

EXPERIENCIA MÉDICA

PUBLICACIÓN DEL HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA S.A.



Imagen paramediastina infiltrativa, atelectasia de lóbulo superior derecho y ensanchamiento mediastinal.

Los desafíos de la formación de postgrado

Neuroblastoma neonatal

Síndrome de Burnout en médicos residentes

Psiquiatría de enlace

Exposición de la voz materna a prematuros

Adenoidectomía en infecciones del tracto respiratorio superior

Carcinoma de pulmón en pacientes jóvenes

Síndrome de Charles Bonnet

Suicidio y personalidad

Eritromelalgia

ISSN 0326-7474

Experiencia Médica

Volumen 33 - Número 1 - Año 2015

Publicación del Hospital Privado -

Centro Médico de Córdoba S.A.

Av. Naciones Unidas 346

B° Parque Vélez Sársfield - X5016KEH Córdoba

Tel: 0351 - 4688894 - Fax: 0351 - 4688865

Página web: www.experienciamedicahp.com.ar

Registro Nacional de la Propiedad

Intelectual N° 12981

Se autoriza la reproducción, total o parcial,
citando la fuente.

DIRECTORES

Eduardo Cuestas

Domingo Balderramo

COMITÉ EDITOR

Martín Maraschio

Ana Basquiera

Patricia Calafat

Walter Douthat

Aldo Tabares

José Torres

Pablo Massari

Federico Garzón Maceda

COMITÉ INTERNACIONAL DE EDITORES

Ramiro Garzón

Gustavo Mascotti

Alejandro Forteza

Juan Pablo Appendino

Housain Noussari

Juan Pablo Palazzo

SECRETARÍA EDITORIAL

María Dottori

Departamento de Docencia e Investigación

expmedica@hospitalprivadosa.com.ar

Indizada en Base de Datos EBSCO.

Incorporada a la Base de Datos Bibliográficos
en disco compacto LILACS

(Literatura Latinoamericana y del Caribe
en Ciencias de la Salud).

Indizada por la Biblioteca de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional
de Córdoba. Sus artículos pueden consultarse

en la página web de la Biblioteca:

www.fcm.edu.ar/biblio.index.html,

en el link "Artículos de Interés Médico".

Indizada en el CAICYT en el Latindex.

Indizada en RENICS

Red Nacional de Información de Salud.

Indizada en IMBIOMED: www.imbiomed.com

Puede consultarse en la página web:

www.experienciamedicahp.com.ar

INDICE

Editorial

- Los desafíos en la formación de postgrado 04
Héctor Gabriel Eynard

Trabajos originales

- Neuroblastoma neonatal estadio IV: abordaje quirúrgico de
emergencia 05
Víctor Defagó, Adriana Berreta, Ariel Sferco, Carlos Hollman

- Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Privado
Universitario de Córdoba 08
Luciana Belén Ponce, Georgina Carolina Gavotti, Lilian Fe-
rreyra, Marcela Flores

- Interconsultas de Psiquiatría de enlace en el Hospital Privado
Universitario de Córdoba 12
Georgina Carolina Gavotti, Luciana Belén Ponce, Lilian Fe-
rreyra, Marcela Flores

Medicina basada en la evidencia

- ¿Es eficaz la adenoidectomía en niños para disminuir la inci-
dencia de Infecciones del Tracto Respiratorio Superior? 20
Eduardo Cuestas

- Exposición de la voz materna a bebés prematuros 21
Eduardo Cuestas

Casuística

- Carcinoma de pulmón en pacientes jóvenes: a propósito de un
caso 22
Diego Debernardi, Sebastián Ávalos, Facundo Álvarez Padilla,
Mario EF Bustos

- Presentación de un caso clínico de Síndrome de Charles Bonnet
y revisión del tema 25
Georgina Carolina Gavotti, Lilian Ferreyra, Ana Claudia Di
Doi, Marcela Flores

- Suicidio y personalidad desde un enfoque psicodinámico. Re-
porte de caso 29
Edith Arianne Estrada-Chavarria, César Gustavo Vieyra Chacón, Juan
Rubén Vieyra Chacón

Revisión

- Eritromelalgia 32
Alejandro Daniel Godoy, Aldo Hugo Tabares

TABLE OF CONTENTS

Editorial	
Challenges in postgraduate education	04
Héctor Gabriel Eynard	
Originals Articles	
Stage IV neonatal neuroblastoma: emergency surgical approach	05
Víctor Defagó, Adriana Berreta, Ariel Sferco, Carlos Hollman	
Burnout syndrome in medical residents	08
Luciana Belén Ponce, Georgina Carolina Gavotti, Lilian Ferreyra, Marcela Flores	
Liasion psychiatry in Hospital Privado.....	12
Georgina Carolina Gavotti, Luciana Belén Ponce, Lilian Ferreyra, Marcela Flores	
Evidence-Based medicine	
Is adenoidectomy effective in lowering the incidence of upper respiratory tract infections in children? ..	20
Eduardo Cuestas	
Maternal voice exposure to premature babies	21
Eduardo Cuestas	
Case records	
Lung cancer in young patients: a case report	22
Diego Debernardi, Sebastián Ávalos, Facundo Álvarez Padilla, Mario EF Bustos	
Charles Bonnet Syndrome: a case report and review of the literature	25
Georgina Carolina Gavotti, Lilian Ferreyra, Ana Claudia Di Doi, Marcela Flores	
Suicide and personality from a psychodynamic approach: a case report	29
Edith Arianne Estrada-Chavarría, César Gustavo Vieyra Chacón, Juan Rubén Vieyra Chacón	
Reviews	
Erythromelalgia	32
Alejandro Daniel Godoy, Aldo Hugo Tabares	

Los desafíos en la formación de postgrado

Profesor Dr. Héctor Gabriel Eynard (1)

(1) Jefe del Departamento de Docencia e Investigación, Hospital Privado Universitario de Córdoba SA

Hasta avanzada la década de los 50, la formación de postgrado estaba más o menos restringida a un tipo de aprendizaje casi artesanal donde “el aprendiz”, en este caso el médico novel, incorporaba los conocimientos de la práctica médica imitando conductas e intereses de su o sus maestros. Posteriormente, la sistematización de los procesos de enseñanza/aprendizaje dio lugar a las residencias médicas, con programas de entrenamiento destinados a proveer a los residentes de la mayor cantidad de conocimientos posibles relativos a la especialidad elegida y centrados en la enfermedad y su tratamiento.

El sistema de adquisición de destrezas y habilidades continuó en la imitación de conductas emanadas no pocas veces de un “jefe supremo” cuyos conceptos eran irrefutables, situación que lamentablemente se ha mantenido inalterable en algunos casos. Sin embargo, los paradigmas del proceso /enseñanza aprendizaje han cambiado, tanto desde los emisores como de los receptores. La enseñanza pasó de estar centrada en la enfermedad para abocarse al individuo y a la prevención y al diagnóstico precoz. El maestro infalible quedó atrás y dio paso a la medicina basada en la evidencia, el manejo multidisciplinario, la discusión de los casos/problemas y el fácil acceso a la información actualizada.

Por otro lado, las nuevas cohortes son distintas. Los ingresantes pertenecen a una generación diferente, a veces estigmatizada, otras rotulada peyorativamente como generación Y, tecnológica, etc. Los proyectos son otros y muchas veces regidos por la inmediatez y la incertidumbre.

Los nuevos ingresantes traen una experiencia intra hospitalaria casi nula y con escaso compromiso, y ninguna preparación emocional. Casi brutalmente pasan a formar parte del sistema sanitario y hospitalario con el único bagaje de una información teórica medianamente actualizada.

Evidentemente el impacto emocional suele ser tremendo y la consecuencia deriva en dudas vocacionales, temores para la toma de decisiones, miedos a las reacciones de pacientes/familiares o instructores.

Una encuesta publicada en JAMA en 2009 entre más de 5.000 residentes reveló que el mayor índice de insatisfacción y tendencia a abandonar el programa se presenta entre el 2° y 3° año del entrenamiento, con dudas sobre la propia capacidad y la vocación. Teniendo en cuenta estas situaciones, creo firmemente que, sin dejar de lado los objetivos antes citados, los programas de entrenamiento deben también hacer foco en los cursantes para proveerles el ambiente físico y la contención emocional adecuada para mejor aprovechamiento en la adquisición de destrezas y habilidades.

Hace poco, refiriéndose a las residencias de cirugía, el Dr. Vicente Gutiérrez Maxwell (80 años) remarcó 5 puntos a tener en cuenta en los programas; uno de ellos era “manejo de stress del residente”. Los programas de residencia deben tener la suficiente flexibilidad y estar sometidos a revisiones y adaptaciones periódicas y frecuentes. De no ser así se cae en lo que Rosa Morrel Bentz, citada por el Dr. Spizzirri en una reciente exposición, denomina “la currícula oculta” al margen del programa escrito, prevaleciendo el aprendizaje por imitación y rutinas, es decir el obsoleto paradigma, supeditando los conocimientos teóricos a los prácticos, el “saber hacer” por encima de la evidencia.

Los desafíos son muchos, los involucrados en el proceso más aún, y las respuestas escasas, sin embargo nuestro deber es encontrar nuevos caminos y revisar frecuentemente nuestros objetivos y reelaborar el perfil de los especialistas que queremos formar.

Correspondencia:

Héctor Eynard

Departamento de Docencia e Investigación

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Av Naciones Unidas 346 (X5016KEH)

Córdoba, Argentina

+54 0351 4688894

E-mail: heynard@hospitalprivadosa.com.ar

Neuroblastoma neonatal estadio IV: abordaje quirúrgico de emergencia

Victor Defagó (1), Adriana Berretta (2), Ariel Sferco (2), Carlos Hollman (2)

(1) Sección Cirugía Infantil, Servicio de Pediatría, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina

(2) Servicio de Oncología y Hematología, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina

RESUMEN

Los pacientes con neuroblastoma estadio IV (NBT IV) pueden presentar distensión abdominal severa y crecimiento hepático descontrolado ocasionando insuficiencia respiratoria severa. La descompresión abdominal es una alternativa transitoria hasta que el tumor involucre. El objetivo de este trabajo es presentar el tratamiento quirúrgico de un neonato con NBT IV que necesitó un silo abdominal y reducción hepática en su momento crítico. Descripción del caso: Varón de 14 días de vida con NBT IV, hepatomegalia e insuficiencia respiratoria. El tratamiento con ciclofosfamida no tuvo respuesta. A los 21 días se confeccionó un silo, se realizó reducción hepática y se indicó diálisis peritoneal. Se inició protocolo SIOP para NBT neonatal de alto riesgo.

A los 44 días se cerró la pared abdominal se completó el tratamiento con quimioterapia en altas dosis con rescate con células madres autólogas. A los 3 meses se resecó el tumor primario. A los cinco años está libre de enfermedad. El crecimiento descontrolado del hígado en pacientes con NBT IV puede provocar fallo multiorgánico. La confección de un silo es una medida de salvataje hasta que el tumor involucre. La reducción hepática para cierre precoz del abdomen es una conducta no descripta anteriormente y exitosa en este paciente.

Palabras clave: neuroblastoma estadio IV, Recién nacido, Silo, Resección hepática.

SUMMARY

Patients with stage IV neuroblastoma (NBT IV) may have severe abdominal distention and uncontrolled liver growth causing severe respiratory failure. Abdominal decompression is a temporary alternative until the tumor reduces its size.

The aim of this work is to present surgical treatment of

a neonate with NBT IV who needed an abdominal silo and liver reduction at a critical moment. Case description: 14 days old male with NBT IV, enlarged liver, respiratory and renal failure. Treatment with cyclophosphamide had no response. At day 21st, an abdominal silo was made, the liver was reduced surgically and peritoneal dialysis was indicated. SIOP protocol for high risk neonatal NBT was began. At day 44th the abdominal wall was closed and completed the treatment with high-dose chemotherapy with autologous stem cell rescue. The primary tumor was resected at 3 months. At the age of five he is free from disease.

The uncontrolled growth of the liver in patients with NBT IV can cause multiple organ failure. The making of a silo for decompression is a rescue measure to preserve life until the tumor decreases. Liver reduction for the early closure of the abdomen is a non-descript conduct previously and was successful in this patient.

Key words: stage IV neuroblastoma, newborn, silo, hepatic resection.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con neuroblastoma neonatal estadio IV (NBT IV) pueden presentar implantes hepáticos que crecen rápidamente y generan una gran presión intraabdominal llegando a comprometer la vida del paciente.

Una situación similar se observa en los pacientes con estadio IV-S, aunque su pronóstico es mejor (1,2). La infiltración difusa del hígado puede ser controlada con quimioterapia o radioterapia. La utilización de un silo abdominal tiene el propósito de disminuir la presión del abdomen en el paciente crítico, facilitando así el tiempo de espera hasta que retrograden el tumor y las metástasis hepáticas. Si bien la técnica del silo fue descripta anteriormente, no fue aplicada con frecuencia por complicaciones inherentes a la malla, tales como infección y/o dehiscencia de la sutura que pueden amenazar la vida del paciente (3,4). La reducción quirúrgica del parénquima hepático surgió como alternativa para un paciente crítico en el cual se necesitaba disminuir rápidamente el contenido abdominal, y además acortar el período de tiempo del silo para facilitar el cierre precoz de la pared abdominal.

El objetivo de este trabajo es presentar el tratamiento de un neonato con neuroblastoma estadio IV que necesitó un silo abdominal, y reducción hepática quirúrgica para lograr el cierre

Correspondencia:

Victor Defagó.
Dirección: Ginés García 3818. B° Urca (5009) Córdoba, Argentina
Teléfono: + 54 0351 46822098
Correo electrónico: vhrefago@fibertel.com.ar

precoz y definitivo del abdomen.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente que ingresa a los 14 días de vida con hepatomegalia e insuficiencia respiratoria. La tomografía computada mostró tumor en glándula suprarrenal izquierda e infiltración difusa del hígado. Los niveles de ferritina, enolasa y ácido vanil mandélico estaban elevados. La punción medular mostró una infiltración del 25%. La biopsia hepática confirmó el diagnóstico de neuroblastoma estadio IV. A los 20 días de vida presentó insuficiencia respiratoria y fallo hepático. Se inició el tratamiento quimioterápico con ciclofosfamida sin lograr respuesta objetiva.



Figura 1: Silo abdominal postoperatorio. Por transparencia se observa el hemoperitoneo generado por trastornos de la coagulación.

Debido a la imposibilidad de ventilación por la excesiva presión abdominal, se realizó resección no anatómica del 35% del parénquima hepático y se confeccionó un silo de polietileno (Figura 1).

La histopatología confirmó el diagnóstico de neuroblastoma pobremente diferenciado, con escaso estroma, índice mitótico >10 (Shimada) y amplificación del N-Myc. Requirió la administración de factor VII activado para corregir las alteraciones en la coagulación debido a la insuficiencia hepática en el periodo postoperatorio.

Se realizó diálisis peritoneal a través del drenaje abdominal que se había colocado a causa de su hemoperitoneo. Fue incluido en protocolo SIOP para neuroblastoma en niños menores de un año y de alto riesgo (Régimen CADO). La mejoría clínica del paciente permitió la extracción del silo (Figura 2) y el cierre definitivo de la pared abdominal a los 44 días de vida (Figura 3).

A los 3 meses se indicó la resección del tumor primario localizado en glándula suprarrenal izquierda. Finalizó su tratamiento de acuerdo al protocolo que incluyó quimioterapia en altas dosis con rescate de células madres autólogas. A los 5 años de edad se encuentra libre de enfermedad, con un hígado de tamaño y función normal.

DISCUSIÓN

En el neuroblastoma, la edad es un factor pronóstico y se considera que ser menor de un año es favorable. Sin embargo,



Figura 2: Extracción del silo, exploración del hígado posterior a la resección y preparación para el cierre abdominal.



Figura 3: Cierre de pared abdominal con escasa tensión.

en la etapa neonatal las metástasis hepáticas suelen infiltrar el órgano en forma difusa generando un crecimiento inusual del hígado que conduce a una situación crítica que amenaza la vida del paciente, al provocar un fallo multiorgánico por la excesiva presión intraabdominal. En esta situación se deben tomar medidas de salvataje que no están exentas de riesgos colaterales.

La descompresión abdominal es una opción para mejorar la ventilación en esta situación grave (2). Si bien esta técnica fue originalmente aplicada a los pacientes con neuroblastoma IV-S, pareció conveniente aplicar la misma estrategia para el estadio IV mediante la generación de una hernia abdominal controlada con un silo de material sintético que permitió alojar temporalmente al hígado mientras se disminuía la presión intraabdominal.

Esta estrategia no está libre de complicaciones causadas por infecciones o dehiscencias del silo (2). Se han publicado últimamente artículos que destacan las bondades de la descompresión abdominal utilizando diferentes materiales (5,6) y técnicas que incluyen la presión negativa (7). Parece ser que lo más importante es la descompresión y no tanto los materiales utilizados, ya que el éxito dependería de la evolución misma de la enfermedad (8).

En este paciente se privilegió la descompresión confeccionando un silo con bolsas de polietileno que se mantuvo durante los momentos más críticos. Al lograr la estabilidad hemodinámica se comenzó el proceso de reducción de tamaño del silo mediante el plegado progresivo hasta lograr el afrontamiento

to de ambos bordes de la pared abdominal.

Con respecto a la reducción hepática para disminuir el volumen de contenido abdominal y acelerar los tiempos del cierre de la pared, no hemos encontrado respaldo bibliográfico que sostenga la postura adoptada. Las experiencias más parecidas se refieren a metástasis hepáticas localizadas en niños mayores de 4 meses, en los cuales se practicaron resecciones hepáticas anatómicas (9,10). En este niño, el hígado era una gran masa rígida que estaba infiltrada por tejido tumoral y comprimía todos los órganos abdominales con elevación severa del diafragma. La idea de reseca parénquima hepático para disminuir su volumen es atractiva ya que no solo mejoraría la situación de estos pacientes críticos en cuanto a la dificultad del manejo ventilatorio y del fallo multiorgánico sino que se acelerarían los tiempos para el cierre de la pared abdominal, disminuyendo el riesgo de complicaciones por el uso prolongado de estas prótesis cuya aplicación tiene un tiempo limitado.

En este paciente, al realizar la hepatectomía parcial, fue muy difícil respetar exactamente los segmentos por lo que se priorizó la resección no anatómica extrayendo más de un tercio del hígado. En estudios posteriores se observó la desaparición de los implantes y la regeneración del parénquima hepático.

La cirugía del tumor primitivo residual se basó en los criterios del INSS (11) que sugieren que en los pacientes con neuroblastoma estadio IV está indicada la resección del tumor primario persistente al finalizar la quimioterapia.

CONCLUSIONES

En pacientes críticos, la confección transitoria de un silo de material sintético permite mantener la vida del neonato al descomprimir el abdomen, mejorar la ventilación y disponer de más tiempo para el tratamiento quimioterápico mientras se espera la evolución tumoral.

La reducción del parénquima hepático comprometido puede ser una alternativa para mejorar la situación crítica del paciente y acelerar el cierre de la pared abdominal disminuyendo el riesgo de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elimam NA, Atra AA, Faye NY, et al. Stage 4S neuroblastoma, a disseminated tumor with excellent outcome. *Saudi Med J* 27: 1734-1736, 2006.
2. Nickerson HJ, Nesbit ME, Grosfeld JL, et al. Comparison of stage IV and IV-S neuroblastoma in the first year of life. *Med Pediatr Oncol* 13:261-268, 1985
3. Müller-Berghaus J, Kurowski C, Gharib M, et al. Artificial abdominal hernia for the treatment of hepatomegaly in a neonate with stage 4s neuroblastoma. *Pediatr Hematol Oncol* 16:453-458, 1999.
4. Nickerson JH, Matthay KK, Seeger RC, et al. Favorable biology and outcome of stage IV-S neuroblastoma with supportive care or minimal therapy: a Children's Cancer Group Study. *J Clin Oncol* 18: 477-486, 2000. Trabajos originales 09
5. Keene DJ, Minford J, Craiqie RJ, et al. Laparostomy closure in stage 4s neuroblastoma. *J Ped Surg* 46: e 1- 4, 2011.
6. Mc Gahren ED, Rodgers BM, Waldron PE, et al. Successful management of stage 4S neuroblastoma and severe hepatomegaly using absorbable mesh in an infant. *J Pediatr Surg* 33: 554-1557, 1998.
7. Roberts S, Creamer K, Shoupe B, et al. Unique manage-

ment of stage 4S neuroblastoma complicated by massive hepatomegaly: case report and review of the literature. *J Pediatr Hematol Oncol* 24: 142-144, 2002.

8. Harper L, Perel Y, Lavrand F, et al. Surgical management of neuroblastoma-related hepatomegaly: do material and method really count? *Pediatr Hematol Oncol* 25: 313-317, 2008.

9. Tannuri AC, Tannuri U, Gibelli NE, et al. Surgical treatment of hepatic tumors in children, lessons learned from liver transplantation. *J Pediatr Surg* 44 :2083-2087, 2009.

10. Su WT, Rutigliano DN, Gholizadeh M, et al. Hepatic metastasectomy in children. *Cancer* 109 : 2089-2092, 2007.

11. Joshi V V. Peripheral Neuroblastic Tumors: Pathologic Classification Based on Recommendations of International Neuroblastoma Pathology Committee (modification of Shimada Classification). Department of Pediatric Pathology, Connecticut Children's Medical Center and Hartford Hospital. *Pediatric and Developmental Pathology* 3: 184-199, 2000.

Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Privado. Año 2013

Luciana Belén Ponce (1), Gerogina Carolina Gavotti (1), Lilian Ferreyra (1), Marcela Flores (1)

(1) Servicio de Psiquiatría, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina

RESUMEN

El propósito del presente trabajo fue la evaluación de la posible existencia de un alto índice de síndrome de Burnout en un sistema privado de residencias. Se realizó un estudio transversal sobre la población de residentes de las diferentes especialidades pertenecientes a un centro privado de la ciudad de Córdoba, Argentina, durante los meses de septiembre de 2012 y abril de 2013. La muestra incluyó 159 residentes de ambos sexos, de primer a cuarto año de las 33 diferentes especialidades.

El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue el cuestionario de autollenado, anónimo y de participación voluntaria de Maslach Burnout Inventory (MBI) adaptado por el servicio de Psiquiatría del mencionado hospital, agregando ítems relacionados a datos filiatorios y demográficos, resultando en un total de 65 preguntas.

A partir de los análisis estadísticos correspondientes, utilizando programas como Excel y SPSS, se evidenciaron altos niveles en las dimensiones de despersonalización y agotamiento emocional. Sin embargo, sólo el 5 % de los médicos residentes presentó síndrome de Burnout, a pesar de no ser alta la prevalencia del mismo, los valores elevados en otras dimensiones podrían significar indicadores de riesgo para padecer dicho síndrome en tiempo futuro.

Palabras clave: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, Burnout.

INTRODUCCIÓN

El estrés ocupacional supone un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos del individuo para responder a ellas. Cuando este desbalance se mantiene a lo largo del tiempo tornándose crónico, sobreviene el denominado "síndrome de Burnout" o "síndrome de desgaste profesional". Constituye una seria amenaza para la salud de los trabajadores; particularmente

a aquellos que prestan un servicio y tienen a su cargo el cuidado de personas.

Se caracteriza por: agotamiento emocional, baja realización personal y trato despersonalizado hacia el paciente. Ha sido ampliamente estudiado en profesionales de la salud (médicos, enfermeras), educación, servicio social y otros.

Factores implicados en el desgaste por estrés del equipo sanitario:

- Permanente contacto con el sufrimiento humano, la enfermedad y la muerte
- La sobrecarga de tareas
- Insuficiente retribución económica
- Incertidumbre sobre la continuidad laboral
- La caída del valor social de la profesión
- El desabastecimiento de los centros de salud
- Amenazas y demandas de mala praxis
- Planteos éticos generados por las nuevas tecnologías
- Presiones y requerimientos administrativos

El propósito del trabajo fue la evaluación de la posible existencia de un alto índice de Síndrome de Burnout en un sistema privado de residencias, y en base a los resultados obtenidos la posibilidad de ideación de estrategias favorecedoras de la calidad de trabajo de los residentes, y por lo tanto de la calidad de atención de salud de los pacientes.

La importancia de este trabajo radica en que durante el desempeño cotidiano de un médico residente existen situaciones que dan lugar al estrés y al Burnout; como la cantidad de horas de trabajo que deben cumplir; incluyendo atención por guardia tanto de urgencias como emergencias, consultas ambulatorias, viéndose muy reducido el tiempo para el esparcimiento y descanso; muchas veces postergando necesidades básicas como la adecuada alimentación y la higiene del sueño, el gran número de pacientes que deben ser atendidos por unidad de tiempo; la falta de recursos físicos y humanos, cumpliendo con obligaciones que van más allá de su rol, el permanente contacto con el sufrimiento y la muerte, la inexperiencia y el temor a la mala praxis, los problemas organizacionales del inadecuado funcionamiento del sistema sanitario y las exigencias de la sociedad con respecto a la excelencia del accionar médico. Estas situaciones disparadoras de estrés y burnout aumentan el peso de las responsabilidades del residente y descuidan su integridad biopsicosocial, indirectamente descuidando la calidad de atención de los pacientes.

En la actualidad, en Argentina los médicos y entre ellos los residentes, viven una exposición al estrés mayor que en otras

CORRESPONDENCIA:

Luciana Belén Ponce
Servicio de Psiquiatría, Hospital Privado Universitario de Córdoba
Av. Naciones Unidas 346 (X5016KEH), Córdoba
Tel: +54 0351 4688200
Correo electrónico: luliponce26@hotmail.com

profesiones; prácticamente no existe el desempleo médico ni el subempleo, por el contrario, lo que predomina es el multiempleo en los grandes centros urbanos y una mala distribución de los recursos humanos en el interior de las provincias. Generalmente el número de horas de trabajo supera a la jornada laboral habitual, sin su correspondiente remuneración económica, siendo esto otro factor asociado a la falta de realización personal y predisponentes a estrés laboral.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal sobre la población de profesionales residentes de las diferentes especialidades, tanto de primer como de segundo nivel, y residentes del internado rotatorio (año de pre-residencia de especialidades de primer nivel) pertenecientes a un centro médico privado de la ciudad de Córdoba, Argentina, durante los meses de septiembre de 2012 y abril de 2013. La muestra incluyó 159 residentes de ambos sexos, de 1° a 4° año de las 33 diferentes especialidades a saber: De *primer nivel*: Anatomía Patológica, Anestesiología, Cirugía General, Clínica Médica, Diagnóstico por Imágenes, Medicina Familiar, Neurocirugía, Pediatría, Tocoginecología, Traumatología, Urología.

De *segundo nivel*: Alergia e Inmunología, Cardiología, Cirugía cardiovascular, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Torácica, Oncología Clínica, Dermatología, Diabetología y Nutrición, Endocrinología, Gastroenterología, Gastroenterología Pediátrica, Genética Médica, Hematología y Oncología, Hemodinamia, Infectología, Medicina del Ejercicio y Rehabilitación, Nefrología, Neumonología, Neurología, Oftalmología, Reumatología, Terapia Intensiva.

El criterio de inclusión fue: todos aquellos residentes de la institución que se encontraban realizando sus actividades de residencia en el año lectivo que incluyó mayo de 2012/2013, y que prestaron consentimiento para participar del trabajo.

Los criterios de exclusión fueron:

- Todos aquellos residentes de la institución que se negaron a participar de este trabajo
- Las residentes del servicio de Psiquiatría del Hospital por estar implicadas en la realización del mismo.

El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue el cuestionario de autollenado, anónimo y de participación voluntaria de Maslach Burnout Inventory (MBI) adaptado por el servicio de Psiquiatría de dicho Hospital, agregando ítems relacionados a datos filiatorios y demográficos, resultando en un total de 65 preguntas. La administración del cuestionario fue llevada a cabo por dos residentes de dicho servicio.

El cuestionario de MBI consta de 22 ítems que evalúan 3 variables del síndrome de estrés laboral asistencial: Cansancio Emocional (CE) haciendo referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes; Despersonalización (DP) supondría el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios y la reducida Realización Personal (RP) que conllevaría la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado, muchas veces

inadvertido, de las situaciones ingratas.

Las variables socio-demográficas a investigar fueron: edad, sexo, especialidad, año de residencia actual, estado civil, N° de hijos, realización de guardias, años de profesión, años de trabajo, conformidad con respecto a la remuneración recibida, necesidad de trabajar fuera de la institución o de ayuda económica extra, licencias obtenidas, sentimiento de valor personal en relación al desempeño profesional, existencia de verticalismo en su servicio, existencia de errores en la práctica profesional secundarios a inadecuadas condiciones de trabajo, repercusión laboral en el ámbito familiar y/o personal o en su salud, repercusión de la residencia en los hábitos higiénico-dietéticos, dudas con respecto a la elección de la profesión.

Con los resultados obtenidos se realizó el análisis estadístico correspondiente, utilizando herramientas como Excel y el programa Microsoft SPS.

Hipótesis: en el Hospital Privado de Córdoba existe una alta prevalencia de "Síndrome de Burnout" en los residentes.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout en residentes del Hospital Privado de la ciudad de Córdoba.

Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de agotamiento emocional en los residentes del Hospital Privado Universitario de Córdoba.
- Determinar la prevalencia de realización personal en los residentes del Hospital Privado Universitario de Córdoba.
- Determinar la prevalencia de despersonalización en los residentes del Hospital Privado Universitario de Córdoba.
- Determinar en estas tres dimensiones su intensidad; leve; moderado o grave.

RESULTADOS

En el presente trabajo se realizó validación de la Escala Maslach en relación a la población incluida dentro del estudio y los análisis estadísticos correspondientes, utilizando el programa SPSS y Excel arrojando los siguientes resultados: En cuanto al **agotamiento emocional** de los 159 médicos residentes, 120 presentaron agotamiento emocional; es decir un 75.5% de los mismos; de éste último porcentaje un 30% correspondió a agotamiento emocional leve, un 31.7% a agotamiento emocional moderado y un 38.3% a agotamiento emocional grave.

En lo que respecta a falta de **realización personal**, del total de 159 médicos residentes el 19,5% presentó falta de realización personal. Por el contrario el 80.5 % de los mismos presentó realización personal, de este último porcentaje un 33.6% correspondió a bajo nivel de realización personal, un 30.5% moderada realización personal y un 35.9% se encuentran altamente realizados.

En cuanto a la **despersonalización**, la misma estuvo presente en el 79.9 % de la población estudiada, de este valor un 21.3% correspondió a despersonalización leve, un 45.7% a despersonalización moderada y un 33.1% a despersonalización grave.

Finalmente, sólo el 5% presentó el síndrome de Burnout propiamente dicho, teniendo en cuenta un alto valor de agotamiento emocional, un alto valor de despersonalización y un bajo nivel de realización personal.

DISCUSIÓN

La prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes del Hospital Privado de Córdoba fue del 5%, lo que discrepa en gran medida con los resultados obtenidos por otros investigadores (1,2,3,4,5,6,7) los cuales encontraron una prevalencia de dicho síndrome significativamente mayor. Con respecto al análisis de las diferentes variables que componen al síndrome (AE, D, RP), los distintos autores comparados también los analizaron (4,6,7).

La variable **agotamiento emocional** en la muestra estudiada fue de 75.5 %, resultado que no se diferencia en gran medida de Loria Castellano et al, donde la cifra fue de un 50 % Fernandez Martinez, et al del 74.1 %, a diferencia de Neira Maria del Carmen et al, donde el resultado fue menor (43%).

La variable **realización personal** arrojó un valor de 80.5%, presentando una baja realización personal un 19.5 %, coincidentemente con los datos obtenidos por Neira Maria del Carmen et al (34%); sin embargo este hallazgo difiere de manera significativa con los estudios de Loria Castellano y cols, donde sólo un 25.5 % de la muestra presentó alta realización personal; al igual que Fernandez Martinez et al quienes publicaron que el 70.7 % de la muestra de su estudio registró baja realización personal.

La variable **despersonalización** fue de 79,9%, cifra de importante cuantía en relación a otros autores como, Loria Castellano cols (40%), Neira Maria del Carmen et al (45%), y Fernandez Martinez cols (60.3%).

Del mismo modo que en este estudio, Paredes O. et al consideraron los niveles leve, moderado y alto de cada uno de los componentes del síndrome de Burnout (3).

En relación al instrumento utilizado para evaluar la presencia del síndrome de Burnout y sus distintos componentes se utilizó la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) autoadministrada y modificada, siendo utilizada también en otros estudios (2,6), a diferencia de otros autores que no llevaron a cabo modificaciones (3,4,5). A su vez, en algunos trabajos además de utilizar la mencionada escala recurrieron a distintos tipos de instrumentos (1,5).

En cuanto a la muestra poblacional se incluyó a la totalidad de residentes de las distintas especialidades de la Institución, a diferencia de Loria Jorge cols (4) y Fernández Martínez cols (6), donde sólo se incluyeron a los residentes de especialidad de urgencias o médicos que realizaban guardias en servicio de urgencias y a Fahrenkopf AM cols (5), donde la muestra sólo incluía residentes de la especialidad de pediatría.

Si bien el presente trabajo sólo arrojó resultados acerca de la prevalencia del síndrome de Burnout, la cual fue baja, durante el proceso de realización del mismo se recabó importante información de índole sociodemográfica, la cual podría ser analizada y cotejada con dicha prevalencia en un futuro estudio de investigación.

A pesar de que la hipótesis del estudio se vió refutada,

es importante considerar que fue notorio el alto nivel de agotamiento emocional, pudiendo inferirse que existe alto riesgo en esta población para el posible desarrollo de síndrome de Burnout en un futuro.

Por lo anterior consideramos de suma importancia insistir en investigaciones futuras.

CONCLUSIONES

La hipótesis planteada en este trabajo acerca de la alta prevalencia de “síndrome de Burnout” en el Hospital Privado de la ciudad de Córdoba, en los residentes de las diferentes especialidades médicas, si bien se vió refutada, ya que sólo el 5% presentó dicho síndrome, a partir del análisis estadístico, se evidenció que en las tres dimensiones evaluadas por la encuesta realizada aproximadamente el 80% de los residentes de dicho hospital presentó alteraciones, tanto en agotamiento emocional como en despersonalización.

Estos resultados podrían explicarse por la situación actual del sistema de salud ; no sólo en el Hospital Privado de Córdoba sino a un nivel global, nacional e internacional, donde las condiciones laborales para los profesionales en formación en las diferentes especialidades médicas muchas veces no son las adecuadas; no conciben con las leyes laborales ni respetan los ritmos circadianos biológicos, lo cual aumenta la vulnerabilidad de padecer afecciones psíquicas relacionadas al estrés, como el denominado “Síndrome de Burnout”, entre otros, y consecuentemente disfunciones en el plano social y familiar del médico residente; situación que repercute en forma negativa directa e indirectamente en la calidad de atención de los pacientes.

Aprobación: el presente trabajo fue aprobado por el Consejo de Evaluación Ética de Investigación en Salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba.

Conflicto de intereses: los autores declaran ausencia de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albanesi de Nasetta Susana, Nasetta Paulina. Desgaste emocional de los ambos blancos. Alcmeon número 49. Año XV, vol. 13, N° 1 marzo de 2006, págs. 51 a 58.
2. Cáceres Pallavidino Horacio et al, SINDROME DE BURN-OUT EN MEDICOS RESIDENTES DEL NEA: ¿CUANTO AFECTA A NUESTROS FUTUROS ESPECIALISTAS? Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 201 – Junio 2010.
3. Paredes G.O, Sanabria--Ferrand PA. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades medico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. Revista Med 16(1): 25-32,2008
4. Castellano JL, Guzmán Hernández LE. Síndrome de desgaste profesional en personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la ciudad de México. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2006;5(3)
5. Fahrenkopf AM et al. Burnout en residentes y error médico BMJ. 2008 Feb 7
6. O. Fernández Martínez et al. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. Emergencias 2007;19:116-121 ISSN 1137-6821,págs. 116.
7. *Neira María del Carmen. Abril 2004 “Cuando se enferman los que curan”
8. La empatía en la consulta . Maria del Carmen Vidal y Be-

nito. Editorial Polemos, 1ª Edición, Buenos Aires, 2012 9. Maslach C, Jackson S. MBI Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition, Palo Alto: University of California. Consulting Psychologist Press, 1996.

10. Moreno, Jiménez y Cols. Satisfacción laboral y Burnout en trabajos pocos cualificados. Revista psicológica; Madrid 2010 Trab. V.26n.3

11. Becker, Miland. Síndrome de Burnout, depresión y satisfacción laboral en residentes de ginecología American Journal of Obstetrics and gynecology 2010; 144.195- 9.

12. Grau, Flintentrei, Suñer, Braga. Influencia de factores personales y profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y Español. Revista de atención primaria 2008; VOL. 27 No 5.

13. Armand Grau et al. Influencia de factores personales, profesionales transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. (2007) Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 215-230. N.º 2 - Marzo-Abril 2009.

Interconsultas de psiquiatría de enlace en el Hospital Privado

Georgina Carolina Gavotti (1), Luciana Belén Ponce (1), Lilian Ferreyra (1), Marcela Flores (1)

(1) Servicio de Psiquiatría, Hospital Privado de Córdoba. Argentina.

RESUMEN

La psiquiatría de enlace es una subespecialidad de la psiquiatría. Es el estudio, la práctica y la enseñanza de la relación entre trastornos médicos y psiquiátricos. En el trabajo realizado se evaluó la asociación entre el motivo de consulta de las distintas especialidades médicas realizadas al servicio de psiquiatría de un hospital general localizado en la provincia de Córdoba- Argentina en el año 2013, y los trastornos del eje I del DSM IV. Para dicha realización se tomaron los registros del total de interconsultas realizadas durante un año y se confeccionó una base de datos con su análisis estadístico posterior.

Para indicar el diagnóstico presuntivo se tuvieron en cuenta los grandes síndromes de psicopatología y semiología psiquiátrica Dr. Ricardo Capponi M y la clasificación multiaxial del DSM IV TR. La hipótesis planteada se vio confirmada ya que en el 90% de las interconsultas realizadas hubo una correlación positiva entre el motivo de consulta y el diagnóstico presuntivo realizado por el servicio. Estos resultados reflejan el crecimiento del servicio de psiquiatría de dicha institución en los últimos años, a partir de la incorporación del sistema de residencia con formación de psiquiatras, incluyendo a estos médicos residentes al equipo de salud del hospital general.

Palabras clave: psiquiatría, enlace, diagnóstico, hospital general.

SUMMARY

Liaison psychiatry is a subspecialty of psychiatry. It is the study, practice, and teaching of the relationship between medical and psychiatric disorders. In the study carried out, the association between the motives for consultations of the interconsultations for the various medical specialties of Psychiatry, conducted at the service of a general

hospital located in the province of Córdoba, Argentina in 2013 and Axis I disorders of DSM IV was assessed. For this purpose, the total number of records for Interconsultations in the internship of the hospital for a year were taken and compiled into a database for subsequent statistical analysis. To indicate the presumptive diagnosis, the major syndromes of psychopathology and psychiatric disorders Dr. Ricardo Capponi M and multiaxial DSM IV TR classification were considered.

The hypothesis was confirmed, because in 90% of the consultants there was a positive correlation between the subject of consultation and the presumptive diagnosis made by the service, causing such conditions in patients as Axis I DSM IV and / or syndromes according to Capponi. These results reflect the growth of the psychiatric services of this institution in recent years due to the introduction of a system of internship in training of psychiatrists, and including these interns within the general health team of the hospital.

Key words: psychiatry, liaison, diagnosis, general hospital.

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría en el hospital general se caracteriza por un doble movimiento; en primer lugar la reintegración de las estructuras psiquiátricas en el hospital general y en segundo lugar la actividad de consulta, “de enlace” con los servicios de medicina. Este segundo movimiento, favorecido por la evolución contemporánea de la medicina hacia una mayor científicidad y especialización, muestra al mismo tiempo la preocupación del cuerpo médico por preservar un enfoque global del enfermo y de su contexto de vida (1).

Los psiquiatras de consulta – enlace (C-E) se relacionan con los servicios diagnósticos, terapéuticos, de investigación y docencia, y sirven de puente entre la psiquiatría y otras especialidades (2).

Los psiquiatras de C-E deben asumir muchos papeles: entrevistador hábil y conciso, buen psiquiatra y psicoterapeuta, maestro y clínico informado que comprende los aspectos médicos del caso.

La prevalencia de enfermedad mental en pacientes con enfermedad física crónica supera el 40%, especialmente el abuso de sustancias y los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, el delirium se presenta entre el 15% y el 30% de los

Correspondencia:

Georgina Carolina Gavotti
Servicio de Psiquiatría, Hospital Privado Universitario de Córdoba
Av. Naciones Unidas 346 (X5016KEH), Argentina
Tel.: +54 0351 4688200
E-mail: carogavotti@hotmail.com

pacientes hospitalizados. La psicosis y otros trastornos mentales complican a menudo el tratamiento de enfermedades médicas, y conductas patológicas ante la enfermedad, como el suicidio, son un problema frecuente en pacientes que padecen un trastorno orgánico.

Existen dos modelos de psiquiatría C-E; los modelos “dispersos” y los modelos “centralizados”. Los primeros incluyen a psiquiatras o psicólogos que trabajan en un servicio de medicina al que están integrados. Los modelos “centralizados” consisten en una unidad que agrupa el conjunto de medios de intervención psiquiátrica y psicológica de un hospital general (1).

El Hospital Privado de Córdoba cuenta con el servicio de Psiquiatría y Psicología que sigue el modelo “centralizado”, cuya actividad principal es la interconsulta en un contexto de trabajo multidisciplinario; está compuesto por psiquiatras y psicólogos tanto de niños como adultos como así también por psicopedagogos.

Uno de los puntos cruciales de las consultas de enlace es el pedido de interconsulta. Dicha petición proviene de los equipos médicos, los pacientes o sus familiares. La formulación del pedido, la manera en la que es recibido y la respuesta son fundamentales, pues el éxito depende del buen funcionamiento de la oferta y la demanda de todos los que participan en esta “transacción” (1).

“En los últimos siete años, debido al crecimiento y difusión del servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba, y de la implementación del sistema de residencia de médico especialista en psiquiatría; el resto de los médicos han adquirido mayor motivación y entrenamiento para pesquisar las alteraciones en las emociones y la conducta de los pacientes”.

El trabajo realizado evaluó la asociación entre el motivo de consulta de las interconsultas y los trastornos del eje I del DSM IV-TR.

y estrategias de comunicación intrahospitalaria para el entrenamiento del personal de salud, en la detección de las afecciones psíquicas y la concientización de una visión integral biopsicosocial del proceso salud/enfermedad.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Investigar si la difusión del Servicio de Psiquiatría en las distintas áreas del Hospital Privado de Córdoba, hospital polivalente de tercer nivel de complejidad, es suficiente para concientizar a los profesionales del área de la salud acerca de la importancia de la dolencia del paciente con respecto a su patología y su repercusión biopsicosocial en el contexto de la internación y de esta forma evaluar el grado de entrenamiento de los mismos a la hora de solicitar una interconsulta.

Objetivos específicos:

1. Determinar el motivo de consulta más frecuente.
2. Determinar cuál fue el servicio de cabecera más solicitante y el solicitante real.
3. Determinar la relación entre servicio solicitante real y servicio de cabecera.
4. Establecer la relación entre el motivo de consulta y diagnóstico presuntivo realizado por el servicio.
5. Establecer prevalencia de trastornos en el eje I, II, III, IV, del

DSM IV TR.

6. Determinar la frecuencia promedio de visita a cada paciente.
7. Determinar el número total de pacientes entrevistados por primera vez
8. Determinar el número total de entrevistas realizadas a los pacientes por el servicio de psiquiatría durante la internación.
9. Determinar el número promedio de días de internación
10. Determinar el porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento psicofarmacológico, los que no lo recibieron y los que no tuvieron adherencia al tratamiento.
11. Determinar porcentaje de pacientes trasplantados.
12. Determinar meses de mayor pedido de interconsultas.

Hipótesis:

La difusión del Servicio de Psiquiatría en las distintas áreas del Hospital Privado de Córdoba es suficiente para concientizar al resto de los profesionales del área de la salud, ya que la mayoría de los motivos de consulta de las interconsultas realizadas a dicho servicio se asocian a un trastorno del eje I del DSM IV.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la realización del presente trabajo se tomaron los registros del total de interconsultas del internado; solicitadas al Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba desde el 01/01/2013 hasta 31/12/2013, y se confeccionó una tabla en Excel que incluyó: fecha de ingreso y egreso del paciente, fecha de solicitud de la interconsulta, y de sucesivas entrevistas, datos de identificación, motivo de consulta, servicio solicitante, servicio de cabecera, si el paciente fue trasplantado, si presentaba algún trastorno en los cuatro primeros ejes del DSM IV, diagnóstico presuntivo y tratamiento instaurado.

Para indicar el diagnóstico presuntivo se tuvieron en cuenta los grandes síndromes de psicopatología y semiología psiquiátrica Dr. Ricardo Capponi M, que incluían; síndrome alucinatorio, delirante, obsesivo, expansivo, depresivo, ansioso, catatónico, obnubilatorio, crepuscular, delirioso, ictal, oligofrénico, síndrome psicoorgánico, demencial, disociativo, somatomorfo, síndrome de Ganser, de Munchhausen, simulador, y amnésico (3).

Además se agregaron los ítems: trastorno de la identidad sexual, trastorno en el eje II sin especificar, trastorno por consumo de sustancias sin especificar y trastorno de alimentación del DSM IV TR. En aquellos casos en los cuales no se evidenció psicopatología se utilizó el término “sin psicopatología”.

El DSM IV TR (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) cuenta con un sistema multiaxial de clasificación que implica una evaluación en varios ejes:

se incluyen cinco ejes (4):

Eje I: Trastornos clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje II: Trastornos de personalidad

Retraso mental

Eje III: Enfermedades médicas

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Eje V: Evaluación de la actividad global

Luego con los datos obtenidos se realizó el correspondiente análisis estadístico en Microsoft Excel.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra el motivo de consulta de los solicitantes, siendo el motivo más frecuente síntomas depresivos, síntomas de angustia y ansiedad. Los motivos menos frecuentes fueron, tras-

TABLA 1

MOTIVOS DE CONSULTA	Nº PACIENTES
Adicción a sustancias	7
Alteración en la conducta	5
Angustia	22
T.de alimentación	1
Otros	1
Conflictiva vincular	1
Contención por diagnóstico médico	13
Síntomas conversivos	4
Diagnóstico psiquiátrico conocido	10
Dolor	2
Excitación psicomotriz	15
Falta de adherencia al tratamiento	4
Hiperémesis Gravídica	5
Intento de suicidio	4
Pte. difícil	1
Smas de Ansiedad	19
Smas Depresivos	45
Smas Psicóticos	5
Sme extrapiramidal	2
Valoración pre trasplante renal	1
Valoración pre trasplante cardíaco	3
Valoración pre trasplante hepático	9
Valoración pre trasplante pulmonar	2
Evaluación Psiquiátrica	21

tornos de alimentación, conflictiva vincular, y paciente difícil.

El servicio que más solicitó interconsultas fue el equipo de trasplante (15%), seguido de Cirugía Cardiovascular (12%), Nefrología, Clínica Médica y Cirugía General (8% respectivamente).

Los servicios que menos solicitaron fueron entre otros; pediatría, reumatología, cabeza y cuello y anestesia (1%) (Tabla 2).

Con respecto al servicio solicitante real, el que realizó la mayor cantidad de interconsultas fue el equipo de trasplante en un 15%, y en segundo lugar clínica médica en un 12% (tabla 3).

En el 70% de las interconsultas se relacionó el servicio de cabecera con el servicio solicitante real, es decir fue exclusivamente el servicio de cabecera del paciente quien solicitó la interconsulta. En el 30% restante no coincidió el servicio de cabecera con el servicio solicitante, es decir la interconsulta fue realizada por otro servicio que también asistía al paciente (Tabla 4).

En el 90% de las interconsultas hubo una correlación positiva entre el motivo de consulta y el diagnóstico presuntivo realizado por el servicio, presentando dichos pacientes afección

TABLA 2

SERVICIO DE CABECERA	Nº PACIENTES
Anestesia	1
Cardiología	9
Cabeza y cuello	1
Cirugía cardiovascular	24
Diabetes y Nefrología	1
Cirugía de tórax	3
Cirugía General	16
Clínica Médica	16
Dermatología	3
Diabetes	3
Equipo de Trasplante	31
Guardia Externa	2
Ginecología	13
Gastroenterología	3
Home care	1
Hematología / Oncología	2
Infectología	12
Nefrología	16
PACO	1
Neumonología	12
Neurocirugía	7
Reumatología	1
Traumatología	9
Pediatría	1
Neurología	12
Urología	2

TABLA 3

SOLICITANTE REAL	Nº PACIENTES
Anestesia	1
Cardiología	6
Cirugía cardiovascular	1
Cirugía General	8
Clínica Médica	24
Cirugía de tórax	2
Diabetes y Nefrología	1
Dermatología	1
Diabetes	2
Equipo de Trasplante	29
Familiar	7
Gastroenterología	2
Ginecología	15
Guardia Externa	2
Hematología / Oncología	1
Infectología	6
Medicina del dolor	1
Médico interno	15
Nefrología	14
Neonatología	19
Neumonología	9
Neurocirugía	4
Neurología	10
Paciente	5
Pediatría	1
Reumatología	1
Traumatología	4
UCE	1
UCO	3
Urología	1
UTI	6

en el eje I.

El diagnóstico presuntivo más frecuente fue el síndrome depresivo en un 24% de las interconsultas (Tabla 5). Un 36% de las interconsultas no presentaron psicopatología. En cuanto a las afectaciones de los diferentes ejes del DSM IV TR el 54% de las interconsultas presentó afectación en el eje I, el 12% en el eje II, 89% en el eje III, 36% en el eje IV, el 3% en todos los ejes.

TABLA 4 - Relación entre el servicio de cabecera y el solicitante real.

SERV. DE CABECERA	Nº PAC.	SI	NO
Anestesia	1	1	0
Cardiología	9	4	5
Cabeza y cuello	1	0	1
Cirugía cardiovascular	24	19	5
Diabetes y Nefrología	1	1	0
Cirugía de tórax	3	2	1
Cirugía General	16	8	8
Clínica Médica	16	11	5
Dermatología	3	1	2
Diabetes	3	2	1
Equipo de Trasplante	31	28	3
Guardia Externa	2	1	1
Ginecología	13	13	0
Gastroenterología	3	1	2
Home care	1	0	1
Hematología / Oncología	2	1	1
Infectología	12	5	7
Nefrología	16	13	3
PACO	1	0	1
Neumonología	12	9	3
Neurocirugía	7	4	3
Reumatología	1	1	0
Traumatología	9	4	5
Pediatría	1	1	0
Neurología	12	10	2
Urología	2	1	1
Total	200	141	61

A lo largo de 12 meses, se recibieron 202 solicitudes con un promedio de 3,32 visitas por cada paciente. Y hubo un total de 672 visitas en 140 días hábiles.

El 30,7 % tuvo una sola visita, mientras que 59,4% tuvo 2 a 6 visitas, 7,4% tuvo entre 7 a 12 visitas, y el 2,4% tuvo entre 13 a 22 visitas.

El 62% de las interconsultas recibió tratamiento psicofarmacológico, el 37% no y el 1% no adhirió al tratamiento indicado.

Finalmente el 19% de las interconsultas correspondieron a pacientes trasplantados y los meses de mayor interconsulta al servicio fueron mayo y octubre.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente trabajo fueron relacionados con los trabajos de similares características publicados en otros países debido a que en nuestro medio no se han registrado publicaciones de esta índole. Al no conocerse otras investigaciones referentes a la temática, hace de ésta una línea de base para futuras investigaciones en relación a la psiquiatría de enlace a nivel provincial y nacional.

Los resultados de este trabajo son semejantes a los ob-

TABLA 5

DIAG. PRESUNTIVO	PACIENTES
Sin psicopatología	73
Síndrome alucinatorio	6
Síndrome delirante	2
Síndrome obsesivo	1
Síndrome expansivo	1
Síndrome depresivo	48
Síndrome ansioso	30
Síndrome catatónico	1
T.de la Identidad Sexual	1
T.en el Eje II	9
Síndrome delirioso	15
T.por consumo de sustancias	7
Síndrome demencial	4
Síndrome disociativo	1
Síndrome somatomorfo	2
T. de la alimentación	1

tenidos por otros, donde se han analizado los trastornos psiquiátricos en individuos hospitalizados (5,6,7,8).

En relación al motivo de consulta más frecuente; éste fue el síndrome depresivo, lo cual coincide con el resultado encontrado por Guillermo Hernández y cols (5) y Francisco J. Vaz Leal y cols (7); a diferencia del trabajo realizado por José Franco y cols (6) en el cual el motivo de consulta por trastornos del estado de ánimo ocupó un segundo lugar, siguiendo al de demencia y por Paula Padilla Et al (13), donde los trastornos adaptativos superaron en porcentaje al resto de la patología.

Según Manuel Valdés (8), los principales motivos de petición fueron los síntomas somáticos sin explicación médica y el abuso de sustancias, (15,2% y 9,2% respectivamente); éstos en nuestro medio tuvieron una prevalencia del 2 y 3 %.

En trabajos de prevalencia se han encontrado tasas altas de trastornos por consumo de sustancias (16,17,10), a diferencia del presente estudio donde la prevalencia de dichas patologías fue baja, lo que se podría interpretar como una escasa utilización de herramientas específicas para la detección de las mismas y que el trabajo fue realizado en una institución no referente ni especializada en el abordaje de adicciones.

Francisco J. Vaz Leal(7) concluyó que el diagnóstico más frecuente fue el de trastornos afectivos, ocupando un 16%, dato coincidente con este trabajo donde dicha patología ocupó un 24 % seguido de trastorno ansioso en un 15%. Las cifras se aproximan a lo que la literatura a nivel mundial expresa en términos generales. Se podría inferir de lo anteriormente expuesto que tanto los trastornos afectivos como los trastornos de ansiedad ocuparon los mayores porcentajes, ya que corresponden a las patologías de mayor prevalencia en esta especialidad.

Cabe aclarar que el hecho de que en un 36% no se detectó patología, podría deberse a que dentro de este porcentaje fueron incluidas las valoraciones psiquiátricas pre trasplante, y valoraciones profilácticas de familiares de pacientes neonatos y niños que fueron sometidos a una cirugía cardiovascular; o porque en ese momento no existía trastorno psicopatológico manifiesto; por lo general se trataba de respuestas adaptativas ante la enfermedad y situación de internación, es decir, de intentos de elaborar emocionalmente la situación disruptiva en las que se

encontraban los pacientes. Francisco J. Vaz Leal y cols (7) no detectó psicopatología en un 11%.

Si bien el servicio de clínica médica como solicitante de interconsultas ocupó un quinto lugar; en los trabajos publicados internacionalmente dicho servicio se destacó por ser uno de los principales solicitantes (5,7,9). Sin embargo la variable "solicitante real" no fue analizada en los trabajos comparados y es en éste resultado donde se observa el mayor protagonismo del servicio de clínica médica, ocupando éste uno de los mayores porcentajes junto al equipo de trasplante, destacando que el servicio de psiquiatría de la institución estudiada forma parte del mismo equipo, esto explica que el servicio de trasplante sea el solicitante que encabeza la lista.

Entre los servicios que menos interconsultas realizaron se encontró pediatría, ocupando un 1%, dato coincidente con la investigación de Francisco J. Vaz Leal Et al (7). De acuerdo con este autor, "una posible explicación sería la tendencia, por parte del personal del anterior servicio, a derivar a los niños con problemas hacia servicios de psiquiatría infantil de carácter ambulatorio, aunque tal medida supone que se deja sin atender (o, al menos no se pone en manos de personal especializado) la problemática intrahospitalaria del niño".

Se resalta el hecho de que el motivo de consulta de las interconsultas solicitadas y el diagnóstico realizado por el servicio de psiquiatría de las mismas coincidió en un 90%, datos similares a los hallazgos del estudio de Guillermo Hernández y cols (5), donde los motivos de consulta encuentran correlato en los cuadros psiquiátricos hallados. Datos discrepantes con los resultados obtenidos en un estudio realizado en Colombia (6), donde se refleja que un 44,5 % de los trastornos psiquiátricos en los pacientes hospitalizados no son diagnosticados por el personal médico no psiquiatra.

Con respecto a la evaluación multiaxial y el análisis en porcentajes de la cantidad de pacientes con afecciones en los distintos ejes del DSM IV TR realizado en el presente trabajo, en la literatura comparada se observó que en el trabajo realizado por Guillermo Hernández y cols (5), si bien también utilizaron el DSM IV para determinar las entidades diagnósticas, sólo se mencionó cuantitativamente cuántos pacientes tenían afección en los distintos ejes; de los cuales 13 presentaban afección en el eje IV, 7 en el eje II y 2 en el eje III, a su vez la información referente a los ejes III y V no fueron incluidas en el reporte.

En el trabajo de José Gabriel Franco y cols (6) también se utilizó el DSM IV TR como herramienta diagnóstica, y entre los resultados se determinó la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes estudiados que fue 44.5%, es decir sólo se tuvo en cuenta el eje I. A diferencia de lo anteriormente expuesto en el trabajo de Navinés R y cols (9) se utilizaron los criterios diagnósticos del CIE-10 y en el de Francisco J. Vaz Leal y cols (7) el DSM-III.

En la institución en cuestión, a lo largo de 12 meses, se recibieron 202 solicitudes, entrevistándose al 100 % de dichos pacientes, a diferencia de Guillermo Hernández Et al (5) donde no se evaluó al total de las interconsultas solicitadas, y el tiempo de estudio fue de 6 meses, donde el 76,5 % tuvo una visita, mientras que un 23,5 % entre dos y seis. En este trabajo un 30,7 % tuvo una sola visita, mientras que 59,4% tuvo 2 a 6 visitas, 7,4% tuvo entre 7 a 12 visitas, y 2,4% tuvo entre 13 a 22 visitas.

Con respecto al tratamiento, los resultados arribados fueron: el 62% de las interconsultas recibió tratamiento psicofarmacológico, el 37% no y el 1% no adhirió al tratamiento. En la bibliografía cotejada no se observó análisis de estas variables, al igual que los meses de mayor pedido de interconsultas (mayo y octubre), dato que tampoco fue estudiado.

CONCLUSIONES

La hipótesis planteada se vió confirmada ya que en el 90% de las interconsultas realizadas hubo una correlación positiva entre el motivo de consulta y el diagnóstico presuntivo realizado por el servicio, presentando dichos pacientes afección en el eje I.

El motivo de consulta más frecuente entre las interconsultas realizadas al servicio de psiquiatría fue "síntomas depresivos" y el diagnóstico presuntivo más frecuentemente realizado por los profesionales de dicho servicio fue "síndrome depresivo".

Estos resultados reflejan el crecimiento del Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado de Córdoba en los últimos años, a partir de la incorporación del sistema de residencia con formación de psiquiatras, incluyendo a estos residentes al equipo de salud del hospital general y compartiendo el año de internado rotatorio con residentes de las distintas especialidades médicas; de esta forma aumentando la difusión y la convocatoria del servicio para con el resto del equipo de salud.

El servicio que mayor cantidad de interconsultas solicitó en el intervalo de tiempo considerado en el trabajo fue el equipo de trasplante para las correspondientes valoraciones psíquicas pre trasplante de distintos órganos (hepático, reno páncreas, cardíaco, etc.), lo cual se podría explicar a partir de que el Hospital Privado de Córdoba es un centro de referencia a nivel provincial y nacional en dicha práctica, la cual se ha incrementado intensamente a lo largo del tiempo.

En segundo lugar se encuentra el Servicio de Clínica Médica como solicitante real de interconsultas, servicio que si bien en un gran porcentaje de pacientes internados no corresponde al servicio de cabecera, cumple una función integradora crucial entre las distintas especialidades médicas.

Con respecto al servicio de psiquiatría y la incorporación del sistema de residencias, una de las prácticas implementadas es el dictado de clases destinadas a los residentes de primer año de clínica médica y de las distintas especialidades, acción que fomenta la concientización en la pesquisa de sintomatología de la esfera "psi" e incita a la solicitud de interconsultas.

Aprobación:

El presente trabajo fue aprobado por el Consejo de evaluación ética de investigación en salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran ausencia de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Psiquiatría en el Hospital General. SM Consoli . Editions

scientifiques et medicales Elsevier SAS, Paris.

2. KAPLAN Y SADOCK SINOPSIS DE PSIQUIATRIA.

Benjamin J. SADOCK Virginia A. SADOCK. 10° EDICION

3. Psicopatología y semiología psiquiátrica Dr. Ricardo

Capponi M. 11 Edición, Santiago de Chile: Universitaria. (1987)

4. DSM IV –TR .Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1994) Editorial Masson.

5. Hernández G; Gallardo-Zurita P. ; Sepulveda J ; Morales de Setien G. Psiquiatría de enlace en servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales de Santiago. Rev. méd. Chile v.132 (n.6) Santiago jun. 2004.

6. Franco J; Ocampo M.; Vargas A; Berríos D. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes médico quirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín ; Colombia . OM. Vol 36, (No 3) (2005)

7. Vaz Leal J, Silvestre García M , Salcedo S, Ingelmo Fernández J. Psiquiatría de enlace en el hospital general: Aplicación a la práctica de un modelo teórico. R.A.E.N. Vol. IX. (N. 030). 1989

8. Valdes M, Pablo J, Campos R , Farre J , Giron M, Lozano M ,Aibar C , Garcia-Camba E , Calvo A , Carreras S. El proyecto multinacional europeo y multicéntrico español de mejora de calidad asistencial en psiquiatría de enlace en el hospital general :el perfil clínico en España. Medicina Clínica ,Vol 115,(Issue 18), pages 690-694.

9. Navinés R ,Gómez E , Franco JG ,De Pablo J. Delirium en la interconsulta psiquiátrica de un hospital general. Actas españolas de psiquiatría 2001; 29(3):159-164.

10. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 4° edición. 1998. J Vallejo Ruiloba. Barcelona España

11. Manual de Psiquiatría, 2° Edición, Humberto Rotondo. Psiquiatría de enlace. Capítulo 29. Gustavo Vázquez-Cañedo Nosiglia

12. Interconsultas y enlace en psiquiatría. Torres Barrenechea R. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994;23 :92-96

13. Padilla P, Mas C, Ezban M , Medina Mora ME, Peláez O. Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm0703/sm070372.pdf>

Metodología

Los principios de la atención médica basada en evidencias han sido aceptados en forma generalizada, y se encuentran disponibles varios libros de texto para adentrarnos en su práctica (1).

Con el fin de ofrecer a nuestros pacientes la mejor atención posible, los médicos necesitamos integrar la información proveniente de la investigación científica sistemática de la más alta calidad con la experiencia clínica individual o arte de la medicina, y las preferencias personales de los pacientes.

Esta sección de Experiencia Médica intentará contestar preguntas clínicas frecuentes originadas en la práctica clínica diaria con respuestas basadas en la mejor evidencia científica disponible.

Hemos adaptado para éste fin, el formato desarrollado exitosamente y ya suficientemente probado por Kevin Macaway-Jones en el *Emergency Medicine Journal*, y por Bob Phillips en la sección Archimedes del *Archives of Diseases in Childhood*.

Se advierte a los lectores que los tópicos tratados no son revisiones sistemáticas en el sentido de que no pretenden exhaustividad ni intentan ser un análisis sintético de datos estadísticos sobregregados.

El esquema que presentará la sección (2) se compone de una descripción del problema clínico, seguido de la formulación de la pregunta clínica estructurada de acuerdo al problema, a modo de diferenciar: [paciente], [intervención], [comparación] si corresponde y [resultado de interés], con el fin de focalizar lo mejor posible la búsqueda bibliográfica en los términos más adecuados. Un breve descripción de la búsqueda bibliográfica ordenada de acuerdo a la calidad de la evidencia (3). Se iniciará la búsqueda en fuentes secundarias (Cochrane Library, Best Evidence y Clinical Evidence), para luego explorar hasta las fuentes primarias más recientes en Medline utilizando Clinical Question Filters.

La evidencia encontrada deberá ser analizada con la técnica de Critical Appraised Topic (CAT) dada por el Centre of Evidence Based Medicine de Oxford (UK).

Los tópicos sobresalientes serán luego resumidos en una tabla de Best Evidence Topic (BET) que identificará los estudios, los autores, el tamaño muestral, el diseño experimental y el nivel de evidencia, los objetivos principales y los resultados. Luego un comentario narrativo breve sobre la evidencia y su aplicación y por último una respuesta basada en los, como máximo, tres principales BETs.

Se invita a los lectores a enviar a esta sección sus propias preguntas y las respuestas obtenidas de acuerdo al método expuesto más arriba y a concurrir los primeros y terceros jueves de cada mes, a las 12 hs. a las secciones de: “Hacia una atención médica basada en evidencias”, en el aula auditorio del Hospital Privado.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM. Sackett DL, et. al. BMJ Books: London 2000.

GLOSARIO

Términos utilizados en Medicina basada en la evidencia

Glosario de la terminología inglesa utilizada con más frecuencia cuando el tratamiento experimental reduce el riesgo de un evento perjudicial:

RRR (relative risk reduction): la reducción del riesgo relativo es la reducción proporcional del índice de un evento negativo entre los pacientes del grupo experimental (EER: experimental event rate) y control (CER: control event rate). Se calcula como $(EER - CER) / CER$ con su IC95% correspondiente.

ARR (absolute reduction risk): la reducción del riesgo absoluto es la diferencia aritmética entre el EER y el CER. Se calcula como $EER - CER$ con su IC95%.

NNT (number needed to treat): el número necesario de pacientes a tratar es el número de pacientes que se requiere tratar para prevenir un resultado negativo adicional. Se calcula como $1/ARR$ y debe acompañarse de su IC95%.

Cuando el tratamiento experimental aumenta la probabilidad de un evento beneficioso:

RBR (relative benefit increase): el incremento del beneficio relativo es el aumento proporcional del índice de un evento beneficioso, comparando el grupo experimental (EER) con los pacientes control (CER), se calcula $(EER - CER) / CER$ con su IC95%.

ABI (absolute benefit increase): el incremento del beneficio absoluto es la diferencia aritmética entre el EER y el CER, se calcula como $EER - CER$ con su IC95%.

NNB (number needed to benefit): el número necesario de pacientes a beneficiar indica el número de pacientes a tratar en el grupo experimental para obtener un resultado beneficioso

adicional en comparación con el grupo de control. Cuando el tratamiento experimental aumenta la probabilidad de un evento perjudicial:

RRI (relative risk increase): el incremento del riesgo relativo es el incremento en el índice de un evento negativo, comparando el grupo experimental con el control, y se calcula como el RBI. También se utiliza para evaluar el efecto de los factores de riesgo de una enfermedad.

ARI (absolute risk increase): el incremento del riesgo absoluto es la diferencia absoluta en el índice de un evento negativo, cuando el tratamiento experimental perjudica más pacientes que en el grupo control, se calcula como el ABI.

NNH (number needed to harm): el número necesario de pacientes a perjudicar es el número de pacientes quienes si reciben el tratamiento experimental, para provocar un resultado perjudicial adicional comparado con el grupo de pacientes control. Se calcula como $1/ARI$ con su IC95%.

Confidence Interval (CI): el intervalo de confianza cuantifica la incertidumbre de la estimación realizada en una muestra, normalmente se informa como IC95%, lo que expresa el rango numérico dentro del cual se encuentra con una seguridad del 95% el verdadero valor de la población estudiada. Se calcula como $1,96 \pm \text{raíz cuadrada de } (p \cdot (1-p)/n)$

Estudios diagnósticos:

Sensitivity (Sen): la sensibilidad es la proporción de pacientes con la enfermedad en cuestión quienes tienen un resultado positivo de la prueba. Se calcula como el cociente de Verdaderos Positivos (VP) sobre la suma de Verdaderos Positivos más Falsos Negativos (FN).

Specificity (Spe): la especificidad es la proporción de pacientes sin la enfermedad en cuestión quienes presentan un resultado negativo de la prueba. Se calcula como Verdaderos Negativos (VN) sobre Verdaderos Negativos más Falsos Positivos (FP).

Pretest probability (prevalence): la prevalencia preprueba es la proporción de pacientes que presentan la enfermedad en cuestión antes de realizar la prueba diagnóstica. Se calcula como $VP+FN/VP+FN+FP+VN$.

Pretest odds: la razón preprueba es la razón entre los pacientes que presentan la enfermedad y los que no la tienen, antes de realizar la prueba diagnóstica. Se calcula como probabilidad preprueba/ 1 -probabilidad preprueba.

Likelihood ratio (LR): la razón de probabilidad es la razón entre la probabilidad de un resultado dado en los pacientes que presentan la enfermedad y la probabilidad de ese mismo resultado entre los pacientes que no presentan la enfermedad en estudio. La LR para un resultado positivo se calcula como $(Sen / 1-Spe)$. La LR para un resultado negativo se calcula como $(1-Sen/ Spe)$.

Post-test odds: la razón postprueba es la razón entre los pacientes que presentan la enfermedad y los que no la tienen, después de realizar la prueba diagnóstica. Se calcula como la razón preprueba x la razón de probabilidad.

Post-test probability: la probabilidad postprueba es la proporción de pacientes con un resultado particular de la prueba que presentan la enfermedad luego de haber realizado dicha prueba. Se calcula como razón postprueba/ 1 -razón post prueba. El uso del normograma de Fagan evita la realización de estos cálculos.

BIBLIOGRAFÍA

Anonimo. Glosary. ACP Journal Club 2002;137:A-19. Sackett DL, Straus S, Richardson WS, et al. Evidencebased medicine. How to practice and teach EBM. London: BMJ Books, 2000.

¿Es eficaz la adenoidectomía en niños para disminuir la incidencia de Infecciones del Tracto Respiratorio Superior?

Eduardo Cuestas

Pregunta clínica estructurada: ¿En niños con Infecciones del Tracto Respiratorio Superior recurrentes (pacientes) resulta más efectiva la adenoidectomía (intervención) que la conducta expectante (comparación) para disminuir la incidencia de estos episodios (resultado)?

trial. BMJ. 2011;343:d5154.

Autores: Van Der Aardweg MT., Boonacker CW., Rovers MM., Hoes AW., Schilder AG.

Evidencia: A-1a ECA.

Pacientes: niños de 1 a 6 años de edad.

Intervención: adenoidectomía.

Comparación: conducta expectante.

Resultado: no hubo diferencias significativas en la incidencia de ITRS entre ambos grupos.

Observaciones: los niños del grupo intervenido presentaron un aumento significativo del número de días con fiebre. En ambos grupos, la prevalencia de ITRS disminuyó con el tiempo.

Comentario: la incidencia de ITRS en el grupo intervenido con adenoidectomía fue de 7,91 por persona/año (IC de 95%= -0,04 a 0,23); mientras que en el grupo asignado con conducta expectante fue de 7,84 por persona/año (IC de 95%= -0,04 a 0,21).

La diferencia en la incidencia de ITRS entre ambos grupos es de 0,07; por lo que no se considera significativa.

Estudio con seguimiento suficiente. Buen diseño de los criterios de inclusión y exclusión.

Como limitación, el estudio presenta un tamaño muestral pequeño (111 pacientes) por lo que se ha replicado 10.000 veces usando muestras aleatorias de reemplazo (bootstrapping).

Recomendación: dado que la adenoidectomía no ofrece ventaja sobre la conducta expectante, resulta razonable optar por esta última. Además, cabe considerar que la prevalencia de los episodios de ITRS disminuye con el tiempo, independientemente de la terapéutica aplicada.

Términos de búsqueda: upper respiratory tract infections AND adenoidectomy AND watchful waiting.

Fuente primaria: se encontraron trece artículos, sólo uno relevante.

BIBLIOGRAFÍA

Van den Aardweg MT, Boonacker CW, Rovers MM, Hoes AW, Schilder AG. Effectiveness of adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory tract infections: open randomised controlled

Exposición de la voz materna a bebés prematuros

Eduardo Cuestas

Pregunta clínica estructurada: ¿La exposición de la voz materna (intervención) a los bebés prematuros (pacientes) comparada con el tratamiento habitual de la unidad de cuidados intensivos neonatales (control), tiene efectos positivos en el desarrollo del bebé (resultado)?

Términos de búsqueda: maternal voice AND preterm infants.

Fuentes secundarias: se encontró una revisión sistemática.

Fuentes primarias: se encontraron dos artículos. Sólo uno relevante.

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Autor: Charlene Krueger, ARNP, PhD (EEUU).

Evidencia: A-1a revisión sistemática de ECCA.

Pacientes: recién nacidos prematuros.

Intervención: exposición a grabaciones de la voz materna a niños prematuros en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Comparación: atención de las unidades de cuidados intensivos neonatales estándares, sin estimulación auditiva adicional.

Resultado: hubo diferencias en el tiempo en el que se alcanzó un peso determinado, actividad en los miembros, en las tasas de saturación de oxígeno (sin relevancia estadística) y respuestas adaptativas de su frecuencia cardíaca a nuevos sonidos (con relevancia estadística).

Observaciones: en algunos estudios de esta revisión, se han comparado la voz materna y canciones de cuna entre sí.

Comentarios: se han revisado estudios y se informa en cada caso si hubo una relevancia estadística o no en los resultados. Todos los estudios realizados utilizaron decibeles más altos de los recomendados para la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, por lo que se sugiere una investigación que ponga especial atención en estos parámetros. No se alcanzaron resultados significativos y se recomienda la realización de un estudio más a fondo de la relación de las experiencias tempranas en bebés prematuros, la alteración sensorial, la exposición a la voz materna y los resultados del desarrollo.

Recomendación: con los datos disponibles no hay una información certera de los beneficios de esta atención en los niños prematuros, por lo que se deben obtener resultados más relevantes antes de empezar a emplear esta técnica en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO

Autor: Charlene Krueger, Leslie Parker, Sheau-Huey Chiu y Douglas Theriaque (EEUU).

Evidencia: A-1b ECCA.

Pacientes: bebés prematuros de muy bajo peso al nacer.

Intervención: exposición a grabaciones de la voz materna a niños prematuros en la unidad de cuidados intensivos neonatales, mientras dormían.

Comparación: atención de las unidades de cuidados intensivos neonatales estándares, sin estimulación sensitiva adicional.

Resultados: los niños expuestos a grabaciones de la voz materna experimentaron significativamente menos episodios de intolerancia alimentaria y lograron la alimentación enteral total en menos días.

Observaciones: hay diferencias entre los grupos en cuanto al porcentaje de días con asistencia respiratoria.

Comentarios: Se utilizaron los decibeles recomendados para la unidad de cuidados intensivos neonatales, lo que influye positivamente en este estudio. Se han obtenido resultados significativos en cuanto a la alimentación del niño. Se detallan bien las muestras, los criterios de exclusión, las horas y días de exposición a la voz materna. Así mismo, en el estudio se detallan las limitaciones del diseño de la investigación.

Recomendaciones: se sugiere tomar las limitaciones del diseño de esta investigación para construir uno que las repare. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la alimentación del bebé, hecho que alienta a probar estos beneficios en estudios con muestras mayores

Carcinoma de pulmón en pacientes jóvenes: a propósito de un caso

Diego M Debernardi (1), Sebastián Ávalos (1), Facundo Álvarez Padilla (1), Mario EF Bustos (1)

(1) Servicio de Cirugía de Tórax, Hospital Privado Universitario de Córdoba

RESUMEN

El carcinoma de pulmón no células pequeñas (CP-NCP) es poco frecuente en pacientes menores de 40 años. En los pacientes jóvenes el adenocarcinoma es más frecuente en mujeres. El pronóstico en este tipo de pacientes es pobre, ya que se encuentran generalmente en estadios avanzados en el momento del diagnóstico.

Se describe el caso de una paciente de 20 años, que comienza con tos expectoración hemoptoica y dolor torácico, tratado como un proceso infeccioso pulmonar con pobre mejoría, comenzando luego con edema en miembro superior derecho y cianosis de dicho miembro. En radiografía y TAC de tórax se detecta masa pulmonar y adenopatías mediastinales, por lo cual se realizó una videomediastinoscopia y diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón.

Palabras claves: cáncer de pulmón, pacientes jóvenes con neoplasia pulmonar, adenocarcinoma, CNCP en mujeres.

ABSTRACT

Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC) is uncommon in patients younger than 40 years. In young patients adenocarcinoma is more common in women. The prognosis in these patients is poor, since they are generally advanced stage at diagnosis.

We describe a patient of 20 years, starting with hemoptysis, cough and chest pain, treated as a pulmonary infectious process with poor improvement, after beginning with edema in the right arm edema and cyanosis of the member. Rx and chest CT detected lung mass and mediastinal lymph nodes, so we made a videomediastinoscopia and diagnosis of lung adenocarcinoma

Key words: lung cancer, young patients with lung cancer, adenocarcinoma, NSCLC in women.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón es más frecuente en pacientes entre los 50 y 80 años (1); la mayoría de los reportes sobre cáncer de pulmón se refieren a pacientes menores de 40 o 50 años (2). El adenocarcinoma es el tipo más frecuente en mujeres jóvenes (1,3,4). La sintomatología más frecuente de presentación es la tos y el dolor torácico por invasión mediastinal, pleural y de la pared torácica (1).

Los pacientes jóvenes se presentan con estadios avanzados y tienen peor pronóstico (1,5,6), el hábito tabáquico se encuentra en el 40 a 50 % de los pacientes jóvenes con cáncer de pulmón y están involucrados factores genéticos en el comienzo temprano de la enfermedad (1,8).

Objetivo: presentar un caso de una paciente joven de 20 años diagnosticada con cáncer de pulmón en estadio avanzado y revisión bibliográfica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 20 años de edad que comienza cuatro meses antes al diagnóstico con dolor torácico dorsal interescapular y tos con expectoración persistente de 15 días de duración, mucopurulenta. La paciente presentaba antecedente heredofamiliar cáncer renal, cáncer de mamas y cáncer de colon, su historia de exposición al tabaco era de tres cigarrillos por día durante dos meses.

Se le realizó en la primera consulta una radiografía de tórax, que fue interpretada como normal. Los meses posteriores presentó expectoración sanguinolenta, dolor intenso en región interescapular y paravertebral derecha.

En una nueva radiografía de tórax (Fig.1) se apreció una lesión infiltrativa alveolar en campo superior del pulmón derecho, leve ensanchamiento mediastinal homolateral, sin ocupación pleural, y se interpreta el cuadro como una neumonía aguda de la comunidad por el Servicio de Neumonología, y se indicó tratamiento antibiótico con leve mejoría de su sintomatología. Un mes posterior, consultó nuevamente con dolor cervical y braquial de 3-4 días de evolución, intenso, asociado a un cuadro de lipotimia. En el examen físico presentó contractura cervical, pulso radial +, miembro superior derecho edematizado, caliente, con cianosis y circulación venosa prominente.

Se le solicitó ecodoppler de miembro superior derecho que informó: sistema venoso superficial y profundo, desde la

Correspondencia:

Diego M Debernardi
Servicio de Cirugía Torácica
Av. Naciones Unidas 346 (X5016KEH)
Tel: +54 0351 4688233
Correo electrónico: debernardiiego2@gmail.com

vena subclavia hacia los territorios distales de la mano, sin evidencia de trombosis ni tromboflebitis. En radiografía de tórax (Fig. 2) aparece gran masa en lóbulo superior derecho en íntimo contacto con el mediastino y ensanchamiento del mismo, sin presencia de broncograma aéreo.



Figura 1: Imagen con lesión infiltrativa en lóbulo superior derecho y ensanchamiento mediastinal, por posibles adenopatías.



Figura 2 (A y B): A. Radiografía de tórax; imagen paramediastina infiltrativa, atelectasia de lóbulo superior derecho y ensanchamiento mediastinal. B. AC de tórax; masa pulmonar con infiltración mediastinal y conglomerado ganglionar.

Por los hallazgos de la radiografía se solicitó TAC de tórax-abdominal con contraste endovenoso (Fig. 2) presentando atelectasia parcial de segmento anterior de lóbulo superior derecho, voluminosa lesión de márgenes irregulares de 70x50x60 mm, infiltrativa que ocupó el mediastino anterior y superior desde la base del cuello hasta el hilio pulmonar correspondiente. Infiltración difusa y amputación de la vena yugular interna, externa y vena subclavia derecha, englobando los vasos del hilio pulmonar derecho, presencia de múltiples adenopatías mediastinales y adenopatías axilares infra-centimétricas bilaterales. A nivel abdominal leve hepatomegalia homogénea que presentó pequeño quiste de 8 mm en segmento VII. Ausencia de adenomegalias retroperitoneales, mesentéricas o ilíacas. Lesión osteoblástica de 8 mm en cuerpo vertebral de D12. Con estos hallazgos, se le realizaron biopsias por videomediastinoscopia; en las que se realizó incisión supra esternal y disección pre-traqueal identificándose ganglios n° 1 con características neoplásicas. Se extraen muestras del mismo y se envió a anatomía patológica por congelación, confirmando la presencia de células neoplasias.

También, se realizó muestra de ganglios del confluente yugulosubclavio izquierdo que presentaban características pa-

tológicas.

La anatomía patológica informó: metástasis de adenocarcinoma moderado a poco diferenciado con células en anillo de sello (CK7+, CK20 -, TTF1+, MUC1 +, AE1/AE3 +, S-100 -, PLAP -, CD 30 -) vinculable a origen primario pulmonar.

Se le solicitó PET para estadificación que informó: masa hilar pulmonar derecha vinculable a proceso neoproliferativo primario pulmonar. Localizaciones secundarias múltiples en ganglios del cuello, mediastino e hilio hepático, nódulo subcutáneo en mama derecha, hígado, hueso y grasa retroperitoneal.

Se le indicó tratamiento oncológico el cual la paciente no quiso realizar, en primera instancia. Se le realizó un solo ciclo con Gencitabine ya que la paciente falleció 2 meses luego del diagnóstico.

DISCUSIÓN

El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer. El cáncer con células pequeñas (CPNCP) es responsable del 80% de todos los cánceres de pulmón y la mayoría de los casos son diagnosticados en pacientes entre 50 y 80 años (1). Sólo el 5 a 10 % de los casos se da en pacientes menores de 50 años, y en estos se presenta de forma más agresiva que en los pacientes mayores. De 31.266 pacientes con carcinoma broncogénico primario, diagnosticado desde 1973 a 1992 y registrado en el área metropolitana de Detroit de Vigilancia y Epidemiología (SEER), del total de los pacientes, solo el 9% (2804) fueron pacientes menores a 50 años, el 1.2% (386) fueron menores de 40 años y raramente se diagnostican antes de los 30 años (0.07%). (7)

En la mayoría de los estudios publicados se discute sobre pacientes con cáncer de pulmón menor de 40 o 50 años, pero no hay publicaciones que se refieran a pacientes menores de 30 años. En una revisión de 10 instituciones de Japón se recolectaron 26 pacientes menores de 30 años con cáncer de pulmón y se compararon las características con pacientes mayores de 30 años. La incidencia fue alta en mujeres, no fumadoras y llamó la atención en este estudio el bajo grado de malignidad y los estadios tempranos (2). Esto contrasta con la mayoría de los estudios que reportan el pobre pronóstico en pacientes jóvenes y con estadios avanzados en el momento del diagnóstico (1,5,6).

El cáncer de pulmón en pacientes menores de 40 años es en la mayoría de los casos un adenocarcinoma y tiene mayor incidencia en mujeres el tipo adenocarcinoma (3,4).

El inicio temprano de la enfermedad ha sido atribuido a fumadores pesados en el 90 % de los pacientes jóvenes de países occidentales, sin embargo, sólo el 40 % a 50% de estos pacientes tenían historia de tabaquismo en Turquía, Méjico y Asia, (1).

La mayoría de los pacientes son sintomáticos, la tos es el síntoma más frecuente y el dolor torácico tiene mayor incidencia en los pacientes jóvenes que en pacientes mayores. El dolor se correlaciona con alta incidencia de invasión mediastinal, pleural o de la pared de tórax y con un estadio avanzado de la enfermedad (1). Hemos encontrado un sólo reporte de caso de un paciente de 20 años sin historia de tabaquismo, que presentó tos de varios meses de evolución, dolor de espalda y pérdida de peso de 11,3 kg y hemoptisis. Con esta sintomatología se lo trató como neumonía con antibioticoterapia; no presentó mejoría, to-

dos los test serológicos para infección fueron negativos, en TAC de tórax se puso en evidencia una masa pulmonar, con metástasis abdominales, óseas y cerebrales. En la biopsia se confirmó adenocarcinoma primario de pulmón, se realizó quimioterapia y radioterapia pulmonar y de las metástasis con mal pronóstico y muerte a los 9 meses del diagnóstico.

En pacientes jóvenes se describen factores genéticos que jugarían un papel importante en el desarrollo de cáncer de pulmón, mutaciones del gen KRAS Y TP53 fueron asociados con mayor riesgo de desarrollar adenocarcinoma pulmonar (8).

CONCLUSIÓN

El CPNCP es una patología poco frecuente en pacientes jóvenes, la interpretación errónea de la sintomatología y de los estudios dada la edad, lleva a una demora en el diagnóstico y tratamiento y los estadios al momento del diagnóstico son avanzados.

El rol del tabaquismo no está bien claro como causa directa de esta patología en pacientes de esta edad. Los factores genéticos juegan un papel importante en el comienzo temprano de la enfermedad. En nuestro caso, la paciente se presentó con un tumor avanzado y agresivo y con demoras en el diagnóstico. La respuesta al tratamiento oncológico con gencitabine fue pobre, se logró realizar un solo ciclo, con una sobrevida de 2 meses.

A pesar de que se haga el diagnóstico de este tipo de tumores en forma temprana, la evolución de los mismos es desfavorable en pacientes tan jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ayesha S. Bryant and Robert J. Cerfolio Differences in Outcomes Between Younger and Older Patients With Non -Small Cell Lung Cancer, *Ann Thorac Surg* 2008;85:1735-1739
- 2- Adenocarcinoma of the lung in young patients: the M. D. Anderson experience *Cancer* 2000 Apr 15;88(8):1837-41
- 3- [Michaela Kreuzer,Lothar Kreienbrock, Michael Gerken,-Joachim Heinrich,Irene Brusk,Hohlfeld *Am J Epidemiol* Vol. 147, No. 1 1, 1998]
- 4- [T. Lienert, M. Serke, N. Schoë nfeld, R. Loddenkemper *Eur Respir J* 2000; 16: 986±990
- 5- [Antkowiak JG, Regal AM, Takita H. bronchogenic carcinoma in patients under age 40. *Ann Thorax surg* 1989;47:391.3.
- 6- Rocha MP, Fraiere AE, Guntupalli KK, Greenberg SD. Lung cancer in the young. *Cancer Detect Prev* 1994; 18:349-55]
- 7- By S. Ramalingam, K. Pawlish, S. Gadgeel, R. Demers, and G.P. Kalemkerian *J Clin Oncol* 16:651-657. o 1998 by American Society of Clinical Oncology.
- 8- O. Khan md, W.P. Tong md, and N.J. Karlin md Metastatic lung adenocarcinoma in a 20-year-old patient. *Current Onco logy* 2010 — Volume 17, Number 1]

Presentación de un caso clínico de Síndrome de Charles Bonnet y revisión del tema

Georgina Carolina Gavotti (1), Ana Claudia Di Doi (1), Marcela Flores (1)

(1) Servicio de Psiquiatría, Hospital Privado Universitario de Córdoba

RESUMEN

El síndrome de Charles Bonnet es un trastorno orgánico que se caracteriza por alucinaciones visuales que suelen presentarse de forma brusca, repetitiva y persistente. La gran mayoría de los casos suelen ser de carácter episódico de algunos minutos de duración y pueden prolongarse en el tiempo desde algunos días hasta varios años.

Las alucinaciones pueden estar asociadas a enfermedades intrínsecas del globo ocular, de la vía óptica o de las áreas cerebrales relacionadas con el procesamiento e integración visual, ya sea a nivel de la corteza visual primaria como de sus proyecciones hacia los lóbulos temporal y parietal.

El objetivo de este trabajo es realizar el reporte de un caso de un hombre caucásico de 56 años de edad que fue asistido por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Privado por presentar alucinaciones visuales luego de una intervención cardíaca mayor.

Palabras clave: síndrome de Charles Bonnet, Alucinaciones visuales, Alteraciones visuales.

SUMMARY

The Charles Bonnet syndrome is a disorder characterized by repetitive, persistent, nonpsychiatric, sudden-onset visual hallucinations. Most cases are short-time lasting episodes with some days to several years of duration.

Hallucinations may be associated to intrinsic diseases of the eye, the optic tract or the brain areas related to visual processing and integration, either at the level of the primary visual cortex or its projections to the temporal and parietal lobes.

Correspondencia:

Georgina Carolina Gavotti
Servicio de Psiquiatría, Hospital Privado Universitario de Córdoba
Av. Naciones Unidas 346 (X5016KEH)
Te: +54 0351 4688200
Correo electrónico: carogavotti@hotmail.com

The aim of this paper is to report the case of a 56-years-old caucasian man who was assisted by the Psychiatric Service of the Hospital Privado for presenting visual hallucinations after a major cardiac intervention.

Key words: Charles Bonnet syndrome, visual hallucinations, visual disorders.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Charles Bonnet (SCB) fue descrito por primera vez en 1760 por este filósofo y botánico suizo, al observar en su abuelo la presencia de alucinaciones visuales con disminución de la agudeza visual por cataratas y fue publicado posteriormente en Copenhague (1).

El SCB se caracteriza por alucinaciones visuales persistentes (simples o complejas), en blanco y negro o color, estáticas o en movimiento, que se presentan en personas con deterioro visual de cualquier origen, en ausencia de otro tipo de alucinación sensorial, y sin alteraciones del estado cognitivo.

Las alucinaciones se presentan de manera insidiosa e intermitente, son vividas con gran angustia, ansiedad, irritabilidad y llanto (2,3). Pueden tener una duración de segundos a horas, aparecer concomitantemente con la pérdida de la visión, días o semanas después de la misma, y persistir desde minutos a años (3).

Se presentan con mayor frecuencia en adultos mayores entre la séptima y novena década de la vida con incidencia creciente desde 0.4 hasta 14% (1,2).

La conciencia de irrealidad es característica de las alucinaciones presentes en el SCB. El individuo reconoce el carácter patológico de las mismas, lo que las definiría como Alucinosis (9,2).

Este síndrome no siempre es reconocido por los clínicos y muchas veces es sub diagnosticado. Puede además prestarse a confusiones como psicosis o demencia temprana, sumado a que las alucinaciones visuales a menudo no son reportadas por los pacientes, debido al miedo a ser interpretadas como síntomas de un trastorno mental.

Las causas son muy variadas, en todas existe alguna alteración de la vía visual y van desde cataratas, alteraciones maculares, neuritis óptica, enfermedad vascular cerebral, tumores, trauma hasta procedimientos neuroquirúrgicos.

Se han descrito casos en asociación a esclerosis múlti-

ple, arteritis y enfermedad vascular (1,5).

Se desconoce la fisiopatogenia por la que se producen las alucinaciones, aunque se considera que la teoría de la desarmentación sería la responsable del desarrollo de las mismas.

La pérdida de la estimulación de las células neuronales generaría cambios histológicos, bioquímicos y anatómicos en las sinapsis para intentar compensar la escasa estimulación, transformándose en hiperexcitables. Estos cambios se evidencian tanto en el terminal pre sináptico como post sináptico, así como en la disfunción en las áreas primarias y secundarias de la corteza visual.

Se debería hacer el diagnóstico diferencial con todos aquellos cuadros clínicos que cursan con alucinaciones visuales, es necesario practicar pruebas diagnósticas que descarten otra patología, además de tener en cuenta que cada patología que presente alucinaciones visuales tiene sus propias características que permiten orientar el diagnóstico hacia una de estas entidades (3,17).

Algunas de las patologías en las cuales las alucinaciones visuales forman parte de sus manifestaciones son: migraña, crisis convulsivas, trastornos neurodegenerativos como la demencia de cuerpos de Lewy, y la enfermedad de Parkinson, efectos de fármacos, delirium o encefalitis de cualquier causa, alucinosis peduncular por lesión del tallo cerebral, narcolepsia y enfermedades psiquiátricas. En estas últimas la aparición de las alucinaciones son de manera progresiva, se conserva el nivel de conciencia, son predominantemente auditivas; en cambio en las alucinaciones secundarias como en las presentes en el SCB son alucinaciones visuales en ausencia de alucinaciones auditivas, de aparición abrupta, puede haber alteraciones de la conciencia, además el paciente reconoce el carácter patológico de las alucinaciones.

El tratamiento es individualizado en relación al malestar generado por los síntomas. Se reportaron algunos casos en donde los antipsicóticos eran ineficaces aunque otros reportes mostraron beneficio frente a la sintomatología.

Bajas dosis de olanzapina o quetiapina provee beneficios sin efectos adversos significativos, al igual que el haloperidol en dosis bajas puede incluso ayudar a la desaparición de las alucinaciones (3,1).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente de 59 años de edad, sexo masculino, caucásico, residente de la localidad de Córdoba, de ocupación comerciante, deportista de alto rendimiento; convive con familia constituida por esposa y 3 hijos. Sin antecedentes personales ni familiares de enfermedades mentales, sin antecedentes quirúrgicos. Sin toxicomanías, ni antecedentes de intoxicación con sustancias, alérgico a la penicilina. Con historia de tabaquismo de 10 paquetes / año, hipertensión de reciente diagnóstico y estenosis aórtica moderada conocida desde el año 2004.

Medicado con enalapril 10 mg / día vía oral. En cuanto a sus antecedentes fisiológicos: alimentación rica en frutas y verduras, pesa 75 kg, mide 1.70 mts., BMI 25.95.

Comenzó en noviembre del 2013 con síntomas debido a su estenosis aórtica, por lo que se le indicó reemplazo de válvula aórtica.

Fue intervenido quirúrgicamente durante 8 horas, tiem-

pode clampeo de 90 min, y de circulación extra corpórea (CEC) de 150 minutos.

Durante el procedimiento presentó episodio de hipotensión con necesidad de noradrenalina (NAD) y taquicardia ventricular con cardioversión eléctrica (CVE) y ampliación de toracotomía.

Durante las primeras 24 horas post quirúrgicas, se logra extubación bajo sedo analgesia, mantuvo tendencia a la hipotensión con requerimiento de NAD que se tituló en descenso hasta la supresión; posterior a ello permaneció hemodinámicamente estable, vigil orientado en tiempo, espacio y persona, afebril sin signos de foco ni meníngeo, comienza con alucinaciones visuales por lo que se interconsulta al servicio de psiquiatría, neurología y oftalmología.

Psiquiatría

El paciente, durante la entrevista psiquiátrica, relató alucinaciones visuales, simples y complejas, liliputienses, en forma de manchas o gotas de agua, escenas, animales, intensamente coloreadas, brillantes, que se movían en bloque a través de todo el campo visual “veo un sol azteca, perfecto, líneas doradas en proyección, imágenes como un negativo, manchas de pintura o de sangre”.

El paciente podía reconocerlos como irreales y tenían un alto impacto emocional en el mismo, generándole angustia e incertidumbre. La actitud del paciente respecto a las mismas era de intentar eliminar el malestar provocado por incoercibilidad de las alucinaciones cerrando los ojos.

No se asociaron alucinaciones auditivas u otras modalidades sensoriales, eran binoculares y ocupaban todo el campo visual. Ocurrían a menudo con ojos abiertos y cerrados a predominio del primero.

La aparición de las alucinaciones fue brusca, de duración continua y se presentaron en los primeros 5 días de posoperatorio, para luego tornarse variables y episódicas durante el día. Se desconocía patología ocular previa.

El examen del estado mental del paciente sólo mostraba afectividad y psicomotricidad alterada por ansiedad, temores e inquietud física por dolores propios del posoperatorio, además de las alucinaciones que se describieron previamente y conductas alucinatorias del paciente como cerrar los ojos para evitarlas.

Neurología

En el examen neurológico no se evidenciaron alteraciones por lo que se solicitó estudio de potenciales evocados visuales (PEVS), electroencefalograma (EEG) y tomografía axial computada (TAC) de cerebro sin contraste.

Clínica Médica

Al examen físico el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con moderado manejo del dolor torácico, por lo que requirió analgésicos no opiáceos endovenosos.

Oftalmología

En el examen oftalmológico se constató una agudeza visual dentro de los rangos de normalidad.

Estudios realizados: "Química": Sodio 140 mmol/l, Potasio 4,0 mmol/l, cloro 108 mmol/l, creatinina 0,85 mmol/l, urea 36 mg /dl, PH 7,42. PCO₂ 40 mmHg, HCO₃- 25,0 mmol/l, EB 0,6 Clearance de creatinina 98 ml/min. "Hemograma": Leucocitos 9,5 k/ul, Eritrocitos 2,87 M/ul, Hemoglobina 9,0 g/dl, Hematocrito 25,5 %, Plaquetas 139 k/ul.

Los estudios laboratorios mostraron leve anemia. EEG: Estudio dentro de límites normales. PESV: Prolongación de latencia en onda P. Sugiere Sufriamiento de la vía occipital. (Figura 1). TAC de cerebro sin contraste: Estudio normal, sin evidencia de lesiones agudas.

-Resonancia magnética nuclear (RMN) de cerebro: No pudo llevarse a cabo debido a presencia de válvula cardíaca mecánica. El paciente permaneció 6 días internado, tras los cuales las alucinaciones persistieron. Luego del alta mostró a los 7 días mejoría sintomática en ausencia de tratamiento psicofarmacológico.

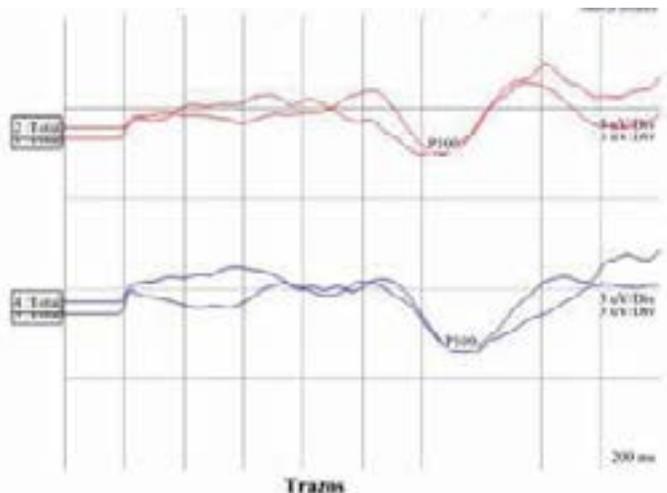


Figura 1: PESV Incremento de latencia de la onda P (corteza occipital) sugiere sufrimiento de la vía visual bilateral.

DISCUSIÓN

"El síndrome de Charles Bonnet se reservaba para aquellas alucinaciones relacionadas con las enfermedades de la vista u otros problemas oculares. Pero una serie de alteraciones esencialmente semejantes pueden darse también cuando el daño no está en el ojo, sino en zonas superiores del sistema visual, sobre todo las áreas corticales que participan en la percepción visual el lóbulo occipital y sus proyecciones a los lóbulos temporal parietal del cerebro (2,3,7)".

Pueden llevar a error diagnóstico si no se investigan probables causas orgánicas de las alucinaciones, y se deben descartar las alteraciones psiquiátricas mediante examen psiquiátrico, neurológico, oftalmológico y métodos de estudios para evaluar la vía óptica.

Lo destacable del caso presentado es la aparición de las alucinaciones, la duración de las mismas y la estrecha relación con el procedimiento quirúrgico.

Como se mencionó previamente; la patología es más

frecuente en ciertas enfermedades oculares, prácticamente cualquier compromiso de la vía visual, trátase de estructuras oculares periféricas, vías de transmisión de la información hacia la corteza occipital e incluso alteraciones de la misma corteza visual primaria o de asociación pueden generar esta patología.

Aunque se han descrito casos en asociación a enfermedad vascular venosa trombótica en ausencia de lesiones en la vía visual (1).

Es debido al bajo reporte de casos en la literatura acerca de lesiones en regiones occipitales o en la vía visual de transmisión que nuestro caso toma relevancia. En el mismo se puede ver claramente como a través de la implementación de diagnósticos diferenciales junto a la realización de estudios complementarios se pudo arribar al diagnóstico definitivo más allá de la baja casuística y del sub diagnóstico, que presenta dicho síndrome.

En principio el paciente no presentaba ninguna enfermedad ocular conocida que justificar el SCB, sin embargo la afección cerebral con lesión de la vía óptica (vía occipital) secundaria probablemente la hipotensión provocada durante la CEC en la cirugía de RVAO serían los responsables de la desafeñación neuronal que por disminución de aferencias al córtex occipital como fenómeno compensatorio desencadenaría el desarrollo de alucinaciones visuales (1,3-5).

CONCLUSIÓN

El SCB puede desarrollarse en paciente con buena agudeza visual, por lo tanto es importante que especialidades como oftalmología, neurología y psiquiatría conozcan este síndrome para evitar el subdiagnóstico.

El trabajo multidisciplinario entre estas tres especialidades favorecería al conocimiento del SCB y mejoría la calidad de atención médica de los pacientes, y por lo tanto, la calidad de vida de los mismos

En este caso se asocian los síntomas del SCB sin un déficit visual previo a una lesión de la vía visual bilateral posterior a posible isquemia cerebral. El cuadro clínico coincide por el área afectada a las manifestaciones reportadas en la literatura.

La RMN cerebral funcional sería el estudio ideal para llevar a cabo en este caso, y confirmar con otro método diagnóstico la hipótesis de la isquemia cerebral, sin embargo, dado la presencia de válvula aórtica artificial no fue posible su realización.

Agradecimientos: Se agradece al Dr. Correa Leandro Javier, quien ha colaborado en la realización del presente trabajo.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Camila V, Franco J.G. Síndrome de Charles Bonnet, manejo con haloperidol en paciente nonagenaria. Caso clínico. Rev. méd. Chile v.136 (nº.3), 136:347-350,2008.
2. Félix A, Betancourt Companioni P, Romeu Yunaka S, Pérez Román E, Román González H. Síndrome de Charles Bonnet. Reporte de caso y revisión del Tema. Mediciego 19 (supl.1) 2013.
3. Pelak V. Visual release hallucinations (Charles Bonnet Sy-

ndrome). Uptodate Jan 2014.

4. Santos-Bueso E, Serrador-García M, Sáenz-Francés F, García-Sánchez J. Síndrome de Charles Bonnet en paciente con alteraciones campimétricas y buena agudeza visual. Carta al editor. *NRL-590*;2, 2014

5. Martínez H, Gómez M. Síndrome de Charles Bonnet en déficit visual izquierdo transitorio secundario a una trombosis venosa cerebral. *Arch Neurocién (Mex)* vol.14, (n° 1):73-77, 2009.

6. Romero Vargas S, García Navarro V, Ruiz Sandoval JL. Alucinaciones visuales. *Semiología y fisiopatología. Rev Mex Neuroci.* 5(5): 488-494. 2004

7. Sacks O. Alucinaciones. Anagrama, Barcelona, p.17-48, 2013

8. Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría 4ª Edición. Masson, Barcelona, p.623.1998

9. Capponi MR. Psicopatología y Semiología Psiquiátrica. Universitaria. Santiago de Chile. 1998

10. Kaplan, H. Tratado de Psiquiatría. 6ª Edición. Inter-medica. Buenos Aires. 1995

11. Ey H. Tratado de las Alucinaciones. Tomo I, Polemos, Buenos Aires. 2009

12. Cortés H.M; Vargas Rueda A. Síndrome de Charles Bonnet: revisión de tema. *rev.colomb.psiquiatr.* vol.36 (n°2) Bogotá Apr/June 2007

13. Dominic Ffytche, Visual Hallucination and Illusion Disorders: A Clinical Guide. *ACNR • Volume 4 (Number 2) May/June 2004.*

14. F. Tremaine Billings, Jr, John Pitt. Charles Bonnet Low Visions; *Trans Am Clin Climatol Assoc*, 119: 225–226; 2008

15. Mark Greener, Charles Bonnet syndrome: an enigmatic neurological condition, *Progress in Neurology and Psychiatry*, Volume 18, Issue 2, pages 6–8, March/April 2014

16. Hermann Rojas-Rojas, Pereira Manrique. SÍNDROME DE CHARLES BONNET, *Revista Salud Bosque*, Volumen 1, (Número 2): 63-70

17. W Burke. The neural basis of Charles Bonnet hallucinations: a hypothesis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 73:535-541, 2002.

Suicidio y personalidad desde un enfoque psicodinámico. Reporte de Caso.

Edith Arianne Estrada-Chavarría (1), César Gustavo Vieyra-Chacón (1), Juan Rubén Vieyra-Chacón (1)

(1) Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

RESUMEN

Se describe el caso de una mujer de 18 años, quien fue hospitalizada por intento de suicidio secundario a intoxicación medicamentosa, con graves complicaciones clínicas como alteraciones del estado de conciencia, complicaciones cardiovasculares y electrocardiográficas. Una vez establecidas las medidas de soporte se instauró evaluación psiquiátrica encontrando múltiple comorbilidad, como la asociación de trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad, entre otros diagnósticos. Desde este enfoque psicodinámico y farmacológico, se contribuyó a la búsqueda de la etiología, la disminución del riesgo suicida y la estabilización del cuadro afectivo, abordando los aspectos correspondientes a una estructura organizacional limítrofe o borderline de la personalidad. Se pretende aportar información a otras especialidades para proporcionar una perspectiva integral, principalmente la psicodinámica.

Palabras clave: suicidio, personalidad borderline, limítrofe, bipolar, psicodinámica.

ABSTRACT

The case of a woman of 18 years old, who was hospitalized for attempted suicide secondary to drug intoxication, with serious clinical complications such as disturbances of consciousness, cardiovascular complications and electrocardiographic changes. Once established supportive measures, the psychiatric evaluation found multiple comorbidities, such as the association of bipolar disorder and borderline personality disorder, among other diagnoses. From this psychodynamic and pharmacological approach contributed to the search for the etiology, decreased suicide risk and stabiliza-

tion of affective symptoms, and dealing with issues related to organizational structure borderline personality. It is intended to provide information to other specialties to provide a comprehensive perspective, mainly psychodynamic

Key words: suicide, borderline personality, bipolar, psychodynamic.

INTRODUCCIÓN

La palabra “suicidio” está formada con dos elementos latinos: sui, de sí mismo, y cidio, del verbo caedere, “matar”; que significa “matarse a sí mismo” término creado por François Desfontaines en 1735. (1) Durkheim lo define “muerte como consecuencia directa o indirectamente de un acto positivo o negativo de la propia víctima, que sabe que va a producir este resultado” (2,3).

Es la complicación más grave de los trastornos psiquiátricos (4). Reportes de la OMS (5), mencionan que el suicidio figura entre las 20 causas de defunción más importantes de todas las edades a nivel mundial. Estima una tasa de mortalidad global de 16 por cada 100 mil habitantes o una muerte cada 40 segundos. Es la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y las tentativas de suicidio son 20 veces más frecuentes. Las regiones con tasas de mortalidad mayores a 13 de cada 100 mil habitantes son Europa del Este y Europa Central y parte de Asia. Así como Guyana, Suriname y Uruguay en América. Las regiones con 6.5 a 12 suicidios por cada 100 mil habitantes son Estados Unidos, Canadá, Cuba, Chile, Argentina, Australia, India y Europa Mediterránea y con una tasa de 6.5 por cada 100 mil habitantes: México, Centroamérica, Brasil, Colombia, Venezuela, Perú, Sudáfrica y Filipinas.

El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (6), mencionan que México ocupa el cuarto lugar en América Latina en suicidios. Los estados con mayores casos son México, Distrito Federal, Jalisco, Veracruz y Nuevo León. Los principales métodos son ahorcamiento, estrangulación y asfixia, y para intentos de suicidio la sobredosificación medicamentosa. Las mujeres tienen mayor prevalencia en este método, en relación 4:1 en varones.

Actualmente no se dispone de evidencia de estudios de casos a nivel internacional desde un enfoque psicodinámico y, con ello, pretendemos crear planes de tratamiento integral, favorecer la erradicación de su estigmatización y brindar informa-

Correspondencia:

Edith Arianne Estrada Chavarría
César Gustavo Vieyra Chacón
Hospital Universitario José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, México
Av. Francisco I Madero Poniente y Av. Gonzalitos, Col Mitras Centro (64460) Monterrey, Nuevo León, México
Tel: +81 83480585 Fax: +81 83483995
E-mail: editharianne@hotmail.com - dr.cgvvcg@gmail.com

ción para mayor apertura de tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 18 años, soltera, estudiante de nivel superior, cristiana, que ingresó al servicio de urgencias por un intento de suicidio secundario a intoxicación medicamentosa 4 horas previas con antihistamínicos, antiinflamatorios y carbamazepina (CBZ) 2 g. Este fármaco lo consumía su hermana por crisis convulsivas. Antecedentes heredofamiliares: fallecimiento de dos tíos paternos y un tío materno por suicidio, y una prima materna con un intento de suicidio por intoxicación medicamentosa.

Refirió etilismo ocasional desde los 16 años de edad y negó el uso de otras sustancias. Negó complicaciones perinatales, abuso físico, sexual o psicológico, desarrollo psicomotor normal. Mencionó dos intentos de suicidio previos, a los 15 años de edad al cortarse ambas muñecas con una navaja y a los 16 años al intentar ahorcarse, sin valoración psiquiátrica. Refirió un sentimiento crónico de vacío desde entonces. Fue encontrada inconsciente por sus familiares en su domicilio, con crisis convulsivas tónico clónico generalizadas y vómito. Se realizaron estudios de laboratorio como perfil hepático, tiroideo, prueba de GCH, VIH, VDRL, antidoping, resonancia magnética cerebral y electroencefalograma que se reportaron negativos. El electrocardiograma reportó prolongación del intervalo QT 0.356 ms, inversión y aplanamiento de la onda T; creatinfosfoquinasa 862 UI/L, y niveles séricos de CBZ 20.91 ug/mL, se realizó lavado gástrico con carbón activado 1g/kg, tras el cual recuperó el estado de alerta.

Se solicitó interconsulta a Psiquiatría 24 horas después. Al explorar su padecimiento actual, mencionó que el intento fue secundario a un conflicto de pareja con disregulación afectiva importante, con llanto, ira, tristeza e impotencia. Refirió sintomatología afectiva de 3 años de evolución, describió 3 episodios de Hipomanía de 2 a 3 meses de duración, con irritabilidad, ideas de grandiosidad, verborrea, fuga de ideas, aumento de la actividad intencionada y actividades placenteras de alto riesgo (conducir a alta velocidad y gastos económicos irrefrenables), y deterioro importante en ámbito laboral, académico, familiar y social. Después de 5 días de estancia intrahospitalaria, evolucionó con mejoría clínica, y se sugirió internamiento en Cuidados Intensivos Psiquiátricos, para contención de riesgo de autoagresión, adecuación diagnóstica y farmacológica. A la exploración del examen mental, consciente, orientada en persona, lugar y tiempo, concentración, atención, memoria inmediata, reciente y remota preservada, afecto lábil, depresivo, juicio alterado, lenguaje con curso y forma normal, pero volumen disminuido, sin alteración del contenido del pensamiento, alteraciones neurovegetativas (hipersomnia, hiporexia y disminución de la libido) y negó alteraciones en la sensoropercepción. Negó ideas de muerte, ideación o planeación suicida (en el momento de la exploración), se observó desesperanza en sus respuestas y lenguaje no verbal.

Se evaluó la Escala de Ansiedad de Hamilton (11 pts.), Inventario de Beck (27 pts.), Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (40 pts.), Escala de Depresión de Hamilton (29 pts.), Escala de Manía de Young (4 pts), Mini International Neuropsychiatric Interview que reportó un riesgo de suicidio alto,

episodio depresivo mayor actual y un episodio hipomaniaco anterior, Cuestionario de Conners para padres, la Escala de Cribado de Trastorno de Déficit con Atención e Hiperactividad del Adulto (ASRS-VI.1).

Se realizó un examen estructural, para explorar el nivel organizacional del carácter reportando: mecanismos de defensa: negación primitiva, al ejemplificar, “todo está bien, no pasa nada, las pastillas me harían no pensar más, si no veo mis problemas no los voy sentir”. Defensas caracterológicas: impulsivas, “tuve una discusión con mi novio, lo engañaba, no pudimos arreglar las cosas, no pude más y decidí tomarme las pastillas”. Identidad: difusa, “a veces me siento muy capaz y segura de mí misma, pero a veces me confundo y no se ni quien soy”. Súper yo: laxo, “el primer intento de suicidio lo hice porque discutí con mi hermana, porque no fui a trabajar por irme a tomar con mis amigas”. Control de impulsos: inadecuado, “en mis 3 intentos de suicidio ninguno lo premedite, solo actúo sin pensar”. Relaciones objetales: parciales, “todas mis relaciones de pareja han sido por atracción no he sentido amor por ninguna, con mis padres me llevo bien, pero no les tengo confianza”.

Se realizaron pruebas psicológicas como: Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender, Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos, Test proyectivos gráficos: Árbol – Casa – Persona, revisión Hammer, Test de la Figura Humana revisión Machover, Test del Concepto más Desagradable y Test Persona Bajo la Lluvia, un nivel de Inteligencia Promedio Bajo (puntaje 88, percentil 21), concluyendo que la paciente se encontraba interferida por el episodio depresivo del Trastorno Bipolar tipo II (TBII), descartando organicidad, en su funcionamiento psicológico destacó el descontrol de impulsos, los rasgos de carácter paranoides organizados en un nivel limítrofe.

Los resultados finales reportaron un Nivel Alto de Riesgo Suicida, TBII, último episodio depresivo, abuso de alcohol y problemas relacionados a su grupo primario de apoyo: familia, pareja, trabajo y situación académica, Trastorno Límite de la Personalidad con rasgos paranoides, Escala de Evaluación de la Actividad Global 41-50 y el nivel organizacional de la estructura de la personalidad limítrofe.

DISCUSIÓN

Se brindó medicación a base de ácido valproico 750 mg/día con niveles terapéuticos de 62 pg/ml y lamotrigina 100 mg/día. Una vez disminuido el riesgo suicida, se trasladó al área de Comunidad Terapéutica para tratar los aspectos de carácter, se enfatizó el apego al tratamiento, se realizó un trabajo multidisciplinario con psicoterapia familiar, de apoyo y grupal, con el objetivo de reincorporar a la paciente a su entorno social y recobrar su funcionalidad.

Se empleó Terapia Comportamental Dialéctica ya que es la modalidad de psicoterapia con mayor evidencia clínica en pacientes con una organización “borderline” desarrollado por Marsha Linehan, modelo creado originalmente para pacientes con múltiples intentos suicidas, activas auto-lesiones y múltiples hospitalizaciones psiquiátricas (7).

La evidencia actual apoya la combinación de un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina y estabilizadores del humor para TBII, de los cuales la Lamotrigina ha reportado

mayor evidencia clínica de mejoría en episodios depresivos (8), así como ácido valproico (9).

La paciente respondió favorablemente, y hoy en día cursa en tratamiento en psicoterapia analítica semanal y controles farmacológicos mensuales.

El concepto de organización “borderline”, está basado en tres criterios: identidad difusa (sentido incoherente de sí mismo y de los demás), uso de mecanismos de defensa primitivos y prueba de realidad frágil, impedimento en la regulación afectiva y en la expresión agresiva y de la sexualidad, valores internalizados inconsistentes y pobre calidad de relaciones con otros. La expresión clínica incluye labilidad afectiva, enfado, caos interpersonal, conducta impulsiva autodestructiva, propensión a la pérdida de la prueba de la realidad. La manifestación típica de la identidad difusa es la oscilación entre impotencia y rabia (diada víctima/victimario), con agresión dirigida hacia sí mismo y los demás.

El presente trabajo pretende enfatizar que detrás de los intentos de suicidio existen graves trastornos psiquiátricos. La psicoprofilaxis es una forma de evitar un mayor perjuicio a estos pacientes, al minimizar el riesgo de suicidio, asociado a rasgos caracterológicos, predominantemente manipulatorios, como el presente caso.

Desde el enfoque psiquiátrico se sugiere realizar una evaluación psicodinámica, más allá de una orientación biológica, y que esto permita un mayor entendimiento sobre el mundo interno de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Clark P. Suicidio, Société, ET Sociologie: De Durkheim À Balzac, Decimonónica francesa Estudios. University of Nebraska Press 3 (3/4): 200-212, 1975
2. Durkheim E. Introduction. Suicide: A Study in Sociology By Emily Durkheim. The Free Press, New York, USA. 1st edition. Editors: Spaulding J. and Simpson G. Chap: 1, 44, 1951
3. Kushner H, Sterk C, The Limits of Social Capital: Durkheim, Suicide, and Social Cohesion. Am J Public Health 95 (7): 1139-1143, 2005.
4. Soler P, Gascón I y Gascón J. Suicidio y autolesiones. En: Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales RTM-III. Comité de Consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales. 3ª edición. Ars Medica. España. 3ª Edición. Editores: Sarro B. y Tejedor C. Capitulo: 1, 2, 2005
5. OMS. Organización Mundial de la Salud. Guía de comisión. Modelo ONU Asobilca XXI 15, 2014.
6. INEGI. Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2009. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. México. 10-44, 2009.
7. Linehan M. Summary of Approach. In: Instructor’s Manual for Dialectical Behavior Therapy with Marsha Linehan, PH.D, Manual by Katie Read, MFT. Psychotherapy.net. Canada. Chap: 2, 6, 2013
8. Ivković M, Damjanović A, Jovanović A, Cvetić T and Jašović M. Lamotrigine Versus Lithium Augmentation Of Antidepressant Therapy In Treatment-Resistant Depression: Efficacy And Tolerability. Psychiatria Danubina, 21 (2): 187-193, 2009.
9. Chávez E. Tratamiento Farmacológico De La Fase Depresiva Del Trastorno Bipolar (Depresión Bipolar). Primera Parte*. Salud Mental 27 (5): 33-43, 2004.

Eritromelalgia

Godoy Alejandro (1), Tabares Aldo Hugo (2)

(1) Servicio de Clínica médica del Hospital Privado Universitario de Córdoba

(2) Servicio de Medicina Vasculare y Trombosis del Hospital Privado Universitario de Córdoba

RESUMEN

La eritromelalgia es un raro síndrome caracterizado por dolor quemante intenso, eritema y calor, que generalmente compromete las extremidades. Las personas afectadas por esta enfermedad pueden mostrar un gran impacto en su calidad de vida. Su reconocimiento y su tratamiento aún sigue siendo un desafío.

Palabras clave: eritromelalgia, dolor quemante, neuropatía de fibras pequeñas.

ABSTRACT

Erythromelalgia is a rare clinical syndrome characterized by burning pain, erythema and increased temperature, which usually involves the extremities. People affected by this disease often deteriorate their quality of life. Recognizing this disease and its treatment is challenging.

Keys words: erythromelalgia, burning pain, small fiber neuropathy

¿QUÉ ES LA ERITROMELALGIA?

En 1878 Mitchell describió y llamó eritromelalgia a una entidad clínica de etiología incierta caracterizada por una triada de eritema episódico, calor y dolor quemante en las extremidades.

La condición primaria está determinada por una herencia autosómica dominante o puede ser idiopática. La eritromelalgia puede también ser secundaria a policitemia vera y otros desórdenes mieloproliferativos, desórdenes del tejido conectivo, neuropatías, enfermedad de la médula espinal, drogas y enfermedades neoplásicas como carcinoma de colon, tiroides y astrocitomas (1).

Al presente, desafortunadamente, no hay prueba diag-

nóstica confirmatoria y la misma está basada en los datos de la historia clínica y los hallazgos del examen físico durante los episodios. Con el advenimiento de la fotografía digital y su fácil acceso, las imágenes pueden ser muy útiles para documentar estos eventos. El termógrafo puede revelar el incremento de temperatura en el área afectada pero esto no es imprescindible para el diagnóstico (2).

Los síntomas comienzan usualmente en la primera o segunda década de la vida, pero hay casos reportados que puede comenzar en la sexta década. Las series de la Clínica Mayo muestran una mayor prevalencia en mujeres a lo largo de los años (1).

La incidencia y prevalencia de la eritromelalgia son difíciles de precisar, debido a que los pacientes pueden no reportar sus síntomas cuando son leves y los médicos no siempre sospechan el diagnóstico debido a que es una enfermedad poco conocida e infrecuente. Los escasos datos encontrados en la bibliografía señalan una incidencia de 2.5 a 3.3 por millón de personas al año con una prevalencia de 18 a 20 por millón en población Noruega (3).

TABLA 1. Clasificación etiológica de eritromelalgia

Eritromelalgia primaria	Eritromelalgia secundaria
Idiopática	Policitemia Vera
Mutación del gen SCN9A y el SCN10A	Eritromelalgia primaria
	Carcinoma de colon
	Carcinoma de tiroides
	Astrocitomas
	Enfermedades del tejido conectivo
	Enfermedades de la médula espinal
	Fármacos

FISIOPATOGENIA

El mecanismo patológico común de la eritromelalgia se sospecha que es la alteración microvascular de los shunts arterio-venosos. Recientemente se ha encontrado una mutación del canal de voltaje de sodio Na 1.7 y Na1.8 codificados por el gen SCN9A y el SCN10A, ubicados en el cromosoma 2q24.3 y 3p22.2 respectivamente.

Las mutaciones producen un menor umbral de activación de los canales iónicos que son activados por estímulos de

Correspondencia:

Alejandro Daniel Godoy
República Dominicana 256 (5000), Córdoba, Argentina
Te: +54 0351 153566362
E-mail: ale_nano@hotmail.com

menor amplitud, permaneciendo abiertos mayor tiempo. El resultado final es una hiperexcitación del ganglio de la raíz dorsal lo que perpetua el dolor en los miembros. (4) (5)

La disfunción de fibras pequeñas podría alterar la función vascular y esto inducir inflamación neurogénica, lo que elevaría la temperatura del miembro que caracteriza esta patología. Los mecanismos patológicos aún continúan siendo discutidos y es posible que diversos mecanismos puedan ocasionar estos síntomas. Se ha postulado una hipótesis alternativa acerca del compromiso de las glándulas sudoríparas ecrinas y el músculo liso que involucra el compromiso simultáneo del receptor mucarrínico M3 y receptores adrenérgicos.(6)

Se ha descrito que durante los síntomas se produce un incremento en la temperatura media de 11.6 C aproximadamente, y esto se acompaña de un incremento en el flujo vascular con una paradójica pérdida del intercambio de oxígeno medido por oximetría transcutánea. Este estado de hiperemia con hipoperfusión es compatible con la apertura de shunts arterio-venosos, disminuyendo el flujo de nutrientes en los capilares. Como alternativa otros autores proponen un incremento en el metabolismo celular local. Esto podría ocasionar el aumento de la temperatura, y los desechos producidos por el metabolismo celular y la hipoxemia ocasionarían el aumento de flujo sanguíneo, si el mismo es insuficiente para satisfacer las necesidades de los tejidos, los productos de desecho podrían inducir daño tisular con isquemia, calor y dolor considerable (6).

DIAGNOSTICO DE EXCLUSION BASADO EN LA PRESENTACION

El diagnóstico de eritromelalgia está basado en el análisis de la historia clínica y el examen físico durante un episodio doloroso. Los síntomas pueden ser intermitentes o en raros casos constantes. Los miembros inferiores son más frecuentemente afectados y generalmente su compromiso es bilateral y simétrico.

Los síntomas pueden empeorar durante la noche, luego del consumo de alcohol, con temperaturas ambientes elevadas y con ejercicio moderado. Debido a que su condición es intermitente solos dos tercios de los pacientes tienen hallazgos anormales al examen físico.

Diferentes estudios son necesarios para excluir otras patologías y para determinar la causa de la eritromelalgia secundaria.

Los diagnósticos electromiográficos no muestran las alteraciones en las fibras pequeñas como así tampoco el estudio histopatológico de las lesiones no ayuda ya que las características encontradas no son específicas de la patología (7).

La isquemia severa de los miembros inferiores puede ser descartada por el examen físico vascular y la realización del índice tobillo brazo.

La realización de un citológico y recuento de plaquetas, glucemia y prueba de tolerancia a la glucosa, proteinograma por electroforesis e inmunofijación y hormonas tiroideas se sugieren para el diagnóstico de las formas secundarias

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Otras patologías pueden ser descartadas por las características clínicas y los test de laboratorio. La enfermedad de Fabry causa parestesia y dolor quemante en las extremidades pero no eritema. Los característicos angioqueratomas pueden ser apreciables en alguna región del cuerpo. Además esta patología esta frecuentemente asociado a insuficiencia renal.

Neuropatía periférica: debido a muchas causas pueden causar dolor en las extremidades pero no eritema. El examen neurológico y la velocidad de conducción nerviosa pueden resolver el problema diagnóstico.

Síndrome de eritrodisestesia: típicamente causado por drogas quimioterápicas. Los fármacos que lo producen con mayor frecuencia son doxorubicina liposomal (Caelyx®) y capecitabina (Xeloda®).

Otro diagnóstico diferencial a tener en cuenta es el síndrome complejo regional doloroso (CRPSI), también conocido como una distrofia simpática refleja, y distinguir esta condición puede ser complejo. Por ejemplo los pacientes con esta condición pueden tener calor, edema y dolor en los miembros. Varios factores pueden ayudar a distinguir el CRPSI de la eritromelalgia. En general ,la eritromelalgia es bilateral, mientras que el CRPSI es usualmente unilateral. En segundo lugar, la mayoría de las pacientes con CRPSI tienen dolor al frío y evitan la exposición al mismo. Tercero, los pacientes con CRPSI generalmente tienen historia de daño precediendo el comienzo de los síntomas, cosa que no ocurre en la eritromelalgia. Además, el bloqueo simpático puede ser eficaz en el CRPSI a diferencia de la eritromelalgia (6).

Otras causas a considerar incluyen: tirotoxicosis, enfermedad febril crónica, leucemias, insuficiencia hepática, alcoholismo crónico y artritis reumatoide (1).

Figura 1. Diagnósticos diferenciales de eritromelalgia

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de Fabry - Neuropatía periférica - Policitemia - Tirotoxicosis - Síndrome de eritrodisestesia - Síndrome complejo regional doloroso - Enfermedad febril crónica - Leucemias - Insuficiencia hepática - Alcoholismo crónico - Artritis reumatoidea
-------------------------------	--

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

No hay terapia definida para la eritromelalgia. El tratamiento es complejo y necesita de un abordaje multidisciplinario. Medidas simples como por ejemplo: aplicar toallas húmedas, mojar el pie en agua fría, caminar en pisos fríos o elevar la extremidad afectada sirven para aliviar los síntomas. Los pacientes deben evitar factores que pueden exacerbar sus molestias como el calor en las extremidades durante ejercicio, la ingesta de alco-

hol y el calzado ajustado (8).

Si existiera una causa subyacente el tratar la enfermedad puede aliviar los síntomas. El ácido acetilsalicílico es la terapia de elección en aquellos pacientes con desorden mieloproliferativo subyacente y algunos autores proponen su uso extensivo para todas las causas de eritromelalgia salvo contraindicación.

Otros tratamiento de primera línea incluyen antiinflamatorios no esteroideos (AINES), misoprostol y prostaciclina (1).

La administración de mexiletina, un antiarrítmico similar a la lidocaína, que bloquea los canales de sodio, ha mostrado ser efectiva en el tratamiento de las formas primarias (9,10). Han sido utilizados, con éxito variable, gabapentina, sertralina, venlafaxina y nitroprusiato endovenoso (11).

Se han descrito casos donde la simpatectomía quirúrgica ha mostrado buenos resultados (12).

La remisión espontánea ocurre en hasta un 10% de los pacientes en aproximadamente 8.7 años. Los pacientes deben ser aconsejados de condiciones seguras para enfriar sus miembros ya que los mismos pueden tomar comportamientos extremos para aliviar su dolor como sumergir sus pies en hielo. A pesar que estos comportamientos alivian su dolor momentáneamente, empeoran la integridad de su piel, y exacerban las anomalías en su microcirculación, dejando sus pies ampliamente deteriorados cianóticos, edematosos, macerados, con erosiones y úlceras dolorosas. El dolor de sus pies en inmersión comienza a dominar el escenario clínico. Con el aumento del dolor, se incrementa la discapacidad, el uso de medicamentos para el dolor, aislamiento social, entre otros (8).

La eritromelalgia es una entidad clínica, poco frecuente. Su etiología, diagnóstico y tratamiento siguen siendo controvertidos, siendo necesario su reconocimiento por el médico general para poder tratar de manera eficaz y oportuna a estos enfermos (8).

BIBLIOGRAFÍA

- Ghosh, S. K., Bandyopadhyay, D., & Ghoshal, L. (2012). Painful red hands and feet. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 79(5), 356–8.
- Buttaci, C. J. (2006). Erythromelalgia: a case report and literature review. *Pain Medicine*, 7, 534–538.
- MP, D., Wilkins, F., & TW, R. (2006). Between episodes of erythromelalgia: A spectrum of colors. *Archives of Dermatology*, 142(8), 1065–1086.
- Al-Minshawy, S., & El-Mazary, A.-A. (2014). An Egyptian child with erythromelalgia responding to a new line of treatment: a case report and review of the literature. *Journal of Medical Case Reports*, 8(1), 69.
- Cummins, T. R., Dib-Hajj, S. D., & Waxman, S. G. (2004). Electrophysiological properties of mutant Nav1.7 sodium channels in a painful inherited neuropathy. *J Neurosci*, 24, 8232–8236.
- Davis, M. D., Sandroni, P., Rooke, T. W., & Low, P. A. (2003). Erythromelalgia: vasculopathy, neuropathy or both? *Arch Dermatol*, 139, 1337–1343.
- Themistocleous, A. C., Ramirez, J. D., Serra, J., & Bennett, D. L. H. (2014). The clinical approach to small fibre neuropathy and painful channelopathy. *Practical Neurology*, practneuro-2013–000758–.
- Davis, M. D. P. (2014). Immersion foot associated with the overuse of ice, cold water, and fans: A distinctive clinical presentation complicating the syndrome of erythromelalgia. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 69(1), 169–171.
- Cregg, R., Cox, J. J., Bennett, D. L. H., Wood, J. N., & Werdehausen, R. (2014). Mexiletine as a treatment for primary erythromelalgia: normalization of biophysical properties of mutant L858F Nav1.7 sodium channels. *British Journal of Pharmacology*, 171(19), 4455–4463.
- Elgueta, F., de la Cuadra-Fontaine, J. C., Clede, L., Fierro, C., & Valderrama, A. (2013). Erythromelalgia: A Rare and Hard-to-Treat Condition: A 9-Year-Old Boy Responsive to Intravenous Lidocaine and Oral Mexilitene. *Pain Medicine*, 14(2), 311–312.
- Kalava, K., Roberts, C., Adair, J. D., & Raman, V. (2013). Response of Primary Erythromelalgia to Pregabalin Therapy. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 19(5).
- Cerci, F. B., Kapural, L., & Yosipovitch, G. (2014). Intractable erythromelalgia of the lower extremities successfully treated with lumbar sympathetic block. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 69(5), e270–e272.