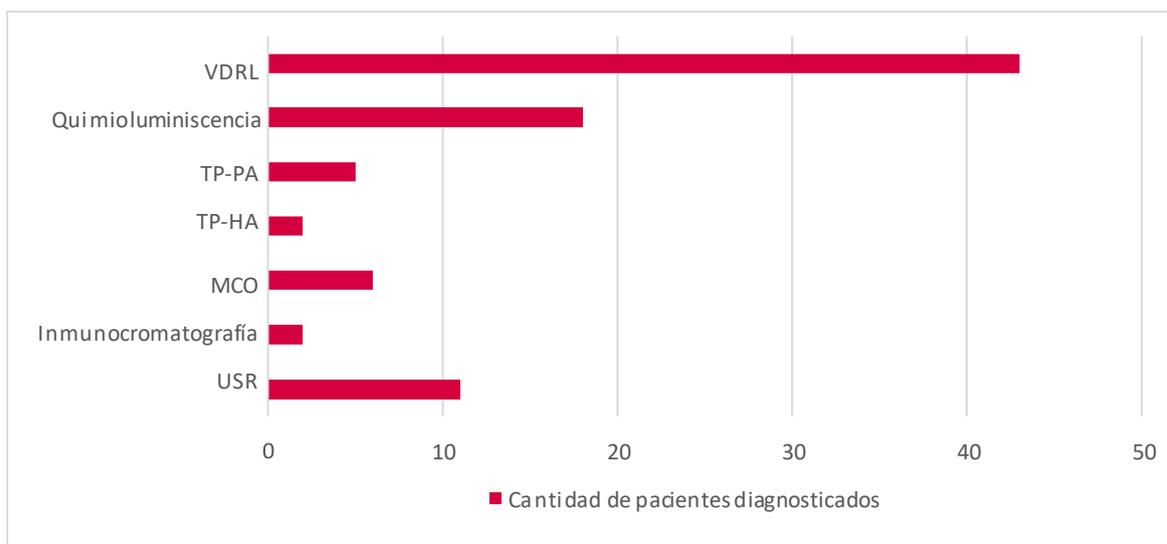


Figura 1. Técnicas utilizadas para la detección de sífilis en el Hospital Rawson de San Javier durante 2021 y 2023. Fuente: elaboración propia.

Del total de pacientes con sífilis confirmada, solo un 27,3% poseía cobertura con obra social (n=21).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El aumento en la frecuencia de casos de sífilis del año 2021, con respecto al año 2023, resulta alarmante dado que la mayoría de los casos corresponden al grupo etario de 15 a 24 años. Estos resultados concuerdan con hallazgos previos a nivel provincial, nacional y mundial, destacando la alta incidencia de la enfermedad en esta población. En concordancia con los datos epidemiológicos provinciales, el 67% de las consultas por infecciones de transmisión sexual corresponden a mujeres y el 60% de ellas se sitúan en el rango de edad de 15 a 24 años, según un estudio realizado en 2020 en la provincia de Buenos Aires (Miraglia et al., 2020). Este dato coincide con los resultados de este trabajo, que encuentra una positividad del 56% en pacientes mujeres de entre 15 y 25 años, lo que sugiere un mayor acceso a los servicios de salud entre ellas (Miraglia et al., 2020). Esto se contrapone con un estudio realizado en Calatayud, España, el cual muestra una mayor positividad en pacientes masculinos entre los 30-39 años (Monforte et al., 2019). A su vez, la relación entre la edad y la confirmación de casos de sífilis subraya la importancia de la detección temprana y las acciones preventivas en la adolescencia y la adultez temprana.

Se encontró una marcada disparidad entre dos grupos de pacientes, aquellos con sífilis confirmada y aquellos con sífilis no confirmada, en relación con la edad media al momento del diagnóstico. Se observó que los pacientes que presentaban sífilis no confirmada exhibían una edad promedio más avanzada, en comparación con sus contrapartes que habían recibido una confirmación del diagnóstico de sífilis. Este hallazgo plantea una inquietante tendencia, que sugiere que un subconjunto de pacientes no logra completar el ciclo diagnóstico requerido para obtener una certeza en el

diagnóstico y, como consecuencia, no tiene acceso al tratamiento adecuado. La disparidad en la edad, al momento del diagnóstico entre estos dos grupos, puede indicar la presencia de factores que retrasan la búsqueda de atención médica, o una falta de conciencia en relación con la importancia de obtener una confirmación definitiva del diagnóstico.

Es importante señalar, que el hospital donde se realizó el estudio es un centro de referencia a nivel departamental, y realiza los estudios para detección de sífilis durante los controles prenatales y muchas de las derivaciones para la detección de sífilis provienen del Servicio de Obstetricia. Esto explica el claro predominio de pacientes femeninas en la población estudiada (67%) con una positividad de sífilis del 58,3% entre las pacientes embarazadas. La relación estadística entre edad y mujeres embarazadas resalta la importancia de la detección temprana durante los controles prenatales.

El uso de la prueba VDRL como método inicial fue apreciable en los pacientes, lo que indica la importancia de esta técnica en la detección de la enfermedad al ser sensible, accesible y poco costosa (Lasagabaster y Otero Guerra, 2019).

En resumen, este estudio enfatiza la necesidad imperativa de concientizar sobre el creciente número de casos de sífilis a nivel local, particularmente, en ciudades pequeñas con poblaciones reducidas. Además, la tendencia se observa no solo en sífilis, sino que también está estrechamente vinculado con otras infecciones de transmisión sexual lo que hace que la situación sea aún más relevante (OMS, 2021). Es fundamental reconocer que los jóvenes no siempre están informados de los peligros y las consecuencias de sus acciones. Por lo tanto, es trascendental implementar programas de educación sexual y medidas preventivas.

También, el trabajo señala la importancia de garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud para mejorar la detección temprana y el tratamiento de la enfermedad, especialmente en poblaciones vulnerables.

Estas conclusiones tienen implicaciones de gran relevancia, tanto en un contexto teórico como práctico, en la lucha contra la sífilis en Argentina y América Latina, subrayando la necesidad de adoptar medidas específicas dirigidas a grupos de alto riesgo y de fortalecer la formación en virtud de la salud sexual en la población.

La implementación de medidas preventivas es esencial en la promoción de la salud sexual, especialmente en la población joven (OMS, 2021). Una estrategia efectiva es la introducción de la Educación Sexual Integral (ESI) en las escuelas. La ESI abarca un proceso de aprendizaje que aborda aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su objetivo principal es dotar a niños y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que les permitan disfrutar de una buena salud sexual, bienestar y dignidad. Además, enfatiza en la necesidad de comprender y proteger sus derechos sexuales a lo largo de toda su vida. En lo que respecta a la prevención de ITS, la ESI desempeña un papel fundamental. Los estudiantes aprenden conceptos básicos, cómo prevenir, identificar manifestaciones y conocer sus consecuencias. Se promueve la importancia de buscar atención médica si se presentan síntomas relacionados. Además de la educación formal en las escuelas, las redes sociales también pueden ser un

medio efectivo para educar a los adolescentes, dado el creciente consumo de contenido en estas plataformas. Se pueden utilizar estrategias de educación sexual online para llegar a este público de manera efectiva.

Para la población adulta, es crucial implementar estrategias de información y concientización, lo cual puede lograrse mediante la distribución de folletos informativos, carteles y charlas en lugares de trabajo y espacios públicos, como la colocación de posters. La difusión de anuncios televisivos también puede ser una herramienta efectiva.

Finalmente, independientemente de la edad, a partir de los centros de salud de la localidad o desde el mismo Hospital, se podrían implementar talleres abiertos para toda la población acerca de la educación sexual.

Es responsabilidad de los profesionales de la salud recalcar la importancia del uso del preservativo en cada consulta médica, tanto en visitas de control como en otros contextos, lo cual es especialmente relevante si no se mantienen relaciones sexuales con una pareja estable o si no se han descartado patologías infecciosas antes de mantener relaciones sexuales sin preservativo.

En conjunto, estas medidas preventivas contribuyen a promover una salud sexual y reproductiva óptima en diferentes grupos de edad, mejorando la conciencia, la educación y la toma de decisiones informadas en el ámbito de la sexualidad de las personas.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece el compromiso por parte del Dr. Gregorio Glaria, Sol Hubeli, Eugenia Berta y Hugo Casafú, quienes colaboraron activamente para que se pueda llevar adelante el trabajo a pesar de las dificultades acaecidas durante el proceso. Además, queremos remarcar la buena predisposición de los profesionales del Hospital Rawson y la directora Silvia Bisio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés con respecto a la investigación presentada en este trabajo.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Los datos fueron otorgados por la institución previo consentimiento del comité de ética. El estudio no viola el principio de confidencialidad de los datos brindados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Arando Lasagabaster, M. y Otero Guerra, L. (2019). Sífilis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 37(6), 398-404. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.12.009>

Brown, D. L. y Frank, J. E. (2003). Diagnosis and management of syphilis. *American Family Physician*, 68(2), 283-290. PMID: 12892348.

Hicks, C. B. y Clement, M. (2022). Syphilis: Screening and diagnostic testing. *UpToDate*. Recuperado de: https://www.uptodate.com/contents/syphilis-screening-and-diagnostic-testing?search=sifilis%20pruebas%20treponemicas&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H30

Ministerio de Salud (2022) "Boletín N 39: respuesta al VIH y otras ITS en la Argentina, año XXV- Diciembre de 2022". Sección VIH y sífilis en números, resumen de indicadores básicos. Dirección de respuesta al VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis. Extraído de: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/115463/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/115463/(subtema)/93802). Último acceso: 16/09/2023

Miraglia, E., Dauria, F., Gomez, M. A., Blanco, S.O., Gerez, E.M., Bolomo, G., Di Giamberardino, D., Garritano, M.V., Loudet, C.I. y Maradeo, M.R. (2020). Prevalencia de sífilis en un hospital de la provincia de Buenos Aires en 8 años. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba, 77(3). <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n3.27744>

Monforte Cirac, M. L., Cebollada Sánchez, R., Martín Fortea, M. P., Lambán Ibor, E. y Adiego Monforte, G. (2019). Sífilis en el sector sanitario de Calatayud (Zaragoza): estudio descriptivo 2013-2017. Revista Española de Salud Pública, 93. Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/res/p/revista_cdrom/VOL93/O_BREVES/RS93C_201912093.pdf

OMS. Organización Mundial de la Salud. (2021). Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infection. Geneva: World Health Organization, 2021. Recuperado de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342523/9789240024168-eng.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

OPS. Organización Panamericana de la Salud (2021). Epidemiological Review of Syphilis in the Americas. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56085/PAHOCDEHT220009_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Último acceso: 16/09/2023

Romanowski, B., Sutherland, R., Fick, G.H., Mooney, D. y Love, E.J. (1991). Serologic response to treatment of infectious syphilis. Annals of Internal Medicine, 114(12), 1005-1009. PMID: 2029095. doi: [10.7326/0003-4819-114-12-1005](https://doi.org/10.7326/0003-4819-114-12-1005).

La crítica de Maimónides a los médicos en *El libro del asma* Artículos Científicos

Alby Juan Carlos¹⁻²⁻³

jcalby@hotmail.com
ORCID 0000-0003-1277-943X

RESUMEN

El tratado que Maimónides le dedicó al asma en 1190, y que lleva como título original en árabe *Maqālat fi-l-rabw*, fue escrito por encargo de un paciente noble que padecía la enfermedad. Así, el Libro del asma se une al grupo de las obras médicas que el judío de Córdoba escribió por encargo, integrado además por *El régimen de la salud* y el *Tratado de la curación de las hemorroides*. Se trata de un estudio monográfico que fue muy citado y admirado en las tres grandes cosmovisiones culturales de la Edad Media, a saber, la judía, la musulmana y la cristiana, debido a su rápida traducción del árabe al hebreo y al latín. Se compone de un Prólogo y de trece capítulos en los que se describen las dietas y tratamientos. Los capítulos uno a doce intentan ordenar la vida del paciente y prevenir la enfermedad por caminos indirectos. Pero, en el capítulo decimotercero, Maimónides se aparta del tratamiento específico del asma y aporta una serie de recomendaciones para la curación en general, además de emprender una reflexión sobre el *ars medica*, no exenta de crítica a los médicos de su tiempo a quienes acusa de ser ignorantes por subestimar cuestiones que Hipócrates y Galeno habían considerado difíciles. A esta concepción de la medicina que presenta Rambam le subyacen presupuestos filosóficos, que le llegan desde los textos hipocráticos y galénicos, y que el médico judío reinterpreta de manera notable a la luz de los conocimientos de su tiempo.

PALABRASCLAVE

Maimónides, medicina, asma, alma, médicos.

ABSTRACT

The treatise that Maimonides dedicated to asthma in 1190, originally titled in Arabic *Maqālat fi-l-rabw*, was written at the request of a noble patient who suffered from the disease. Thus, the Book of Asthma joins the group of medical works that the Jew from Cordoba wrote on commission, which also includes *The Regimen of Health* and the *Treatise on the Cure of Hemorrhoids*. It is a monographic study that was highly cited and admired in the three great cultural worldviews of the Middle Ages, namely Jewish, Muslim, and Christian, due to its rapid translation from Arabic into Hebrew and Latin. It consists of a Prologue and thirteen chapters in which diets and treatments are described. Chapters one to twelve attempt to regulate the patient's life and prevent the disease through indirect means. But in the thirteenth chapter, Maimonides deviates from the specific treatment of asthma and provides a series of recommendations for healing in general, in addition to undertaking a reflection on the *ars medica* not without criticism of the physicians of his time, whom he accuses of being ignorant for underestimating issues that Hippocrates and Galen had considered difficult. This conception of medicine presented by Rambam is underpinned by philosophical assumptions derived from Hippocratic and Galenic texts, which the Jewish physician notably reinterprets in light of the knowledge of his time.

KEY WORDS

Maimonides, medicine, asthma, soul, physicians.

SigMe.
Revista de la Facultad
de Ciencias Médicas,
número 2, 2024

Recepción: 03/07/2024
Aprobación: 03/10/2024

DOI:
10.14409/sigme.2024.2.e0014



Esta obra está bajo una
Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-
CompartirIgual
4.0 Internacional.

INTRODUCCIÓN

Las obras médicas de Maimónides fueron catalogadas en 1840 por Ferdinand Wüstenfeld en un libro publicado en Göttingen bajo el título en alemán *Geschichte der Arabischen Aertze und Naturforscher*. En ese momento, se consideraba que el total de los libros de medicina escritos por el judío de Córdoba eran dieciséis, hasta que en 1876 Leclerq contradujo esta afirmación reduciendo su número a once. No obstante ello, la lista de Wüstenfeld continuó siendo mayoritariamente aceptada hasta que a finales del siglo XIX, el historiador Steinschneider corrigió y depuró esa nómina. Si bien su trabajo quedó inconcluso, fue completado más tarde entre 1940 y 1960 por Müntner, y luego por Rosner entre 1965 y 1980. A pesar de la ardua tarea llevada a cabo por la ciencia alemana, la cuestión de la paternidad literaria de los escritos médicos atribuidos a Maimónides continúa hasta nuestros días (Bortz, 2004). Estudiaremos en primer lugar la ubicación del *Libro del asma* en el contexto de las obras médicas de Maimónides. A continuación, el valor que Maimónides le otorga al aire y su relación con las enfermedades anímicas. Finalmente, se abordarán las reflexiones que hace el sabio judío respecto de la medicina y de los médicos en el último capítulo del tratado.

1. El *Libro del asma* en el corpus médico de Maimónides

El tratado que Maimónides le dedicó al asma en 1190, y que lleva como título original en árabe *Maqālat fi-l-rabw*, fue escrito por encargo de un paciente noble que padecía la enfermedad. Así, el *Libro del asma* se une al grupo de las obras médicas que el judío de Córdoba escribió por encargo, integrado además por *El régimen de la salud* y el *Tratado de las hemorroides*. Se trata de un estudio monográfico que fue muy citado y admirado en las tres grandes cosmovisiones culturales de la Edad Media, a saber, la judía, la musulmana y la cristiana, debido a su rápida traducción del árabe al hebreo y al latín³.

Hoy se acepta, por lo general, que son diez las obras médicas auténticas de Maimónides, las que según el orden clásico propuesto por Wüstenfeld son las siguientes: *Régimen de salud (Regimen sanitatis)*; *Aforismos médicos de Moisés (Aphorismi R Mosis)*; *Comentario a los aforismos de Hipócrates (Comment. in Aphorismos)*; *Tratado de las hemorroides (Tractatus de Haemorrhoidibus)*; *Tratado de los venenos y sus antídotos (Tractatus de cura eorum qui a venenatis animalibus puncti sunt)*; *Explicación de las particularidades (de los accidentes) (De causis et indiciis morborum)*; *Compendio de los libros de Galeno (Succinata expositio artis medindi*

³ Se tradujo primero del árabe al latín por parte de Armengaud Blasi en Montpellier, a principios del siglo XV. El mismo traductor, quien a su vez era médico, tradujo del árabe y del hebreo obras de Galeno, Maimónides, Avicena y Jacob ben Mahir. Existe una traducción hebrea directa desde el árabe hecha por Šemu'el Benveniste en 1320 a la que sigue a finales del siglo XIV la de Yehošua' de Játiva. De estas versiones hebreas se conocen seis manuscritos, la mayoría de ellos de la traducción de Benveniste. La versión hebrea fue conocida por dos nombres, *Sefer ha mis' adim* (El Libro de los Alimentos) y *Sefer ha qatseret* (El libro del Asma). Hay también traducciones al francés (Müntner-Simon, 1963-1964), al inglés (Müntner, 1963) y al español (Ferre, 2016). Cf. Ferre, 2016: 13-14.

*Galení); Tratado del asma (De Ashtma); Tratado del coito (De coitus); Comentario sobre los nombres de las drogas*⁴ (Wüstenfeld, 1840).

El idioma empleado para toda su obra médica fue el árabe, debido a que se trata de textos para la lectura personal o dirigidos a dignatarios de su tiempo que eran musulmanes y hablaban árabe. En cambio, sus escritos dirigidos a los estudiosos judíos están en hebreo o en árabe con letras hebreas, ya que, los judíos de entonces conocían ambas lenguas.

La enfermedad que Maimónides describe en este tratado no es exactamente igual a la que la medicina moderna llama "asma", ya que su descripción fue cambiando desde los antiguos griegos hasta el tiempo de la redacción del mencionado escrito.

Según Homero, Héctor y Áyax sufren de asma; el primero, luego de un golpe en el cuello; el segundo, como consecuencia de un gran esfuerzo físico. En ambos casos, los síntomas comunes son jadeo y sudor.

El gran Ayante, hijo de Tolemón, al ver que Héctor se retiraba cogió una de las muchas piedras que servían para calzar las naves y rodaban entonces entre los pies de los combatientes, y con ella le hirió en el pecho, por encima del escudo junto a la garganta; la piedra, lanzada con ímpetu, giraba como un torbellino. [...] el robusto Héctor dio consigo en el suelo y cayó en el polvo. [...] Los amigos de Héctor lo levantaron en brazos, lo sacaron del combate, lo condujeron a donde tenía los ágiles corceles con el labrado carro y el auriga, y se lo llevaron hacia la ciudad, mientras daba profundos suspiros (ἄσθμα). Mas al llegar al vado del voraginoso Janto, río de hermosa corriente que el inmortal Zeus engendró, bajaron a Héctor del carro y le rociaron el rostro con agua: el héroe cobró los perdidos espíritus, miró a lo alto y poniéndose de rodillas tuvo un vómito de negra sangre; luego cayó de espaldas y la noche oscura cubrió sus ojos, porque aún tenía débil el ánimo a consecuencia del golpe recibido. (Homero, trad.2005, pp. 409-435)

Más adelante, es el mismo Áyax el que sufre el mismo mal que había provocado en Héctor, cuando resiste el hostigamiento ininterrumpido de muchos troyanos contra él: "Ayante estaba abrumado por continuo y fatigoso jadeo (ἄσθμα) continuado, abundante sudor manaba de todos sus miembros y apenas podía respirar; por todas partes, a una desgracia sucedía otra" (Homero, trad. 2005, p. 110).

Las primeras menciones del asma en la medicina se remontan al *Corpus Hippocraticum* (460-375 a. C.), aunque el término era usado para describir el jadeo como síntoma, pero no una enfermedad. Hacia el año 25 d. C., el médico romano Cornelius Celsus modificó los conceptos hipocráticos, introduciendo una clasificación según el trabajo respiratorio, donde se menciona también la palabra "disnea". El siguiente nivel de dificultad respiratoria consistía en que el paciente respiraba emitiendo un sonido por la garganta. En consecuencia, era necesario que el enfermo mantuviera el

⁴ Este título no aparece en la lista de Wüstenfeld porque fue descubierto en 1932 y publicado en 1940 por Rosner, quien luego publicaría en 1969 una bibliografía completa sobre el tema. Cf. Rosner, 1969, 3, mayo-junio.

cuello rígido para respirar, lo que se denominaba *orthopnea*. Será Galeno quien modificará sustancialmente la descripción original de Hipócrates diciendo que el asma "es una enfermedad que se caracteriza por presentar una respiración acelerada, corta y ruidosa, es decir, dificultad respiratoria, pero sin la presencia de fiebre" (Gurrola Silva y Huerta López, 2013, pp. 77-86). Fue también el médico de Pérgamo, quien estableció por primera vez la conexión etiológica del asma con el broncoespasmo, y presentó la asociación entre las vías aéreas superiores e inferiores.

Pero, será recién en el siglo II d.C. cuando la medicina ofrezca la primera descripción exacta del asma como la recibió Maimónides, por medio de Areteo de Capadocia, el médico griego que practicó en Roma, quien menciona las sibilancias, tos seca no productiva, la imposibilidad de dormir en decúbito dorsal, y, la ansiedad y miedo que esto provoca en el asmático (Gómez Correa, 2018).

El término hebreo *qatzeret* es uno de los dos nombres que se le daba en la Edad Media a la enfermedad. En la literatura bíblica y posbíblica tampoco aparece identificada con un solo nombre. Algunas expresiones derivadas de la raíz hebrea *q-tz-r* (קצר) aparecen vinculadas con la respiración, el viento, y el espíritu, indicando en esos casos una dificultad para respirar. La *Mishná* llama al asma *ruaj qetzará*, literalmente, "viento corto"⁵, mientras que, en la *Guemará* es nombrada como *qetzereit* o *ruaj qetzereit*, con idéntico significado (*Bejorot* 42b). Debido a que muchos desórdenes orgánicos se acompañan de síndromes respiratorios, el término *qatzeret* y sus derivados adquirieron por extensión un significado amplio, llegando a ser sinónimos de "enfermedad" y "enfermo" (Bortz, 2004).

En el prólogo del tratado, Maimónides menciona la manera en que la enfermedad era llamada en lengua extranjera a la vez que indica el propósito de su escrito:

Me preguntó nuestro señor, el respetado noble –que el Nombre prolongue su tranquilidad– por la enfermedad crónica que padece, llamada en lengua extranjera *rinapli* y en árabe al-rabw. Me honró pidiéndome que escribiera algo breve sobre los alimentos, sobre los que se deben evitar y los que les conviene tomar entre los distintos tipos de dietas, los alimentos útiles en esta enfermedad descritos por los grandes de la medicina. (Maimónides, trad. 2016, p. 39)⁶

Maimónides aporta diferentes valoraciones a lo largo de su obra sobre las grandes autoridades en materia médica, en la que deja ver sus preferencias y rechazos en el campo de la filosofía. Así, por ejemplo, Avicena es el gran ausente en la obra médica de Maimónides, a pesar de que aquel había escrito el monumental *Canon de Medicina* que tanta influencia tuvo durante la Edad Media. Pero Rambam no lo apreciaba como filósofo. Sucede lo contrario con al-Farabi de quien el médico cordobés recibió mucha influencia, a tal punto que lo cita con una frecuencia significativa en sus tratados de medicina, lo que resulta extraño ya que al-Farabi no escribió acerca de medicina. Por

⁵ קצר indica todo lo que corta una cosa, la termina, la limita, la finaliza. Cf. Fabre-D'Olivet, 1996: 278.

⁶ Ferre, 2016:39. El término *rinapli* para designar al asma es el mismo que aparece en el manuscrito hebreo de la Bibliothèque Nationale de Paris 1175, que contenía el mismo texto de la edición de Müntner.

ejemplo, Wolfson sostiene que en su concepción acerca del alma, Maimónides puede haberse inspirado en el *Sefer Hatjalot* de al-Farabi (Wolfson, 1973). Por su parte, Galeno es citado en los libros médicos de Maimónides tanto como Aristóteles en sus textos de filosofía. Pero Maimónides no era incondicional en su admiración a Galeno, pues, Rambam lo critica amargamente en el último de los veinticinco tratados que componen los *Aforismos*⁷, especialmente en las afirmaciones que el médico de Pérgamo hace respecto del bíblico Moisés (Bortz, 1996). También, Hipócrates recibe su crítica por parte de nuestro autor en el comentario a sus aforismos⁸.

Un médico admirado por Maimónides fue Abu Marwan Ibn Zuhr, conocido como Avenzoar (1113-1162). También nacido en Córdoba, descendiente de hebreos, pasó la mayor parte de su vida en Arabia y luego regresó a al-Andalus. Allí lo conoció Maimónides, cuando aquel vivía en Sevilla. Se hizo conocido por sus discrepancias con Avicena en cuanto a sus especulaciones deductivas, lo que marca una coincidencia con nuestro autor. Recopiló los nombres de todos los remedios conocidos en sus libros *Guía fácil para la terapia y la dieta* y *Libro de los alimentos*. Su obra principal, *Al-Taisir* o *Libro del embellecimiento*, fue escrito para su hijo Abu Bakr, pero la obra que más impresión le causó a Maimónides fue el *Libro de la moderación* –compuesto para ser leído en presencia del califa– por su exposición de la medicina del cuerpo y el alma, preocupación que encontramos en el *Libro del asma*. Pero ambos médicos se distanciaban en un punto, la eficacia de los encantamientos. Avenzoar creía en ellos y hasta los prescribe en sus tratados médicos, mientras que, Maimónides no acepta su poder sanador y solamente apela a ellos en caso de que el paciente creyera en tal eficacia (Kraemer, 2010).

Hacia el final del Prólogo del *Libro del asma*, Maimónides presenta el plan de la obra en trece capítulos, al cabo de los cuales ofrece un resumen de los contenidos en cada uno.

Por la vinculación que el asma presenta con la calidad del aire, Maimónides le dedica un capítulo en particular.

2. El tratamiento del aire y las afecciones anímicas

Este es el título del capítulo octavo de la obra, que sigue a otros siete dedicados a la dieta y a los tiempos adecuados para la ingesta.

Hasta los tiempos de Maimónides se puede trazar una lista de médicos que se ocuparon del tema del aire. Uno de los primeros después de Hipócrates en otorgar importancia al aire fue Erasístrato (310-250 a. C.), fundador de la fisiología humana. Sostenía que, el aire inspirado por los pulmones llegaba al corazón izquierdo donde se convertía en el *pneûma* vital. Este era transportado por las arterias hacia el cerebro donde se transformaba en otro tipo de *pneûma* denominado “espíritu animal”, que circulaba por los nervios

⁷ *Aforismos*, I, 1, trad. López Férez, J. A., en García Gual 2007:337.

⁸ En el siglo XIII, Menahem Meiri interpretó este aforismo como dirigido sólo a los médicos que ejercían mal su práctica, mientras que en siglo XVI, R. Samuel Eliezer Edels entendió que estaba dirigido al médico orgulloso. Una glosa del Talmud dice algo semejante pero acerca de los “sangradores” o cirujanos porque causan daño con sus manos y de manera directa, y no con respecto a los médicos en general. (Kottek, 2004, versión electrónica).

huecos. Por la prioridad otorgada al aire en su escuela médica, afirmó –al igual que Herófilo y sus contemporáneos– que las arterias transportaban *pneûma* en vez de sangre, pero que esta pasaba de las venas a las arterias a través de pequeños vasos comunicantes o *synanastomosis*.

Arquígenes de Apamea (54-117), médico de origen romano que también perteneció a la escuela neumática de medicina, afirmó que el *pneûma* era la base de la salud y su equilibrio mantenía el tono, el cual se detectaba por el pulso. Cada onda de pulso se componía de cuatro fases: contracción, dilatación y dos períodos de descanso.

Galeno, a la vez admirado y criticado por Maimónides, creía al igual que sus predecesores en la existencia de un espíritu vital, *anima* o *pneûma* que posibilitaba la vida por medio de la respiración. El *pneûma* entraba al cuerpo a través de la tráquea, llegaba a los pulmones y alcanzaba el ventrículo izquierdo por medio de la *arteria venalis* o vena pulmonar. El *pneûma* era el responsable de fortalecer la sangre que se formaba en el hígado a partir de los alimentos y que se transportaba por el sistema venoso, en particular por la vena cava. En el ventrículo izquierdo la sangre se ponía en contacto por primera vez con el *pneûma* que había alcanzado aquella cámara a través de la *arteria venalis* o vena pulmonar que procedía de los pulmones. (Pérgola y Buzzi, 2014). En el capítulo octavo de su libro, Maimónides comienza diciendo que el hombre debe buscar su aire más apropiado, pues en el caso de los enfermos el aire debe tener las cualidades contrarias a las de su enfermedad. Seguidamente, relaciona la dolencia del alma con la dificultad para respirar.

Las afecciones anímicas se manifiestan de manera clara; quiero decir que podemos observar el dolor del alma, la dificultad de la respiración, la debilidad de las funciones anímica, vital y natural hasta el punto de que se pierde el apetito a causa del dolor, el miedo, la tristeza y la angustia. Pues si desea el hombre levantar su voz no podrá y su respiración se volverá entrecortada por la debilidad de los órganos respiratorios. El aumento de los vapores no podrá enderezar la situación con el fin de respirar. Tampoco tendrá fuerza suficiente para la elevación de los miembros. Y si se mantiene en este estado, enfermará necesariamente y, si se prolonga, morirá. Los efectos de la alegría y la dicha son los contrarios: ensancha el alma y el movimiento de la sangre y del aire que sale del cuerpo y se ven las funciones de los miembros en toda su plenitud. Si esto aumenta y les hace crecer el placer, como sucede a los simples y faltos de entendimiento, enfermarán y quizás morirán, porque el aire se descompondrá, se pudrirá y saldrá hacia afuera y se enfriará el corazón y morirá el hombre. La curación y prevención de estos dos tipos de afecciones anímicas no se basa sólo en la alimentación y en las medicinas, ni es asunto del médico que se ocupa del arte de los medicamentos, sino que la curación de estas cosas se basa en la ciencia de otras artes. Me refiero a los estudios filosóficos o a los comentarios de los sabios o a los principios morales y admonitorios de las leyes. (Maimónides, trad. 2016, pp. 83-84)

Maimónides describe aquí dos tipos de enfermedades del alma, una que sobreviene por la dificultad respiratoria, y, otra por el exceso de placer. Para ambos casos, el estudio de la filosofía y de la sabiduría de las leyes es necesario para la curación, pues los médicos y los remedios resultan por sí solos insuficientes.

El judío de Córdoba considera inmorales a las personas que carecen de gusto y de buen juicio, porque sus deseos se asemejan a las necesidades de los enfermos.

Hay enfermos que sienten dulce lo amargo y otros que sienten amargo lo dulce. Y también hay los que, rechazando las buenas comidas, como el pan y la carne, gustan y desean alimentos inadecuados para el consumo humano, como la tierra y el carbón. Todo eso depende de la gravedad de la enfermedad. Y, del mismo modo, hay personas cuyas almas están tan enfermas que desean y odian los rasgos de carácter positivo y se inclinan por los negativos. Es muy difícil para esas personas, comportarse correctamente, dependiendo de la gravedad de la enfermedad. (Maimónides, trad. 1983, pp. 30-31)

El concepto de alma no es ambiguo para Maimónides, quien manifiesta un esfuerzo por encontrar todos los significados que la ciencia y la filosofía de su tiempo le otorgaban al término. A su vez, remitía estos a los contenidos alegóricos de la Torá, con lo cual, pretendía demostrar que ya todo está contenido en el texto inspirado.

Podemos leer en la primera parte de la *Guía de los perplejos* su concepción del alma:

Nèfeš es un término polivalente que designa, en primer término, el 'alma animal', común a todos los seres dotados de sensibilidad, por ejemplo, 'que tienen en sí alma viviente' (Gn 1, 30). También significa 'sangre', por ejemplo: 'Y no debes comer la vida de la carne' (Dt 12, 33). Asimismo, es la denominación del 'alma racional', por ejemplo: 'Vive YHWH que nos ha dado la vida a nosotros' (Jr 38, 16). Es también el apelativo de lo que queda del hombre después de su muerte, por ejemplo: 'La vida de mi señor estará atada en el haz de los vivos' (1S 25, 29). Finalmente, significa 'voluntad', por ejemplo: 'Para instruir a su agrado a los príncipes' (Sal 41, 3), es decir, no le abandona a su 'voluntad'. (Maimónides, trad. 2005, p.122s.)

Según Maimónides, el alma poseía cinco facultades, a saber: vegetativa, sensible, imaginativa, apetitiva y racional, las que funcionaban como una totalidad pero en funciones separadas y bien discriminadas. En su *Comentario a la Mishná, Introducción al Tratado de Avot*, explica las respectivas correspondencias de estas funciones del alma. Así, la primera facultad corresponde a la fuerza vital; la segunda, a los sentidos; la tercera, a la imaginación, dentro de la cual incluyó a la memoria; la cuarta, a las pasiones y a la voluntad; la quinta, a la voluntad y al entendimiento.

Su concepto de alma proviene de la herencia clásica, más de Aristóteles que de los grandes médicos (Aristóteles, trad. 1978). Hipócrates, por ejemplo, había descrito tres clases de alma: la vegetativa, la animal y la racional. Por su parte, Galeno, en la huella de la concepción triádica del alma según Platón, considera que esta se encuentra formada por dos partes; una, en la

que dominan la lógica y la racionalidad, es decir, el alma racional, con asiento en el cerebro; luego la parte en la que predomina lo irracional, que a su vez se divide en dos: desiderativa localizada en el hígado y la espiritual que tiene como sede el corazón.

Todas estas divisiones funcionaban en unidad y estaban estrechamente vinculadas entre sí. En el siglo IX, Isaac Israeli, considerado "el padre del aristotelismo judío", afirmaba que del intelecto provenían tres clases de alma: la vegetativa, la animal y la racional, a las que el sabio judío agregó el alma de la esfera celestial.

Como indica Bortz, la hipótesis de que Maimónides se inspirara en el término bíblico *nèfeš* para referirse al alma es aceptable tan sólo en parte, ya que el mismo resulta intercambiable con *ruaj* en ciertos pasajes de la Biblia como Jb 12, 10 y 34, 14. Ambos términos representan en la literatura bíblica la personalidad humana completa (Bortz, 2004).

En favor de esta idea, conviene referirse a lo que Maimónides entiende por *ruaj* en un capítulo anterior de la *Guía de los perplejos*:

Rûah es un polivalente que designa el 'aire', es decir, uno de los cuatro elementos, v. gr.: 'Y el soplo de Dios se cernía (o 'el espíritu de Dios', o 'un viento impetuosísimo') (Gn 1, 2); 'El viento solano había traído la langosta' (Ex 10, 13); 'El viento del Poniente' (ibid. V. 19). Los ejemplos son numerosos. También designa el 'espíritu vital', p. ej.: 'Un soplo que pasa y no vuelve' (Sal 78, 39). Otrosí es la denominación de lo que sobrevive al hombre después de su muerte y que no está sujeto a corrupción, p. ej.: 'Y retorne a Dios el espíritu que Él le dio' (Ecl 12, 7). Designa además la 'inspiración' del intelecto divino que se derrama sobre los profetas, mediante el cual profetiza, según te expondré cuando trate del profetismo, en cuanto procede hablar de él en el presente Tratado, p. ej.: Y tomaré del espíritu que hay en ti y lo pondré sobre ellos' (Nm 11, 17); 'Y cuando sobre ellos se posó el espíritu' (ibid. V. 25); 'El espíritu de Yhwh habla por mí' (2S 23, 2). Múltiples son los ejemplos. Finalmente, este vocablo significa 'intención' y 'voluntad' (o 'designio'), p. ej.: 'El necio desfoga toda su ira' (lit.: 'lo que hay en su espíritu') (Pr 29, 11), es decir, su 'intención' y su 'designio'. Igualmente: 'El espíritu de Egipto será vaciado en su interior y desbarataré sus consejos' (Is 19, 3), lo cual quiere decir: sus propósitos serán desbaratados y le será velado el arte de gobernarse. Asimismo: '¿Quién ha determinado el espíritu de Yhwh, quien fue su consejero y le instruyó?' (ibid. 40, 13); lo cual quiere decir: '¿Quién es el que conoce el proceso de su voluntad o que alcanzó a comprender la manera como él gobierna al mundo, y qué pueda significárnosla?[...] Siempre que el término que nos ocupa se refiere a Dios es conforme a la quinta acepción, y alguna vez a la última, o sea, la de 'voluntad', según dejamos expuesto; en cada pasaje hay que interpretarlo de conformidad con el contexto. (Maimónides, trad. 2005, pp.121-122)

Como puede verse, encontramos aquí dos equivalencias de significado entre los términos *rûah* y *nèfeš*: el de "voluntad" y lo que sobrevive al hombre

después de la muerte. Por su parte, la acepción de "inspiración" como proveniente de Dios, se traduce por *spiritus* en latín, a pesar de la falta de coincidencia de género, ya que este es masculino mientras que *rûah* es femenino.

3. La crítica a los médicos

El capítulo trece del *Libro del asma* se desvía del propósito de la obra para emprender una reflexión crítica sobre el arte de la medicina y los médicos bajo una serie de reglas genéricas para obtener la salud y la curación. Esta reflexión gira en torno a dos ejes principales que dominan todo el discurso: la prudencia y la moderación.

Con respecto a la prudencia, sostiene que esta debe guiar el acercamiento a la medicina.

Aunque seas precavido y te cuides mucho, te sucederán algunos accidentes que se producen siempre en el cuerpo del hombre. [...] Hay que ser cuidadoso con estos accidentes y no precipitarse en tomar medicinas para eliminarlos. Ya advirtieron contra esto los médicos eruditos, pues la naturaleza es suficiente en estos accidentes y no es necesario aplicar medicinas, sino mantener un buen régimen de salud. Pues si se comienza por curar el accidente pequeño, no te librarás de una de estas dos cosas: que sea tu acción negativa y contraria al curso de la naturaleza, agravando el problema y aumentando el mal; o que tu acción sea correcta y vuelva la naturaleza a su acción natural, pero aprenda la holgazanería y se acostumbre a cumplir sus funciones sólo con ayuda de las medicinas. Esto es comparable al que enseña a ponerse en marcha a la bestia cuando él se lo ordena, y la bestia no se moverá hasta el dueño se lo ordene. (Maimónides, trad. 2016, p.128)

Hacia el final de este apartado, quiere que quede claro que lo correcto es dejar que la naturaleza siga su curso y que así se debe actuar en todos los asuntos que no encierran peligro. La acción siempre depende de la medicina y de la naturaleza juntas, pues la primera sin la segunda no tiene éxito.

Los médicos necios subestiman el arte de la medicina pensando que se ejerce con la misma facilidad con que se aprenden los libros. Dice Maimónides:

Dijo Razes en una de sus obras que la medicina es un arte que se lee en los libros y se jacta de conocerla el más insignificante de los médicos, mientras que el médico diligente sabe qué difícil es su materia. Dice el autor: este tema ya lo mencionó Razes y ya Galeno le había dedicado una de sus obras, y decía: '¿Qué fácil es la técnica de la medicina a los ojos de los que practican nuestro arte, es poca cosa para ellos y, en cambio, qué profunda y extensa ante los ojos de Hipócrates!'. Y no pienses tú, que lees mis palabras, que esto es defecto de la medicina. Si observas las ciencias naturales, las legales y el resto de las que se ha acordado su carácter de ciencia, también en ellas lo encontrarás. Pues el verdadero erudito en cualquiera de estas ciencias, instruido e interesado por ellas, tiene dudas, se le plantean cuestiones difíciles, ante las que reflexiona profundamente y no siempre puede encontrar las respuestas. En cambio, para el falto de conocimiento,

lo difícil se le hace fácil, se acerca a sus ojos lo que está lejano, cree su vanidad y con rapidez da respuesta a aquello que no comprende. (trad. 2016, p.133)

Cuando no hay un buen médico o está ausente, Rambam aconseja apoyarse en la naturaleza.

Todo aquel que se interesa por el arte médico ha de saber que este arte precisa de experiencia y de analogía. Pero es la moderación la que previene al médico sobre el exceso de confianza en la experiencia. Son más las cosas conocidas por la experiencia que por la analogía. Dice Maimónides que cuando los hombres se dieron cuenta de esto, depositaron su confianza en la experiencia y así la mayoría de la gente dice: "Pregunta al que tiene experiencia, no al médico". De este modo se perjudican "volviendo a los cuentos de viejas" y no faltará un necio que dirá: "Tengo productos experimentados y la mayoría de ellos son convenientes". Así, los hombres eligen a los médicos porque piensan que tienen experiencia o porque son ancianos. (Maimónides, trad. 2016). Pero el error de este principio es creer que la experiencia mencionada en la medicina es la experiencia particular del médico, y no es así. Pero la condición de la experiencia es el estudio previo, pues tampoco el más erudito de los médicos se dedica a experimentar, por lo cual dijo Hipócrates: "la experiencia es insegura". Galeno afirma que quien tiene experiencia sin lógica es como el ciego que no conoce el camino: "Ved la semejanza entre el médico empírico y un ciego, encontrarás que es la semejanza entre el que se pone en sus manos y el marinero. Conviene saber esto y guardarse de caer en ello". (Maimónides, trad. 2016, p. 143). La diferencia entre el médico teórico puro y el verdadero médico consiste en que este último poseía desde su nacimiento, además de los cinco sentidos, intuición para el diagnóstico. Además de recibir conocimientos de medicina, y de procedimientos técnicos durante su formación, el médico debía ser un hombre íntegro. De ahí su descalificación de Razes, como hemos visto, pues si bien sentía respeto por sus opiniones médicas, para Maimónides, "Razes era sólo un médico".

Pedro Laín Entralgo ha explicado muy bien las diferencias de preparación que tenían los médicos del mundo árabe medieval. Desde los grados inferiores a los superiores, existían: primero, el *mudawi* o practicante, luego, el *muttabib* o *muttatabib*, un simple práctico; el *tabib*, profesional de la medicina, y el *hakim*. Este último reunía tres tipos de excelencias: a) la intelectual, porque era igualmente sabio en teoría y práctica; b) la ético-médica, porque sólo un hombre de buenas costumbres podía ser un buen médico; c) la ético-pedagógica, que le permitía enseñar y corregir con el ejemplo. Por lo tanto, sólo el *hakim* o "sabio" era el que dominaba la disciplina médica y filosófica por igual (Lain Entralgo, 1979).

Esta última era la clase de médico a la que apuntaba Maimónides.

Resulta conocida la lapidaria sentencia que la *Mishná* contiene sobre los médicos: "El mejor de los médicos, a la Gehena" (*Mishná, Kiddušin*, trad. 2004).

CONCLUSIONES

El *Libro del asma* constituye un escrito privilegiado para acceder al pensamiento médico de Maimónides por su abordaje del *pneûma*, del alma y de

la ética médica. Los tres aspectos mencionados se inscriben en la amplitud de su horizonte metafísico, religioso y científico. En la conclusión de su escrito, enumera una serie de daños que observó en la práctica médica de Egipto, que bien sirven para concluir el presente trabajo con un llamado de atención al ejercicio médico contemporáneo.

Los problemas enumerados surgen de la costumbre que tienen los enfermos de consultar a varios médicos ante la misma patología. El primero de ellos es la incertidumbre del enfermo, que no sabe cuál de los médicos dice lo correcto, y, que cuando se decide por uno, alberga en su interior la duda de no haberse inclinado por el más adecuado. Segundo, la incertidumbre del propio médico, pues si lo trata del principio al fin, sabrá si su método es exitoso y, si no lo es, utilizará otro en el futuro. El tercer perjuicio es para los médicos, pues cada uno calumniará a su compañero achacándole los errores. El cuarto, la holgazanería del médico, su poca atención y el dejar que el enfermo siga a otros, pues tiene la certeza de que, si comete un error, no se le imputará a él solo, y si acierta no se le felicitará a él solo; por eso, no se esfuerza en tratarlo como conviene porque sabe que el enfermo no se guía sólo por él. Estos inconvenientes surgen cuando se trata de forma personal con cada uno de ellos. En cambio, los reyes y los grandes propietarios tienen la posibilidad de reunirlos a todos a la vez, que discuten y reflexionan sobre lo que debe hacerse. Esto redundaría en beneficio del enfermo ya que retiene lo bueno de cada uno. De lo contrario, se cumple la sentencia de Razes: "Quien se cura con varios médicos tiene la duda de si juntó sus errores".

Ramban critica severamente a los médicos que buscan triunfar y curar al paciente para darle a conocer su habilidad y la falta de competencia de su colega. Lo mejor en este caso resultará ser prudente y moderado, dejarlos a todos ellos y apoyarse en la acción de la naturaleza, pues no sea que muera el enfermo por seguir las indicaciones del "triunfador".

Dijeron los profetas: el amor y el odio hacen perder el juicio. Y dijo Alejandro de Afrodiasias: 'Son tres las causas de las discusiones: la primera es el amor a la opulencia y al éxito, que impiden al hombre valorar las cosas como son realmente. La segunda es la profundidad y sutileza del asunto, que hay que comprender que es difícil de alcanzar. La tercera es la estupidez y la falta de comprensión hacia algo que es posible comprender'. Dice el autor: he aquí la cuarta causa en la discusión, mayor que las otras tres que mencionó Alejandro, siendo normal que este no la mencione porque no se daba en su tiempo. Me refiero a la importancia puesta en el hábito y en la creencia; ocurre que el hombre tiende por naturaleza a sus hábitos y no diferencia entre lo que son hechos y creencias. Pues la creencia creció en él y se convirtió en un hábito y le repugna cualquier otra, incluso aunque sea más auténtica. (Maimónides, trad. 2016, 153-156)

A modo de recapitulación, se puede apreciar en el *Libro del Asma* la concatenación de ideas que el rabino de Córdoba extrae de su experiencia como médico, de su sabiduría como filósofo y conocedor de la naturaleza, así como de su amplio conocimiento de la sagrada Escritura. A pesar de que el tratado fue escrito por encargo, la erudición que demuestra en el dominio

de las enfermedades relacionadas con el aire, la respiración, revela una iniciativa propia en toda su extensión. En la obra exhibe su concepción antropológica vinculada a la fisiología humana e introduce con valentía su juicio sobre la medicina y los médicos, que bien puede resultar vigente para la medicina que conocemos hoy.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara que no posee conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aristóteles (1978) *Acerca del alma*. (Trad. Calvo Martínez, T.). Gredos.
- Bortz, J. (2004). *Maimónides. Medicina preventiva y psicosomática*. Sefarad.
- Id (1996). "Maimónides contra Galeno. Una polémica a la luz de los Aforismos médicos de Moisés". *Quirón* 27, 46-64.
- Davidson, W. (ed.) (2016). *El Talmud*. (Vol. 39). The Noé Edition.
- Fabre-D'Olivet (1996). *La lengua hebraica restituida I*. Humanitas.
- Gómez Correa, G. A. (2018). "Inconclusa historia del asma". *Revista colombiana de neumología*, 30 (1), 18-28.
- Gurrola Silva, A. y Huerta López, J. G. (2013). "Historia del asma". *Alergia, Asma e Inmunología pediátricas*, 22(2), 77-86.
- Hipócrates. (2007). *Tratados*. (Trad. García Gual, C.). Gredos.
- Homero (2005) *Iliada*. (Segallá y Estatella, L. (trad.), Henríquez Ureña, P. y Alesso, M. (Introducciones), Alesso, M. y Regúnaga, A. (notas)). Losada.
- Kottek, S. (2004). "El médico Maimónides entre perfección y humildad". *Actas del Simposio internacional Moisés Maimónides, médico y filósofo. Homenaje en el octavo centenario de su muerte: 1204-2004*. (versión electrónica).
- Kraemer, J. (2010). *Maimónides. Vida y enseñanzas del gran filósofo judío*. Kairós.
- Lain Entralgo, P. (1979 reimp.). *Historia de la medicina*. Salvat.
- Maimónides (2016) *Obras completas II: El libro del asma*. (Trad. Ferre, L.). Herder.
- Maimónides (1983). *Ethical Writings of Maimonides*. (Weiss, R.; Butterworth, Ch. (eds.)). Dover Publications.
- Maimónides (2005). *Guía de los perplejos*. (Trad. Gonzalo Maeso, D.). Trotta.
- Pérgola, F. y Buzzi, A. (2014). *Breve historia de las especialidades médicas II. El Guión*.
- Rosner, F. (1969). "Maimonides the Physician: a bibliography". *Bulletin of the History of Medicine*, XLIII(3), 344-370.
- Wolfson, H. "Maimonides on the internal senses". En Twersky, I., Williams, G. (eds.) (1973). *Studies on the history of philosophy & religion I*, Harvard University Press, 344-370.
- Wüstenfeld, F. (1840). *Geschichte der Arabischen Aertze und Naturforscher*. Vandenhoeck und Ruprecht.

1 Servicio de Clínica Médica,
Hospital J. B. Iturraspe, Santa Fe,
Argentina.
2 Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional del Litoral,
Santa Fe, Argentina.

pauliamato16@gmail.com

ORCID 0009-0009-4695-1833

agoaudicio@gmail.com

ORCID 0009-0005-7135-541X

mgabrielcastro@outlook.com

ORCID 0000-0003-0112-8455

majosesadonio@gmail.com

ORCID 0000-0003-1256-4754

Neoplasias malignas primarias múltiples sincrónicas: linfoma Hodgkin y adenocarcinoma de recto. Informe de caso.

Reportes de caso

Amato Ana Paula¹, Audicio Agustina¹, Castro Maximiliano¹⁻², Sadonio María José¹.

Resumen

Las neoplasias malignas primarias múltiples (NMPM) constituyen una situación en la cual dos o más cánceres primarios se manifiestan en un mismo individuo. Se denominan sincrónicas a aquellas que se descubren simultáneamente o con menos de 6 meses de diferencia. En este trabajo se presenta el caso de un individuo masculino de 54 años en el cual se halla una masa palpable al tacto rectal e infiltrados peritoneales por tomografía. Mediante la biopsia de dicha masa y de los infiltrados peritoneales, se arribó al diagnóstico de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado y de un linfoma Hodgkin, respectivamente. Se trata de una asociación poco descripta en la literatura en virtud de su baja frecuencia.

Palabras clave

Tumores sincrónicos, neoplasias primarias múltiples, linfoma Hodgkin, adenocarcinoma rectal.

Abstract

Multiple primary malignant neoplasms are a rare condition in which two or more primary malignancies occur in the same individual. Those discovered simultaneously or within less than 6 months of each other are called synchronous. This report describes a 54-year-old male in whom a palpable mass was found on rectal examination and peritoneal infiltrates were detected by CT scan. A biopsy of the rectal mass revealed a moderately differentiated adenocarcinoma of the lower rectum, and a biopsy of infiltrates showed involvement by Hodgkin's lymphoma. There are few reported cases of these synchronous tumors.

Key words

Synchronous tumors, multiple primary neoplasms, Hodgkin lymphoma, rectal adenocarcinoma.

SigMe.

Revista de la Facultad
de Ciencias Médicas,
número 2, 2024

Recepción: 10/08/2023

Aprobación: 30/07/2024

DOI:

10.14409/sigme.2024.2.e0015



Esta obra está bajo una
Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-
CompartirIgual
4.0 Internacional.

Introducción

Las neoplasias malignas primarias múltiples (NMPM) comprenden dos o más cánceres primarios que ocurren concomitantemente en un mismo individuo y no constituyen una extensión, recurrencia o metástasis (Parekh et al., 2018). Las mismas pueden clasificarse en sincrónicas o metacrónicas (Ladrón de Guevara et al., 2017). En la literatura la frecuencia de NMPM oscila entre 2,4 a 17% (Vogt et al., 2017).

Se reporta el caso de un paciente a quien se le diagnosticó linfoma de Hodgkin y adenocarcinoma de recto como tumores sincrónicos. El mismo constituye un aporte científico debido a la rara presentación simultánea de dos neoplasias que, de forma individual, son relativamente frecuentes.

Caso clínico

Información del paciente: Hombre de 54 años, caucásico, de profesión mecánico, etilista de baja jerarquía, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina, la cual había sido diagnosticada 3 años previo a la consulta al mismo tiempo que se sometió a una polipectomía en la cual se extrajeron 6 pólipos benignos. El mismo consumía dieta variada y no tenía necesidades básicas insatisfechas, y presentaba el antecedente de un familiar de primer grado (padre) con cáncer de colon a los 70 años. Consultó por un cuadro de hematoquecia de 3 días de evolución, en contexto del cual refería una pérdida de peso significativa (30 kg en tres meses), asociada a hiporexia y dolor en hemiabdomen inferior de un mes de evolución.

Hallazgos clínicos: signos vitales conservados, con palidez cutáneo mucosa. A la exploración abdominal se observaba el abdomen globuloso con aumento de la tensión en el hemiabdomen inferior a predominio derecho e impresionaba palparse el polo esplénico en flanco izquierdo, con espacio de Traube mate a la percusión y matidez en flanco y fosa iliaca derecha. No se identificaron adenopatías. Se realizó un tacto rectal en el cual se halló una masa mamelonada a 3 cm del margen anal en hora 6, friable y sangrante al tacto.

Evaluación diagnóstica: Al ingreso, presentaba anemia normocítica normocrómica (hemoglobina de 7,4 g/dL, VCM 81, HCM 26, RDW 21), leucocitosis (14840 leucocitos/uL) con alteración de la fórmula leucocitaria (neutrófilos 53%, linfocitos 27% y monocitos 16%), plaquetopenia (3000 plaquetas/uL),

eritrosedimentación (35 mm/h) y LDH sérica elevadas (556 U/L). El ELISA de cuarta generación para detección del virus de inmunodeficiencia humana resultó negativo. La tomografía de tórax-abdomen y pelvis con contraste informó la presencia de esplenomegalia heterogénea a expensas de múltiples lesiones nodulares hipodensas de aspecto infiltrativo, imágenes compatibles con implantes peritoneales y conglomerados adenopáticos paraaórticos, inguinocrurales derechos y rodeando al músculo psoas ilíaco.

Se realizó un frotis de sangre periférica en el que se observaron blastos, así como macrocitos y neutrófilos polisegmentados. Se realizó una punción aspirativa y biopsia de médula ósea que informó cambios dismielopoéticos. La citometría de flujo determinó ausencia de clonalidad.

En la videoendoscopia digestiva baja se observó la lesión mamelonada, friable y sangrante al tacto endoscópico en recto inferior, que se extendía desde el margen anal hasta la válvula rectal inferior, cuya biopsia informó un adenocarcinoma moderadamente diferenciado. La resonancia magnética de pelvis solicitada posteriormente para estadificación permitió visualizar la invasión de la grasa mesorrectal y el compromiso tumoral del músculo elevador del ano izquierdo.

El servicio de Cirugía General decidió la realización de una videolaparoscopia exploradora, en la cual se tomó biopsia de formaciones adheridas al peritoneo. Debido a que el informe de anatomía patológica presentaba infiltración linfocitaria en dichas formaciones, se solicitó inmunohistoquímica de las mismas, la cual detectó la presencia de marcadores CD30(+) y PAX5(+) compatibles con linfoma de Hodgkin. La biopsia posterior del conglomerado adenopático inguinal derecho informó asimismo hallazgos compatibles con dicho proceso linfoproliferativo.

En ausencia de compromiso medular, y con diagnóstico de linfoma de Hodgkin sincrónico con un adenocarcinoma moderadamente diferenciado de recto inferior, se interpretó la plaquetopenia secundaria a una púrpura trombocitopénica inmune asociada al proceso neoplásico.

Intervención terapéutica: En primer lugar, se administró soporte transfusional y corticoides sistémicos, posterior a lo cual se decidió iniciar en primera instancia quimioterapia con capecitabina y radioterapia como terapéutica para adenocarcinoma de recto y luego

quimioterapia para linfoma de Hodgkin con esquema ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina).

Seguimiento y resultados: Evolucionó, posterior al primer ciclo de ABVD, con un cuadro de sepsis grave, con falla multiorgánica: plaquetopenia (22000/uL), hiperbilirrubinemia (5,61 mg/dL), lesión renal aguda oligúrica (urea 1.72 g/L, creatinina 1.56 mg/dL). En menos de 24 hs desarrolló un shock séptico con alteración del sensorio, por lo cual fue ingresado a la Unidad de Terapia Intensiva para administración de drogas vasoactivas, asistencia respiratoria mecánica y hemodiálisis en agudo. Luego de 7 días de evolución desfavorable el paciente falleció.

Discusión

El desarrollo de NMPM puede estar relacionado a una mayor sospecha diagnóstica, a tratamientos quimioterápicos/radioterápicos anteriores en aquellos con antecedente de cáncer previo y también a factores de riesgo compartidos entre las diferentes neoplasias, como el medio ambiente, el estilo de vida y la genética. La edad se considera un factor de riesgo, informándose una prevalencia de NMPM del 5 al 12% para pacientes de 50 a 64 años, como es el caso del paciente reportado en este trabajo, en comparación con el 12 al 26% para mayores de 80 años (Soerjomataram y Coebergh, 2009). En un estudio retrospectivo en el cual se analizaron historias clínicas de 15.321 pacientes con tumores malignos atendidos en un Hospital de China, se observó una prevalencia de un 1,09% (167 casos) de NMPM, siendo los pares de cáncer más frecuentes los de origen digestivo-digestivo (43 pacientes, 25,75%), digestivo-pulmonar (32 pacientes, 19,16%) y digestivo-cabeza y cuello (11 pacientes, 6,59%) (Zhai et al., 2018). Los pacientes con tumores primarios sincrónicos tienen mal pronóstico en comparación con aquellos que tienen tumores primarios metacrónicos (Panosetti et al., 1989; Aziz et al., 2002).

Se describe una incidencia de linfoma Hodgkin en Estados Unidos de 2-3 casos cada 100.000 habitantes, representando 0,5% de todos los cánceres (Siegel et al., 2019). Asimismo, en dicha región se diagnostican anualmente 151.030 nuevos casos de cáncer colorrectal, de los cuales el 30% corresponde a recto (Siegel et al., 2022). Al realizar una búsqueda con los términos "linfoma hodgkin" y "adenocarcinoma de recto" en los principales motores de búsqueda (PubMed, Google

Scholar, MEDLINE) no se encuentran, de forma sencilla, casos reportados acerca del diagnóstico de estos de manera conjunta, a pesar de que el cáncer colorrectal lidera el ranking de los tres más frecuentes en ambos sexos a nivel mundial. La presentación sincrónica de carcinoma colorrectal y linfoma se ha estimado en un 0,0002% (Barron y Localio, 1976), siendo el linfoma no Hodgkin el más frecuente, ya que constituye 90% de los linfomas, por lo que el caso reportado sería aún más infrecuente dado que se trata de un linfoma Hodgkin. En cuanto al tratamiento, no existe consenso sobre qué tumor tratar primero, por lo cual los casos descritos son motivo de debates interdisciplinarios y el orden de las terapéuticas es individualizado según el estadio de cada patología y compromiso del paciente (Pachajoa et al., 2018; Wu et al., 2018; Meng et al., 2019). En el caso del paciente reportado en el presente trabajo se realizó un Ateneo Oncológico interdisciplinario y se decidió tratar en primera instancia el adenocarcinoma rectal, ya que se consideró que el mismo presentaba mayor compromiso clínico al momento del diagnóstico.

Conclusiones

El presente caso constituye una presentación conjunta de dos tumores de estirpe histológica diferente y cuya asociación no es frecuente, de acuerdo a lo descrito en la literatura.

Se interpreta que la presentación sincrónica de dos neoplasias y las consecuencias de sus respectivos tratamientos, fundamentalmente las interurrencias infecciosas posibles tras la realización de quimioterapia, conferirían al paciente una supervivencia limitada.

Conflicto de intereses

El estudio no recibió financiamiento. Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Consideraciones bioéticas

El paciente brindó su consentimiento informado para la realización del presente reporte de caso previo a su fallecimiento. Se garantizó durante dicho proceso la confidencialidad de sus datos.

Referencias bibliográficas

Aziz, T. M., Saad, R. A., Glasser, J., Jilaihawi, A. N. y Prakash, D. (2002). The management of second primary lung cancers. A single centre experience in 15 years. *European journal of cardio-thoracic surgery: official*

journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery, 21(3), 527–533.

[https://doi.org/10.1016/s1010-7940\(02\)00024-6](https://doi.org/10.1016/s1010-7940(02)00024-6)

Barron, B. A. y Localio, S. A. (1976). A statistical note on the association of colorectal cancer and lymphoma. *American journal of epidemiology*, 104(5), 517–522.

<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112324>

Ladrón de Guevara, David, Quera, Rodrigo, Rozas, Sebastián, Schacher, Shmuel, Reyes, José Miguel, Pardo, Claudio, y Pefaur, Raúl. (2017). Cáncer sincrónico y metacrónico detectado con PET/CT en población oncológica. *Revista médica de Chile*, 145(11), 1421–1428.

<https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017001101421>

Meng, J., Pan, H., Li, X., Liu, T., Liu, Z., Li, Q., Xiao, Y., Liu, X., Wu, G., Zhu, F. y Zhang, L. (2019). Diagnosis and Treatment of Synchronous Lymphoma and Digestive System Carcinoma: Report of Four Cases and Literature Review. *Frontiers in oncology*, 9, 1367.

<https://doi.org/10.3389/fonc.2019.01367>

Pantoja Pachajoa, D. A., Bruno, M. A., Alvarez, F. A., Viscido, G., Mandojana, F. y Doniquian, A. (2018). Multiple primary tumors: Colorectal carcinoma and non-Hodgkin's Lymphoma. *International journal of surgery case reports*, 48, 92–94.

<https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.05.010>

Panosetti, E., Luboinski, B., Mammelle, G. y Richard, J. M. (1989). Multiple synchronous and metachronous cancers of the upper aerodigestive tract: a nine-year study. *The Laryngoscope*, 99(12), 1267–1273.

<https://doi.org/10.1288/00005537-198912000-00011>

Parekh, J. D., Kukrety, S., Thandra, A. y Valenta, C. (2018). Multiple Primary Malignant Neoplasms in an Elderly Patient. *Cureus*, 10(3), e2384.

<https://doi.org/10.7759/cureus.2384>

Siegel, R. L., Miller, K. D. y Jemal, A. (2019). Cancer statistics, 2019. *CA: a cancer journal for clinicians*, 69(1), 7–34. <https://doi.org/10.3322/caac.21551>

Siegel, R. L., Miller, K. D., Fuchs, H. E. y Jemal, A. (2022). Cancer statistics, 2022. *CA: a cancer journal for clinicians*, 72(1), 7–33.

<https://doi.org/10.3322/caac.21708>

Soerjomataram, I. y Coebergh, J. W. (2009). Epidemiology of multiple primary cancers. *Methods in molecular biology (Clifton, N.J.)*, 471, 85–105.

https://doi.org/10.1007/978-1-59745-416-2_5

Vogt, A., Schmid, S., Heinemann, K., Frick, H., Herrmann, C., Cerny, T. y Omlin, A. (2017). Multiple primary tumours: challenges and approaches, a review. *ESMO open*, 2(2), e000172.

<https://doi.org/10.1136/esmoopen-2017-000172>

Wu, H., Wei, L., Hao, L., Li, X., Wang, L. y Yuan, C. (2018). Synchronous Hodgkin Lymphoma and gastric adenocarcinoma: A rare case report and literature review. *Medicine*, 97(3), e9484.

<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000009484>

Zhai, C., Cai, Y., Lou, F., Liu, Z., Xie, J., Zhou, X., Wang, Z., Fang, Y., Pan, H. y Han, W. (2018). Multiple Primary Malignant Tumors - A Clinical Analysis of 15,321 Patients with Malignancies at a Single Center in China. *Journal of Cancer*, 9(16), 2795–2801.

<https://doi.org/10.7150/jca.25482>

1 Servicio de Clínica Médica,
Hospital J. B. Iturraspe, Santa Fe,
Argentina.

2 Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional del Litoral,
Santa Fe, Argentina

majoesadonio@gmail.com

ORCID 0000-0003-1256-4754

mgabrielcastro@outlook.com

ORCID 0000-0003-0112-8455

fgalluccio2000@yahoo.com.ar

ORCID 0009-0000-8263-3802

Angioedema y lupus eritematoso sistémico: ¿Una asociación inusual o poco sospechada?

Reportes de casos

Sadonio María José¹, Castro Maximiliano Gabriel¹⁻², Galluccio Federico¹⁻²

Resumen

Según la Organización Mundial de Alergia, el angioedema se caracteriza por una reacción vascular transitoria de los tejidos dérmicos-subcutáneos profundos o de los tejidos mucosos-submucosos, con un aumento localizado de la permeabilidad de los vasos sanguíneos que provoca la inflamación del tejido. Esta patología puede ser hereditaria o adquirida. El angioedema se asocia a lupus eritematoso sistémico (LES) hasta en un 2% de casos. A continuación se presentan una serie de tres casos de pacientes con diagnóstico de angioedema asociado a LES y una revisión de la literatura disponible sobre el tema.

Palabras clave

Angioedema, angioedema adquirido, lupus eritematoso sistémico, déficit adquirido inhibidor C1, complemento.

Abstract

According to the World Allergy Organization, angioedema is characterized by a transient vascular reaction of subcutaneous tissues, or mucosal/submucosal tissues, with localized increase in vascular permeability that causes tissue inflammation. This condition can be hereditary or acquired. Angioedema is associated with up to 2% of systemic lupus erythematosus cases. A series of three cases of patients diagnosed with angioedema associated with lupus and a review of the available literature on the subject are described below.

Key words

Angioedema, acquired angioedema, systemic lupus erythematosus, acquired C1 inhibitor déficit, complement.

SigMe.

Revista de la Facultad
de Ciencias Médicas,
número 2, 2024

Recepción: 10/09/2023

Aprobación: 2207/2024

DOI:

10.14409/sigme.2024.2.e0016



Esta obra está bajo una
Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-
CompartirIgual
4.0 Internacional.

Introducción

El angioedema se caracteriza por la congestión autolimitada del tejido subcutáneo, de instalación rápida, que resulta de la extravasación de fluido al espacio intersticial, el cual típicamente afecta áreas con tejido conectivo laxo, como la cara, labios, boca, faringe, laringe, úvula, extremidades, intestino y genitales (Sánchez-Borges et al., 2012). El angioedema recurrente puede o no estar asociado a urticaria crónica. En el primer caso, existe evidencia de autoinmunidad en aproximadamente el 40-50% de los pacientes, demostrada por aumento en el título de inmunoglobulinas séricas (Kaplan, 2002), y en estos casos el angioedema se encuentra mediado por la activación de los mastocitos. Mientras tanto, el angioedema recurrente no asociado a urticaria se divide en hereditario o adquirido y está mediado por bra diquininas (Banerji y Sheffer, 2009).

Presentamos una serie de 3 casos de angioedema asociado a lupus eritematoso sistémico y realizamos una revisión de la literatura con el objetivo de destacar la asociación entre estas patologías y describir las características de los pacientes que la presentaron en nuestra institución.

Materiales y métodos

Se analizaron historias clínicas de pacientes que habían sido admitidos en el Hospital J. B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe, en el período 2019 a 2022. Los pacientes incluidos presentaron diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) según los criterios EULAR/ ACR 2019 y angioedema de finido según las características determinados por el Consejo de Asuntos Clínicos y Científicos de la Organización Mundial de Alergia (World Allergy Organization).

El presente trabajo fue autorizado por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital.

Casos clínicos

Caso N°1:

Mujer de 45 años de edad, sin hábitos tóxicos y con antecedente de LES diagnosticado a los 36 años, en tratamiento con hidroxiquina 200 mg/día y prednisona 5 mg/día. Al momento del diagnóstico, la misma presentaba FAN con título de 1/5120, anti-DNA positivo, C4 bajo, derrame pleural y plaquetopenia. Consultó por cuadro de una semana de evolución de tumefacción periorbitaria sin otros

síntomas asociados. Al interrogatorio dirigido, negó ingesta de alimentos potencialmente alérgicos, exposición ambiental a alérgenos u otros fármacos, así como historia personal de alergia.

Al examen físico se encontraba afebril, sin dificultad respiratoria, con tensión arterial de 120/80 mmHg. Presentaba edema bipalpebral que dificultaba la apertura de los ojos, sin compromiso de la agudeza visual ni de la motilidad ocular, sin edema en zona de labios y lengua, sin otros hallazgos de relevancia a la exploración física. Se solicitó hemograma, función renal y hepatograma, constatándose únicamente una leve plaquetopenia (100.000 unidades/uL). Se solicitaron así también serologías para virus de la hepatitis B y C, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis, que resultaron negativas. La radiografía de tórax fue normal. Presentaba una orina completa sin proteínas.

Debido a que se asoció con plaquetopenia, se interpretó que el angioedema podía constituir una probable reactivación del LES, por lo que recibió tratamiento con prednisona 20 mg/día por una semana, constatándose luego desaparición del edema.

Caso N°2:

Mujer de 56 años, tabaquista de 13 paquetes/año, con LES de 30 años de evolución en tratamiento con hidroxiquina 200 mg/día, con hipertensión arterial medicada con losartán 50 mg/día y atenolol 50 mg cada 12 horas. Al momento del diagnóstico del LES presentaba FAN con título 1/100, C3 y C4 normales.

Ingresó por un cuadro de prurito y edema periorcular de 24 horas de evolución negando ingesta de alimentos potencialmente alérgicos, exposición ambiental a alérgenos u otros fármacos, así como historia personal de alergia.

Al examen físico se encontraba afebril, eupneica, con tensión arterial de 200/100 mmHg. Se constató edema bipalpebral, con leve eritema cutáneo local e inyección conjuntival, pero con agudeza visual y motilidad ocular conservadas, sin compromiso labial ni de lengua, sin otros signos físicos de jerarquía.

Se solicitó hemograma, función renal y hepatograma, sin alteraciones. Radiografía de tórax normal. Proteinuria de 24 horas negativa. Se sospechó angioedema relacionado al LES, pero en ausencia de

otro signo de reactivación de enfermedad, se otorgó el alta con seguimiento ambulatorio y sin cambios en la terapéutica.

Caso N° 3:

Mujer de 16 años de edad, sin hábitos tóxicos, con diagnóstico de LES tres años previo a la consulta, en tratamiento con hidroxicloroquina 200 mg/día y prednisona 5 mg/día. Al diagnóstico presentaba FAN de 1/320, anti-DNA positivo, C3 y C4 bajos, poliartritis en manos y lesiones cutáneas compatibles.

Consultó por un severo edema facial de 7 días de evolución, asociado a aftas orales dolorosas, sin otros síntomas agregados. La misma negó ingesta de alimentos potencialmente alergénicos, exposición ambiental a alérgenos u otros fármacos, así como historia personal de alergia.

Al examen físico presentaba tensión arterial de 130/80 mmHg, con el resto de signos vitales conservados. Se observaron úlceras en la cara interna de labios con fondo limpio y dolorosas, sin edema en área bucal, edema bipalpebral sin afectación de la agudeza visual ni de la motilidad ocular. En el laboratorio presentaba anemia (Hb 9,8 g/dL) normocítica- normocrómica y leve plaquetopenia (96.000 unidades/uL), sin otros hallazgos. Se solicitó orina completa en la cual no se constató presencia de hemoglobina ni proteínas.

Se sospechó que el angioedema se debía a una reactivación del LES y se modificó tratamiento administrando micofenolato 500 mg/8 horas, hidroxicloroquina 200 mg/12 horas y prednisona 20 mg/día. Se sospechó que en este contexto el mecanismo del mismo podía deberse a un déficit adquirido del C1q, el cual fue dosado y se encontraba por debajo del punto de corte de referencia (14 mg/dL, valor de referencia: 35 a 56 mg/dL).

Discusión

El angioedema hereditario y el adquirido son enfermedades raras, cuya incidencia se encuentra en 1/50.000 y 1/500.000 habitantes por año, respectivamente (Cicardi et al., 2014).

El angioedema adquirido es indistinguible del hereditario en virtud de sus manifestaciones clínicas y de los niveles séricos del inhibidor del C1, ya que ambos comparten vías fisiopatológicas. El adquirido se caracteriza por un inicio a una edad más tardía, por

la asociación a otras entidades nosológicas (como el linfoma y la gammapatía monoclonal de origen incierto) y por un mayor déficit de C1q, el cual siempre debe ser investigado porque en los casos hereditarios se encuentra casi siempre dentro del rango normal (Maurer et al., 2022).

En un estudio alemán que incluyó 44 personas con déficit adquirido de inhibidor del C1, la gammapatía monoclonal de significado incierto fue la enfermedad potencialmente asociada más frecuente, seguida por las neoplasias linfoides. En este estudio, el diagnóstico ocurrió mayormente luego de los 40 años de edad, menos del 12% presentó anticuerpos contra el inhibidor del C1 y no hubo casos registrados de LES (Bork et al., 2019).

Baeza et al. (2022) publicaron recientemente un estudio español que incluyó a 50 personas con déficit adquirido de inhibidor del C1. En éste, el sexo femenino representó más del 70% de la muestra, en el 67% se documentó anticuerpos contra dicho inhibidor y sólo el 22% tenía diagnóstico de LES (Baeza et al., 2022). En un reporte previo pero con una inclusión sólo de 17 pacientes, en el 33% de los pacientes con diagnóstico de déficit adquirido había coexistencia de uso de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (Póla et al., 2021). Mientras que el uso de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina es la principal causa de angioedema adquirido esporádico, el uso de antagonistas del receptor de la angiotensina presenta al angioedema como efecto adverso muy infrecuente y con fisiopatología poco esclarecida. Más aún, el mismo suele suceder en el mismo día de la instauración de esta medicación. En virtud de esto, en el caso de la paciente N°2 el uso de Losartán, el cual la misma utilizaba hace más de un año, podría haber sido un factor predisponente pero menos probablemente suficiente para la instalación del angioedema (Fuchs et al., 2011; Toh et al., 2012; Vedantam et al., 2023).

Más allá de aislados reportes de caso (Bienstock y Mandel, 2015; Lahiri y Lim, 2007; Nettis et al., 2005; Tekin et al., 2018), un estudio publicado en 2010 exploró la frecuencia del diagnóstico concomitante de LES en 90.485 hospitalizaciones por angioedema y encontró que el mismo se encontraba en el 1,66% de los casos. Este estudio también halló que el LES aumentaba la probabilidad del diagnóstico de

angioedema y la probabilidad de presentar atopia, vasculitis leucocitoclástica, eosinofilia e infecciones de forma concomitante. Más aún, los pacientes con LES y angioedema eran más frecuentemente mujeres y más jóvenes (Luo et al., 2019).

Es así que, si bien el 2% de los casos de angioedema con criterio de hospitalización podrían asociarse a LES, la relación del mismo con el déficit adquirido del inhibidor del C1 es más compleja debido a la rareza de esta patología, con alrededor de 100 casos descritos en toda la literatura (Otani y Banerji, 2017). Entre ellos, una revisión encontró 37 casos reportados en la literatura de LES asociado a déficit hereditario de inhibidor del C1 (Gallais Séréal et al., 2015).

El diagnóstico de déficit adquirido de inhibidor del C1 se realizó en el caso clínico N°3 con base en la existencia de una enfermedad activa subyacente, la ausencia de antecedentes personales de angioedema e historia familiar y la mejoría con el tratamiento para el LES, al igual que se observó en otro caso reportado en la literatura (Tekin et al., 2018), acompañado en el caso de la paciente N°3 por el dosaje de C1q disminuido. Sin embargo, se encontró la limitación de no haber podido medir la función ni la proteína del inhibidor del C1.

Mientras tanto, en los dos primeros casos se sospechó que el angioedema se encontraba asociado al LES pero no se buscó activamente la asociación a un déficit adquirido del inhibidor de C1. Esto es de relevancia debido a que el déficit adquirido del C1 se asocia a una alta tasa de recurrencia (Longhurst et al., 2017), mientras que la frecuencia de la potencial recurrencia en casos de LES sin déficit adquirido del C1 se desconoce. Por otro lado, los casos de déficit hereditario y, por extrapolación, los adquiridos del inhibidor del C1 podrían beneficiarse de tratamientos específicos como el icatibant (antagonista del receptor B2 de bradiquininas) y el ecallantide (inhibidor de la kallikreina) (Maurer et al., 2022); mientras que en el resto de los casos asociados a LES el énfasis debe estar en el tratamiento de esta enfermedad.

En el caso N°3, puntualmente, la decisión de iniciar micofenolato en este contexto radicó en la demora en el dosaje de C1q y en la falta de disponibilidad de las terapéuticas farmacológicas específicas. Por lo tanto, ante la interpretación de una reactivación del LES, se priorizó el tratamiento de esta entidad.

Una fortaleza del presente trabajo es que ninguno de los tres casos presentados había desarrollado urticaria asociada. En línea con la toma de posición de la Asociación Mundial de Alergia, en presencia de angioedema, especialmente recurrente y en ausencia de urticaria, debe sospecharse el déficit hereditario o adquirido del inhibidor del C1 (Sánchez-Borges et al., 2012).

Como limitación del presente trabajo debemos mencionar que las tres pacientes incluidas fueron conocidas por el servicio tratante al momento del angioedema pero tenían diagnóstico de LES realizado 3 a 30 años previo a la consulta, por lo que existen datos como el patrón de los anticuerpos antinucleares que no se pudieron recabar.

Conclusiones

Presentamos tres casos paradigmáticos de angioedema como manifestación cutánea de LES. Dos de las pacientes se encontraban cursando una reactivación de su LES, en una de ellas se arribó al diagnóstico de déficit adquirido de inhibidor del C1 y evolucionó favorablemente con el tratamiento del LES, a pesar de este diagnóstico asociado. Mientras tanto, la otra paciente no presentaba clínica de reactivación y la búsqueda de dicho déficit podría haber ayudado a estimar el riesgo de recurrencia. Resulta clave conocer la asociación del LES con una patología clínica relativamente común como el angioedema y la cual puede comprometer la vida de las personas que lo desarrollan. Por otro lado, la búsqueda sistemática del déficit adquirido del inhibidor de C1 en los pacientes en los cuales estas entidades coexistan podría ayudar a esclarecer dicha asociación.

El presente trabajo, cuyo objetivo se radicó en destacar la asociación entre estas patologías a través de la descripción de los casos presentados y del resumen de la bibliografía disponible al respecto, insta a la comunidad científica a realizar estudios de prevalencia que permitan estimar la real frecuencia de esta asociación, así como a esclarecer su fisiopatología a través de un trabajo interdisciplinario en articulación con las ciencias básicas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar conflictos de interés. El estudio no recibió financiamiento.

Referencias bibliográficas

- Baeza, M. L., González-Quevedo, T., Caballero, T., Guilarte, M., Leonart, R., Varela, S., Castro, M., Díaz, C., Escudero, E., García, M. G., Laffond, E., Muñoz-Bellido, F. J., Núñez, R., Prior, N., Sala-Cunill, A., Sáenz de San Pedro, B. y Prieto-García, A. (2022). Angioedema Due to Acquired Deficiency of C1-Inhibitor: A Cohort Study in Spain and a Comparison With Other Series. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology. In Practice*, 10(4), 1020-1028. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2021.11.018>
- Banerji, A., y Sheffer, A. L. (2009). The spectrum of chronic angioedema. *Allergy and asthma proceedings*, 30(1), 11-16. <https://doi.org/10.2500/aap.2009.30.3188>
- Bienstock, D. y Mandel, L. (2015). Facial angioedema and systemic lupus erythematosus: case report. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 73(5), 928-932. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2014.12.007>
- Bork, K., Staubach-Renz, P. y Hardt, J. (2019). Angioedema due to acquired C1-inhibitor deficiency: spectrum and treatment with C1-inhibitor concentrate. *Orphanet journal of rare diseases*, 14(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s13023-019-1043-3>
- Cicardi, M., Aberer, W., Banerji, A., Bas, M., Bernstein, J. A., Bork, K., Caballero, T., Farkas, H., Grumach, A., Kaplan, A. P., Riedl, M. A., Triggiani, M., Zanichelli, A., Zuraw, B. y HAWK bajo el patronazgo de EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology). (2014). Classification, diagnosis, and approach to treatment for angioedema: consensus report from the Hereditary Angioedema International Working Group. *Allergy*, 69(5), 602-616. <https://doi.org/10.1111/all.12380>
- Fuchs, S. A., Koopmans, R. P., Guchelaar, H. J., Brodie-Meijer, C. C. y Meyboom, R. H. (2001). Are Angiotensin II Receptor Antagonists Safe in Patients With Previous Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor-Induced Angioedema?. *Hypertension*, 37(1), E1. <https://doi.org/10.1161/01.hyp.37.1.e1>
- Gallais Sérézal, I., Bouillet, L., Dhôte, R., Gayet, S., Jeandel, P. Y., Blanchard-Delaunay, C., Martin, L., Mekinian, A. y Fain, O. (2015). Hereditary angioedema and lupus: A French retrospective study and literature review. *Autoimmunity reviews*, 14(6), 564-568. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2015.02.001>
- Kaplan A. P. (2002). Clinical practice. Chronic urticaria and angioedema. *The New England journal of medicine*, 346(3), 175-179. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp011186>
- Lahiri, M., y Lim, A. Y. (2007). Angioedema and systemic lupus erythematosus--a complementary association?. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 36(2), 142-145.
- Longhurst, H. J., Zanichelli, A., Caballero, T., Bouillet, L., Aberer, W., Maurer, M., Fain, O., Fabien, V., Andresen, I. y Grupo de Estudio IOS. (2017). Comparing acquired angioedema with hereditary angioedema (types I/II): findings from the Icatibant Outcome Survey. *Clinical and experimental immunology*, 188(1), 148-153. <https://doi.org/10.1111/cei.12910>
- Luo, Y., Fan, X., Jiang, C., Ramos-Rodríguez, A., Wen, Y., Zhang, J., Huang, F., Guan, X. y Xu, J. (2019). Systemic Lupus Erythematosus and Angioedema: A Cross-Sectional Study From the National Inpatient Sample. *Archives of rheumatology*, 34(3), 301-307. <https://doi.org/10.5606/ArchRheumatol.2019.7149>
- Maurer, M., Magerl, M., Betschel, S., Aberer, W., Ansotegui, I. J., Aygören-Pürsün, E., Banerji, A., Bara, N. A., Boccon-Gibod, I., Bork, K., Bouillet, L., Boysen, H. B., Brodzki, N., Busse, P. J., Bygum, A., Caballero, T., Cancian, M., Castaldo, A. J., Cohn, D. M., Csuka, D., ... Craig, T. (2022). The international WAO/EAACI guideline for the management of hereditary angioedema - The 2021 revision and update. *The World Allergy Organization journal*, 15(3), 100627. <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2022.100627>
- Nettis, E., Colanardi, M. C., Loria, M. P. y Vacca, A. (2005). Acquired C1-inhibitor deficiency in a patient with systemic lupus erythematosus: a case report and review of the literature. *European journal of clinical investigation*, 35(12), 781-784. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2362.2005.01571.x>
- Otani, I. M. y Banerji, A. (2017). Acquired C1 Inhibitor Deficiency. *Immunology and allergy clinics of North America*, 37(3), 497-511. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2017.03.002>
- Pólai, Z., Balla, Z., András, N., Köhalmi, K. V., Temesszentandrás, G., Benedek, S., Varga, L. y Farkas, H. (2021). A follow-up survey of patients with acquired angioedema due to C1-inhibitor deficiency. *Journal of internal medicine*, 289(4), 547-558. <https://doi.org/10.1111/joim.13182>

Sánchez-Borges, M., Asero, R., Ansotegui, I. J., Baiardini, I., Bernstein, J. A., Canonica, G. W., Gower, R., Kahn, D. A., Kaplan, A. P., Katelaris, C., Maurer, M., Park, H. S., Potter, P., Saini, S., Tassinari, P., Tedeschi, A., Ye, Y. M., Zuberbier, T. y Consejo Científico y Clínico WAO. (2012). Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema: a worldwide perspective. *The World Allergy Organization journal*, 5(11), 125–147.

<https://doi.org/10.1097/WOX.0b013e3182758d6c>

Tekin, Z. E., Yener, G. O. y Yüksel, S. (2018). Acquired angioedema in juvenile systemic lupus erythematosus: case-based review. *Rheumatology international*, 38(8), 1577–1584.

<https://doi.org/10.1007/s00296-018-4088-z>

Toh, S., Reichman, M. E., Houstoun, M., Ross Southworth, M., Ding, X., Hernandez, A. F., Levenson, M., Li, L., McCloskey, C., Shoaibi, A., Wu, E., Zornberg, G. y Hennessy, S. (2012). Comparative risk for angioedema associated with the use of drugs that target the renin-angiotensin-aldosterone system. *Archives of internal medicine*, 172(20), 1582–1589.

<https://doi.org/10.1001/2013.jamainternmed.34>

Vedantam, V., Magacha, H. M., Vedantam, N., Dahya, V. y Abu-Heija, U. (2023). A Case Report of Losartan Induced Angioedema. *Cureus*, 15(3), e36525. <https://doi.org/10.7759/cureus.36525>

1 Servicio de Cirugía General
Hospital J. B. Iturraspe.
2 Cátedra Clínica Quirúrgica,
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional del Litoral.

deboraramirez09@gmail.com;
ORCID 0009-0006-8731-5006

florvis_94@gmail.com
ORCID 0009-0007-3374-4777

alejandrorabellino@gmail.com
ORCID 0000-0002-0682-3644

oscarbrosutti@gmail.com
ORCID 0000-0002-1859-9299

SigMe.
Revista de la Facultad
de Ciencias Médicas,
número 2, 2024

Recepción: 10/10/2023
Aprobación: 01/10/2024

DOI:
10.14409/sigme.2024.2.e0017



Esta obra está bajo una
Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-
CompartirIgual
4.0 Internacional.

Informe de casos

Oxiuriasis: una causa a tener en cuenta de apendicitis aguda

Reportes de casos

Ramirez Debora Mariana¹, Visentin Florencia¹, Rabellino Alejandro², Brosutti Oscar¹⁻².

Resumen

La apendicitis aguda (ApA) es una causa frecuente de abdomen agudo (AA) en nuestro medio y una de las indicaciones más comunes de cirugía de urgencia. La presencia de oxiuros en piezas resecadas de apéndices va desde el 0,6 al 13%. Reportamos 10 casos desde diciembre de 2022 a febrero de 2024 en el Hospital J. B. Iturraspe, a los cuales se les realizó apendicectomía videolaparoscópica por cuadros compatibles con apendicitis aguda y se detectó la presencia de oxiuros durante el acto intraoperatorio y en anatomía patológica. Luego de la cirugía, se les instauró tratamiento antihelmíntico. La apendicectomía no completaría el tratamiento, sería necesario establecer un tratamiento antihelmíntico para tratar la infección parasitaria.

Palabras clave

Abdomen agudo inflamatorio, apendicectomía, parasitosis intestinal.

Abstract

Acute appendicitis (ApA) is a frequent cause of acute abdomen (AA) in our environment and one of the most common indications for emergency surgery. The presence of Pinworms in resected pieces of appendixes ranges from 0.6 to 13%. We reported 10 cases from December 2022 to February 2024 at the J. B. Iturraspe Hospital, who underwent video-laparoscopic appendectomy for conditions compatible with acute appendicitis. Pinworms were detected during the intraoperative procedure and in pathological anatomy. After surgery, an anthelmintic treatment was instituted. The appendectomy would not complete the treatment, it would be necessary to establish an anthelmintic treatment to treat the parasitic infection.

Key words

Acute inflammatory abdomen, appendectomy, intestinal parasitosis.

Introducción

La apendicitis aguda (ApA) es una causa frecuente de abdomen agudo (AA) y una de las indicaciones más comunes de cirugía de urgencia. La obstrucción del apéndice cecal ha sido propuesta como la etiología principal de esta enfermedad, siendo por hiperplasia folicular linfoide en jóvenes: en adultos se pueden encontrar fecalitos o neoplasias. Sin embargo, en un pequeño porcentaje de pacientes, en los que los síntomas apendiculares están motivados por otras causas diferentes a la obstrucción luminal, es necesario completar el acto quirúrgico con otra terapéutica (Alejandre Villalobos et al., 2018).

La infección por parásitos es una causa infrecuente de ApA. Dentro de estas parasitosis se encontraron *Enterobius vermicularis*, *Ascaris lumbricoides*, *Giardia* y *Entamoeba histolytica*. La presencia de oxiuros en piezas resecadas de apéndices va desde el 0,6 al 13% (Tapia y Muñoz, 2011).

A continuación, se presentan diez casos en los que se pudo evidenciar la presencia de oxiuros durante la apendicectomía y en el resultado de anatomía patológica.

Informe de casos

En el servicio de Cirugía del Hospital J. B. Iturraspe, entre diciembre de 2022 y febrero de 2024, se realizaron 304 apendicectomías tanto convencionales como laparoscópicas. De las cuales, en 10 pacientes (5 femeninos - 5 masculinos) la causa fue de oxiuriasis. Las edades comprendidas fueron entre los 15 y 28 años, excepto un caso de 54 años.

Todos los pacientes se presentaron con cuadros de dolor abdominal localizado en FID (fosa iliaca derecha) de 12 hs a 48 hs de evolución, en 7 casos se asociaron a náuseas, vómitos y equivalentes febriles. En el examen físico presentaron un cuadro de defensa y despegue localizado en FID. En el laboratorio de ingreso

presentaron leucocitosis con neutrofilia sin eosinofilia, sin otra alteración significativa. A tres pacientes se le realizó ecografía preoperatoria (imagen tubular, peristáltica, no compresible de 10 mm de diámetro, con aumento ecogénico del mesenterio) confirmando el diagnóstico de ApA en un solo caso. Los 10 pacientes se sometieron a apendicectomía videolaparoscópica constatando ApA congestiva en siete pacientes, ApA gangrenosa y perforada en uno, y los dos restantes presentaban peritonitis generalizada; uno de ellos presentaba una perforación cecal en la que se realizó cecorrafia videolaparoscópica. En dos de los casos se vieron los parásitos en la sección apendicular, y los restantes se confirmaron por los hallazgos de Anatomía Patológica (Figura 1). En los pacientes que presentaron peritonitis, se tomó cultivo del líquido purulento de la cavidad abdominal donde se desarrollaron los siguientes microorganismos: *Escherichia Coli*, *Proteus Mirabilis* y *Enterococcus Faecium*. Todos los casos fueron tratados con antibióticos (Gentamicina 240 mg/ día y Metronidazol 500 mg cada 8 horas endovenoso (EV), a excepción de los pacientes menores de 16 años se los trató con Ampicilina Sulbactam 1.5 gr cada 6 hs EV). Luego de que los pacientes toleraron la vía oral se les indicó Mebendazol 100 mg vía oral en única dosis, también se recomendó tratar a la familia. Los días de internación fueron entre 3 a 5 días. Solo un caso presentó más días de internación debido a infección por *Escherichia Coli* BLEE, que se trató con antibióticos ajustados por 21 días totales. A todos los pacientes se los controló a los 15 días del alta hospitalaria, ninguno de ellos presentó complicaciones.

Discusión

La infección parasitaria más frecuente a nivel mundial es la producida por *Enterobius vermicularis*, afectando alrededor de 1.000 millones de personas, principalmente niños y jóvenes. Su distribución es universal, afecta a todos los grupos etarios y niveles

socioeconómicos, siendo de mayor prevalencia en países en desarrollo y tropicales. En los casos en que el parásito produce obstrucción del lumen apendicular, esto se asocia a irritación de la mucosa, inflamación y sobrecrecimiento bacteriano, lo cual desencadenaría apendicitis aguda. El mecanismo fisiopatológico exacto sigue siendo controversial (Juárez y Rajala, 2013; Escudero- Sepulveda et al., 2024).

La parasitosis asociada a un cuadro de ApA es una etiología poco frecuente dentro de la patología quirúrgica, motivo por el cual, el índice de sospecha en la exploración clínica debe ser alto, sobre todo en pacientes que consultan en urgencias por dolor abdominal con localización en fosa ilíaca derecha, asociado a diarrea y que los mismos presenten nexo epidemiológico (Echazarreta Gallego et al., 2016).

En las piezas estudiadas de apendicitis aguda por oxiuriasis es más frecuente encontrar apéndices con histología normal. Debido a estos hallazgos histológicos, el papel de la infección por *E. Vermicularis* como causa de ApA es muy controvertido aún en la actualidad (Tapia y Muñoz, 2011). En nuestra serie de casos la anatomía patológica de las piezas estudiadas informó apendicitis aguda incipiente en 6 casos, apendicitis aguda exudativa en 2 casos y los 2 restantes apendicitis aguda supurativa con

periapendicitis; en todos acompañado de oxiuriasis.

Existen determinados mecanismos fisiopatológicos que producen esta clínica: uno es la inflamación de la mucosa por la simple presencia de los parásitos; y otro por obstrucción del apéndice. La obstrucción por oxiuros es similar a la producida por fecalitos y produce dolor en FID, pero pocas veces lleva a la inflamación del mismo (Criado et al., 2012).

Además, la apendicectomía por sí sola no completaría el tratamiento, sería necesario establecer un tratamiento antihelmíntico adecuado al paciente, para evitar la progresión o tratar la infección parasitaria.

En nuestro reporte, los pacientes presentaron una buena evolución clínica postoperatoria y correcta tolerancia al tratamiento médico antibiótico/antihelmíntico. La duración de estadía hospitalaria fue aceptable y los controles luego del alta han sido satisfactorios, con recuperación *ad integrum* de los pacientes. Con base en los datos obtenidos, creemos fuertemente en la necesidad de adjuntar un tratamiento antihelmíntico complementario al tratamiento quirúrgico. Los casos de apendicitis aguda asociados a infestación por *E. Vermicularis* rondan un 2% de todos los casos. El tratamiento de la patología asocia la

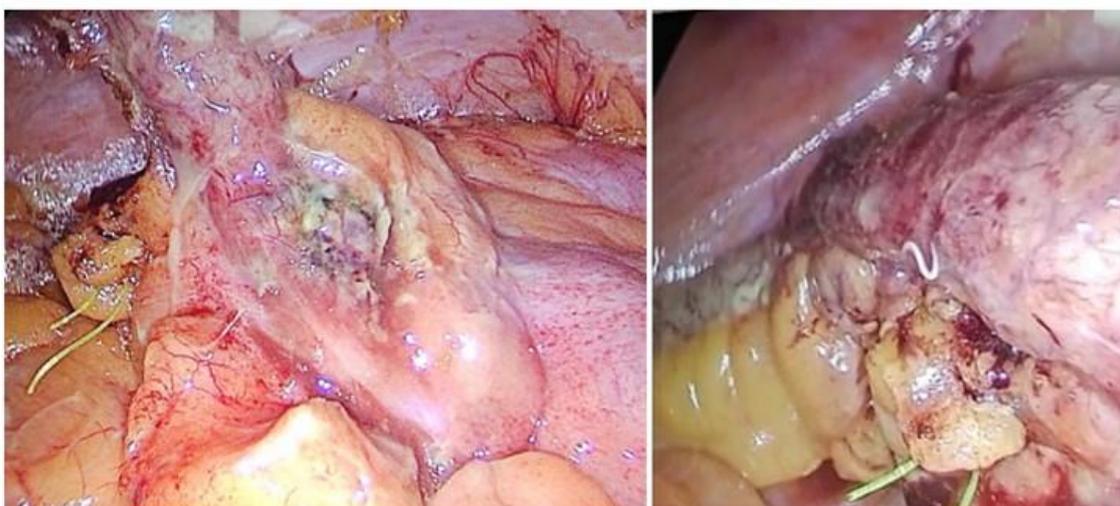


Figura 1. Foto intra quirúrgica donde se visualiza a péndice gangrenosa perforado. Presencia de oxiuros en base apendicular.

apendicectomía al tratamiento con antiparasitarios y requiere del manejo tanto del paciente, como del núcleo familiar para prevenir las reinfecciones (Escudero - Sepulveda et al., 2024).

En nuestro nosocomio, la etiología presenta una frecuencia inferior al 1%, formando parte de las causas poco frecuentes para dicha patología. Sin embargo, hacen falta mayor número de estudios referidos al tema para lograr establecer la prevalencia y frecuencia de cirugías asociadas a este patógeno.

Agradecimientos

Mención especial a los cirujanos de Planta del Servicio de Cirugía General y cirujanos del Servicio de Guardia Central del Hospital J. B. Iturraspe por la participación en los procedimientos quirúrgicos y fomentar el estudio de dichos pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflictos de interés.

Consideraciones bioéticas

Todos los pacientes poseen consentimiento informado para realizar dicho reporte de casos.

Referencias bibliográficas

Alejandre Villalobos, C., Fernández-SanMillán, D., López-Tomassetti Fernández, E. y Hernández Hernández, J. R. (2018). Apendicitis Aguda por parasitosis. *Cirugía Española (English Edition)*, 96(5), 306–308. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.09.007>

Criado, Y., Millan López, A., Galán, N. y Asensio, J.C. (2012). Apendicitis aguda por *Enterobius vermicularis*, una etiología inusual en niños. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 10(7) <https://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082012000700016>

Echazarreta-Gallego, E., Córdoba-Díaz de Laspra, E., Mejía-Urbaz, E., Hernández-Arzo, A., Sánchez-Blasco, L. y Elía-Guedea, M. (2016). Apendicitis y parásitos: a propósito de 2 casos. *Revista chilena de cirugía*, 68(5), 373–375. <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.03.003>

Escudero-Sepúlveda, A.F., Alzuri, E.; Campos, S. y Lapertosa, L.B. (2024) Parasitosis por *Enterobius Vermicularis* como causa de Apendicitis Aguda. *Revista Argentina de Coloproctología*, 35(2). <https://doi.org/10.46768/racp.v35i2.148>

Juárez, M. M. y Rajala, V. B. (2013). Parasitosis intestinales en Argentina: principales agentes causales encontrados en la población y en el ambiente. *Revista Argentina de microbiología*, 45(3), 191–204. [https://doi.org/10.1016/s0325-7541\(13\)70024-5](https://doi.org/10.1016/s0325-7541(13)70024-5)

Tapia, E. O. y Muñoz C, C. (2011). Oxiuriasis apendicular: estudio de prevalencia y descripción clínico-morfológica. *Rev. Chilena de Cirugía*, 63(6), 599-603. <https://doi.org/10.4067/s0718-40262011000600009>

1 Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional del Litoral.

2 Hospital Dr Guillermo Rawson, San
Javier, Santa Fe, Argentina

gabrielamackow@gmail.com

ORCID 0009-0007-1538-7577

Cardiodesfibrilador implantado en miocardiopatía chagásica como prevención de muerte súbita

Reportes de caso

Mar Mackow Gabriela Desiré¹⁻².

Resumen

La enfermedad de Chagas es una de las principales endemias que afecta a países latinoamericanos en general y a la República Argentina en particular. La prevalencia en la provincia de Santa Fe no es uniforme en todo su territorio, siendo zona de alto riesgo el norte de la misma que se correlaciona con los sectores de menor nivel socioeconómico. Entre las formas clínicas de la fase crónica de esta enfermedad se encuentra la cardiopatía, la misma se asocia frecuentemente con taquiarritmia ventricular y muerte súbita. El objetivo del trabajo es dirigido a la prevención de sus dos complicaciones anteriormente mencionadas, mediante el uso de un cardiodesfibrilador implantado (ICD), evaluando sus indicaciones y recomendaciones, su efectividad a largo plazo, y posibles complicaciones, aplicándolo a un caso clínico del servicio de cardiología del Hospital Cullen.

Palabras clave

Cardiodesfibrilador, miocardiopatía chagásica, muerte súbita.

Abstract

Chagas disease is one of the main endemic illnesses affecting Latin American countries in general and Argentina in particular. The prevalence in the province of Santa Fe is not uniform throughout its territory, with the north of the province being a high-risk area, where there are large sectors of the population with low socioeconomic levels. Among the clinical forms of the chronic phase of this disease is heart disease, which is frequently associated with ventricular tachyarrhythmia and sudden death. This study aims to prevent both complications mentioned above, through the use of an implanted cardioverter defibrillator (ICD), evaluating its indications and recommendations, its long-term effectiveness, and possible complications; applying it to a clinical case from the cardiology service of Cullen Hospital.

Key words

Cardioverter defibrillator, chagas cardiomyopathy, sudden death.

SigMe.

Revista de la Facultad
de Ciencias Médicas,
número 2, 2024

Recepción: 01/09/2023

Aprobación: 24/07/2024

DOI:

10.14409/sigme.2024.2.e0018



Esta obra está bajo una
Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-
CompartirIgual
4.0 Internacional.

Introducción

La enfermedad de Chagas es producida por un parásito unicelular llamado *Trypanosoma cruzi*, en los tejidos, el parásito se encuentra como amastigote, pudiendo persistir en esta forma varios años generando alteraciones orgánicas en su fase crónica. Las vías de transmisión son de manera vectorial, donde se da a través de la picadura de la vinchuca, o no vectorial mediante la transmisión de la madre infectada a su hijo durante el embarazo (transmisión vertical), del consumo de alimentos contaminados; y por transfusiones o trasplantes. La vía oral no tiene registro en Argentina y las transfusionales y de trasplantes están controladas en el país. En Argentina, el área endémica para la enfermedad de Chagas, comprende a 19 provincias (Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán). Dentro de los trastornos cardiológicos, la intención de utilizar un desfibrilador es controlar los eventos arrítmicos y evitar un desenlace ineludible, como es la muerte súbita (Ministerio de Salud, 2021). Los CDI son una herramienta de primera línea para la prevención primaria, y secundaria de dicho desenlace. El objetivo del trabajo va dirigido a el análisis del uso del cardiodesfibrilador implantado (ICD), evaluando sus indicaciones y recomendaciones, su efectividad a largo plazo, y posibles complicaciones tras colocación, aplicándolo a un caso clínico del servicio de cardiología del Hospital Cullen.

Informe de caso

Paciente masculino de 53 años, oriundo de Santa Fe capital, estilista social que niega hábito tabáquico, con diagnóstico de artritis reumatoidea en tratamiento con metotrexato y ácido fólico, portador de miocardiopatía dilatada chagásica desde 2017. Niega antecedentes personales de relevancia y no destaca antecedentes familiares de cardiopatía.

En el mes de abril de 2019 consultó al servicio de cardiología del Hospital Cullen por síntomas asociados a insuficiencia cardíaca descompensada, por lo que es internado en Unidad Coronaria con la posterior realización de estudios complementarios. En los mismos, los hallazgos fueron los siguientes: en el estudio ecográfico pudo observarse un ventrículo

izquierdo dilatado con función sistólica ventricular izquierda (FSVI) deprimida severa a expensas de hipoquinesia global y difusa, con insuficiencia mitral moderada. Se realizó cinecoronariografía, observándose lesiones de baja significancia. Se resolvió realizar una resonancia magnética, donde se constató una miocardiopatía dilatada (MCPD) con depresión de la función biventricular, fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) 19%, realce tardío con gadolinio transmural (inferolateral basal y medial), y subepicárdico anterolateral basal y medial, e insuficiencia mitral moderada.

En mayo del mismo año, reingresó por síncope que se interpretó como evento arrítmico y se decidió realizar un implante de cardiodesfibrilador (CDI) como prevención primaria, sin complicaciones. Desde entonces, refiere mantenerse asintomático con 2 eventos de descargas del CDI en el 2020, por las que no consulta.

Posteriormente consultó en urgencias del Hospital Cullen por un cuadro disneico de clase funcional II-III, que progresa a disnea de reposo, refiriendo una nueva descarga de dispositivo. Luego, se realizó interconsulta con cardiología, donde constataron signos vitales conservados, examen cardiovascular con R1-R2 normofonéticos, silencios libres, sin ingurgitación yugular, y al examen del aparato respiratorio, buena entrada bilateral de aire, sin ruidos agregados. En miembros inferiores godet dos cruces. Le realizaron un electrocardiograma donde se observó ritmo sinusal, FC 70, eje -30, PR 160, QRS 130, BCRD; también, una radiografía de tórax donde se observó un índice cardiorácico aumentado (ICT>0.5), sin redistribución de flujo, sin derrame pleural, y sin infiltrados. En consecuencia, cursó internación en la Unidad Coronaria, donde fue llevado a peso seco, y evolucionó asintomático sin repetir episodio arrítmico. Le realizaron una lectura del CDI constatando evento de taquicardia ventricular no sostenida (TVNS), también, le realizaron un ecocardiograma que mostró ambas aurículas dilatadas, siendo más severa la izquierda, ventrículo izquierdo dilatado severo, espesores conservados, FSVI deprimida severa a expensas de hipoquinesia global y difusa, FEVI estimada de 18%, válvula mitral con patrón restrictivo, apertura y cierre conservados, insuficiencia mitral leve, válvula tricúspide con apertura y cierre conservados, insuficiencia

tricuspídea leve. Vena cava inferior no dilatada, colapso >50%. Valorándose dichos resultados le otorgaron el alta hospitalaria, junto con indicaciones de control con turno programado a la semana y pautas de alarma. Continuando tratamiento farmacológico con enalapril 2,5 mg c/12hs vo, carvedilol 6,25 mg c/12hs vo, espironolactona 50 mg/día vo, y agregando a midarona 200 mg/día vo, como prevención secundaria.

Discusión

La infección evoluciona en dos fases: aguda y crónica. Cada una de ellas presenta características clínicas, criterios diagnósticos y terapéuticos diferentes. En dicha revisión sólo nos abocaremos a la fase crónica. La extensión de la afectación cardíaca en la fase crónica de la enfermedad, resultado de la respuesta inmunitaria activada por parásitos provocada en la fase aguda y mantenida durante la crónica, parece ser influenciada por variables como la carga parasitaria durante la fase aguda, la cepa del parásito, la magnitud de la respuesta inmune, y la presencia o ausencia de reinfección. Esta forma se caracteriza por presentar serología reactiva para *Trypanosoma cruzi*, y la presencia de lesión orgánica compatible con la enfermedad de Chagas, que incluye trastornos digestivos implicando la denervación de los plexos autonómicos del tracto digestivo, lo que conduce a alteraciones en la absorción, motilidad y secreción. Los trastornos cardiológicos son alteraciones eléctricas y mecánicas, como bradicardia sinusal, auricular y ventricular (arritmias); trastornos de la conducción auriculoventricular e intraventricular, como bloqueo de rama derecha y/o bloqueo fascicular anterior izquierdo, y cambios ST-T. Las imágenes cardíacas muestran anomalías regionales del movimiento de la pared, aneurismas apicales, trombos murales con potencial embólico y miocardiopatía dilatada con FEVI reducida. Las imágenes cardíacas muestran anomalías regionales del movimiento de la pared, aneurismas apicales, trombos murales con potencial embólico y miocardiopatía dilatada con FEVI reducida. La miocardiopatía dilatada se observa en un 10% de los pacientes con enfermedad de Chagas crónica, y se presenta entre los 30 y 50 años de edad, teniendo peor pronóstico aunque cardiomiopatías de otros orígenes. La insuficiencia cardíaca es la principal

forma de presentación clínica de la miocardiopatía dilatada, acompañada frecuentemente de arritmias graves, siendo la taquicardia ventricular sostenida, y la fibrilación ventricular, en la mayoría de los casos, que de no diagnosticarlas y tratarlas oportunamente, pueden desencadenar una muerte súbita (Camo et al., 2018; Ministerio de Salud, 2021), afectando a alrededor de un 37% de los pacientes chagásicos en áreas endémicas (Olaya et al., 2021). El objetivo de implantar un desfibrilador es controlar las arritmias de alto riesgo y evitar que ocurra un desenlace fatal, la muerte súbita. Es por lo tanto, un tratamiento preventivo pero no curativo definitivo.

Los CDI son una herramienta de primera línea para la prevención primaria y secundaria de la muerte súbita. Diferenciando a la primaria como a aquellos pacientes sin antecedente de muerte súbita resucitada, taquicardia ventricular documentada o síncope; de la secundaria, donde existe el antecedente y queremos evitar un segundo evento. De acuerdo con el American College of Cardiology (ACC), la American Heart Association (AHA) y la Heart Rhythm Society (HRS), la muerte súbita cardíaca (MSC) se define como un evento fatal, no esperado, no traumático, que ocurre dentro de 1 hora de haber iniciado los síntomas, o la ocurrida en un sujeto encontrado muerto dentro de las 24 horas de estar asintomático y presuntamente debida a arritmia o catástrofe hemodinámica. El desfibrilador automático es un aparato eléctrico que detecta arritmias, las analiza y, si cumple criterios previamente programados de arritmia maligna se activa administrando una terapia (SAC, 2021). Existen dos tipos de terapia, la de marcapaso, donde se estimula rápido el ventrículo para controlar la taquicardia; y, la terapia de desfibrilación, donde se libera descarga de alta energía para interrumpir la taquicardia y dar pie a restaurar el ritmo cardíaco basal. Según las características de la taquicardia y su duración se da uno o los dos tipos de terapia.

En general, se puede decir que los dispositivos actuales duran aproximadamente entre 5 y 9 años, aunque varía en cada paciente, ya que, mientras más descargas realice se agota más rápido. Tiene una colocación mínimamente invasiva. Existen dos tipos de colocación, la vía subcutánea y la vía endovascular, esta última es la empleada en el Hospital José María Cullen. El CDI utiliza un software de análisis de señal

similar al del dispositivo que nos permite evaluar las tasas de choques, apropiados e inapropiados, estos últimos son aquellos generados en un músculo circundante por ejemplo (González-Torreçilla 2008). Sirve también para programar distintos parámetros como el tipo de arritmias que debe detectar, cómo las debe tratar, a qué energía. Sus indicaciones están consensuadas por la sociedad europea de cardiología, enmarcando los siguientes aspectos (de Souza et al., 2015): se debe implantar un CDI cuando hay disfunción ventricular significativa y se ha documentado TV sostenida o fibrilación ventricular. Clase I (A); puede ser beneficioso el implante de un CDI en pacientes con síncope no explicado y disfunción de VI significativa. Clase IIa (C); puede ser beneficioso el implante de un CDI para la terminación de TV sostenidas en pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica y función ventricular normal o casi normal. Clase IIa (C); se debe considerar el CDI para pacientes con miocardiopatía chagásica, FEVI <40% y esperanza de vida con buen estado funcional >1 año. Clase IIa (C).

Es pertinente resaltar que, para poder evaluar al paciente como futuro candidato a un CDI existen una serie de factores, pronósticos independientes, con una puntuación para predecir el riesgo de muerte en miocardiopatía chagásica a 10 años, conocido como el score RASSI publicado por el New England Journal en el año 2006 (Rassi et al., 2006). Las variables que se tuvieron en cuenta fueron: clase III o IV de la New York Heart Association (5 puntos), evidencia de cardiomegalia en la radiografía (5 puntos), disfunción sistólica del ventrículo izquierdo en la ecocardiografía (3 puntos), taquicardia ventricular no sostenida en Holter de 24 horas (3 puntos), QRS angosto en electrocardiograma (2 puntos) y sexo masculino (2 puntos). Se calcularon puntuaciones de riesgo para cada paciente y definieron tres grupos de riesgo: bajo riesgo (0 a 6 puntos), riesgo intermedio (7 a 11 puntos) y alto riesgo (12 a 20 puntos). En la cohorte de desarrollo, las tasas de mortalidad a 10 años para estos tres grupos fueron del 10%, 44% y 84%. Estos criterios por sí solos no definen si instaurar el CDI o no, ya que, se debe evaluar al paciente individualmente garantizando la adherencia a los cambios hábitos higieno-dietéticos y medicamentosos, el medio social, la expectativa de vida, entre otros, y para eso, se realizan ateneos de

profesionales intervinientes (Heart team) con el fin de evaluar el costo-beneficio del paciente y el CDI (Dorantes Sánchez, 2011).

Las complicaciones post colocación son bajas, pero no nulas, están mayormente relacionadas con la formación de hematoma en el sitio de la colocación, infecciones como endocarditis y el censado inapropiado (Muratore et al., 2009). Respecto a este último, puede asociarse a un pequeño, pero no despreciable riesgo de proarritmia como taquiarritmias inducidas por él; terapias apropiadas que originan aceleración, degeneración o desaceleración de una TV; inducción de taquiarritmias supraventriculares por cardioversión o choques desfibrilatorios en período vulnerable, incapacidad para discriminar entre taquicardia supraventricular (sinusal, fibrilación auricular y otras), TV y ruido electrónico. Los choques frecuentes o repetitivos constituyen una emergencia electrofisiológica (episodios recurrentes de TV/FV) después de una detección apropiada y un choque exitoso que termina una TV, tormenta eléctrica >3 descargas en un día; o de múltiples choques erróneos para un episodio clínico. Puede tratarse de ineficacia para terminar una verdadera taquiarritmia ventricular, de terapia impropia (señales fisiológicas o no) o de supuestas arritmias sensadas por el CDI (supraventriculares). Las múltiples descargas del CDI requieren hospitalización de emergencia, traen aparejados desórdenes psicológicos en pacientes y familiares (ansiedad, agitación), efectos deletéreos de la función cardíaca, disociación electromecánica e incluso pueden llevar a la muerte.

En ocasiones el empleo de fármacos antiarrítmicos asociados al CDI resulta imprescindible. La terapia mixta es necesaria en el 40-70% de los casos, por TV frecuente (sostenida o no), taquicardia sinusal, fibrilación auricular y taquicardia supraventricular en general. En algunos casos, puede enlentecer en exceso la TV y el CDI no reconocerla; empeorando la tolerancia hemodinámica a ella. Por otro lado, logran disminuir el número de episodios de la arritmia, las molestias, el síncope y dan más larga vida a la batería al disminuir el número de choques. Comparado con los fármacos antiarrítmicos, el CDI reduce la mortalidad en pacientes con alto riesgo de muerte arrítmica, en especial, aquellos con depresión de la función ventricular izquierda y TV/FV. Del 40 al 60%

de los receptores de CDI presentan arritmias recurrentes en los tres años iniciales de seguimiento, con múltiples episodios de TV/FV en el 10-20%.

Con respecto a sus beneficios, en 2018, el Hospital-Universidad Federal de Minas Gerais de Brasil comparó sistemáticamente, en cinco bases de datos observacionales, estudios que evaluarán los resultados de mortalidad en pacientes con miocardiopatía chagásica y taquicardia ventricular sostenida tratados con CDI o con amiodarona (Carmo et al., 2018). Como conclusión no se asoció a una tasa más baja de mortalidad por todas las causas en pacientes miocardiopatía chagásica. Luego, el registro del CDI de Medtronic Latinoamérica realizó un estudio donde evaluó la evolución de los pacientes con enfermedad de Chagas tratados con un desfibrilador CDI, donde concluyeron que brinda protección de manera efectiva las arritmias potencialmente mortales en pacientes con enfermedad de Chagas.

Agradecimientos

Se desea expresar agradecimiento a los Doctores Cristian Pantaley y Ricardo Fernández del Servicio de Cardiología del Hospital Cullen, por la dedicación, tiempo y apoyo que han brindado a este trabajo, el respeto a las sugerencias e ideas y por la dirección que ha facilitado a las mismas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflictos de intereses.

Consideraciones bioéticas

No existen conflictos de intereses de orden económico, institucional, laboral o personal del autor. Se expresa que este trabajo fue realizado bajo el consentimiento informado del paciente.

Referencias bibliográficas

Carmo, A.A.L, de Sousa, M.R., Agudelo, J.F., Boersma, E., Rocha, M.O.C, Ribeiro, A.L.P y Morillo, C.A. (2018). Implantable cardioverter-defibrillator in Chagas heart disease: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal Cardiology*, 15(267),88-93. doi: [10.1016/j.ijcard.2018.05.091](https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2018.05.091).

de Souza, A.C., Salles, G., Hasslocher-Moreno AM, de Sousa, A.,S, Alvarenga Americano do Brasil, P.E, Saraiva, R.M y Xavier, S.S. (2015). Development of a risk score to predict sudden death in patients with Chaga's heart disease. *International Journal Cardiology*, 187,700-4. doi: [10.1016/j.ijcard.2015.03.372](https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.03.372).

Dorantes Sánchez, M. (2011). Complicaciones del cardioversor-desfibrilador automático implantable: Tormenta eléctrica arrítmica. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(4), 537-554.

González-Torrecilla, E. (2008). Indicaciones actuales del desfibrilador automático implantable. *Revista Española de Cardiología Suplementos*, 8:3A-8A [https://doi.org/10.1016/S1131-3587\(08\)73533-7](https://doi.org/10.1016/S1131-3587(08)73533-7)

Ministerio de Salud. (2021). Salud continúa trabajando en la prevención y control de la enfermedad de Chagas. Argentina. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-continua-trabajando-en-la-prevencion-y-control-de-la-enfermedad-de-chagas>

Muratore, C.A., Batista Sa., L.A., Chiale, P.A., Eloy, R., Tentori, M.C., Escudero, J., Cavalcanti Lima, A.M., Medina L.E., Garrillo, R., Maloney, J. (2009). Implantable cardioverter defibrillators and Chagas' disease: results of the ICD Registry Latin America. *EP Europe*, 11(2),164-8. <https://doi.org/10.1093/europace/eun325>

Olaya, A., Rojas-Montañez, L.M., y Delgadillo-Velásquez, J. (2021). Cardiodesfibrilador implantable: estado del arte. *Revista Colombiana de Cardiología*, 28(6), 604-615

Rassi, A.Jr, Rassi, A., Little, W.C., Xavier, S.S, Rassi, S.G., Rassi, A.G, Rassi, G.G, Hasslocher-Moreno, A., Sousa, A.S. y Scanavacca, M.I. (2006). Development and validation of a risk score for predicting death in Chagas' heart disease. *New England Journal of Medicine*, 355(8), 799-808. doi: [10.1056/NEJMoa053241](https://doi.org/10.1056/NEJMoa053241).

SAC. Sociedad Argentina Cardiología (2021). Consenso de Cardiodesfibriladores. Sociedad Argentina de Cardiología. *Revista Argentina de Cardiología*, 89(1). ISSN 0034-7000

Entrevista a

Marcelo Yorio

Por Matías Candiotti Busaniche

EXPERIENCIAS PROFESIONALES EN EL CAMPO LABORAL

El Dr. Yorio es Médico, Doctor en Medicina y Cirugía, Profesor Titular de Semiología UAMI N°3 FCM UNC, Director de la Carrera de Doctorado UNL-UNER, Jefe de los Servicios de Clínica Médica Hospital Italiano y Hospital Córdoba, Coordinador de la Carrera de Especialistas en Clínica Médica SGCS FCM UNC, Ex Decano, Vicedecano y Secretario de Graduados de la FCM UNC. Múltiples evaluaciones en grado por CONEAU y ARCUSUR.

1. ¿Cómo definiría el papel del médico en la sociedad actual?

Salvando las diferencias que pueden significar las diferentes especialidades médicas, considero que el médico hoy debe ser un comunicador social eficiente y consustanciado de las realidades donde se desempeña. Comprometido con las comunidades que asiste, capacitado para aconsejar oportunamente sobre la prevención de riesgos naturales o epidemiológicos, con conocimiento y entrenamiento en herramientas que le permitan la actualización periódica necesaria para desarrollar sus actividades profesionales, capaz de liderar o complementar equipos de trabajo en salud, tanto en instituciones, como en diferentes estamentos poblacionales, y, elevados conceptos de ejercicio de la profesión con humanismo y compromiso con el medio ambiente. Considero también que este rol social trascendente, debe ser reconocido sustancialmente por la sociedad, de modo que el médico/a pueda desempeñarse y desarrollarse (en lo personal y familiar) honorablemente y dignamente, tanto en poblaciones centrales, como periféricas de igual manera.

2. ¿Cuál es el rol de la comunidad médica en la construcción de políticas públicas y toma de decisiones sobre problemáticas y demandas de la agenda de salud más urgentes en nuestras comunidades?

El profesional de la medicina tiene un rol fundamental en las políticas públicas de todas las comunidades donde asiste, sean pequeñas o grandes, ya que, se nutre directamente de las necesidades o padecimientos de las diversas poblaciones. Es quien puede aconsejar y/o transmitir de un modo

SigMe.
Revista de la Facultad
de Ciencias Médicas,
número 2, 2024

Recepción: 30/08/2024
Aprobación: 30/09/2024

DOI:
10.14409/sigme.2024.2.e0019



Esta obra está bajo una
Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-
CompartirIgual
4.0 Internacional.

apropiado todas las medidas de prevención o de acciones de salud que controlen o mitiguen los riesgos de enfermedades físicas, psíquicas, ambientales o de modos de vida que enfrentan las personas que asiste; es un profesional aceptado socialmente para esta tarea. Como ejemplo vale decir que, programas apropiados o estratégicos para la prevención o el control de noxas o agentes agresivos o contagiosos, no solo evitan morbimortalidad poblacional, sino que constituye además, un formidable ahorro de dinero que puede destinarse para otras necesidades, mejorando así sustancialmente la calidad de vida de todas las personas. La pandemia Covid 19 puede también ejemplificar con buenas y malas medidas tomadas, que ayudaron y otras perjudicaron a la población, que hablan claramente de la necesidad rectora de la medicina para la toma de todas las acciones en salud. Sin dudas que, en esta acción social deben participar todos los estamentos que nuclean los profesionales médicos, entes deontológicos, colegios, asociaciones, y, por supuesto, las universidades con sus facultades de medicina a la cabeza, que con su consejería deben colaborar, desarrollar y apoyar las acciones que lleven a cabo los ministerios de salud nacionales, provinciales o de comunas. Por último, en nuestras facultades también debemos apoyar y desarrollar en el currículo de los cursantes, conocimientos y habilidades de comunicación, de liderazgo y de estrategias de conducción y de administración en salud, para cumplir con idoneidad esta importantísima función social.

3. ¿Qué desafíos -éticos, sociales, tecnológicos, educativos- enfrenta la medicina contemporánea?

Hoy estamos inmersos dentro de un desarrollo tecnológico sin igual, donde los límites que antes parecían imposibles de vencer todo parece conseguirse con alguna aparatología; la comunicación por celular o internet nos permite hacerlo de inmediato en tiempo real y a lugares lejanos. El diagnóstico y la terapéutica se revolucionan permanentemente, siendo ya para cada uno imposible conocerlo todo o gran parte de ese todo, así, muchas patologías intratables o invalidantes son resueltas *ad integrum* dejando ya de ser verdaderos problemas de salud. La inteligencia artificial hoy acapara todos los podios del avance científico pareciendo un verdadero oráculo que nos contestará o resolverá cualquier enigma o problemática que le propongamos, desde lo más trivial a lo más complejo. Creo así, que siempre el desarrollo científico debe ser bienvenido, porque así como los pesimistas declaman la posibilidad de grandes riesgos por tan magnífico desarrollo, es también cierto que encontrarán solución muchas enfermedades y minusvalías que ha padecido o padece el ser humano degradando su calidad de vida. Hoy, tomando como ejemplo la expectativa de vida en los países desarrollados, en que está por encima de los 80 años, da cuentas a las claras del beneficio que significa este desarrollo tecnológico y del conocimiento; actualmente, se puede tener una consulta o interconsulta a distancia, o incluso una cirugía a distancia, resolviendo rápidamente el problema de la persona. Este desarrollo también ha implicado nuevas miradas del ser humano, asistimos a muchos beneficios sociales o de aceptación de diversidades, de géneros, entre otras, que nos permite sociedades con menos discriminación, más respetuosas o con mejores estándares de vida. Pero como todo desarrollo, como es la historia del bien y del mal en la humanidad, deberemos ante este arrollador progreso gestar permanentes reglas éticas que preserven todas estas acciones de actitudes viles o espurias. Y todo este marco, obviamente, tensiona lo educativo, y mucho más al formar un profesional de la salud. Así, deberán existir espacios de reflexión permanentes en las facultades de medicina de cómo debe entrenarse el profesional del futuro, poniendo énfasis en las tecnologías a su alcance, en el cuidado del medio ambiente y en la aceptación de las diversidades. También, es necesario comprender que no todo este desarrollo será inmediato y menos al alcance masivo, una patética realidad actual del mundo es que un 20% de la población (1650 millones de personas, ONU 2023) vive en la pobreza, en nuestro país por encima del 50%, por lo cual, nuestras facultades tienen la obligación de seguir considerando, y teniendo muy en cuenta, todas las necesidades de preparación y entrenamiento para abordar y contener todas las demandas y necesidades de estos ciudadanos, y, principalmente, las necesidades de nuestra Argentina. Con todo, es indispensable además continuar fortaleciendo la concepción del médico/a humanista, inculcando

firmemente como su misión primordial hacer el bien en cualquiera de sus acciones, evitando ningún tipo de daño a la persona y al medio ambiente, y siempre para todos por igual; esta convicción debe ser rectora en todos nuestros egresados.

4. ¿Qué características debe tener la formación universitaria del médico del siglo XXI para el ejercicio profesional? ¿Cuáles son las principales adaptaciones que requiere el currículo médico?

A mi juicio debe ser indispensable dotar al egresado, de todas las cosas de estudio, de las habilidades y competencias para desarrollar su ejercicio profesional específico utilizando las nuevas tecnologías virtuales y de prácticas simuladas, contemplando los diferentes escenarios donde se desempeñará; además, y como prioridad, debe desarrollar habilidades comunicacionales utilizando también todas estas tecnologías. Es muy importante entrenar a los alumnos en resolución de casos problema habituales, que les permitan el entrenamiento adecuado y pertinente para afrontar las dificultades epidemiológicas, de vida sana o de enfermedades crónicas no transmisibles, de prevención, de emergencias o derivación oportuna, todo en cualquier etapa de la vida, entre otros capítulos del conocimiento. Se debe destinar horarios de reflexión sobre riesgos jurídicos habituales y nuevos o sobre dilemas éticos y socioculturales. No cejar jamás de exigirles al profesional en formación tanto de grado como de posgrado, los valores del humanismo, que son pilar fundamental de nuestra profesión; así, los espacios de tiempo como son nacer, vivir (las diferentes etapas) y morir, deben estar permanentemente presentes y reflexionados en el currículo. El contacto con las personas y con las comunidades debe tener una carga importante de tiempo presencial en toda esta formación.

En referencia a las adaptaciones del programa, si bien soy un defensor de la autonomía universitaria, considero que el currículo de medicina debe tener una permanente actualización, debatido en plenario de facultades, y así, sostener mínimamente un *core currículo* (un 65% del programa) revisado por ciclos, de no más de 7 años. De modo que los mismos sean periódicamente analizados con el objetivo de considerar no solo las habilidades y competencias que necesita el médico/a al momento, sino también acorde al avance de la ciencia de la salud. Podría definirse una Comisión de Currículo que dependiera de los Ministerios de Educación y de Salud (muy importante el trabajo conjunto de estos ministerios para estas definiciones), sin dudas e idealmente, en un contexto de que el país tuviera un rumbo más claro de Política en Salud. La política en salud desprendida de intereses mezquinos y adaptada a resolver claramente las diferentes problemáticas de nuestra diversa y compleja geografía, debería ser lograda con un consenso a largo plazo que nos permitiera a las entidades educativas la formación de los profesionales capacitados en solucionarlas, debería ser una prioridad para nuestro país. Algo que también ayudaría y fortalecería mucho la formación de nuestros profesionales es que (por lo menos en las etapas de práctica, ejemplo la PFO, a través de un sistema de créditos nacionalizado) un porcentaje importante de alumnos (hoy es muy bajo) rotara por los diferentes puntos del país para reconocer en terreno nuestra realidad. Los presupuestos para las universidades públicas que forman en nuestro país más del 75% de los profesionales en salud, sistema universitario con el que acuerdo plenamente (muchísimo más hoy con las patéticas cifras de pobreza e indigencia que exhibimos) y que constituyen un gran honor tenerlas en nuestra patria, deberán estar totalmente garantizados para aspirar a la excelencia de todos nuestros médicos.

5. ¿Qué valoración le asigna a la investigación y extensión dentro de su quehacer médico?

Considero que tanto investigación como la actividad extensionista representan unas de las misiones más importantes del universitario. La actividad extensionista de los alumnos y docentes es trascendente, ya que nos permite el contacto ida y vuelta con nuestras comunidades, estableciendo un “diálogo” entre la entidad formadora, los educandos y los receptores de nuestra actividad; este feedback positivo y enriquecedor se traduce en una fortaleza formativa y en una acción comunitaria que recoge mucho reconocimiento social

y además jerarquiza a los egresados de medicina. En cuanto a la actividad de investigación creo que deben diferenciarse por lo menos dos tipos, aquellas menos complejas, como parte formativa del egresado de grado y de posgrado, pensando en el quehacer médico de la mayoría, asistencial y como médico general o especialista, en quienes considero suficiente una experiencia que le garantice la habilidad apropiada para poder seleccionar bibliografías con un espíritu crítico e indagador y que nutran su autoformación permanente, indispensable hoy para estar actualizado. Otra investigación, más desarrollada que contemple la participación en grupos de trabajo con investigadores calificados, o, en proyectos con aprobación por entidades que permiten becas o financiación (quizá podría incluirse en este grupo a las tesis doctorales), merecen una discusión en particular por lo complejo del tema. No obstante, este nivel superior lo considero una actividad indispensable en una casa de estudio como lo es una universidad, la que se precie de impartir conocimiento como también producirlo y difundirlo; es imposible estar en el concierto mundial universitario sin ostentar desarrollo en esta actividad, aun cuando sea modesta pero seriamente llevada a cabo. Si no diferenciamos estas realidades en investigación que les compete a nuestras facultades, cometemos el error de exigir niveles de desarrollo que no se condicen con la realidad de un profesional asistencial, de tal forma que no puede sostener un grado desarrollado en investigación en tanto no pertenezca a un centro calificado o a un grupo o proyecto, con alguna beca o retribución (situación que muchas veces subyace en los aspirantes a Doctor en Medicina). Es una recurrente discusión dentro de las facultades de medicina, el mayor desarrollo de la investigación en las áreas básicas de nuestra profesión frente a las clínicas o quirúrgicas; una parte de la solución es continuar apoyando la investigación aplicada, que además incluyan otras profesiones, esto podrá permitir investigaciones que consigan ser publicadas en revistas indizadas y categorizadas y la participación de quienes se dedican al área asistencial.

6. ¿Cuáles son los principales obstáculos que impiden una mayor participación de docentes y alumnos en actividades de investigación en el ámbito de la salud?

Creo que un problema principal, para el profesional que intenta investigar, es el tiempo que debe dedicarle y cuando esta es una actividad principal o trata de un tema o proyecto de complejidad, que además, y como ya esboqué anteriormente, de limitada retribución económica (salvo excepciones) que existe para esta trascendente actividad; aquí me estoy refiriendo a la investigación universitaria actual, no a la privada que sin negarla merecería otras reflexiones. Sin dudar, sería propio de las universidades asumir este rol, parte principal de su misión, que además debería ser enfocada a las necesidades de las poblaciones, causas o soluciones, y para quienes preparan sus profesionales. Así también, y sobre todo en las universidades públicas, su financiamiento debería estar garantizado no solo para el desarrollo de las mismas, sino también para el estímulo digno de los que investigan. Creo además, que existe un déficit marcado de planteos a largo plazo para la investigación, nacionales y provinciales, como parte de un Plan de Salud Nacional y por regiones, que estimulen a la misma a través de jerarquizar problemas epidemiológicos, de diagnóstico, de calidad de vida, terapéuticos, de procesos vitales en salud y en enfermedad, de desarrollo biotecnológico. Así, con grandes temas, será más fácil orientar y estimular la investigación en el país y por regiones; en nuestro caso, facultades de medicina, tanto en grado como posgrado, al ser de interés nacional o regional recibiera la financiación completa, la divulgación y la visualización de la utilidad de estas investigaciones llevadas a cabo, constituiría todo, un importante estímulo para poner en marcha equipos de trabajo que muy probablemente aparecerían, se multiplicarían y se retroalimentarían. Si además se pudiera acoplar a la investigación, la actividad de extensión (ej. en proyectos epidemiológicos) podría ser un incentivo importante para un desarrollo que siempre es muy dificultoso tanto para el alumno como para el docente.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara que no posee conflictos de interés.

Se terminó de editar
en el mes de octubre de 2024,
República Argentina.

EDITORIAL

Carrera Larisa

PRÓLOGO

Candiotti Busaniche Matías

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

Riesgo cardiovascular luego de una intervención de estilo de vida: estudio prospectivo.
Pintos Faustino José, Illesca Paola Guadalupe, Cuneo Florencia, Eusebi Ma. Emilia, Ezcurra Tomás Andrés,
Benítez Lucas Ignacio, Martinelli Marcela Inés

Dengue en pacientes con síndrome febril inespecífico en el Hospital Orlando Alassia, Santa Fe.
Müller Claudia, Bergero Juliana, Molet Alejandro, Morello Nicolás, Ezcurra Gustavo

Análisis de un índice de estilo de vida saludable y el riesgo cardiovascular en personal de dos
unidades académicas de la Universidad Nacional del Litoral, en 2023.
Berta Eugenia Emilia¹, Suarez María Sol, Corti Iara Magalí, Manni Diego Carlos, Martinelli Marcela Inés

Análisis de casos de sífilis en consultorio del Hospital público en la ciudad de San Javier entre
2021 y 2023.
Vogt María José, Bet Julieta, Faggi Damiana.

La crítica de Maimónides a los médicos en El libro del asma.
Alby Juan Carlos

REPORTES DE CASOS

Neoplasias malignas primarias múltiples sincrónicas: linfoma Hodgkin y adenocarcinoma de
recto. Informe de caso.
Amato Ana Paula, Audicio Agustina, Castro Maximiliano, Sadonio María José

Angioedema y lupus eritematoso sistémico: ¿Una asociación inusual o poco sospechada?
Sadonio María José, Castro Maximiliano Gabriel, Galluccio Federico

Informe de casos. Oxiuriasis: una causa a tener en cuenta de apendicitis aguda.
Ramírez Debora Mariana, Visentín Florencia, Rabellino Alejandro, Brosutti Oscar

Cardiodesfibrilador implantado en miocardiopatía chagásica como prevención de muerte súbita.
Mar Mackow Gabriela Desiré

EXPERIENCIAS PROFESIONALES EN EL CAMPO LABORAL

Entrevista al Prof. Dr. Marcelo Yorio
Candiotti Busaniche Matías



UNL • FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS



UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL LITORAL