

.RC=HC

Revista Científica = Hospital El Cruce

La Revista El Cruce es una publicación editada por el Área de Docencia del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce, de Florencio Varela. Está dirigida a médicos y otros profesionales de la salud.

El objetivo de la revista es difundir artículos científicos de todas las áreas del Equipo de Salud, y a su vez constituir fuente de intercambio con distintas instituciones nacionales e internacionales.

Esperamos contar con el aporte de sus experiencias y conocimientos, para que la revista crezca en calidad y nivel científico.

Editorial del Comité de Docencia

Rubén De Marco
Daniel Aimone

Traumatismo raquimedular

Oswaldo Romano

Pautas quirúrgicas para el tratamiento de la Hemorragia Intracerebral.

Javier L. Gardella

La relación médico paciente en el contexto actual

Vicente Ierace

Caso Clínico Pericarditis aguda por *Mycoplasma pneumoniae*.



ALTA COMPLEJIDAD EN RED
Hospital El Cruce

Comité Editorial

Directores

Director Ejecutivo: Arnaldo Medina
Director Médico: Dr. Juan Marini
Director de Procesos Técnicos Asistenciales: Dr. Mariano Puentes
Director Administrativo : Cdor. Ademar Feccia

Directores de la revista

Prof. Dr. Rubén De Marco Dr. Daniel Aimone

Directores de redacción

Dr. Leonardo Busso	Dr. Oscar Faldutto
Dr. Osvaldo Fariña	Dr. Luís Flores Acosta
Dr. Martín Garaycochea	Dr. Javier Gardella
Dr. Daniel Germino	Dr. Jorge Giaccio
Dr. Roberto Grinfeld	Far. Miguel Hermida
Dr. Kuo-kuan Hung	Prof. Dr. Jorge Lambre
Dr. Ricardo Lara	Dr. Roberto Maida
Dr. Héctor Alejandro Machaín	Dr. Carmen Mucci
Dr. Raúl Matanó	Dr. Hugo Nahum
Dr. Emir Musa	Dr. Marcelo Pereyra
Dr. Ricardo Otero	Dr. Osvaldo Romano
Ing. Sergio Ponce	Dr. Ariel Saez de Guinoa
Dr. Osvaldo Russo	Lic. Mirta Seco
Dr. Ricardo Sarmiento	Dr. Carlos Tajer
Bio. Emilia Scandizzo	
Dr. Juan Carlos Vogel	

Comité de Corrección

Prof. Dr. Javier Gardella Lic. María Teresa Poccioni

Secretaría de redacción

Bib. Doc. Zulema Zárate Insúa

Area Comunicación y Relaciones Institucionales

Lic. Patricia Zarratea

Diseño

DCV Diego Lunansky

Editorial del Comité de Docencia

Prof. Dr. Rubén De Marco
Dr. Daniel Aimone
Editorial

Los encargados de la edición de la revista online El Cruce agradecen la difusión que recibió nuestro primer número y nos da renovados impulsos para mejorar las próximas publicaciones.

En estos días se firmará un acuerdo de cooperación entre la Fundación SIIC (Sociedad Iberoamericana de Información Científica) "Para la Promoción de la Ciencia y la Cultura" y El Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce", que permitirá poner en marcha el programa ACIsE (Actualización Científica sin Exclusiones), que tiene por objetivo fundamental la disseminación inestricta del conocimiento científico entre el conjunto de los estudiantes y profesionales de la salud que se desempeñan en instituciones públicas de la Argentina. A partir de este acuerdo se podrá acceder a distintos recursos científicos, como por ejemplo el de la biblioteca Biomédica, pudiéndose acceder a 1.300 colecciones en papel, única en la lengua hispana y portuguesa, que clasifica información de América Latina y la totalidad de los países del mundo.

Además se firmará un convenio para el intercambio de recursos humanos y científicos con la Universidad de Valencia (España) a través del Hospital Clínico de esa ciudad.

Esperando que el próximo año que ya se acerca sea prolífico en realizaciones deseamos a nuestros lectores felices fiestas.



Traumatismo Raquimedular

Dr. Osvaldo Romano

INTRODUCCIÓN

Se entiende por traumatismo raquimedular el compromiso traumático de la columna vertebral y/o de la médula y de las raíces raquídeas. Si bien puede producirse por traumatismos de baja energía, generalmente acompaña a traumatismos violentos (accidentes de tránsito, caídas de altura) que interesan muchos sectores del cuerpo, tratándose de politraumatizados muchas veces inconcientes.

Desde los papiros egipcios escritos de hace más de 5000 años, donde se decía que estas lesiones espinales no debían ser tratadas, hasta la actualidad, en que es fundamental el tratamiento tanto conservador como quirúrgico según el caso, ha existido un cambio de óptica gracias a la comprensión de estas lesiones, al avance en los estudios complementarios y a la mejoría de los métodos de reducción y estabilización.

Es fundamental la sospecha del compromiso raquimedular. Es muy alta la demora diagnóstica en fracturas, especialmente en la columna cervical. Se ha descrito hasta un 30% de lesiones cervicales diagnosticadas después del 1° mes.

Todo paciente politraumatizado debe tratarse inicialmente como si tuviera un traumatismo raquimedular.

El traumatismo raquimedular se encuentra entre las causas traumáticas más frecuentes de incapacidad severa y muerte 5. Esto es más frecuente en lesiones cervicales. Personas en estado de plenitud física y mental pueden transformarse por un traumatismo raquimedular en un cuadripléjico, lúcido y dependiente de terceros para sus satisfacer sus necesidades más primarias, con el consiguiente impacto psicológico y social 3. Por esto es que lo más importante en las lesiones de la columna vertebral no es la columna en sí, sino las estructuras nerviosas.

La mayoría de lesiones raquimedulares corresponden a accidentes de tráfico, en menor proporción a caídas (zambullidas) y a la práctica deportiva y caída de objetos. La mayoría son varones jóvenes, aunque existe un segundo grupo de mayores de 60 años con patologías cervicales previas 7.

Hasta el 50 % de las fracturas por distracción toracolumbares se asocian con lesiones intrabdominales .

Las lesiones del raquis en la infancia son poco frecuentes (el 3% de la traumatología general pediátrica) 1. La tercera parte son cervicales. Las lesiones medulares de origen traumático representan alrededor del

70% de todas las lesiones medulares del adulto 2. Hasta un 40 % de las lesiones cervicales pueden tener compromiso neurológico. En EEUU se calcula incidencia de lesiones medulares postraumática entre 30 a 60 por millón 7.

De la correcta movilización y traslado del paciente muchas veces dependerá su futuro, por lo que el uso de collar cervical y tabla dura para el raquis tóracolumbar son mandatorios en la urgencia hasta la llegada al centro asistencial donde se evalúe correctamente al paciente.

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la lesión medular ha sido estudiada durante el siglo XX y continúa siendo de interés en la actualidad.

La lesión dependerá de la magnitud del trauma inicial y del desplazamiento de los fragmentos óseos, variando desde la indemnidad medular o la conmoción leve hasta la sección completa.

Existen 4 posibilidades de comportamiento medular en el traumatismo:

1. Indemnidad: No existe compromiso medular de ningún tipo.
2. Conmoción: Lesión medular que suele recuperarse habitualmente en forma precoz y total. No hay alteraciones anatómicas de importancia.
3. Contusión: Lesión medular moderada. Aspecto con continuidad medular, algo edematizada y reblandecida, con daños anatómicos en el interior. Se asocia con lesión clínica parcial.
4. Sección: Pérdida de la continuidad medular generalmente con lesión del saco dural, aunque puede presentarse raramente sin lesión del saco. La lesión es completa e irreversible hasta el conocimiento actual.

Cuando la lesión es parcial (contusión) el trauma y el desplazamiento óseo determinan cambios bioquímicos que determinarán edema e isquemia con la aparición de regiones hemorrágicas y posteriores lesiones cavitarias. Las lesiones predominan en la región central medular y se expanden en sentido centrifugo, por lo que se afectarán más las fibras más centrales (miembros superiores, lumbares) con mayor posibilidad de indemnidad de las periféricas (sacras)2.

CLÍNICA

En todo momento se debe tener en cuenta que el traumatizado raquimedular suele formar parte de un politraumatismo, por lo que la evaluación debe ser multiorgánica y multidisciplinaria.

La clínica del paciente estará determinada por la lesión de la columna vertebral pero especialmente por el tipo y magnitud del compromiso neurológico.

El paciente puede presentarse inconciente por compromiso cerebral o por shock. Se debe presumir que tiene un traumatismo raquimedular e incluir Rx perfil cervical, collar y tabla dura hasta que el retorno de la conciencia permita establecer la clínica.

En el paciente al ingreso es más importante el examen neurológico periférico que la semiología de la columna vertebral. En forma rápida en la guardia se constata la movilidad voluntaria y la sensibilidad en los cuatro miembros.

El compromiso neurológico de los miembros inducirá a pensar en una lesión raquímedular: cervical si interesa a los miembros superiores e inferiores, o tóracolumbar si afecta sólo a los últimos.

Si no existe compromiso motor en los cuatro miembros, se sospechará lesión de la columna cervical posterior al traumatismo cuando exista dolor en la nuca o en la cintura escapular, tortícolis con limitación de la movilidad, cuando el paciente se sostenga la cabeza con las manos 4, cuando tenga dolor o parestesias en miembros superiores y/o cuando existan heridas, hematomas o escoriaciones en la cara (región frontal) 5. El paciente conciente podrá tener dolor en el sitio del traumatismo, es útil recordar los puntos topográficos para inferir la zona de compromiso y focalizar los estudios de imágenes a fin de incluir correctamente la región afectada.

La evaluación clínica inicial está destinada a establecer los estudios radiográficos, por lo que la evaluación es realmente clínico-radiológica.

No se debe examinar la movilidad raquídea (en especial cervical) antes de la evaluación radiográfica 4

El cuidadoso examen neurológico debe incluir la evaluación motora, movilidad activa, fuerza muscular, reflejos osteotendinosos y superficiales, sensibilidad superficial y profunda, compromiso esfinteriano y maniobras especiales.

La fuerza muscular se examina tomando un músculo satélite de las raíces cervicales (C5-T1) y lumbares (L2-S1) (cuadro 1) y valorando la fuerza según escala. (cuadro 2)

El compromiso neurológico dependerá del tipo (completo o incompleto) y del nivel. El diagnóstico de lesión completa o incompleta no debe realizarse hasta que la médula espinal salga del estado de shock medular, éste puede durar de 12 a 72 hs, y su finalización se caracteriza por la reaparición del reflejo bulbocavernoso (la compresión del glande o la tracción de la sonda vesical producen contracción del esfínter anal).

Cuadro 1. Músculos elegidos para la valoración de las raíces de miembro superior e inferior

Raíz	Músculo	Raíz	Músculo
C5	Bíceps braquial	L2	Psoas ilíaco
C6	Extensores de muñeca	L3	Cuádriceps
C7	Tríceps braquial	L4	Tibial anterior
C8	Flexor dedo medio	L5	Extensor hallux
T1	Abductor meñique	S1	Tríceps sural

Cuadro 2. Escala de valoración muscular

Normal	5	Movilidad completa contra gravedad y resistencia sin fatiga
Bueno	4	Movilidad completa contra gravedad y resistencia pero se fatiga
Regular	3	Moviliza contra la gravedad pero no contra resistencia
Pobre	2	Moviliza pero no contra la gravedad
Vestigios	1	Se contrae pero no moviliza
Inactivo	0	No se contrae

Tipo de Compromiso Neurológico:

Según el tipo de compromiso la lesión podrá ser total o parcial (completo o incompleta).

1) Lesión Total

La lesión total involucra una desconexión entre el cerebro y la médula. Todas las funciones motoras, sensitivas y vegetativas estarán alteradas. Padecerán por lo tanto por debajo del nivel de la lesión: parálisis, anestesia, pérdida de sensibilidad profunda, incontinencia urinaria y fecal con disfunción sexual.

La parálisis será flácida si la lesión interesa astas anteriores y raíces raquídeas, y será espástica si la lesión involucra las vías piramidales.

2) Lesión Parcial

El compromiso parcial implica lesión de algunos elementos de la médula espinal con indemnidad de otros. El conocimiento de la sistematización medular es fundamental para comprender la fisiopatología de la lesión.

Se describen cuatro subtipos de compromiso neurológico parcial:

- 2) Lesión Medular Anterior
- 3) Lesión Cordonal (Medular Posterior)
- 4) Lesión Centro-Medular
- 5) Hemisección Medular (Brown-Sequard)

Lesión Medular Anterior:

Afecta fundamentalmente a las vías motoras, por lo que el paciente tendrá parálisis conservando la sensibilidad profunda. Es uno de los tipos de lesión parcial más frecuentes y de peor pronóstico en cuanto a su evolución. La compresión suele estar dada por un fragmento de cuerpo o disco.

Lesión Cordonal (Medular Posterior):

Compromete la sensibilidad profunda con indemnidad de las funciones motoras, remediando la lesión tabética. Es una presentación de lesión parcial rara.

Lesión Centro-Medular:

Esta lesión se caracteriza por tener mayor afectación de los miembros superiores que de los inferiores, y en estos últimos, mayor compromiso de raíces lumbares altas que de sacras. Esto se explica por la ubicación más medial de los axones correspondientes al miembro superior.

Generalmente se trata de pacientes portadores de estenosis cervical constitucional a los que se agrega un trauma por hiperextensión. Suelen tener buen pronóstico.

Hemisección Medular:

En esta situación la afección es de un lado de la médula, existiendo del lado de la lesión parálisis y alteraciones de la sensibilidad profunda y del lado contralateral alteraciones de la sensibilidad al dolor y a la temperatura.

Una forma de evaluar el grado de compromiso neurológico es con la escala de Frankel (cuadro 3), especialmente útil para las lesiones parciales medulares anteriores y para las totales.

Cuadro 3. Escala de Frankel

A	Ausencia de función motora o sensitiva
B	Parálisis motora. Sensibilidad conservada (hipoestesia)
C	Función motora no útil. (No deambula)
D	Función motora útil (Deambula con ayuda)
E	Normal

Nivel de Compromiso Neurológico:

El nivel está determinado por la ubicación de la lesión. Es importante tener en cuenta la topografía vértebro-medular, recordando que la médula llega hasta L1 y que una lesión inferior afectará la cola de caballo.

El compromiso completo por debajo de L1 determinará paraplejía. El compromiso cervical cuadríplejía, que será más grave cuánto más alto sea la lesión. Si la injuria se ubica por arriba de C4, se agrega compromiso respiratorio por compromiso del nervio frénico. Las lesiones por encima del centro simpático medular (C8) pueden acompañarse de bradicardia e hipotensión. Hay riesgo potencial de paro cardio-respiratorio en los cambios de decúbitos.

Una mención aparte debe hacerse del SCIWORA, sigla que en inglés significa injuria de la médula espinal sin anomalías radiológicas, afección rara que se presenta en la infancia, con compromiso neurológico de tipo completo o centromedular, de etiología aún poco clara, aunque se considera tendría su origen en los diferentes tipos de elasticidad de la médula espinal y la columna ósea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Fernandez C Traumatismos de la columna cervical en el niño IV Curso Bianual de Patología de la Columna Vertebral 2003-2004
2. Fiore N. Paraplejías traumáticas PROATO fascículo 2 Ed. Médica Panamericana 2001

3. Marino P. Traumatismos de la columna cervical en el adulto IV Curso Bianual de Patología de la Columna Vertebral 2003-2004
4. McRae, Ronald Ortopedia y Fracturas Marbán Libros, S.L. 2000.
5. Rothman RH, Simeone FA La columna vertebral Ed. Médica Panamericana 1985
6. Savas PE, Vaccaro AR, Albert TJ Lesiones de la columna vertebral toracolumbar Traumatismos de la columna vertebral cervical en Ortopedia Fitzgerald, Kaufer, Malkani Ed. Médica Panamericana tomo I cap 23 2004
7. Vaccaro AR, Blam OG, Anderson DC y Albert TJ Traumatismos de la columna vertebral cervical en Ortopedia Fitzgerald, Kaufer, Malkani Ed. Médica Panamericana tomo I cap 22 2004

Pautas quirúrgicas para el tratamiento de la Hemorragia Intracerebral.

Prof. Javier L. Gardella.

Esta presentación tiene por objeto la difusión de una actualización del consenso neuroquirúrgico para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas para el tratamiento quirúrgico del paciente con hemorragia intracerebral -HIC-. La misma se fundamenta en el trabajo de Broderick de 1999 y establece una continuidad de contenidos con los trabajos del 37^a Congreso de la AANC (2002)- y con las Guías del Comité Vascular de la Federación Latinoamericana de Neurocirugía -FLANC- (2004). (1), (2). (3)

La revisión efectuada y las recomendaciones se encuadran en la metodología de la Medicina Basada en la Evidencia, la cual se considera que aporta elementos valiosos pero no reemplaza las otras fuentes del conocimiento, ya que puede olvidar la experiencia y la condición única del paciente al que se atiende". (4), (5).

Dado que existe un importante número de tablas para jerarquizar el nivel de mejor evidencia médica -tabla 1-, en este trabajo se adhiere a las reglas de evidencia utilizadas por la FLANC y el Grupo de Consenso de Stroke de la Asociación Americana del Corazón, tomadas de otras disciplinas. (6).

A los fines de la práctica consideramos que hemos de reconocer tres planos de significación: una significación estadística, la significación clínica y la significación personal, propia de la individualidad del sujeto-paciente. (5).

Consideramos que la evidencia disponible debe ser puesta en perspectiva con nuestra realidad local.

Epidemiología.

La Hemorragia Intracerebral (HIC) constituye entre el 10% y el 15% de todos los strokes o accidentes cerebro vasculares (ACV), presentando mayor riesgo de morbilidad y mortalidad respecto del ACV isquémico o la hemorragia subaracnoidea. (6)(7)(8). Presenta una mortalidad del 35-52% a los 30 días, y una alta morbilidad, solamente el 20% de los pacientes lleva una vida independiente al 6^o mes de la hemorragia.

Se sistematiza a la HIC en primaria y secundarias, la primaria es la más frecuente (78-88%), se origina de la ruptura espontánea de uno o varios vasos "por simpatía" afectados por vasculopatías propias de la hipertensión arterial (HTA) hialinosis y microaneurismas.

Las formas secundarias se asocian a angiopatía amiloide, tumores, malformaciones arteriovenosas (MAV), alteraciones en la coagulación,

abuso de drogas transformación hemorrágica de un infarto cerebral. Como grupo son menos frecuentes y la simultaneidad de la condición patológica requiere la mayoría de las veces un tratamiento específico de esa situación.

En la hemorragia espontánea de causa primaria se ha constatado la progresión del volumen de sangre intraparenquimatosa dentro de las primeras 20 horas en el 38% de los casos. Los trastornos hipóxicos-isquémicos locales y el edema cerebral surgen tempranamente tendiendo el edema a su máxima expresión sobre el 5° día debido al efecto de sustancias vasoactivas tisulares y endógenas desde el propio coágulo trombina. (9)(10).

Las condiciones que empeoran el pronóstico del HIC son, el bajo Glasgow al ingreso, el volcado ventricular, el tamaño del hematoma, la topografía cerebelosa, la edad del paciente y la HTA no controlada. (11).

Desarrollo

1. ANAMNESIS

Se han de considerar y chequear: (12) (13)

Antecedentes de traumatismo craneal.

HTA.

Terapia con anticoagulantes, antiagregación y trombolíticos.

Consumo de drogas o fármacos (alcohol, cocaína, anfetaminas, descongestivos, anorexígenos).

Enfermedades sistémicas (vasculitis, tumores, discrasias sanguíneas, SIDA).

Enfermedades neurológicas (epilepsia y performance mental previa).

Historia familiar de enfermedades neurológicas, MAV, aneurismas, Neurofibromatosis.

Fondo de ojo.

2. MONITOREO

El monitoreo será clínico y aparatológico. La intensidad y complejidad de los monitoreos se encuentran en relación con la gravedad del cuadro neurológico y la disponibilidad de los recursos. (14)

2.1. Clínico.

Nivel de conciencia, nivel del foco motor, intensidad de cefalea, vómitos, Glasgow, pupilas. Patrón respiratorio.

En el ACV, los vómitos, el rápido deterioro del nivel de conciencia y la elevación de la TA son sugestivos de HIC.

2.2. Instrumental.

Controles de la Tensión Arterial. Temperatura Corporal. ECG. Oximetría de pulso, Capnómetro, de PIC, saturación yugular de O₂, Doppler transcraneano, EEG, bioquímica, concentración plasmática de anticonvulsivos, determinación de tóxicos.

3. ESTUDIOS POR IMAGENES

3.1. TAC Cerebral.

3.1.1. La TAC de Cerebro es el recurso electivo para el estudio del paciente (nivel de evidencia I, grado A de recomendación). (2)

La TAC es sugestiva de lesión secundaria, si la TAC inicial denota: sangre subaracnoidea o intraventricular, calcificaciones intracraneales, estructuras vasculares prominentes, o una localización característica de la lesión.

La TAC de Cerebro permite plantear el tipo de tratamiento médico o quirúrgico, permite inferir un pronóstico. (13)

3.1.2. Cálculo del tamaño del hematoma.

Diámetro mayor por diámetro transverso por el número de cortes -de 10 mm- que muestren hematoma, todo dividido en dos.

3.1.3. Información de Localización y Morfología de la Colección en la TAC Cerebral

Pauta: la localización y la morfología de la lesión en la TAC contribuyen al diagnóstico etiológico, el conocimiento del grupo etario permite una mayor aproximación a este diagnóstico.

En presencia de lesión única y homogénea.

HIC hipertensivas: Se distribuye en putamen (30-50%), sustancia blanca subcortical (30%), cerebelo (16%). El 81% de las HIC en los núcleos de la base son por HTA.

HIC lobar: HTA en el 31% de los casos. Otras etiologías; MAV (7-14%), tumores (7-9%), discrasias sanguíneas y anticoagulantes (5-20%).

El 22% corresponden a causa desconocida y amiloidosis (en pacientes mayores de 60 años).

Hemorragias intraventriculares, son el 3% de todas las HIC.

Responden a múltiples causas. Las hipertensivas afectan los plexos coroideos y habitualmente presentan lesiones lacunares en el parénquima. Constituyen la primera causa en algunas series.

En pacientes jóvenes, sin hipertensión, las MAV y aneurismas son las más frecuentes.

Los trastornos hematológicos constituyen una causa importante.

Las HIC secundarias a lesiones obstructivas de las carótidas y a la enfermedad de Moya-Moya son raras. (16) (17).

En presencia de lesión no homogénea, considerar:

Hemorragia con cambios evolutivos.

Diátesis hemorrágica.

Infarto con cambios hemorrágicos.

Hemorragia secundaria a tumor o malformación arteriovenosa.

3.2. Angiografía Cerebral.

La Angiografía no se requiere en pacientes añosos hipertensos con hemorragias en ganglios basales, tálamo, cerebelo, o tronco cerebral en quienes la TAC no sugiere CT lesiones estructurales. (nivel de evidencia V, grado C de recomendación). (2)

El momento de la angiografía depende del estado clínico del paciente y del juicio del neurocirujano sobre la urgencia de la cirugía. (18)(19).

3.3. Resonancia Magnética de Encéfalo.

La RM y la Angio RM son útiles, permitiendo obviar la angiografía cerebral en seleccionados grupos de pacientes para descubrir la presencia aneurismas o MAV. La sensibilidad es del 90% comparada con la angiografía convencional en aneurismas >3 mm y MAV >5 mm.

La RM permite visualizar cavernomas en hemorragias lobares. (Nivel de evidencia V, grado C recomendación). La RM es más específica que la TAC en el diagnóstico de tumores. (2)

4. ESTUDIOS DE LABORATORIO

Fundamento: conocer etiología y detectar complicaciones (14). De utilidad son:

- Hemograma (sepsis, endocarditis).
- Hepatograma.
- Electrolitos.
- Glucemia.
- Función renal.
- Coagulación. (ver enfermedades hematológicas, anticoagulados).
- Radiografía de tórax (broncoaspiración, tumores).
- ECG.

5. RECOMENDACIONES DEL TRATAMIENTO MEDICO

Son las correspondientes a los estándares de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, Asociación Argentina de Neurocirugía y Grupo de Trabajo sobre en Paciente Neurocrítico y refieren al manejo de la hipertensión endocraneana aguda y a la prevención secundaria. (1) (2) (3) (14) (20) (23).

6. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

(1) (2) (3) (11) (14) (23)

La HIC atendida con tratamientos médicos por un lado y tratamientos operatorios por el otro continúan presentando una importante mortalidad y morbilidad.

El problema de base radica en las limitaciones para la interpretación de los resultados de las publicaciones debidas al diseño intrínseco de los trabajos y para efectuar la comparación de los estudios de distintos grupos entre sí por diferentes problemas como ser la no homogeneidad de las variables o por tratar universos dispares (20).

La intervención médica que afecte la natural evolución de la HIC, varía según la intensidad del nivel terapéutico, según la selección de la población a operar y con el procedimiento efectuado.

Todas estas variables definen universos diferentes y poblaciones distintas dentro de ellos. Otra situación detectada se debe a que los modelos pronósticos desarrollados no son utilizados en el diseño y evaluación de resultados de modo que puedan compararse los hallazgos. (20)

Por lo expuesto no se trabaja con sólidas evidencias y recomendaciones según la caracterización de la medicina basada en la evidencia (MBE), cobrando peso la experiencia y la significación que el tratamiento pudiera tener para el propio paciente en su propia situación. (4) (5)

6.1. Tratamiento Operatorio de la Hemorragia Intracerebral - HIC-. Indicaciones y técnicas en la HIC.

6.1.1. Monitoreo de Presión Intracraneana, colocación de sensores intracraneanos.

El sustrato racional surge de la vasta experiencia en el monitoreo de la PIC en el Trauma Encéfalo Craneano.

Aplicada a la hemorragia intra cerebral no traumática posee un nivel de evidencia V con recomendación grado C. (2)

6.1.2. Drenaje Ventricular, para el tratamiento de hidrocefalia y reducción de PIC.

La hemorragia intra ventricular y la hidrocefalia son indicadores de mal pronóstico.

El drenaje de LCR desde el sistema intraventricular, cumple la función de disminuir la PIC. Nivel de evidencia V con recomendación grado C. (2)

6.1.3. Evacuación de la Colección Hemática en la HIC primitiva.

Todos los autores coinciden en que el objetivo de la cirugía es evacuar la mayor cantidad de sangre lo antes posible y con el menor daño cerebral y que esta cirugía se suma al mejor tratamiento médico. (1)(2)(3).

Recursos para la evacuación de una colección hemática.

1. Craneotomía.
2. Estereotáctica
3. Endoscópica.

El estándar es la craneotomía y los datos disponibles limitan el poder efectuar recomendaciones precisas para cada una de las distintas modalidades clínicas prosiguiendo en el terreno controversial.

La revisión permite enumerar el siguiente conjunto de recomendaciones.

A. Pacientes no candidatos a cirugía de evacuación del hematoma.

Hemorragias Supratentoriales menores de 10 ml o con mínimo déficit neurológico. Nivel de evidencia II a V, grado B de recomendación. (2).

Hemorragias Supratentoriales en pacientes con Glasgow de 3 o 4.
Nivel de evidencia II a V, grado B de recomendación. (2)
Hematomas de tronco encefálico.
Hematomas talámicos puros.

B. Pacientes candidatos a cirugía de evacuación del hematoma.

Pacientes con hematoma cerebeloso mayor de 3 cm de diámetro

Pacientes con hemorragia lobar moderada o grande sin sospecha de angiopatía amiloide que presenten deterioro neurológico. Nivel de evidencia II a V, grado B de recomendación. (2)

Hemorragias intraventriculares, evacuación y drenaje. Eventual trombolítico. Nivel de evidencia III a V, grado C de recomendación. (2)

Pacientes jóvenes con hematomas lobares de entre 25 y 80 ml, con deterioro a pesar tratamiento médico. Nivel de evidencia II a V, grado B de recomendación. (2)

C. Pacientes donde se toma conducta expectante, cirugía según evolución.

Hematomas cerebelosos menores de 3 cm diámetro.

D. Tendencia a no efectuar tratamiento operatorio, a criterio y experiencia del médico cirujano.

Hemisferio dominante.

Glasgow de 14 o 15 en 15.

Paciente sin hipertensión endocraneana con monitoreo de PIC.

Paciente anciano, con déficit severo o malas condiciones previas.

Amiloidosis, Alzheimer, demencia.

6.1.4. Evacuación de la Colección Hemática en la HIC secundaria y resolución de la patología de base - prevención secundaria de hemorragias.

1. Malformaciones Arteriovenosas
2. Aneurismas
3. Cavernomas
4. Tumores
5. Anticoagulados

Son candidatos a cirugía

Pacientes con HIC asociado a lesiones estructurales, accesibles a cirugía y con buenas chances de recuperación. Nivel III grado C de recomendación. (2)

Pacientes anticoagulados, luego de la reversión y según status neurológico (2).

CONCLUSIONES

A pesar de los avances en el tratamiento de la isquemia cerebral y de la hemorragia subaracnoidea, aún no se ha demostrado que una terapéutica específica mejore la sobrevida y calidad en la HIC (3).

En el manejo de la HIC se aceptan variados modelos de predicción en la fase temprana o escalas de categorización para la HIC que son evaluadores de mortalidad y discapacidad, estos son análogos a los que se utilizan en la isquemia cerebral, hemorragia subaracnoidea o trauma de cráneo.

Sin embargo y a pesar de la sensibilidad de varios de estos modelos, ninguno es utilizado como categorización de la HIC en los protocolos de selección para la evaluación de terapéuticas en investigación clínica, en contraste con la falta de evidencias de nivel alto de tratamientos efectivos (20).

Los estudios que evaluaron la evacuación quirúrgica del hematoma utilizando una variedad de métodos han arrojado resultados negativos o no concluyentes. (21). En otro sentido, tampoco el tratamiento médico ha demostrado ser beneficioso para el paciente con HIC. (22)

Los estudios realizados para el tratamiento del HIC utilizan una gran variedad de criterios para la selección-inclusión de pacientes. La inconsistencia utilizada para los criterios de selección de pacientes, no hacen más que demostrar que no hay estándares al respecto.

El objetivo de máxima de la MBE de obtener estudios con evidencia tipo I y recomendaciones clase A, fundamentado en trabajos randomizados posee limitaciones éticas en cuanto al trabajo con poblaciones de HIC quirúrgicas y no quirúrgicas.

Es bien conocido el hecho de pacientes que ingresando a un protocolo no quirúrgico, en situaciones de evolución desfavorable y guiados por la experiencia consolidada del operador responsable son intervenidos quirúrgicamente pasando al segundo grupo.

Una alternativa consiste en el desarrollo de estudios estadísticos de cohorte prospectiva estratificado, con análisis univariado y multivariado con regresión logística y los observacionales. (11)(22)

El diseño metodológico apropiado, la estandarización de las variables a considerar y la utilización de modelos pronósticos son requerimientos para consolidar las bases de un mejor tratamiento para ofrecer a esta población heterogénea de pacientes.

REFERENCIAS

1. Torino R. Recomendaciones para el diagnóstico y manejo de los hematomas intraparenquimatosos espontáneos. En Resúmenes de Conferencias 37^a Congreso de la Asociación Argentina de neurocirugía. Córdoba. Argentina. Julio Cesar Suárez, Ángel Melchior, Francisco Papalini Editores; 2002. pp 119-123.

2. Guías para el manejo de la hemorragia intracerebral espontánea. Trabajo del Comité Vascular de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Neurocirugía (FLANC).
3. Broderick JP, Adams Jr HP, Barsan W, Feinberg W, Feldmann E, Grotta J, et al Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. A statement for healthcare professionals from a special writing group of the stroke council, american heart association. Stroke 1999;30:905-15.
4. Reussi R. Entendiendo la medicina y la medicina interna. En Evidencias en Medicina Interna. Buenos Aires. Edición Fundación Reussi. 2002. pp 27-32.
5. Tajer C. y Doval H. Medicina Basada en la Evidencia. En Evidencias en Medicina Interna. Buenos Aires. Edición Fundación Reussi. 2002. pp 33-55.
6. Cook DL, Guyatt GH, Laupacis A, Sackett D L. Rules of evidence and clinical recommendations on use of antithrombotic agents. Chest. 1992; 102:305S-311S-
7. Caplan LR. Intracerebral haemorrhage. Lancet. 1992; 339:656-659.
8. Broderick JP, Brott T, Tomsick T, Miller R, Huster G. Intracerebral haemorrhage more than twice as common subarachnoid hemorrhage. J neurosurg. 1993;78: 188-191.
9. Camputaro LA, Patrucco LB. Hematoma Intracerebral. En: Terapia Intensiva. 1995. 2da edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. pp 228- 239.
10. Gardella J. L. Hemorragia Intracerebral Espontánea. En Manual de Emergencias Médicas. 2005. 1ª edición .Buenos Aires. editorial El Ateneo. pp 389-394.
11. Hemphill III JC, Bonovich DC, Lavrentios Besmertis, Manley GT, Claiborne Johnston S. The ICH Score. A simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage. Stroke. 2001; 32:891-897.
12. Caplan LR. General symptoms and signs. En: Kase C and Kaplan L.R. Intracerebral hemorrhage. 1ª edición. Newton: Butterworth-Heinemann, 1994:31-43.
13. -Kase C, Mohr J, Caplan L. Intracerebral hemorrhage. En: Barnett H, Mohr J, Stein B, Yatsu F. Stroke: pathophysiology, Diagnosis, and Management. New York, NY: Churchill Livistone; 1992:561-616.

14. Dorfman B. Guía para el manejo de hemorragia intracerebral y subaracnoidea. Buenos Aires. 2004. Ediciones de Medicina Crítica.
15. Láinez JM, Sancho J, Lluch V. Hematomas cerebrales secundarios a tumores. En: Alvarez Savin J y Láinez J.M. Hematomas intraparenquimatisos de causa no hipertensiva. Barcelona: J.R Prous, 1989: 49-69.
16. Caplan LR. Primary Intraventricular Haemorrhage. En: Kase C and Kaplan L.R. Intracerebral haemorrhage. 1ª edición. Newton: Butterworth-Heinemann, 1994:383-402.
17. Dul K, Drayer B. CT and RM imaging of intracerebral hemorrhage. En: Kase CS, Caplan LR, eds. Intracerebral hemorrhage. Vol 5. Boston, Mass: Butterworth-Heinemann; 1994:73-93.
18. Hapin SF, Britton JA, Byrne JV, Clifton A, Hart G, Moore A. Prospective evaluation of cerebral angiography and computed tomography in cerebral haematoma. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1994;57:1180-6.
19. Zhu XL, Chan MSY, Poon WX. Spontaneous intracranial haemorrhage: which patients need diagnostic cerebral angiography?. A prospective study of 206 cases and review of the literature. Stroke 1997;28: 1406-9.
20. Gardella J. L. y Camputaro L. Consejo Grupo de Trabajo del Paciente Neurocrítico. Estudio de validación del ICH score "VALICH". SATI - AANC. 2005. Presentación en VI Congreso del Cono Sur, Bariloche. Abril 2005.
21. STICH. Surgical treatment for the treatment of Intracerebral Hemorrhage. V Stroke World Congress. Vancouver. Canada. June 23-25 2004
22. Yu YL, Kumana CR, Lauder IJ, Cheung YK, Chan FL, Kou M, Chang CM, Cheung RT, Fong KY. Treatment of acute cerebral hemorrhage with intravenous glycerol: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial. Stroke 1992;23:967-971.
23. Gardella J.L., Fernández Pisani R. Consenso Diagnóstico Terapéutico en la Hemorragia Intracerebral. Rev. Medicina Interna 2005;1.;4: 150-150. fina (FNA), logrando este último una sensibilidad de 85 a 90% y una especificidad del 100%.

La relación médico paciente en el contexto actual

Dr. Vicente Ierace

“Mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como unidad psico-social, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana.”
Ramón Carrillo

Un individuo sufriente y angustiado frente a otro que tiene la facultad de aliviarlo y en el cual el primero deposita su confianza y sus esperanzas...

Esta escena se reitera a diario desde los orígenes de la humanidad hasta nuestros días. Desde el brujo de la tribu hasta el sofisticado especialista de hoy.

Esos dos individuos recrean a diario una escena que en esencia sigue siendo la misma que en sus orígenes: la necesidad del hombre de aliviar su sufrimiento y la capacidad de alguien para posibilitarlo. Sin embargo, el contexto en que se desenvuelven los integrantes del binomio ha cambiado sustancialmente al compás de los cambios sociales sufridos por la humanidad en el tumultuoso siglo XX, especialmente en ese mundo que a decir de Hobsbawm se desintegra a finales de los años ochenta.

Es en ese mundo, caracterizado por profundas mutaciones que significaron el fin de la modernidad y, para algunos, a mi entender de manera simplista y apresurada, el fin de la Historia, que se producen efectos que modifican profundamente las relaciones humanas.

La relación médico-paciente analizada en el contexto de estos cambios y de los que particularmente vivió nuestro país, sufrió una serie de influencias que han alterado profundamente la interacción del binomio constituido por el profesional que ejerce el “arte de curar” y el individuo que sufre o padece.

Estas influencias pueden agruparse en tres aspectos principales:

o La profesión médica experimentó en los últimos treinta años profundos cambios, no sólo respecto de sus posibilidades técnicas, sino también en cuanto a las características de su ejercicio profesional. Actualmente la mayoría de los profesionales trabaja en instituciones privadas o públicas donde la relación con el paciente está mediatizada por factores propios de la organización y en la que interactúan múltiples actores, de manera muy distinta a la del médico que atendía sólo en su consultorio, situación preponderante hasta mediados del siglo pasado.

o Los cambios políticos y sociales han incidido notablemente sobre la actitud de los pacientes, que por un lado pretenden una relación menos asimétrica que la existente, y por otra parte poseen o tienen a su alcance mucha más información de la que disponían hace 20 o 30 años, por lo cual no son ya sujetos pasivos, sino interlocutores activos que exigen el respeto por sus derechos.

Por otra parte la influencia de mensajes provenientes de sectores económicos ligados a la salud hace que parte de la población valore predominantemente la especialización y la tecnología, por sobre una relación de mayor confianza humana como lo era antaño con el médico de la familia.

o Otro aspecto a analizar es el de las instituciones que se relacionan con la atención de la salud y con la formación del recurso humano que trabaja en ellas.

En las primeras, hospitales y sanatorios, el cambio y progreso tecnológico no han sido acompañados por transformaciones organizativas para enfrentar los nuevos escenarios que plantean las exigencias de los usuarios de los servicios de salud.

Además el modelo vigente se basa preponderantemente en los aspectos biológicos del paciente, descuidando o ignorando los demás componentes del proceso salud-enfermedad, como magistralmente lo expresa Ramón Carrillo: "si sólo vemos la enfermedad, si sólo indagamos el órgano enfermo, corremos el riesgo de pasar por alto ese pequeño mundo que envuelve al individuo como algo imponderable, como una delicada red tejida de ensueños y esperanzas".

Respecto de las universidades, la formación predominantemente biologicista casi no incluye contenidos o actividades referidas a la interacción médico-paciente, como por ejemplo técnicas comunicacionales que permitan mejorar la comunicación interpersonal. Además persiste en la formación un sesgo hegemónico y autoritario donde se plantea como principal herramienta de la consulta el interrogatorio, olvidando, como lo plantea Maglio, "desestructurar" el interrogatorio y convertirlo en un "escuchatorio".

Alvin Toffler planteó hace varios años el descenso del pedestal del "Dios con bata blanca" y la presencia de profundos cambios en el ejercicio de la profesión médica acordes con la información creciente que poseen algunos usuarios.

En los hospitales públicos tales aspectos se encuentran exacerbados en los últimos años por la crisis profunda que vivió el sistema sanitario. A esto se suma el cuestionamiento al rol del estado, común para todos los servicios públicos, que hace que muchas veces el ejercicio de los derechos de los usuarios se plantee desde la exasperación o la agresividad, lo cual genera condiciones de trabajo altamente desfavorables para el ejercicio profesional. Esto deriva en una instalación virtual de un enfrentamiento entre los derechos del profesional y los de los usuarios, lo cual dificulta el abordaje racional del problema.

Por lo tanto la resolución de la actual conflictividad y la construcción de una relación más armónica pasa entre otros, por la consideración ineludible de los siguientes aspectos:

o La relación médico-paciente está inmersa en organizaciones que deben plantearse una reformulación de su organización que debe contemplar ineludiblemente los derechos e intereses de quienes los utilizan. Las organizaciones dedicadas a la atención de la salud prácticamente no han introducido reformas en su diseño organizacional en los últimos treinta años. Esto sería impensable en otras áreas de la actividad, ya sea de la producción o de los servicios.

o La formación de grado y posgrado de los profesionales de la salud debe incorporar conceptos y prácticas que posibiliten una mejor comunicación con los usuarios de los servicios e incorporen contenidos referentes a los aspectos psicológicos familiares, comunitarios y sociales de la salud.

o La complejidad de los problemas relacionados con la salud hace indispensable un abordaje interdisciplinario, siendo deseable la superación de la antigua organización compartimentada y su reemplazo por la construcción de equipos interdisciplinarios que permitirán enriquecer la práctica de las distintas profesiones y la construcción de una conceptualización transdisciplinaria.

o El creciente nivel de exigencia de los usuarios es un dato de la realidad que llegó para instalarse en la realidad sanitaria argentina, como coletazo algo tardío pero inevitable de una tendencia mundial. Ignorarlo o enfrentarlo con análisis simplistas solo llevará a conflictuar aún más la relación con los usuarios.

o Todas las organizaciones de servicios están utilizando crecientemente la indagación de la percepción de los usuarios como un insumo imprescindible para desarrollar acciones de mejoras de sus organizaciones.

o El involucramiento en el cambio por parte de los profesionales de la salud requiere insoslayablemente el abordaje de las situaciones de conflictividad laboral y el emprendimiento de acciones para mejorar los aspectos deficitarios de las condiciones de trabajo. Es indispensable además que todo este proceso de cambio cuente con condiciones favorables para la participación activa y se ausculte permanentemente la opinión de los trabajadores sanitarios.

Por último, en la construcción de esta nueva relación sería importante comenzar a modificar el lenguaje, en general expresión del paradigma dominante: si queremos superar la visión médico hegemónica e instalar la conceptualización y la práctica de lo interdisciplinario sería conveniente reemplazar del primer término del binomio el vocablo médico por el de equipo, y además superar el término paciente, que alude a una actitud pasiva, por el de usuario, que caracteriza a un individuo que utiliza los servicios, no necesariamente un enfermo, y que como tal tiene derechos.

En realidad, todos, usuarios y trabajadores tenemos necesidad de ser tratados como ciudadanos con derechos y obligaciones, pero fundamentalmente con la posibilidad de ser protagonistas activos de nuestro destino.

Pericarditis aguda por *Mycoplasma pneumoniae*

Autores: Arano, Juan Martín; Carballeira, Beatriz; Demarco, Rubén; Maristany Bastida, Sebastián E.; Saez de Guinoa, Ariel. Servicio de Clínica Médica con la colaboración del Servicio de Cardiología. Hospital "El Cruce". Florencio Varela. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Entre un 10 y un 20 % de las infecciones por *Mycoplasma* son extrapulmonares, de las cuales el 4.5 % es de origen cardíaco. Se estima esta etiología como causa de pericarditis aguda idiopática en un 20% de los casos aproximadamente. No hay datos de afectación pericárdica como única manifestación.

La lesión pericárdica se debe tanto a mecanismos inmunológicos como a invasión directa.

Caso clínico

Paciente de 17 años sin antecedentes patológicos previos de importancia, residente de la ciudad de Florencio Varela, que consulta a su hospital de referencia por dolor torácico de 2 meses de evolución con exacerbación del mismo en las últimas 72 horas acompañado de disnea. En dicha institución se realiza el diagnóstico ecocardiográfico de derrame pericárdico severo y se deriva a unidad coronaria para estudio y tratamiento. Al examen clínico la paciente se encontraba en regular estado general, taquicárdica, subfebril, lúcida, con buena mecánica ventilatoria, adecuada entrada de aire bilateral sin ruidos agregados. Se auscultaba el primero y el segundo ruidos cardíacos en los cuatro focos sin soplos. No presentaba edemas periféricos y las yugulares no se encontraban ingurgitadas. El abdomen era blando depresible, doloroso a nivel del hipocondrio derecho, sin signos de foco motor ni de irritación meníngea.

Al ingreso se realizó Ecocardiograma bidimensional y doppler observándose derrame pericárdico severo con signos de taponamiento cardíaco por la existencia de colapso del ventrículo derecho y la aurícula derecha. La zona de mayor presencia de derrame era la unión AV derecha con 29 mm en diástole, seguida de la pared anterior de VD de 23.8 mm., y la vena cava inferior no colapsaba, el ventrículo izquierdo presentaba buen funcionamiento y signos de hiperdinamia.

El ECG mostraba ritmo sinusal, FC 120 por min, eje 50°, PR 140 mseg, Qrs 80 mseg, infradesnivel del PR de 0.5 mm inferolateral, supradesnivel ST de 1 mm inferolateral (D1-2-3, Avl, Avf, V5 y V6).

La telerradiografía de tórax de frente mostraba cardiomegalia con imagen en botellón.

Se decidió pericardicentesis con extracción de 400 ml de líquido hemático y colocación de drenaje pericárdico, con mejoría de la disnea de la

paciente. Se enviaron muestras del líquido a citología, cultivo para gérmenes comunes y BAAR, FAN y ANCA resultando todo negativo. Paralelamente se realizaron los siguientes estudios complementarios. Laboratorio: leucocitos 17600, Hb 11.1g/dl, Hto 32.7%, plaquetas 311000mm³, TP 15 Seg, concentración de PT 67 %, KPTT 37 Seg, ERS 90 mm/h, albúmina 4.1g/dl, urea 10mg/dl, creatinina 0.66mg/dl, glucemia 0.94mg/dl, FAL 224UI/L, TGO 21UI/l, TGP 25UI/L, proteínas totales 7.72g/l, bilirrubina total 0.44mg/dl, TSH y T4 libre normales, serología para VIH negativa, serología para virus de hepatitis B y C negativas.

La paciente evolucionó con dolor en hombro izquierdo por lo que se realiza TAC de tórax que evidencia mínimo derrame pericárdico y derrame pleural escaso izquierdo con fibrosis pleural a dicho nivel. Se realizó control ecocardiográfico sin recurrencia del derrame, y debido a la mejoría del estado general se decide el alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio por Cardiología y Clínica Médica, aguardando el resto de los resultados.

Fue medicada con AINEs y corticoides decidiéndose al alta agregar tuberculostáticos por la alta sospecha clínica. La paciente reiteró el dolor en el hombro izquierdo por lo que se repitió la TAC de tórax que no informó cambios al igual que el ecocardiograma.

Luego de una semana del alta se recibió la serología para Mycoplasma Ig-G negativa e Ig-M positiva por lo que se medicó con claritromicina 500 mg cada 12 horas por 7 días con total mejoría del estado de la paciente. Se realizó finalmente, de este modo, el diagnóstico de Pericarditis Aguda por Mycoplasma pneumoniae. El motivo de la presentación es la baja frecuencia del compromiso pericárdico en la infección por Mycoplasma, pero siendo siempre uno de los gérmenes a tener presentes como causales de esta patología.

¿Conoce la Biblioteca Virtual del Hospital "El Cruce"? Ella provee a los profesionales del área de la salud el acceso a la información, facilitando la obtención de documentos para satisfacer sus necesidades de información e investigación.

¿Cuáles son sus servicios?

La biblioteca brinda el servicio de búsqueda de documentos electrónicos y confección de bibliografías. Usted puede consultar los portales para la búsqueda de artículos científicos y puede solicitar su envío por mail con una breve descripción de dicho artículo. También puede acceder al listado de publicaciones electrónicas sobre salud y visitar el link de instituciones médicas.

¿Cómo contactarse?

Si desea comunicarse con nosotros puede hacerlo telefónicamente al 011-4210-7095/96 int. 1528 por correo electrónico bibliotecaelcruce@argentina.com o personalmente Av. Calchaquí e/ Lope de Vega y Rastreador Furnier (1888) Florencio Varela, Buenos Aires - Argentina.

VISITE NUESTRO SITIO EN LA PAGINA DEL HOSPITAL
www.hospitalelcruce.org.ar en el link de DOCENCIA

Todos aquellos que deseen publicar en nuestra revista deben enviar sus artículos al Área de Docencia-Bibliotecabibliotecaelcruce@argentina.com respetando las siguientes pautas de publicación.

Reglamento de publicaciones

A) Trabajos originales: deberán reunir las siguientes condiciones:

1. Los trabajos deberán ser escritos en castellano, en papel carta/A4, en Word for Windows (versión 98 en adelante), en hojas numeradas correlativamente y de un solo lado, con margen de 25mm, fuente Times New Roman, tamaño 12, a simple espacio.

2. Se mantendrá el siguiente ordenamiento:

a. Título: En la primera hoja del manuscrito se pondrá el título, el cual deberá ser preciso reflejando el contenido principal del artículo, en la misma hoja los autores deberán identificarse por el apellido seguido los nombres completos. Se identificará el lugar de trabajo o los lugares de cada uno de los autores si el mismo se realizó en forma cooperativa. Se precisará la dirección, número de teléfono o Fax, y correo electrónico del autor a quien se deba dirigir la correspondencia inherente al trabajo. Se agregará un título abreviado para cabeza de las páginas interiores de no más de 30 caracteres y hasta 5 palabras clave en español e inglés.

b. Resumen en castellano e inglés (por la posibilidad de indización de la revista; no excluyente); contendrá solamente datos demostrados en el trabajo y su extensión será de 150 a 200 palabras.

- c. Introducción; explicar propósito del estudio y antecedentes importantes vinculados a la realización del mismo;
- d. Material y Métodos, explicitando los métodos y procedimientos utilizados, y la evaluación estadística utilizada;
- e. Resultados: se presentará el detalle de los hallazgos sin realizar observaciones, comparaciones o comentarios con respecto a resultados de otros autores. Esto último se reservará para la sección Discusión;
- f. Discusión: se jerarquizarán los resultados del trabajo, su significado y se realizarán las comparaciones u observaciones pertinentes con respecto a hallazgos de otros autores.
- g. Abreviaturas y símbolos: se definirán la misma la primera vez que sean utilizadas, intentando no incluirlas en exceso.
- h. Tablas: Las tablas o cuadros, presentados en hojas separadas, deberán estar numeradas correlativamente con números romanos, ser comprensibles por sí mismas y poseer un texto claramente explicativo de su contenido
- i. Figuras: Las fotografías serán enviadas junto con el trabajo, llevando una leyenda suficientemente explicativa en la parte inferior.
- j. Bibliografía: Las citas bibliográficas se harán en el texto mediante números y se ordenarán correlativamente al final del trabajo por orden de aparición.

Para las citas de:

Revistas:

a) Número correlativo; b) apellido completo e iniciales de los 3 primeros autores. Si hay más se pone "y col."; c) título del trabajo; d) abreviatura del nombre de la revista; e) volumen, página inicial y final, año.

Ejemplos:

1) Quabbe, H.J. Treatment of acromegaly by transphenoidal operation. 90-yttrium implantation and bromocriptine: results in 230 patients. Clin Endocrinol (Oxf) 16: 107-119, 1982.

2) Muls, E.; Rosseneu, M.; Lesaffre, E. y col. Serum lipids and apolipoproteins A-I, A-II and B in primary hypothyroidism before and during treatment. Eur J Clin Invest 14: 12-15, 1984.

Libros:

a) Autor; b) título; c) editorial; d) lugar de impresión; e) página inicial y final f) año. Ejemplo: Yen, S.S.C.; Jaffe, R.B. Reproductive Endocrinology (Third Edition). W.B. Saunders Company, Philadelphia, USA, 1991.

Capítulo de un libro:

a) Autor del capítulo; b) título del capítulo; c) título del libro; d) autores del libro; e) editorial; f) lugar de impresión; g) página inicial del capítulo; h) año.

Ejemplos:

Catt, K.J.; Dufau, M.L. Gonadotropic hormones: biosynthesis, secretion, receptors and actions. En: Reproductive Endocrinology (Third Edition). Yen, S.S.C.; Jaffe, R.B. W.B. Saunders Company, Philadelphia, USA, pag. 105, 1991

k. Los trabajos recibidos serán revisados en sus aspectos formales por el Comité Editorial, devueltos al autor en caso de necesitar correcciones o agregados. Serán enviados seguidamente al Comité Científico, sin autores ni afiliación de los mismos, para que éste designe a los Revisores correspondientes a cada tema abarcado.

B) Publicaciones de especialistas de reproducción argentinos en revistas extranjeras: todos aquellos autores que lo deseen podrán presentar trabajos publicados en los 2 últimos años, total o parcialmente, a su criterio, para ser reproducidos en nuestra revista. El autor solicitará autorización al Editor responsable de la revista donde fue publicado originalmente.

C) Comunicación de Casos clínicos: las mismas condiciones que para los trabajos originales más las que se detallan a continuación: la longitud no deberá exceder 4 páginas, constará de: i) Título; ii) Resumen en español e inglés (no excluyente), iii) Introducción centralizada en el interés que genera el caso en particular, por ejemplo: especial fisiopatología, por su casuística nacional o internacional, o como aporte a nuevas conductas diagnóstica o terapéuticas; iv) Caso Clínico: detalle de historia clínica y/o descripción del paciente, vi) Métodos diagnósticos: describirlos en aquellos casos que sea significativos; vii) Métodos Terapéuticos y Resultados; y viii) Comentario final., que se realizará al terminar la comunicación.

D) Actualizaciones y revisiones: Serán realizadas a solicitud del Comité Editorial. Se mantendrá el siguiente ordenamiento: a) Título del trabajo, b) Apellido y nombre completo del/los autor/es, lugar de trabajo, dirección electrónica de contacto; c) Resumen en castellano e inglés; d) Introducción; e) Conclusión; y f) Bibliografía.

E) Trabajos publicados recomendados y comentarios de libros: El Comité Editorial seleccionará dos a tres trabajos por número, publicados en revistas tanto nacionales como extranjeras, que sean de alto valor científico y correcto desarrollo metodológico para recomendar a los lectores, con un breve resumen del contenido. En el caso de libros, será semejante.

F) Trabajos comentados por expertos: El Comité Editorial seleccionará un trabajo recientemente publicado en revistas internacionales por número, para enviarlo a dos-tres especialistas en el área quienes harán un comentario respecto del mismo.

G) Cartas al editor: No deben exceder 1 página tamaño carta/A4 escrita a doble espacio incluyendo texto y bibliografía. Las mismas se referirán a comentarios sobre trabajos publicados por otros autores en Reproducción. La Directora de Publicaciones enviará dicha Carta al autor principal del trabajo referido para que tenga la opción de contestarla, debiendo hacerlo dentro de los 20 días corridos de recibida. La réplica deberá seguir los lineamientos generales precisados en este ítem. Tanto la Carta al Editor como su contestación, si la efectuare el autor del trabajo, se publicarán en el mismo número de Reproducción. La Carta al editor y su respuesta serán publicadas sin ser sometidas a arbitraje por el Comité Editorial de Reproducción. Las cartas al editor también podrán estar referidas a comentarios sobre temas profesionales, preferentemente en relación a artículos aparecidos en revista. En estos casos el Editor se reserva el derecho de publicación de aquellas consideradas pertinentes.

H) Consideraciones generales:

1. Bajo ningún aspecto se aceptarán como originales, trabajos publicados, en prensa o que hayan sido enviados simultáneamente a más de una revista.
2. El material publicado en esta revista no podrá ser reproducido total o parcialmente sin previa autorización del Comité Editorial.
3. La revista no se hace responsable de las opiniones emitidas por los autores.

I) Los autores deberán, una vez revisado y aceptado el trabajo, enviar por correo electrónico, o mediante un diskette o CD conteniendo el texto completo que se presente para publicación. Utilizar solamente computadoras compatibles con Windows Office 1998 en adelante