



**II CONGRESO DE SALUD
DE BAHÍA BLANCA,
REGIÓN Y SUR ARGENTINO.
Agosto 2002**

La presente Revista se entregó en formato CD.



SEUDOTUMORES, TUMORES Y CANCER DE LA CAVIDAD BUCAL

Bencini, Carlos(*) ; Giménez, Roberto Luis(**) ; Giménez, Fabián(**)

(*) Hospital "San Juan de Dios" - La Plata; (**) Instituto Odontológico de Excelencia - Bahía Blanca. E-mail: robertogimenez@surlan.com.ar

Las estructuras óseas maxilares son los únicos huesos del organismo que contienen en su interior tejidos diferentes: esmalte, dentina y cemento, que asumen características propias a partir del desarrollo embriogénico. En una población comprendida entre el nacimiento y los trece años se producen múltiples circunstancias que hacen a las funciones de diferenciación, morfogénesis, calcificación, mineralización y mecanismos de erupción. Entre los cuatro a doce años se están produciendo múltiples procesos biológicos. Cuando el código genético o alguna otra circunstancia alteran alguno de estos procesos dan origen a ciertas patologías propias, exclusivas o predominantes, como el ameloblastoma, el mixoma, los quistes odontogénicos, los dientes supernumerarios, los odontomas y otras más. El cáncer bucal, ya sea primario o secundario, afecta con una frecuencia importante en la estadística general de esta enfermedad, del 3 al 5%. Se establece como muy importante la detección oportuna a través de algunas características que se describen, lo cual permite un tratamiento con muy buenas posibilidades de supervivencia relegando las operaciones tipo comando y siendo sustituidas por las terapias combinadas. Se destaca el rol esencial del odontólogo no especializado, que más allá de examinar los tejidos duros dentales y periodontales debe tener el mismo cuidado en detectar por el examen clínico, y/o el diagnóstico por imágenes, y los procedimientos histopatológicos, las lesiones tempranas cuya detección oportuna mejora sustancialmente las posibilidades de tratamiento. El propósito de este panel es, por lo tanto, alertar sobre la existencia de estas patologías, revisar los tratamientos actuales y enfatizar la labor y la importancia de la consulta diaria odontológica.

ANOMALIA CONGENITA: LA FISURA LABIO-ALVEOLO-PALATINA

Carmen F. De Isabal - Bahía Blanca

Introducción: En el trabajo se hace notar la importancia que tiene el tratamiento precoz y completo de los pacientes que nacen con esta malformación congénita.

Desarrollo: Consiste en una visión generalizada, desde el punto de vista ortopédico-ortodóncico, ya que el tratamiento completo (estudio, diagnóstico y tratamiento) debe ser realizado interdisciplinariamente.

Se desarrolla el origen de tales malformaciones, la clasificación que resulta de su diversidad, las alteraciones que tienen como consecuencia, los tratamientos a realizar, la finalidad de los mismos y las zonas claves a tener en cuenta para una correcta terapéutica.

Conclusiones: Se presentan diversos casos clínicos realizados y se ponen de manifiesto las pautas utilizadas, teniendo en cuenta los fundamentos del tratamiento, que tienen como objetivo minimizar las repercusiones físico-funcionales, psicológicas y sociales de esta anomalía.

SALUD MENTAL, ESPERANZA Y CREATIVIDAD: ROL DEL DOCENTE EN TIEMPOS DE CRISIS

Centineo M. L., Colodni, M.

Universidad Nacional del Sur, E.G.B.3 - Bahía Blanca. E-mail: leti_centineo@hotmail.com

Introducción: No es un secreto que en el mundo y, especialmente en estos momentos que vive nuestro país, hay conflictos, hambre, tensiones, injusticias, violencia. Pero, tampoco es un secreto que existe un recurso para calmar esa angustia: la creatividad permite transformar activamente lo que nos rodea, en lugar de aceptarlo pasivamente y lamentarnos.

Desde este punto de partida es posible establecer canales de comunicación entre los adolescentes con los adultos y de todos nosotros con el mundo. Es posible generar, junto a los sueños más hermosos, los más terribles fantasmas como el miedo a la guerra, a la muerte, a que no nos quieran. Estos fantasmas no son sólo motivo de angustia. También pueden ser transformados en música, dibujos, relatos, etc.

Objetivo: Averiguar si en tiempos de crisis, canalizar las angustias con creatividad, mejora la salud mental.

Materiales y Método: Alumnos de 7^{mo} año de E.G.B.3-U.N.S. y producciones realizadas. **Sitio:** 26 adolescentes que trabajaron desde el 3 de abril hasta el 31 de mayo del corriente año.

Evaluación: Cualitativa con proyección a un estudio prospectivo a 3 años.

Resultados: Semicualitativos. Sobre un total de 80% de alumnos creativos, se distribuyeron el 30% en música, 20% en dibujo y pintura, 20% en artesanías y diseño y 10% en expresión literaria.

Conclusiones: Es necesaria la esperanza para seguir andando, para crecer día a día, concretar nuestros sueños, nuestras ilusiones, nuestros proyectos. A nuestro juicio, el cuidado de la salud, depende de cuánto se quiera uno a sí mismo.

ROL DE LA ENFERMERA / ASISTENTE DE GASTROENTEROLOGIA

María Teresa To rtul y Arminda Mirta Martínez,
Hospital Naval Puerto Belgrano - Base Naval Puerto Belgrano.

La necesidad de contar con una enfermera o asistente de Endoscopia viene desde los comienzos de la Endoscopia.

Hoy, podemos decir con orgullo que los endoscopistas prefieren tener una asistente de endoscopia bien entrenada, y si bien no cancelan o posponen una endoscopia, la hacen pero se sienten incómodos, notándose siempre la ausencia de su enfermera asistente. En otras palabras, la enfermera asistente de endoscopia es parte importante del equipo.

¿Cuándo comienza el rol de la asistente de endoscopia?

Podemos decir que desde que el paciente visita al médico por un problema gastroenterológico y éste decide hacer la endoscopia. Esta puede hacerse en un hospital, Centro de Endoscopia (hoy muy en boga), o en el consultorio del médico.

Debido a la creación de un Centro de Endoscopia Digestiva y Respiratorio en nuestro Hospital Naval, trajo aparejada la necesidad de contar con enfermeras capacitadas en esta especialidad; para hacer frente a los requerimientos del mismo.

¿Cómo afrontarlo? ¿Con qué medios cognitivos? ¿Con qué habilidades?

Esto suma una serie de requerimientos que en equipo pudimos afrontar, entendiendo como equipo todo profesional que participa del trabajo cotidiano, para brindar una atención de calidad.

Dar respuesta a los pacientes en nuestro Centro tiene 3 (tres) formas:

- El paciente ambulatorio (propio del centro).
- El paciente hospitalizado con inter consulta.
- El paciente ambulatorio con inter consulta.

Lo cual nos llevo a protocolizar la admisión y la evolución. Las características propias de este tipo de pacientes demandan niveles de atención y etapas que las hemos adoptado de autores reconocidos, manteniendo una perspectiva holística del sujeto de nuestra atención.

La diversidad de la tarea pasa por 3 (tres) momentos:

El A (antes) de la endoscopia: En este momento la enfermera que recibe al paciente debe hacer lo posible para que éste se sienta bien recibido, en un ambiente calmo, placentero, agradable. Debemos asegurarnos que el paciente esté preparado para la endoscopia indicada y que se le haya informado sobre las características, riesgos y beneficios del estudio que se le hará. Debemos ser claros sin exagerar ni disminuir la información. Cuando se ha completado todos los papeles y el paciente está vestido con su camisolín, sentado o acostado, descansando y tranquilo se le colocará una solución endovenosa o simplemente una entrada endovenosa para la medicación que se usará. En algunos casos, dependiendo del estudio, no se usa sedación endovenosa o quizá el paciente elige no ser sedado.

El D (durante) de la endoscopia: En este momento ya el paciente, el ambiente, el endoscopista están listos. Se tendrán listas la medicación para la sedación y anestesia de garganta. Se procederá a encender las fuentes de luz, controlar el aire, agua y succión del endoscopio. Se colocará al paciente en la posición adecuada para cada endoscopia.

Durante la endoscopia es importante que se trabaje en conjunto con el endoscopista, que mantenga una comunicación constante para saber lo que el médico busca en esa endoscopia y cuál es su plan de acción. La buena y constante comunicación nos ayuda además a aprender. Al médico en general le interesa enseñar y compartir sus conocimientos, máxime cuando la enfermera muestra interés. Durante la endoscopia debemos vigilar al paciente además de asistir al médico, asegurándonos que aquél esté cómodo, si necesita más medicación y aunque esté sedado debemos hablar con él en voz baja, ayudarlo a que esté relajado y respire tranquilo. Es necesario trabajar en orden, ser prolijo, de esa manera sabremos que usamos, cuánta medicación necesitamos, si se tomó biopsia, cuantas, donde y para que; y cómo fue la tolerancia del paciente.

El D(después) de la endoscopia: Mientras el endoscopista deja el endoscopio para ser lavado, la enfermera se ocupará del paciente. Tratará de reanimarlo llamándolo por su nombre y ayudándolo a cambiar de posición. Se tomarán una vez más los signos vitales. Una vez completados todos los papeles referentes a la historia clínica y habiendo rotulado cuidadosamente las biopsias, el paciente será trasladado a la sala de recuperación. En recuperación se mantiene al paciente por lo menos por una hora, de acuerdo al estudio que se haya realizado, y como lo haya tolerado. Se le darán instrucciones post-endoscopia.

La enfermera / asistente de endoscopia reacondicionará el cuarto para el próximo paciente. En algunos lugares contamos con una persona que se ocupa del lavado del endoscopio en otros, debemos hacerlo nosotras mismas entre paciente y paciente, esto es complicado máxime cuando no contamos con suficientes endoscopios. Pero así es nuestra tarea.

La función de la enfermera / asistente de endoscopia no termina hasta que se cierran las puertas del centro de endoscopia.

El lavado y desinfección del endoscopio y material reusable es de vital importancia, para descartar cualquier riesgo, debemos usar precauciones universales contra infecciones.

Desinfección de Endoscopios:

1.- El área de desinfección debe estar bien ventilado y poseer elementos de protección (guantes, antiparras, barbijo, camisolín) para el personal que realizará la desinfección.

- 2.- Una vez terminado el procedimiento (estudio), retirado el endoscopio se deben presionar la válvula de lavado e insuflación durante 15 seg. para arrastrar las secreciones de los distintos canales.
- 3.- Aspirar detergente enzimático y luego enjuagar con agua, pasar una gasa húmeda por la parte externa del endoscopio.
- 4.- Sumergir el endoscopio en agua con detergente enzimático y proceder a desmantelar las válvulas de aspiración e insuflación para su respectivo cepillado, en la parte distal cepillarla con un cepillo de dientes, por la parte externa limpiar con una esponja para arrastrar todos los restos. Luego cepillar el canal de biopsia las veces que sea necesario hasta que el cepillo (de canal interno) salga limpio, lo mismo se hace con el canal de aspiración de la parte umbilical. Para los orificios de las válvulas se utiliza un cepillo corto.
- 5.- Enjuagar bien el endoscopio con abundante agua de canilla o destilada.
- 6.- Secar con aire comprimido por todos los canales del endoscopio.
- 7.- Cambiarse de guantes y sumergir el endoscopio en Glutaraldehído al 2% llenando todos los canales y dejarlo durante 20 minutos.
- 8.- Retirar el endoscopio, aspirar con una jeringa el Glutaraldehído de los canales.
- 9.- Sumergir en un recipiente con agua destilada o de canilla y enjuagarlo repetidas veces.
- 10.- Secar bien el endoscopio y aplicar siliconas en las válvulas. Quedando listo el instrumental para realizar un nuevo estudio o procedimiento.

Se debe considerar el aspecto ético, legal y costo beneficio.

Finalmente, no debemos olvidarnos de nuestro cuidado personal. Durante la endoscopia debemos usar protección (guantes, camisolín, barbijos y lentes). Igual cuando lavamos el material.

Agregando al cuidado del paciente, del material y al cuidado personal lo ideal es participar en conferencias y congresos en donde podemos intercambiar conocimientos y estar al día en lo que sucede en Gastroenterología, y elevar el nivel de enfermería en endoscopia.

Para finalizar, una enfermera / asistente de endoscopia no se prepara de un día para otro. Esto lleva años, paciencia, compromiso, entusiasmo y deseos de hacer un buen trabajo.

BIBLIOGRAFÍA: VILLA GOMEZ, Guido y MACHADO, Glaciomar., "Temas de Endoscopia Digestiva". Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva. COPYRIGHT C 1997 by livraria e Editora Revinter Ltda.

SCREENING EN DIABETES

Introducción:

- ◆ La diabetes es una de las enfermedades crónicas más costosas y de mayor impacto de nuestro tiempo, siendo una condición que se incrementa en proporciones epidémicas en U.S.A y el resto del mundo.
- ◆ Impacto:
 - a) 7º causa de muerte en U.S.A
 - b) Un factor de riesgo importante para otras causas de muerte como:
 - Enfermedad coronaria
 - Accidente cerebro vascular
 - c) Causa más frecuente de polineuropatía
 - d) 50 % de amputaciones no traumáticas
 - e) La nefropatía es la causa más frecuente de enfermedad renal terminal
 - f) Es la causa más común de ceguera en los adultos entre 20-74 años
 - g) Los niños que nacen de madre diabética pueden tener más riesgo de:
 - Macrosomía
 - Prematurez
 - Malformación fetal
 - Aborto espontáneo
 - Daño metabólico
 - h) Los diabéticos tienen mayor hospitalización, mayor día de internación y más visitas ambulatorias.
 - i) 100 billones de dólares se gastan anualmente en U.S.A, siendo el 15% del costo total de salud.

El comienzo de la enfermedad se da a partir de los 30 años y aumenta en forma progresiva con la edad.

El 20% de la población entre los 65 y 74 años tiene diabetes.

En U.S.A 7.8% de la población tiene diabetes.

Para el 2025 se estima 9%

- ◆ Tipo 1= 90 – 95%
Tipo 2= 5 – 10%
La mitad conoce su enfermedad y la otra mitad está sin diagnosticar.
- ◆ En la Argentina hay 1.500.000 diabéticos de los cuales 1.250.000 son tipo 2.
- ◆ Hay suficiente evidencia de que a niveles de glucosa por encima del normal, pero por debajo del umbral para diabetes, hay un sustancial riesgo de enfermedad cardiovascular y muerte, y en estos individuos los factores de riesgo son más relevantes, lo cual incrementa el riesgo para provocarles la enfermedad (diabetes), pero no alcanza para explicarla totalmente.

- ◆ Las lesiones macrovasculares son las responsables del 60% de las muertes en los pacientes con DBT tipo 2.
- ◆ La correlación de un factor de riesgo con el desarrollo de la diabetes nunca es del 100%, sin embargo a mayor número de factores de riesgo, aumenta la posibilidad de desarrollar diabetes.
- ◆ La chance de que una persona tenga diabetes sin tener ningún factor de riesgo es muy baja. Entre los diabéticos no diagnosticados: (Postgraduate Medicine. Vol.109/Nº4/abril 2001)
 - 10-15% ----- retinopatía
 - 10-35% ----- proteinuria
 - 9% ----- Neuropatía
 - 22% --- Hallazgos cardíacos anormales
 - 19% --- Enfermedad coronaria
 - 10% --- Enfermedad vascular periférica
 - 61% --- Hipertensión
 - 49% --- Dislipemia
 - 4º% ---- LDL alto

La prevalencia de eventos cardiovasculares tiene la misma prevalencia en los diabéticos no diagnosticados que en los diabéticos conocidos

- ◆ En contraste con el claro beneficio que el descenso de la glucosa ha demostrado para prevenir la enfermedad microvascular, es menos claro si la alta proporción de enfermedad cardiovascular (macrovascular) en personas con deterioro a la tolerancia a la glucemia se benefició solamente con medidas que modificaron solamente el control glucémico. *Los estudios epidemiológicos han sugerido una clara relación, mientras que los estudios de intervención en diabetes sugieren pero no han demostrado un claro beneficio del control glucémico.*
- ◆ Adicionalmente no hay estudios que hallan investigado el beneficio de bajar la glucosa en los pacientes que tienen glucemia en ayuna alterada (G.A.A) o intolerancia a la glucosa (T.A.G), para mejorar lo macrovascular.
- ◆ A pesar del sofisticado tratamiento farmacológico, de las múltiples medidas suplementarias al tratamiento, y al equipamiento disponible, y de un claro reconocimiento por parte de los médicos y los pacientes que la diabetes es una enfermedad seria, la normalización de la glucemia por un tiempo prolongado es raramente lograda.
- ◆ Adicionalmente los estudios en los pacientes bien controlados, intensivamente tratados (U.K.P.D.S), las complicaciones macrovasculares siguen ocurriendo y el impacto económico y personal de la diabetes aún continúa más aún, la enfermedad microvascular está presente en muchos individuos al momento del diagnóstico y en los pacientes con diabetes no diagnosticada.
- ◆ Recientemente se realizaron 4 (cuatro) estudios randomizados, bien diseñados para prevenir o demorar la aparición de la diabetes.

Estudio Finlandés

522 pacientes, edad media 55 años, obesos, con un I.M.C. promedio de 31, con intolerancia a la glucosa, que se randomizaron a recibir:

- a) Consejo de dieta y ejercicio (grupo control).
- b) Una instrucción individualizada e intensiva para disminuir de peso administrar alimentos y guía para incrementar la actividad física (Grupo intervención).

Seguimiento 3,2 años, 58% ----- reducción relativa de la incidencia de diabetes.

Hubo una correlación en la posibilidad de detener la progresión a la diabetes, el grado que los sujetos pudieron lograr los siguientes objetivos:

- a) Pérdida de peso del 5%
- b) Reducción de la ingesta de grasa a menos del 30% del ingreso calórico.
- c) Incremento en la ingesta de fibras mayor de 15 Gs. Por 1000 kcal.
- d) Ejercicio mayor de 150 minutos semanales.

No se observaron efectos adversos en las intervenciones que modificaron el estilo de vida.

D.P.P (Diabetes Prevention Program)

Enroló sujetos de edad promedio: 51 años

I.M.C: 34

Con intolerancia a la glucemia.

45% -- Hispano Americanos, Afro Americanos.

20% -- Mayores de 60 años

Sé randomizaron en tres grupos que fueron:

- 1) Consejo de nutrición y actividad física intensiva.
- 2) Grupo metformina, mas consejo combinado de dieta y ejercicio estándar.
- 3) Placebo.

Seguimiento 2.8 años

- 58% ---- reducción relativa en la progresión a diabetes en el grupo estilo de vida (Incidencia absoluta del 4.8%).
- 31% ---- reducción relativa a progresión a diabetes en el grupo metformina. (Incidencia absoluta del 7.8%).
- Grupo placebo ---- incidencia absoluta del 11%
- 50% ---- redujo el 7% del peso
- 74% ---- cumplió con los 150 minutos de actividad física semanal.

Tripod (troglitazona en prevención de diabetes)

235 mujeres hispanas con antecedentes de diabetes gestacional.
 Seguimiento 30 meses.
 La incidencia absoluta anual fue: 12.3% --- grupo placebo 5.4% --- grupo troglitazona
 56% de reducción relativa a progresión a diabetes.

- ◆ Después de 8 meses de haber suspendido la troglitazona se siguieron observando los efectos preventivos, por lo que se desprende que esta medicación podría modificar la historia natural de la enfermedad al actuar sobre la intolerancia a la glucosa y así prevenir más que postergar la enfermedad.

S.T.O.P (N.I.D.D.M. trial)

1429 participantes con intolerancia a la glucemia.
 Randomizados a doble ciego a percibir ascarbosa o placebo.
 Edad promedio 55 años. I.M.C: 31
 Seguimiento : 3.3 años
 25% de reducción relativa del riesgo a progresión a diabetes.
 36% de reducción con 2 (dos) curvas de tolerancia a la glucemia.
 Reducción del riesgo absoluto fue del 9%.

Estudio	Criterio de Elección			Participantes Actuales		
	Edad	IMC	Glucemia en ayuno	Promedio de Edad	Promedio de IMC	Promedio de GAA
Finlandés	40 - 65	25	NE	55	31	110
DPP	25	24	95 - 125	51	34	106
TRIPOD	NE	NE	NE	35	30	94
STOP-DIDDM	40 - 70	25 - 40	101 - 139	55	> 31	101 - 139

¿Se debe prevenir la diabetes?

Hay 5 (cinco) criterios que justifican un chequeo de screening para diabetes.
 Idealmente los criterios se deben aplicar para reducir la morbimortalidad mas que para hacer el mero diagnóstico de la enfermedad.

- 1) Conocer la historia natural de la enfermedad y que realmente sea un problema serio de salud de la población (esto no hay dudas que ya se cumple).
 - 2) Debe tener un a etapa preclínica en la cual uno pueda intervenir. Aunque hay evidencias de que otros factores están independientemente asociados a la diabetes (dislipemia, edad, hipertensión, obesidad, etc.,ninguno de ellos tomado individualmente es tan bueno para discriminar quienes progresan a diabetes que la medición de los niveles de glucemia.
 - 3) Debe haber un test que permita detectar el estado preclínico de la enfermedad de manera segura, aceptable y predictiva.
 - glucemia plasmática en ayunas
 - curva de tolerancia a la glucemia
 Ambos son seguros y equiparables.
 - 4) Debe haber una manera segura, efectiva y disponible para prevenir o al menos demorar el comienzo de la enfermedad.
 - 5) El esfuerzo para encontrar sujetos susceptibles y el costo de la intervención debe ser costo efectivo y sencillo. Esta condición todavía no se ha demostrado.
- ◆ Hay convincente argumento de la costo efectividad del screening oportunista en el consultorio.
 - ◆ Sabemos que es apropiado realizar screening a individuos de alto riesgo para desarrollar complicaciones de la diabetes, pero no hay estudios publicados de costo efectividad del screening para detectar pacientes con glucemia en ayunas alterada o intolerantes a la glucemia y prevenir o demorar el comienzo de la diabetes.
 - ◆ Mas aún, no se sabe si intervenir en el estado preclínico de intolerancia a la glucemia o glucemia en ayuna alterada es la manera costo efectivo de prevenir o demorar las complicaciones de diabetes que es lo realmente relevante para el paciente, la familia y la sociedad.
 - ◆ El costo de diagnosticar precozmente a individuos con intolerancia tiene otras implicancias además de las financieras:
 - a) Algunas personas pueden reaccionar negativamente ante el rótulo de la enfermedad.

- b) Otros pueden ser discriminados en los lugares de trabajo o por sus mutuales o aseguradoras.
- c) Provoca ansiedad y puede ser causa de discriminación social.
- d) Aumenta el riesgo del uso precoz de medicación.

- ◆ El análisis de la costo efectividad de las estrategias de prevención de la diabetes no están claros.
- ◆ Pero el gran impacto resultante de las complicaciones de la diabetes y el potencial beneficio de las intervenciones auxiliares sugieren que puede ser importante hacer un esfuerzo para prevenir la diabetes.

¿Quiénes son los potenciales candidatos para el screening?

- ◆ La mayoría de los estudios de prevención de la diabetes definieron a los que tenía intolerancia en ayunas con valores menores de 140 mg, y entre 140 y 200 a los intolerantes a la glucemia.
Solo el DPP reunía pacientes con un valor en ayunas menor que el nivel actual de corte para el diagnóstico de diabetes (menor de 126), pero más de 95mg.
Todos los otros estudios enrolaron sujetos que actualmente se clasificarían como diabéticos.

◆ Elección del test de screening:

Incidencia de diabetes a 5 años: 4 – 5% glucemia en ayuno y a las dos horas normales.

20 – 34% Glucemia en ayuna alterada o intolerantes a las 2 hs.

38 – 65% Las dos condiciones juntas alteradas.

En este estudio, no hubo diferencias entre la progresión a diabetes entre la glucemia en ayuno alterada y los que tenían intolerancia.

Harris observo que:

- a) Algunos individuos con glucemia en ayuno normales pueden tener intolerancia a la glucemia a las 2 horas,
- b) Pocos individuos con Tolerancia Alterada a la Glucosa (TAG) tienen glucemia en ayunas normales.

Usando la definición actual de glucemia en ayuno alterada, de intolerancia a la glucemia y diabetes, la prueba a las 2 hs. parece identificar mayor números de personas con alteración del metabolismo de la glucosa y por lo tanto a mas personas que progresarían a diabetes.

Sin embargo algunos autores han demostrado que la diferencia en la proporción de sujetos con glucosa en ayuna alterada o intolerantes a las 2 hs., refleja en realidad a diferentes proporciones en la curva de dispersión de los valores de la glucosa mas que diferencias en la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de los valores de ambos métodos.

Sugiriendo por lo tanto que el valor de corte para la glucemia alterada en ayuna descendiera alrededor de 100 mg, valor al cual ambos métodos tendrían igual sensibilidad y valor predictivo, aunque es de notar que no necesariamente van a incluir a los mismos individuos.

Independientemente de estas consideraciones la glucemia en ayunas es más fácil de realizar, más reproducible, más conveniente y menos costosa.

Consideraciones respecto a la edad y frecuencia del screening:

No hay estudios que explícitamente demuestren a que edad se debe realizar el screening.

- ◆ En el estudio Finlandés, DPP, STOP DIABETES, los participantes fueron mayores y más obesos. En estos pacientes mayores de 45 años y obesos es mas probable que tengan alguna anomalía en el metabolismo de la glucemia.

- ◆ En estudios en U.S.A. la prevalencia de glucemia en ayuno alterada (GAA) o diabetes no diagnosticada es de:

40 – 74 años de edad ----- 14.5%

Y la prevalencia de Tolerancia Alterada a la Glucosa (TAG) y diabetes no diagnosticada es de:

40 – 74 años de edad -----22%

La prevalencia de la glucemia en ayuno alterada y de diabetes no diagnosticada se incrementa notablemente entre los 20 – 39, 40 – 49 años, teniendo un pico máximo de incidencia entre los 60 y 74 años.

- ◆ En mayores de 45 años y con I.M.C. mayor de 25 la prevalencia de las distintas alteraciones de la glucemia es la siguiente:

Glucemia en ayuno alterada ----- 9.3%

Tolerancia Alterada a la Glucosa-----12.8%

Diabetes no diagnosticada -----7.3%

En resumen la evidencia actual sugiere que el screening oportunista para detectar glucemia en ayunas alterada e intolerantes a la glucemia se realice en mayores de 45 años y fuertemente aconsejado en los que tienen un I.M.C. mayor de 25.

El screening oportunista en los menores de 45 años debe ser considerado si son obesos y tienen además otra condición:

- a) Familiar diabético de primera generación.
- b) Diabetes gestacional previa.
- c) Etnicidad.

- d) Hipertensión.
- e) Dislipemia.

- El test puede ser realizado con glucemia plasmática en ayunas o test de sobrecarga oral a la glucemia.
- Si se utiliza glucosa en ayunas debe ser hecho por la mañana, porque los valores de la tarde suelen ser menores.
- Aunque realizando glucemia en ayunas se detecten menos pacientes que con el test de Tolerancia Oral a la Glucosa, el porcentaje de progresión a diabetes, tanto de intolerantes como de glucemia en ayunas alteradas es similar.
- Si el test fue normal y no hay factores de riesgo el intervalo para repetirlo es de aproximadamente 3 años.

La realización del screening se ve reforzada porque las políticas que tienden a realizarlo no solo detectan pacientes con glucemia en ayuno alterada o intolerantes, sino también detectan diabéticos no diagnosticados.

Las políticas instrumentan ----- Prevención
----- Tratamiento

Más aún, debido a que individuos con estas condiciones tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, su identificación pondría énfasis en el tratamiento de:

- a) Hipertensión
- b) Tabaquismo
- c) Obesidad
- d) Sedentarismo
- e) Dislipemia

¿Como se debe realizar la prevención de la diabetes ?

Las estrategias que han demostrado ser efectivas para prevenir la diabetes son:

- 1) Modificación en el estilo de vida
- 2) Drogas

El DPP fue el único estudio que comparo las modificaciones en el estilo de vida con drogas (metformina).

Estilo de vida ----- reducción relativa del 58%

Metformina ----- reducción relativa del 31%

Sin embargo la mayor eficacia de la metformina se observó en el subgrupo de individuos más jóvenes y más obesos, por lo tanto el grupo que se beneficiaría con metformina sería escaso.

Modificación del estilo de vida:

- En los dos estudios bien controlados que incluyeron modificaciones en el estilo de vida, se realizaron sustanciales esfuerzos para lograr solo modestos cambios en la reducción de peso e incrementar la actividad física.
- Pero estos cambios fueron suficientes para reducir el riesgo de diabetes.
- La pregunta que nos debemos hacer ¿qué reproducibilidad (validez externa) tienen estos estudios en nuestra comunidad?

El equipo de salud que llevó a cabo los estudios fueron profesionales entrenados específicamente para las estrategias que se propusieron y los pacientes que participaron estaban motivados no sólo por el hecho de pertenecer a un estudio clínico, sino por la gran cantidad de incentivos que los investigadores ofrecieron con el objetivo de cumplir las metas.

Estas no son las condiciones de los equipos de salud ni de las comunidades de muchos lugares del mundo.

Muchos miembros de los equipos de salud no están familiarizados con la implementación de estas estrategias y menos aún con la manera de mantenerlas en el tiempo. Es más, muchos de ellos no las cumplen, por el hecho de que además de estar recomendando cambios en el estilo de vida se están intentando cambios en los hábitos y conductas de adultos incorporadas a lo largo de sus vidas.

¡Buscar trabajos de conducta y comportamiento!

En el estudio Finlandés la pérdida promedio de peso fue al año de 9,2 libras, 7.7 a los 2 años, y de 4.6 a los 5 años.

Aunque estos dos estudios demostraron que se podía prevenir o demorar el comienzo de la diabetes con modestos cambios en el estilo de vida, estos cambios se lograron realizando un considerable esfuerzo por parte de un grupo muy bien entrenado para lograr estos cambios conductuales.

En muchos países como en el nuestro no hay una educación ni concienciación de la importancia de consejos para una vida sana, mucho menos ver esfuerzos por parte del gobierno en querer lograrlo.

Educación física en escuelas ----- pobremente desarrollada

Hasta tanto no se demuestre el costo beneficio del screening y su impacto para reducir la mortalidad de los pacientes con diabetes, me pregunto si la educación a la comunidad y el consejo en cada oportunidad de consulta a todos los pacientes acerca de los beneficios de una vida saludable no serían por ahora suficientes, no sólo para prevenir o demorar la aparición de DBT sino para evitar o mejorar otras enfermedades crónicas o condiciones de riesgo.

En el Estudio Finlandés el grupo intervención tuvo:

- a) 7 sesiones con una nutricionista en el 1º año y luego 1 cada 3 meses hasta terminar el estudio.
- b) Guía individualizada para incrementar la actividad física.
50% de los pacientes recibieron sesiones extras diseñadas a medida para que cumplieran los objetivos fijados.

- c) Se les ofreció el ingreso gratuito a clubes y gimnasios para que realizaran la actividad física. En el DPP los participantes en la rama estilo de vida se encontraron con:
- Un entrenador personal 16 veces los primeros 6 meses y luego 1 vez al mes.
 - Se realizó un contacto telefónico al menos 1 vez al mes.
 - Se ofrecían 2 clases supervisadas de actividad física por semana.
 - Más aún, los que tenían dificultades para mantener los objetivos del estudio, se les ofrecían incentivos tales como:

- Equipamiento deportivo
- Videos
- Facilidad para ingresar gratuitamente a gimnasios.
- Comidas bajas calorías.
- Planes más personalizados de alimentación.
- Visitas domiciliarias de consejo y asesoramiento.

Si se tiene en cuenta que los objetivos del estudio fueron modestos:

- 5% de reducción de peso, y 150 minutos de actividad física semanal (Finlandés).
- 7% de reducción de peso, y 150 minutos de actividad física (DPP).

Y que los participantes estaban motivados para pertenecer a un estudio clínico, es desalentador observar que el sustancial nivel de esfuerzo descrito fue solo parcialmente exitoso para lograr los objetivos deseados:

- Finlandés : solo 43% -- redujo peso

Solo 36% -- Actividad física

- DPP: 50% -- reducción de peso

74 % -- actividad física

En ambos estudios los pacientes recuperaron peso a pesar de continuar con la estrategia intensiva del estudio.

Aunque se han descrito otras estrategias para reducir de peso, todas han mostrado dificultad para realizarlas y mantenerlas en el tiempo.

Asimismo la ausencia actual de datos que demuestren el costo beneficio de la intervención precoz para prevenir las complicaciones relacionadas con la diabetes, impedirán esfuerzos para la implementación masiva de políticas costosas que cambien masivamente el estilo de vida de la población.

Debido a que hay evidencia epidemiológica que la actividad física y la reducción de peso previenen o demoran el comienzo de la diabetes y mejoran la enfermedad cardiovascular y la calidad de vida, los sistemas de salud deberían explorar nuevas estrategias menos costosas para promover la actividad física y la pérdida de peso.

Así mismo se debería continuar con el desarrollo y testeo de las intervenciones relacionadas al consejo y educación del paciente más costo efectivo.

Intervención farmacológica:

Los 3 estudios de prevención de la diabetes que utilizaron drogas demostraron una significativa reducción de la incidencia de la diabetes:

- Metformina – 31% (DPP)
- Ascarbosa --- 32% (STOP DIABETES)
- Troglitazona – 56% (TRIPOD)

Mientras que todas las drogas claramente han demorado el comienzo de la diabetes, el estudio TRIPOD con troglitazona sugirió que después del lavado de la droga la troglitazona podría tener una acción preventiva real, ya que persiste 8 meses el efecto preventivo al discontinuar la droga.

En el DPP la metformina fue la mitad efectiva comparada a la dieta y ejercicio para demorar el comienzo de la diabetes, pero fue prácticamente inefectiva en individuos mayores de 60 años o aquellos que tenían I.M.C menor de 30.

Sin embargo la metformina fue tan efectiva como los cambios del estilo de vida en los sujetos entre 24 – 44 años o aquellos que tenían un I.M.C mayor de 35.

Por lo tanto la población que tuvo los mismos porcentajes de beneficios que los cambios en el estilo de vida y dieta es solo una pequeña proporción de los que probablemente puedan tener glucemia en ayuno alterada o intolerancia a la glucemia.

Estas drogas han tenido algún efecto adverso que puedan hacerlas poco recomendables para algunos individuos.

Dichos efectos adversos deben ser tomados en cuenta cuando estas drogas se utilizan en personas teóricamente sanas, para prevenir o demorar el comienzo de diabetes, más que para tratarla.

Hay también datos que sugieren en el estudio (HOPE) que los IECA pueden disminuir el riesgo de desarrollar diabetes.

Cambio en el estilo de vida o Medicación

- La reducción de peso y el ejercicio físico fuertemente sugieren que las modificaciones al estilo de vida deben ser la 1º elección para prevenir o demorar el comienzo de la diabetes.
- Una modesta disminución de peso 5 al 10% y una modesta actividad física, 30 minutos diarios son los objetivos recomendables.

- Debido a que esta intervención no solo ha demostrado prevenir o retardar el comienzo de la diabetes, sino también otros beneficios sobre otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular:
 - a) Obesidad.
 - b) Hipertensión.
 - c) Dislipemia.

Por lo tanto las políticas de salud deberían adoptar estas medidas e recomendarlas fuertemente a toda la población y especialmente a la población de riesgo.

- Las drogas para prevenir o demorar la diabetes parecen ser menos beneficiosas por diversas razones:
 - a) Metformina menos efectiva que la modificación del estilo de vida 31% versus 58%, pero esa diferencia fue mayor en los mayores de 60 años y en los que tenían I.M.C menor de 30.
 - b) La reducción del riesgo relativo con la ascarbosa pareció ser similar a la de metformina pero, los grupos fueron muy diferentes.
 - c) Todas las drogas que reducen la glucemia tienen efectos adversos.
 - d) Ninguna de las drogas que reducen la glucemia, ya sea las utilizadas en los estudios de prevención o las disponibles en el mercado, no han demostrado tener efectos beneficiosos en individuos no diabéticos, ni en la prevención de enfermedad cardiovascular.
 - e) Aun en pacientes diabéticos hay un solo agente, la metformina que pareciera tener algún rol en la prevención de enfermedad cardiovascular.
- Hay insuficiente evidencia para sostener el uso de drogas en sustituto o en adición a las modificaciones al estilo de vida.
- No hay estudios que demuestren el costo beneficio de las drogas para prevenir la diabetes, por lo tanto no se recomiendan de rutina para la prevención de la misma.
- Las modificaciones en el estilo de vida del DPP parecieron prevenir o demorar el comienzo de la diabetes en 3 años.
- Aunque no fueron diseñados para determinar directamente si tenían algún beneficio en la enf. Cardiovascular, tanto el estudio Finlandés como el DPP, redujeron la magnitud de los factores de riesgo cardiovascular
- La modificación del estilo de vida parece ser muy segura, por lo tanto el monitoreo de efectos adversos es innecesario.

Debido a que un 3-5% de la cohorte estilo de vida y un 6-11% del grupo control desarrollaron diabetes por año, el monitoreo para el screening cada 2-2 años parece ser razonable en los pacientes con glucemia en ayuno alterada o intolerantes.

No se puede decir con certeza cual sería la frecuencia y las características de la consejería de los proveedores de salud a los pacientes de riesgo respecto a la intervención estilo de vida o cambios de hábito conducta, dada la ausencia de datos respecto al costo-efectividad de estos programas.

¿Qué diferencia existe entre las estrategias para prevenir o tratar la diabetes?

Al principio parecería ser que las estrategias para prevenir o tratar la diabetes fueran las mismas (modificación del estilo de vida, pérdida de peso) y tratar los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.

Sin embargo hay importantes diferencias:

- A las personas diabéticas se le realizan intervenciones adicionales (proteinuria, fondo de ojo, hemoglobina glicilada etc.) que no son relevantes en los GAA y TAG.
- Los pacientes diabéticos tienen mayor riesgo de complicaciones agudas como hipoglucemia, infección, así como de complicaciones microvasculares.
- Los objetivos de presión arterial y valores de corte para el tratamiento de dislipemia son distintos, siendo más riguroso en los diabéticos.
- Los diabéticos son proclives a discriminación tanto social como económica.

¿Qué investigación adicional sería necesario realizar?

- ¿Cuál es el costo beneficio de una intervención en el estilo de vida como realizó el DPP?
- ¿Hay estrategias más costo efectivas y cómo ellas afectarían la morbimortalidad de la diabetes?
- ¿Es costo efectiva la utilización de drogas para prevenir la diabetes?
- ¿Cuál es la manera más costo efectiva de identificar individuos con GAA o TAG?
- ¿Hay programas de intervención que requieran menos recursos que los utilizados en el DPP o Finlandés y que puedan lograr una pérdida comparable de peso o incremento de la actividad física?
- ¿Hay intervenciones más efectivas que puedan lograr mayor pérdida de peso y aumentar mas la actividad física que aquellos logrados en los estudios de prevención?.
- ¿Qué programas podrían mantener los objetivos en el tiempo de reducción de peso y actividad física?
- ¿Cuál es la manera más efectiva de lograr una mayor conciencia comunitaria acerca del beneficio de los cambios en el estilo de vida, la educación profesional y las políticas de los sistemas de salud para asegurarse la identificación de individuos con GAA o TAG y lograr una sostenida motivación en los cambios en el estilo de vida?
- ¿Hay otras intervenciones efectivas que puedan ser instrumentadas fuera de los sistemas de salud?

CONCLUSIONES

- 1) Los individuos de mayor riesgo para desarrollar diabetes deben conocer los beneficios de una modesta pérdida de peso y realizar actividad física en forma regular.

- 2) Deben realizar screening oportunista los pacientes de riesgo según los criterios de la ADA, y los mayores de 18 años que sean obesos o que tengan otros factores de riesgo.
 - ◆ Historia familiar de diabetes (padres o hermanos)
 - ◆ Obesidad(>20% del peso deseado o IMC >27)
 - ◆ Raza o Etnicidad (Africano Americanos, Hispano Americanos, Nativos Americanos, Asiático Americanos, Islas del Pacífico).
 - ◆ Edad > 45 años.
 - ◆ Antecedentes de
 - glucemia en ayuno alterada
 - tolerancia alterada a la glucosa
 - ◆ Hipertensión (>140/90 mmHg)
 - ◆ Hiperlipemia (HDL<35mg/dl o triglicérido >250 mg/dl)
 - ◆ Historia de diabetes gestacional o hijo > 4,1 Kg.
- 3) El screening debe ser llevado a cabo como parte de la visita médica y con:
 - ◆ Glucemia plasmática en ayunas o
 - ◆ Curva de tolerancia

Los resultados deberán ser confirmados otro día.
- 4) A los pacientes con GAA o TAG se les debe aconsejar e instruir sobre la pérdida de peso e incremento de la actividad física, siendo importante el seguimiento para tener éxito.
- 5) El monitoreo para seguimiento de diabetes se deberá realizar cada 1-2 años.
- 6) Poner atención y esfuerzo importante en el control y tratamiento de los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.
- 7) La terapéutica con drogas no debe ser rutinariamente utilizada hasta que haya estudios que demuestren su costo efectividad.

DISFUNCIÓN ENDOTELIAL

Dr. Ricardo Esper

Desde que el examen microscópico descubrió la existencia del endotelio, siempre se lo consideró como una cubierta endovascular cuya única función era impedir la coagulación intravascular. Sin embargo, en las últimas décadas, el reconocimiento de sus múltiples funciones lo destacan como un verdadero regulador del flujo sanguíneo y de la homeostasis humoral-tisular. Está constituido por una delgada capa unicelular pero, si se lo considera en su totalidad, pesa más que un hígado, tiene una masa semejante a la de varios corazones y, extendido en superficie, puede llegar a cubrir varios courts de tennis. Por estas razones, se ha llegado a postular que el endotelio es la glándula autócrina, parácrina y endócrina más grande e importante del organismo.

La célula endotelial se comporta como una estructura receptora-efectora. Sensa los distintos estímulos físicos y químicos que producen los diversos fenómenos en el interior del vaso y modifica su morfología o libera sustancias adecuadas que contrarrestan el fenómeno para mantener la homeostasis del medio. Es capaz de producir un sinnúmero de moléculas, pero con la característica que siempre genera agonistas y antagonistas, de manera de poder equilibrar el fenómeno en ambas direcciones. Produce sustancias vasodilatadoras y vasoconstrictoras, procoagulantes y anticoagulantes, inflamatorias y antiinflamatorias, fibrinolíticas y antifibrinolíticas, oxidantes y antioxidantes, y muchas otras. Cuando la célula endotelial pierde su capacidad de mantener este delicado equilibrio, se genera la llamada "disfunción" endotelial.

La casi totalidad de los estímulos que producen vasodilatación se manifiestan por la liberación de ON, un gas volátil, biológicamente activo. Además de ser vasodilatador, reduce la permeabilidad vascular, la síntesis de moléculas de adhesión leucocitaria y con ello la adherencia de estos elementos al endotelio, la agregación plaquetaria, la oxidación tisular, la inflamación tisular, la actividad de los factores trombogénicos, el crecimiento, proliferación y migración celular, inhibe la expresión de citoquinas proinflamatorias, favorece la fibrinólisis y, además, incrementa la producción del factor inhibitorio del factor nuclear kappa-B (FN-6B), el I-6B, elementos todos que impiden la aterogénesis y sus complicaciones. Por esa razón, se considera al ON la molécula antiaterogénica por excelencia. El estímulo físico de mayor envergadura para la liberación de ON es la presión de rozamiento o fuerza tangencial sobre la pared del vaso (shear stress), que se genera por el aumento de la velocidad del flujo dentro de la arteria y que conduce a una vasodilatación directamente proporcional a la cantidad de ON liberado por el endotelio, razón por la cual se nomina vasodilatación "endotelio dependiente" mediada por el flujo.

Como antagonista del ON, la célula endotelial libera angiotensina II, como consecuencia de la hidrólisis de la angiotensina I por acción de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA). A través de los receptores AT₁, la Angiotensina II provoca vasoconstricción y tiene acciones protrombogénicas, oxidantes, antifibrinolíticas, favorece la expresión de moléculas de adhesión y la adherencia leucocitaria, estimula los factores de

crecimiento y proliferación celular, activa la inflamación y expresa citoquinas proinflamatorias, todas acciones que facilitan la instalación de la aterosclerosis, su progresión y complicaciones.

Como puede observarse, depende hacia donde se incline el equilibrio entre estas dos moléculas, ON y Angiotensina II, para que prevalezca una acción vasodilatadora y antiaterogénica o vasoconstrictora y proaterogénica. No hace falta mayor producción de una de ellas, puede ser simplemente la menor síntesis de una que permita la prevalencia de cantidades habituales de la opuesta.

GENESIS DE LA ATEROESCLEROSIS

Dr. Ricardo Esper

La aterosclerosis es un proceso difuso que se inicia tempranamente en la niñez y aún en la etapa prenatal, progresa asintóticamente en la adultez y se expresa tardíamente en la madurez con distintos síndromes clínicos. Es un fenómeno patológico caracterizado por el engrosamiento y rigidez de la pared arterial debido a la acumulación de lípidos, carbohidratos, productos de la sangre, tejido fibroso y depósitos de calcio dentro del espacio subendotelial. Los factores de riesgo aterogénico se evidencian en la mayoría de la arterias; coronarias, aorta, carótidas, cerebrales y otras arterias periféricas, causa por la cual se considera a la aterosclerosis como una enfermedad única que afecta a toda la economía. Por esta razón, los pacientes que desarrollan enfermedad aterosclerótica clínica en algún área, se encuentra en alto riesgo de padecer enfermedad coronaria y viceversa.

Cuando el endotelio disfunciona, facilita la entrada de monocitos, lípidos plasmáticos y proteínas dentro de la pared arterial, expresa proteínas quimioatrayentes y moléculas de adhesión, promueve la migración e internalización de monocitos y la proliferación de las células del músculo liso, todos factores que sumados a la acumulación de lípidos y al incremento de la síntesis de tejido conectivo, conducen a la formación del ateroma. Sin embargo, en algunas circunstancias, las etapas se suceden más rápidamente y, con la asociación de trombosis debida a la ruptura de placa, se acelera el proceso.

La disfunción endotelial altera las propiedades homeostáticas del mismo iniciando una activación inflamatoria de las células. La continuidad de la inflamación genera un aumento de la migración de macrófagos y linfocitos al centro de la lesión, y la activación de estas células liberan enzimas proteolíticas, citoquinas, quimoquinas y factores de crecimiento, que provocan crecimiento de la lesión con la consecuente necrosis celular que, a su vez, agrava e incrementa la inflamación que agranda la placa obstruyendo la luz arterial. En un principio la disminución del lumen arterial se compensa con dilatación (remodelación) hasta un límite crítico donde la placa obstruye la luz arterial y compromete el flujo.

Las lipoproteínas de baja densidad (LDL) son la principal causa de injuria endotelial y del músculo liso, especialmente después de la oxidación, glicosilación (en la diabetes) o la incorporación de complejos inmunológicos. Las LDL acumuladas en la pared arterial son modificadas por los radicales libres del subendotelio y, una vez oxidadas, se convierten en agentes altamente inflamatorios y citotóxicos que son fagocitadas por los macrófagos que acumulan el colesterol esterificado transformándose en células Aespumosas®. Esta fagocitosis es el primer paso de defensa del organismo contra la inflamación, minimizando los efectos deletéreos sobre las células endoteliales y musculares lisas que causan las LDL modificadas. La respuesta inflamatoria inicial mediada por monocitos/macrófagos induce la liberación de otros mediadores inflamatorios como el factor de necrosis tumoral- α (TNF- α), la interleuquina-1 (IL-1) y el factor estimulante de colonización de macrófagos (M-CSF), todos ellos promueven las ligaduras de las LDL con las células endoteliales y musculares lisas. Entre tanto, si el estado hipercolesterolémico persiste, se establece un círculo vicioso con depósito de lípidos - inflamación - formación de células espumosas, que si el organismo no puede neutralizar se prolonga indefinidamente, terminando inexorablemente en la formación y posterior ruptura de la placa.

NUEVA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA DE LA ATEROESCLEROSIS

Dr. Ricardo Esper

La combustión química del metabolismo aeróbico normal produce sustancias oxidantes altamente reactivas como el anión superóxido (O_2^-), el peróxido de hidrógeno (H_2O_2), el radical oxidrilo (HO), el ácido hipoclorhídrico (HOCl) y radicales lipídicos. El organismo habitualmente los neutraliza con enzimas antioxidantes como superóxido dismutasa, catalasa, glutatión peroxidasa y otras de menor cuantía que degradan los reactivos oxidantes en oxígeno y agua. Cuando la capacidad de control de las sustancias oxidantes es superada, se instala un estado de stress oxidativo. Los factores de riesgo tienen un común denominador, el cual es generar stress oxidativo que daña las estructuras celulares y oxida las partículas LDL.

Las LDL nativas son inocuas y se internalizan por los receptores específicos en los macrófagos. Pero la LDL oxidadas son altamente inmunogénicas y producen anticuerpos, son fagocitadas por los receptores carroñeros de los macrófagos, sin límite de saciedad, y generan una franca reacción inflamatoria. Luego, el primer paso en el tratamiento de la aterosclerosis es evitar el exceso de LDL y su oxidación. Todos los ensayos basados en dieta, ejercicio, y todo tipo de fármacos hipolipemiantes, han reducido en diversos

grados los niveles de LDL y disminuido el número de accidentes vasculares. Estos efectos se observaron a poco de iniciada la terapéutica y se incrementaron progresivamente a través del tiempo. De todos los fármacos, los que mayores resultados han logrado son las estatinas, probablemente por un franco efecto antiinflamatorio y antitrombótico agregado al hipolipemiante.

La aspirina se administra por su acción antiagregante plaquetaria. Sin embargo, en la actualidad se cuestiona si su beneficio no es producido además por su acción antiinflamatoria. Los inhibidores de la enzima convertidora y los bloqueadores de los receptores AT1 de la angiotensina, además de sus acciones específicas, tienen una acción antiinflamatoria por menor actividad de la angiotensina II. Todos estos fármacos han demostrado disminuir el número de accidentes vasculares.

Se considera que la aterosclerosis es una enfermedad que se inicia en la vida fetal y progresa con los años hasta hacerse evidente en la 4ta. o 5ta. década de la vida. Luego, es muy largo el período desperdiciado por los médicos sin realizar prevención primaria de este padecimiento. Por esta razón, independientemente de los valores de colesterol del paciente y de la terapéutica farmacológica que se le instituya, hay un tratamiento que debería aplicarse a todos los humanos, hombre o mujer, sano o enfermo, niño o anciano, y que consiste en evitar los factores de riesgo para prevenir no solo la instalación de la aterosclerosis sino su progresión y complicaciones. Es preciso educar a la población a que erradique los factores de riesgo "erradicables", como tabaquismo, sedentarismo y obesidad, y que controle los "modificables" como hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia.

Se podría sintetizar en no fumar, alimentarse con una dieta adecuada, mantener un peso ideal, evitar el sedentarismo y controlarse periódicamente la presión arterial. Este sencillo tratamiento es el más eficaz hasta ahora conocido para evitar la aterosclerosis, impedir su progresión, provocar su regresión y atenuar sus complicaciones. Se debe enseñar desde muy temprana edad, no tiene costo alguno y redundará en la salud poblacional total.

SINDROMES PARANEOPLASICOS

Dres. Ernesto Crespo, Gustavo Príncipe y Mario Sardiña.

Los síndromes paraneoplásicos (SPN) son definidos como síndromes clínicos sistémicos no dependientes de metástasis, que acompañan a enfermedades malignas. Son múltiples los cuadros que se pueden observar, y cada uno simulando entidades más benignas: desde "fiebre" que es la presentación más común, hasta síndrome de Cushing, pasando por dermatomiositis-polimiositis y llegando al síndrome carcinoide maligno. Aproximadamente el 10 al 15 % de los cánceres presentan en algún momento de su evolución un SPN.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la relación entre las neoplasias y los SPN. son complejas e intrigantes. Un SPN. puede resultar por la producción y liberación de diversas sustancias con actividad fisiológica (hormonas, proteínas fetales, enzimas, citocinas ...), o por la acción de anticuerpos que –formados para combatir a las células tumorales- reaccionan en forma cruzada con tejidos normales convirtiéndose en auto-anticuerpos, o forman complejos inmunes dañinos. Mas raramente los tumores pueden interferir con alguna vía metabólica (metabolismo de hormonas esteroideas).

Se los suele agrupar en ocho categorías:

Inespecíficos	Hematológicos
Reumatológicos	Cutáneos
Renales	Endocrinos
Gastrointestinales	Neuromusculares

1. Síntomas y signos inespecíficos
 - a. Fiebre: en linfomas, leucemias, sarcomas, hipernefromas, tumores gastrointestinales, hepatomas.
 - b. Disgeusia, anorexia, CAQUEXIA. Causado por el factor de necrosis tumoral (TNF-1), el cual es responsable de variadas alteraciones metabólicas.
2. Reumatológicos.
 - a. Osteoartropatía hipertrófica en cáncer de pulmón.
 - b. Poliartritis reumática o polimialgia reumática, en mielomas, linfomas, leucemias, tumores de colon, próstata, páncreas y SNC.
 - c. Esclerodermia. Lupus eritematoso sistémico.
 - d. DERMATOMIOSITIS / POLIMIOSITIS.
 - e. Amiloidosis secundaria.
3. Renales.
 - a. Nefropatía hipokalemica por secreción de ACTH. En ca. de pulmón. Otros tumores que producen ACTH., ADH., u hormonas gastrointestinales causantes de diarrea acuosa también producen alteraciones hidroelectrolíticas como hiponatremia o hipernatremia, hipokalemia, acidosis o alcalosis metabólica....
 - b. Síndrome nefrótico por glomerulonefritis membranosa proliferativa o por amiloidosis renal.
4. Gastrointestinales.
 - a. Diarrea acuosa en tumores proctosigmoideos o en el carcinoma medular de tiroides.

5. Hematológicos.
 - a. Anemia hemolítica (autoinmune o microangiopática) o por anticuerpos anti-EPO.
 - b. Eritrocitosis.
 - c. Trombocitosis, responsable de tromboflebitis migratoria.
 - d. Reacción leucemoide. Hipereosinofilia.
 - e. Coagulación intravascular diseminada.
 - f. Crioglobulinemias. Gammopatías mono. o policlonales.
6. Cutáneos.
 - a. Prurito. Flashes.
 - b. Herpes Zoster. Ictiosis. Alopecia o hipertrichosis.
 - c. Acanthosis nigricans o melanosis dérmica, en melanomas y ca. de páncreas.
7. Endocrinos.
 - a. Síndrome de Cushing (cáncer de pulmón de células pequeñas).
 - b. HIPERCALCEMIA humoral por secreción de una proteína relacionada con la PTH.
8. Neuromusculares: 6% de los cánceres presentan SPN. neuromusculares. Predominan en cáncer de ovario y pulmón.
 - a. Miastenia gravis.
 - b. Demencias
 - c. Polineuropatías periféricas.
 - d. Miopatías.
 - e. Mielitis.
 - f. Esclerosis lateral amiotrófica.
 - g. Síndrome cerebeloso.
 - h. Encefalitis.

Los SPN pueden preceder a las neoplasias o aparecer en el curso de su evolución. Por eso, la metodología de estudio de un paciente con sospecha de cursar un SPN incluye no solo los test dirigidos a la sintomatología evidente, sino también a la búsqueda de una posible neoplasia oculta.

En este sentido, los marcadores tumorales pueden ser útiles para el diagnóstico de cánceres clínicamente silentes, pero la mayoría de ellos no son específicos en determinar el origen del cáncer. Por ej. el CEA. (antígeno carcinoembrionario) está aumentado en pacientes con tumores de mama, pulmón y tracto digestivo, e incluso en grandes fumadores. Por lo contrario, el PSA. (antígeno prostático específico) solo aumenta en pacientes con desórdenes prostáticos, pero esto ocurre tanto en las neoplasias de próstata como en las hipertrofias adenomatosas benignas. Muchos pacientes con SPN tienen autoanticuerpos contra diversos tejidos del cuerpo. La demostración de ellos es muy importante para confirmar el diagnóstico de SPN y distinguir el cuadro de otras formas no neoplásicas. La mayoría de los autoanticuerpos conocidos están dirigidos a estructuras del sistema nervioso (anti-Hu, anti-Ri, anticuerpos antineuronales Ma1 y Ma2, anti-Yo o anti-células de Purkinje [APCA1] ...).

En cuanto al tratamiento, existen dos enfoques:

1. Tratamiento del tumor subyacente, según las modalidades habituales (cirugía, radioterapia y/o quimioterapia).
2. Tratamiento del SPN. por sí mismo. Se basa en inmunosupresión con inmunoglobulinas intravenosas, esteroides u otras drogas inmunosupresivas –la más usada es la ciclosporina-, y se reserva para pacientes en los que se ha demostrado la presencia de anticuerpos en su sangre. Un caso que merece mención especial lo constituye la osteoartropatía hipertrófica que remite rápidamente con la sección del nervio vago ipsilateral.

Dada la multiplicidad de SPN y sus notables diferencias de individuo a individuo, el pronóstico también difiere ampliamente de uno a otro paciente. Por ej., la coagulación intravascular diseminada indica pobre pronóstico, mientras que la osteoartropatía hipertrófica es uno de los pocos SPN que implican mejor pronóstico para el paciente.

El reconocimiento de los SPN puede darnos la llave que nos permita sospechar una seria condición subyacente, y orientar los estudios que permitan un rápido reconocimiento y tratamiento de una neoplasia clínicamente oculta. Finalmente, es bueno recordar que los SPN evolucionan en semanas y meses – raramente entre uno y 3 años – para luego estabilizarse, independientemente de la evolución del cáncer de origen.

MANEJO DEL PACIENTE INTERNADO INFECTADO

José María Casellas MB. MSc.

Centro de Estudios en Antimicrobianos (BA); CIBIC y Sanatorio Parque (Rosario. Santa Fe)

En los albores del siglo XXI las bacterias responsables de infecciones graves en Argentina son preponderantemente: *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* spp y las enterobacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE) ej *Klebsiella pneumoniae* o de cefalosporinas cromosómica suprimida (ej *E. cloacae*). Es preocupante la alta incidencia de *S. aureus* metilino resistente (SAMR) así como de estafilococos coagulasa negativos metilino resistentes. El

problema se agudiza con el advenimiento por sobreempleo de vancomicina (VAN) de SAVR y de enterococos VR. La forma de evitar mayores problemas es proceder a la externación temprana del paciente evitando el uso prolongado de VAN en la internación. Para ello contamos con la posible utilización domiciliar de teicoplanina IM o linezolidina (IM u oral) solas o a veces asociadas a otros ATB efectivos in vitro. Debe cuidarse la elección del medicamento para prevenir reacciones desagradables con ciertas formas comerciales. El problema de las BLEE suele resolverse evitando el uso de cefalosporinas de 3a generación y de fluorquinolonas en UCI. Lo propio ocurre con E. cloacae.

Los carbapenemes meropenem (ME) e imipenem (IM) son ca. 100% efectivos. La aparición de multiresistencia en *P. aeruginosa* y *Acinetobacter* que incluye a 10-15% de cepas resistentes a carbapenemes es un problema serio. Debe destacarse que ME es mas efectivo que IM frente a *P. aeruginosa* pero ambos son equivalentes frente a *Acinetobacter* spp. Hoy día debe recurrirse con frecuencia al empleo de polimixinas como colistina ante cepas carbapenem resistentes.

Stenotrophomonas maltophilia es un bacilo gram negativo no fermentador que es seleccionado, generalmente en UCI, luego de uso extensivo de carbapenemes, es sensible a la asociación de trimetoprima-sulfametoxazol con una nueva fluorquinolona (levofloxacina, gatifloxacina o moxifloxacina).

En conclusión la disminución de infecciones por bacterias multiresistentes en UCI puede mejorar sensiblemente si: 1) se adoptan las medidas de barrera necesarias para evitar la transmisión horizontal. 2) Se limita el uso hospitalario de vancomicina y se procura externar al paciente utilizando otros ATB disponibles que no requieren administración IV. 3) se limita a casos imperiosos (ej meningitis por neumococos) el uso de cefalosporinas de 3a generación en UCI y en lo posible de fluorquinolonas 4) se dispone de un buen sistema de vigilancia de resistencia y se procura orientar los tratamientos de acuerdo a los nuevos conceptos de farmacodinamia basados en el conocimiento de la CIM de la cepa infectante.

TAMIZADO AUDITIVO NEONATAL DENTRO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LA HIPOACUSIA INFANTIL

Lic. Elvira Fernández

CEIDHI – Centro de Identificación de la Hipoacusia Infantil

La demora diagnóstica y terapéutica de la hipoacusia infantil produce secuelas lingüísticas, cognitivas y sociales irreversibles en el niño que la padece. De allí la necesidad de programa para valorar la audición en la etapa neonatal, que permita intervenciones antes de los 6 meses de vida.

Se evalúa un programa multicéntrico de pesquisa neonatal universal de hipoacusia mediante el uso de Otoemisiones Acústicas (OAEs) implementado en hospitales públicos, realizando el estudio de su viabilidad, utilidad y relevancia en el período neonatal.

El programa determinar la incidencia de la hipoacusia en el período neonatal y analiza los parámetros audiológicos para la interpretación de los resultados obtenidos.

Se efectuó el tamizado auditivo en toda la población de nacidos mediante otoemisiones acústicas, totalizando una muestra de 15.497 nacidos vivos. Se realizó el análisis estadístico sobre 13.476 neonatos, de los centros asistenciales, descartándose de la muestra, los que no cumplieron con las condiciones establecidas por la American Academy of Pediatrics (1999).

Los casos dudosos ó anormales (1° falla) fueron re-examinados con OAEs al mes de vida. De persistir el resultado patológico (2° falla) se buscó la confirmación diagnóstica mediante Potenciales Evocados Auditivos (PEAT).

La fase diagnóstica se completó antes de los 6 meses en el 85% de los casos.

Se analizan las conclusiones del estudio estadístico sobre 91 variables estudiadas, los factores de riesgo, la incidencia de la hipoacusia demostrada y los parámetros audiológicos a tener en cuenta.

El programa de referencia, demostró un elevado índice de tamizado universal inicial (90%). Los casos detectados pudieron iniciar tratamiento precoz (85% de los casos). Estos hallazgos permitieron demostrar la viabilidad del programa en el hospital público y su factibilidad operativa.

Se ponen de manifiesto las condiciones para su viabilidad, las ventajas y desventajas y la importancia para el diagnóstico y terapéutica temprana (antes de los 6 meses).

MIORGANIZADOR, SU FILOSOFIA

Tcnl Od ROBERTO HUGO RUIZ - Dra. MARTA SUSANA RUA

Servicio de Ortodoncia del Hospital Militar Central.

Docente Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares y Universidad Kennedy.

Se presentará un medio terapéutico ortopédico-ortodóncico-funcional, demostrando la experiencia de 30 años del uso del mismo y sus resultados.

Se expondrán las características, los objetivos, las indicaciones del medio terapéutico, así como su diseño y elementos constitutivos. Se demostrarán sus etapas de tratamiento, sus logros, sus ventajas y desventajas.

Se definirá la aplicación de fuerzas leves, moderadas y fuertes, intra y extra bucales según la disgnacia a tratar y en pacientes con dentición temporaria mixta o permanente. Se expondrá un caso de Clase III, tratado con la mayor potencia terapéutica de este sistema de tratamiento. Por último se concluirá con un resumen de la filosofía conceptual de este medio terapéutico y un video multimedia que expresa la esencia de este sistema de tratamiento.

COMO DETERMINAR EDAD OSEA Y PICO DE CRECIMIENTO, A TRAVES DE UNA TELERRADIOGRAFIA

Tcnl Od ROBERTO HUGO RUIZ y Tte 1ro Od LUCAS P. GARCIA PUENTE

Servicio de Ortodoncia del Hospital Militar Central.

Docente Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares y Universidad Kennedy.

Es la opinión de muchos autores, sobre la especialidad de ortodoncia, que en la época en que el niño experimenta su pico de crecimiento puberal es cuando podemos esperar las mejores respuestas al tratamiento y los mayores cambios morfogénicos. Es por ello que los autores han buscado la forma de determinar la edad ósea de sus pacientes ya que ésta pocas veces coincide con la edad cronológica y aún con la dentaria. Es así que muchos la determinan a través de una radiografía de mano muñeca estableciendo índices carpales de maduración ósea. Este tipo de radiografías no son de práctica diaria en ortodoncia, ya que habitualmente pedimos para nuestros diagnósticos radiografías panorámicas y telerradiografías.

Esta conferencia se basa en los trabajos de autores nacionales y extranjeros que han extrapolado el método carpal, estableciendo una similitud madurativa entre los huesos de la mano y muñeca y la maduración de las vértebras cervicales. Aquí se explican los períodos madurativos por los que pasan las vértebras cervicales (desde la segunda hasta la séptima) y su relación temporal con la faz de crecimiento puberal, antes y después de la misma. Este elemento diagnóstico se valora a través de una Telerradiografía, que es una radiografía de práctica habitual en la ortodoncia, de allí la facilidad e importancia de este método.

CONTROL DE LOS ALIMENTOS EN LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA

Reimers, Ana María. Departamento de Bromatología y Protección de la Salud. MBB.

Los organismos encargados del control de los alimentos son:

Nivel Nacional: SENASA y ANMAT.

Nivel Provincial: Fiscalización Sanitaria, Laboratorio Central de Salud Pública, y Dirección Provincial de Ganadería.

Nivel Municipal: Departamento de Bromatología y Protección de la Salud. MBB.

En el primer caso a través del Decreto 815 del año 1999, se crea el SISTEMA NACIONAL DE CONTROL DE ALIMENTOS, con el objetivo de asegurar el fiel cumplimiento del CAA en todo el territorio de la Nación Argentina.

En relación al nivel provincial existe un convenio de Descentralización Operativa con el municipio en lo referente a la inscripción de productos alimenticios que se elaboran en la ciudad.

El Departamento de Bromatología y Protección de la Salud da cumplimiento a las directivas emanadas desde Fiscalización Sanitaria de la Pcia de Bs. As. y el Instituto Nacional de Alimentos en relación a la intervención y análisis de alimentos que presuntamente presentan riesgos para la salud de la población, dando cumplimiento al Decreto Nacional 815/99.

A nivel municipal la función de Bromatología es ejercer la fiscalización higiénico-sanitaria de los alimentos que se comercializan en la ciudad ya sea que se elaboren o no en Bahía Blanca, haciendo cumplir en ambos casos con el CAA Ley 18284 y sus normas complementarias.

El control de los alimentos dependerá, si se elabora y comercializa en la ciudad o solamente se comercializa.

En el primer caso el control comienza en la sala de elaboración y envasado continuando en los depósitos y comercialización. Verificando en los lugares de elaboración condiciones edilicias, indicadores de riesgo sanitario, evaluación del proceso de elaboración, toma de muestras de materias primas y producto terminado.

El control de los productos alimenticios que no se elaboran en la ciudad pero se comercializan, comienza cuando ingresan los productos a través del control en el Puesto Sanitario verificando que se trate de un vehículo habilitado para el transporte de alimentos y que el transporte se haga respetando las condiciones de refrigeración requeridas, que presente condiciones de higiene adecuadas, que no transporten otros productos simultáneamente con los alimentos, que estos se encuentren aislados del suelo y con buena distribución. La mercadería siempre deberá estar identificada, proceder de un establecimiento habilitado y contar con certificación sanitaria de origen. En el Control Sanitario se realizan análisis in situ, y en forma rápida, como el control de temperaturas, pH en carnes, control de contenidos netos y un minucioso control en medias reses en la búsqueda de tuberculosis en carnes. También se realizan Operativos en rutas de acceso a la ciudad, detectando evasión al Control Sanitario. Luego se continúa con las inspecciones en los depósitos mayoristas y en comercialización, verificando estado de conservación de la mercadería, control de cadena de frío y lapsos de aptitud.

Durante el año 2001 se realizaron un total de:

Actas de Inspecciones: 7581 Acta de Toma de Muestra: 1175
Actas de Comprobación: 500 Actas de Rechazo de Mercadería: 53
Comercios inspeccionados: 3152 Transportes inspeccionados: 580
Total de muestras analizadas (incluye alimentos, aguas de natatorios y productos industriales): 2419
Análisis Microbiológicos realizados: 7655
Análisis Físicoquímicos: 6696
Fueron rechazados un total de 115562 Kg. de mercaderías y se secuestró 16643 Kg. de mercaderías.
Sobre un total de 2253 muestras se infraccionaron 453 alimentos.
Riesgos microbiológicos: 4.6 %
Riesgos químicos: 5.3 %
Riesgos físicos: 0.9 %
Productos no inscriptos, problemas de rótulos, etc.: 9.3 %

PROYECTO: MEDICAMENTOS. RECUPERACIÓN DE MEDICAMENTOS

Colaboradores voluntarios de la Fundación Cecilia Grierson
Fundación Cecilia Grierson. E-mail: fundaciongrierson@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: las colaboradoras de la Fundación Cecilia Grierson en su trabajo de acompañamiento comunitario en los servicios de salud de la ciudad de Bahía Blanca detectan la carencia de medicamentos en algunos sectores como así también la existencia de fármacos que la población no utiliza, ya sea porque completaron el tratamiento sobrando dosis o porque fueron reemplazados por otros específicos. En consecuencia se propone una acción de rescate de dichos productos, que luego de apropiada verificación de conservación y vencimiento, son clasificados para ser entregados en los servicios de salud para que los profesionales los suministren convenientemente. Los no utilizables en medicina humana se entregan a la Sociedad Protectora de Animales por medio del Circulo veterinario del Sur.

OBJETIVO GENERAL rescatar medicamentos utilizables para su posterior distribución en los servicios de salud que asisten comunidades carenciadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1.Recuperación de medicamentos domiciliarios 2.Verificación de conservación y vencimiento 3.Clasificación por producto y acción terapéutica 4.Entrega a servicios de salud y/ o entidades que los requieran (Hogar Mamá Margarita, Hogar del peregrino, Abadi.

MATERIAL Y MÉTODOS 1. recolección de medicamentos en contenedores ad hoc dispuestos en los hipermercados de la Cooperativa Obrera, UNS.

2. selección y clasificación por equipo de colaboradoras de la F.C.G. y pasantes Carrera de Farmacia

CONCLUSIONES: el proyecto que se inició en el año 2001 continuando en 2002 ha efectuado entregas cada mes de medicamentos al Hospital Municipal de Bahía Blanca, HIGA Dr. J. Penna, Hospital Municipal de Punta Alta, Hogar Peregrino San Francisco de Asís, Hogar Mamá Margarita, ABADI e instituciones intermedias solicitantes. En 2002 con el asesoramiento de la Fundación se integra la comunidad de Cnel Suárez por intermedio de la Secretaría de Salud, Hospital Municipal y e instituciones intermedias del distrito.

PROYECTO: PARTÍCIPIES POR LA VIDA

Colaboradores voluntarios comunitarios de la Fundación Cecilia Grierson.
Fundación Cecilia Grierson. E-mail: fundaciongrierson@hotmail.com

INTRODUCCIÓN La Fundación tiene en la Educación en Salud uno de sus objetivos más importantes; es un proceso que promueve cambios de concepto, comportamientos y actitudes frente a la salud, la enfermedad y uso de servicios, reforzando conductas positivas. El colaborador, miembro de la comunidad, es una persona clave, mediadora, que puede ayudar a aprender todo lo que los miembros de la comunidad pueden hacer para alcanzar un estilo de vida más saludable. Acompaña y apoya a los profesionales de la salud en la educación de niños, jóvenes y adultos, conoce cómo la gente de su comunidad aprende las cosas básicas que necesita para su vida diaria y a través de qué medios o canales les llega ese tipo de información, La función no es asistencial, es un interlocutor comunitario, que hablando en similitud de términos, favorece la participación consciente, responsable y activa que les permita llegar a un mejor estado de salud individual y grupal.

OBJETIVO GENERAL Constituir un grupo de colaboradores comunitarios voluntarios que actúen como facilitadores de las acciones educativas y de promoción de la salud propuestos por la Fundación C. Grierson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1.selección, formación y preparación de agentes colaboradores comunitarios intermediarios entre la población y los profesionales y servicios de salud dentro de los proyectos de la F.C.G. 2. constitución de acuerdos institucionales que permitan la actividad de los colaboradores 3.definir actividades de los colaboradores de acuerdo a los proyectos de la F.C.G. y lugares de acción en la comunidad.

MATERIAL Y MÉTODOS 1.Cursillo formativo (previa selección de participantes) mediante técnicas reflexivas, participativas e inductivas, (un encuentro cada 15 días de 2 hs. de duración)2.Tareas de actualización e información periódicas de carácter plenario (1 por mes)

CONCLUSIONES: desde el inicio en 2000, 40 colaboradores que se suman anualmente, trabajan en las Unidades Sanitarias de la Municipalidad de Bahía Blanca acompañando a la comunidad en acciones para mejorar su calidad de vida, además de crear nuevos proyectos de acción comunitaria y educativa.

ECO DOPPLER DE MAMA: UN APOORTE PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL NÓDULO MALIGNO

Dr. Eduardo Cuvertino

La problemática del nódulo dudoso o sospechoso sigue vigente y exige un prudente empleo de recursos con el objetivo final de una adecuada y eficaz ecuación diagnóstica, que nos permita llegar precozmente a la patología maligna.

La incorporación del Doppler Color y el Doppler Potenciado con transductores de alta resolución, ha demostrado una gran aptitud para representar vasos de pequeño calibre conduciendo con facilidad hacia: la caracterización topográfica-morfológica y la cuali-cuantificación del flujo de todos los vasos.

Toda lesión nodular tiene representación de vasos extranodulares y en un porcentaje elevado de casos (70 %) puede ponerse de manifiesto la vascularidad intranodular.

Los vasos hiliares “penetrantes vinculantes” (irregulares o umbilicados) que revelan IR mayores de 0.70 asociados con Velocidades Máximas de Pico Sistólico superiores de 15 cm/seg. deben alertar para una cuidadosa exploración intranodular. Si esta última sostiene las características de vasos amorfos e irregulares, anárquicos y/o radiantes con semejantes signos de flujos a los detectados extrínsecamente, estamos frente a una lesión altamente “sugestiva de atipia”.

Deben explorarse adecuadamente los vasos hiliares penetrantes o “vinculantes” porque reflejan fielmente los cambios biológicos del tejido maligno, evidenciando alteraciones en los gradientes de presión y variación en las velocidades sistólicas e índices de resistencia.

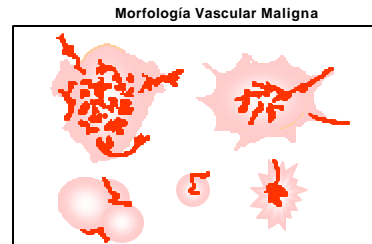
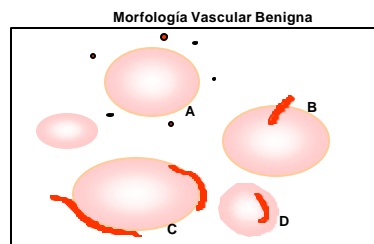
Además de esto, porque se hallan en más del 90 % de nódulos malignos, por b general con calibres pródigos y múltiples cuando la lesión es de mayor volumen. Las lesiones de menor volumen podrían llegar a requerir la utilización de contraste adicional, teniendo presente que cuanto más pequeñas, menor es la cantidad de vasos visibles. El contraste también demuestra con vigor la presencia de la multiplicidad vascular, poniendo en evidencia la “avidez nutricia” ante la llegada precoz del agente en casos de atipia.

Una lesión nodular tiene francas posibilidades de ser benigna cuando “no presenta signos de vascularidad intrínseca” frente al Doppler en sus diferentes modalidades y especialmente cuando usamos sustancias de contraste. Esta consideración se acrecienta cuando puede observarse la topografía vascular signada por la regularidad y con IR menores de 0.70.

Las exploraciones con Medios de Contraste incrementan la información cuando la evaluación con el Doppler Color no ha sido suficiente. La administración rápida permite un tiempo de exploración óptimo pero exige una aproximación previa y exigente con el doppler potenciado, con el objetivo de una evaluación final más crítica y serena de la lesión.

En nuestra opinión, el Contraste incrementa la confiabilidad demostrada por el Doppler Color, avalando sus hallazgos y aumentando el valor predictivo negativo para malignidad. En este contexto podemos decir, que los agentes eco-realzadores amplían las aplicaciones clínicas del Doppler.

En general, los aportes conseguidos por la modalidad de exploración Doppler son muy alentadores ante una mama de alto riesgo, porque se incorpora un eslabón diagnóstico crítico entre el perfil clínico y mamográfico del nódulo con sospecha. Es de especial utilidad en la exploración de polos adenósicos donde coexisten lesiones focales o difusas y para una mejor caracterización del nódulo benigno. Este hecho fortalece y consolida el papel del US en el algoritmo diagnóstico de la patología mamaria aproximándonos a un manejo precoz y eficaz de la lesión maligna.



ECOGRAFÍA DE LA GLÁNDULA TIROIDES

Dr. Eduardo Cuvertino

Las principales alteraciones de la glándula tiroides pueden ser demostradas por una correlación clínica, bioquímica e imagenológica, donde la ecografía tiene un importante papel que ha llevado a un segundo plano la aplicación de la Cámara Gamma. Este hecho se potencia con la incorporación de los cambios detectables con el doppler color y con los procedimientos de biopsias guiadas que le colocan en un lugar dominante del algoritmo diagnóstico.

Siempre es importante efectuar el control ecográfico conociendo la valoración clínica de la glándula y los eventuales cambios del laboratorio que se revelan con T3, T4, T4 Libre, TSH, Test de TRH y Ac.Específicos.

Los cambios principales cambios detectables con ecografía, están vinculados con el volumen, la ecogenicidad y la vascularidad glandular.

9Los cambios del volumen por lo general se acompañan de cambios funcionales previos que determinan la hiperplasia e hipertrofia celular desencadenando los Ciclos de Marine que concluyen con la formación de nódulos.

Debe tenerse presente que aproximadamente el 98 % de los pacientes con Hipotiroidismo tienen Bocio y que de estos, entre el 10-20 % pueden cursar con Tiroiditis y entre el 5-10 % pueden ser portadores de Cáncer.

Los cambios ecogénicos de la glándula pueden ser focales o difusos. La Hipoecogenicidad Difusa está presente en el 80 % de pacientes con Hipotiroidismo y es la principal modalidad de presentación del cáncer, que suele asociarse con heterogeneidad, límites imprecisos, microcalcificaciones, cambios vasculares focales y adenopatías especulares.

El incremento difuso del flujo color esta presente tanto en la Hiper como en la Hipofunción (93% de casos).

Aquí el doppler pulsado puede aportar importantes elementos para el diagnóstico y el seguimiento de la distrofia glandular. En casos de Bocio Nodular, el Doppler Pulsado revela IR > de 0.60 con Fase de Aceleración Sistólica "Parabólica", mientras que el Cáncer dominan los bajos IR consecuentes a bajas velocidades sistólicas.

Actualmente se acepta que el Ultrasonido demuestra habilidad para correlacionar cambios tisulares y guiar hacia el conocimiento del estado funcional de la glándula, aproximándose con mayor facilidad hacia la detección de malignidad. Es de inapreciable utilidad en la guía para la Punción Aspirativa con Aguja Fina.

TRATAMIENTOS TEMPRANOS Y OPORTUNOS EN ORTOPEDIA DENTOFACIAL.

Dr. Juan Carlos Casali; Dr. José Luis Anghileri.

Queremos enfocar este tema, de manera tal que no solo los que nos dedicamos a la Ortopedia u Ortodoncia tengamos en claro la importancia de la detección precoz de anomalías que acompañan a los niños ya en edades tempranas y que a menudo no son detectadas por los odontólogos generalistas.

No podemos decirles a los padres que vuelvan con el chico cuando este ya haya completado todo el recambio dentario y que consulten con un especialista. Tenemos el compromiso de conocer y detectar las diferentes anomalías dentarias y funcionales que se presentan en estos mismos chicos, en las etapas de dentición temporaria y mixta.

Es decir hacer real el precepto de que es mejor prevenir que curar. Hacer de la prevención efectiva una verdadera herramienta terapéutica.

Tener en cuenta que el chico en esa etapa tan importante de su vida, como es la del crecimiento y desarrollo, puede presentar una serie de alteraciones en sus funciones vitales y que esos desequilibrios se pueden instalar en el tiempo y hacer que esas anomalías, al ser evolutivas, se vayan agravando, y resulten en etapas posteriores, difíciles de corregir como son las mesiorelaciones y distorelaciones de orden esquelético, que agotado el crecimiento, en muchos casos requieren tratamientos quirúrgicos.

Por lo tanto hablar de controlar funciones, no está alejado de nuestro propósito. También la detección de hábitos lesivos es parte de nuestra responsabilidad, como ser la succión digital, la interposición lingual, la deglución infantil etc.

Mucho podemos hacer en etapas tempranas del crecimiento y maduración, primero y lo más importante la detección de anomalías, que se manifiestan ya prematuramente y que debemos conocer para informar a los padres de ese hecho.

También no es necesario plantear tratamientos en esta etapa y aguardar a que el chico tenga la suficiente maduración como para colaborar con los tratamientos de índole funcional o mecánica.

PACIENTE INSUFICIENTE RESPIRATORIO ASOCIADO CON PROBLEMAS ORTODÓNCICOS.

Dr. José Luis Anghileri; Dr. Juan Carlos Casali.

Es necesario buscar la integración de criterios y establecer las vías de comunicación con otras especialidades médicas y para medicas para realizar un auténtico tratamiento integral de ese tipo de

pacientes que tan frecuentemente vemos en nuestros consultorios, asociados con patologías ortodóncicas y que requieren para su tratamiento integral la colaboración de otras ramas de la medicina, pero por todas las cosas superar una serie de desencuentros producidos por diferentes puntos de vista sobre como encarar el tratamiento de estos pacientes, donde existen diferentes criterios según opinen los pediatras ó los otorrinolaringólogos, los alergistas etc, que llevan a los padres a escuchar diversidad de opiniones que conspiran para encarar un tratamiento adecuado siguiendo un sentido común de objetivos.

Desde aquí abogamos para poder reunir a todas las voces autorizadas sobre este importante tema y poder unificar criterios terapéuticos para realizar enfoques conjuntos de este tema y dar una adecuada respuesta integral a la problemática del paciente con problemas nasorespiratorios, es decir realizar la corrección de las alteraciones obstructivas, fonéticas, deglutorias, alérgicas, de postura asociada, y del problema ortodóncico.

VERSATILIDAD EN IMPLANTES DE CARGA INMEDIATA Y LA PRESENTACION DEL "BIO.MEC" NUEVO SISTEMA.

Dr. Reinaldo Gómez Samo

Resumen : Cuando el hombre se hizo civilizado, y aun en etapas mas primitivas, no se conformo con los estragos de la desdentación y procuró reponer las piezas perdidas, aunque fuera en forma rudimentaria. Chinos, egipcios, fenicios etc, idearon puentes de metal, aparatos removibles para poder masticar y presentarse decorosamente. Pero la sociedad ya no se conforma con aquellos ingeniosos aparatos, sino con otras técnicas acordes con los tiempos en que vivimos, ya nadie lleva pata de palo o parches de pirata en los ojos, por que hoy la ciencia ofrece cirugías y sustitutos mas acordes de acuerdo a los tiempos en que vivimos, se necesitaba algo mas efectivo para estar verdaderamente en el siglo XX.

Ese paso adelante lo ha dado la implantología dental, las prótesis implantosoportada no se mueven al masticar, reír, hablar toser etc., sólidamente retenidas a través de los implantes devuelven la confianza determinando una mejora psicológica al paciente, una excelente función, y una mejor estética.

Ahora bien, cómo se llega a esta situación? cuál ha sido el

camino? la implantología tuvo infancia? hubo fracasos ? y de esta forma tenemos nuestra historia en la implantología que podemos dividirla en: Remota, Reciente y Actual.

En el tema que nos toca hoy desarrollar hablaremos de los implantes de: Carga Inmediata con técnicas quirúrgicas atraumáticas, con biomateriales aceptables, con implantes con una superficie altamente rugosa, con la estabilidad inicial, con una protección en la etapa de cicatrización nos llevará a = una óptima oseointegración. En este tema desarrollaremos, cómo realizar la evaluación, indicaciones y sus contraindicaciones, tipo de prótesis e implante, para que nuestro paciente se vaya con la prótesis colocada desde el primer momento.

LAS ENFERMEDADES GINGIVO-PERIODONTALES Y SUS REPERCUSIONES SISTÉMICAS.

Dra. Judith Iguíñiz; Dr. César Labrousse

La periodontitis puede aumentar la susceptibilidad a ciertas enfermedades sistémicas por diferentes vías.

Los LPS y las bacterias Gram-negativas viables del biofilm y citoquinas proinflamatorias del tejido periodontal, crean por su permeabilidad la posibilidad de ingresar en la circulación sanguínea, en número suficiente, y de esa manera influir en la salud general y en la susceptibilidad a ciertas enfermedades.

Esta ampliación del criterio de enfermedad periodontal debería traducirse en un planeamiento estratégico interdisciplinario, donde los integrantes del equipo de salud trabajen en coordinación para prevenir o tratar las diferentes patologías asociadas con las enfermedades gingivo-periodontales.

ADN EN MEDICINA FORENSE

Dra. Paula Ederra. Inmunología e Inmunogenética-IACA Laboratorios. San Martín 68 (8000) Bahía Blanca. E-mail: laboratorios@iaca.com.ar

INTRODUCCIÓN

En 1985, **Jeffreys y col.** describieron un método de identificación humana que llamaron huella genética ("DNA fingerprinting"), que prometía ser la solución definitiva al análisis de la diversidad humana en la medicina legal. En 1987 la llamada huella genética ya había sido admitida en procesos penales en EEUU e Inglaterra.

Aspectos básicos de los polimorfismos de ADN. Aplicaciones forenses del análisis de ADN.

La información genética codificada en el ADN nuclear humano (genoma), está contenida en unos 3 billones de pares de bases (bp). El número de genes sería de 50.000 a 100.000, sólo el 20% del genoma. El 80% restante se denomina ADN extragénico y contiene las secuencias altamente repetitivas en tandem: los minisatélites y microsátélites de ADN. Dichas regiones son hipervariables.

Los llamados minisatélites son regiones de hasta 10.000 bp, con una secuencia llamada "core", de unos 15-30 bp que se repite un determinado número de veces. El número de veces que esa secuencia core se repite

es la base del polimorfismo del sistema. Para un minisatélite o sistema dado las distintas variantes se denominan alelos.

Los microsátélites, al igual que los minisatélites son polimorfismos de repetición. La unidad de repetición es de 2-4 bp..

El ADN mitocondrial (mtADN) comprende aproximadamente 16,5 Kb de los cuales sólo dos pequeñas regiones (hipervariable I y II) se utilizan para identificación humana. Son regiones con elevada tasa de mutación. **El mtADN es de herencia materna, permitiéndonos definir lo que llamamos linaje materno.**

En los últimos años se incorporó al análisis de ADN el estudio del cromosoma Y. Es de gran utilidad en casos de crímenes violentos con abuso sexual, permitiendo (en casos heterosexuales) la rápida diferenciación del ADN de la víctima y del victimario. **El haplotipo del cromosoma Y, en hombres o niños, nos define el linaje paterno.**

Dentro de las aplicaciones de los análisis de ADN podemos citar:

- **Procesos civiles**, demandas de paternidad, maternidad.
- **Procesos penales**: hechos delictivos en los que quedan vestigios del autor (evidencia) en la escena del crimen o en la víctima (violaciones, crímenes violentos)
- **Identificación de cadáveres**: catástrofes en masa, accidentes, hallazgos de restos.

Más allá del campo forense estos estudios permiten realizar **análisis de genética poblacional**, definir corrientes migratorias, fundamentalmente estudiando mtADN y haplotipo del cromosoma Y.

Valoración de la prueba pericial de ADN

Cuando analizamos polimorfismos genéticos y tratamos de definir si corresponden a un individuo pueden darse dos situaciones: que no coincidan varios de los marcadores analizados o que coincidan todos. En el primer caso podemos establecer la no identidad, se trata de dos perfiles diferentes. El problema se presenta cuando coinciden. Debemos considerar que siempre existirá incertidumbre sobre si el perfil corresponde al individuo, por lo tanto **nunca podemos hablar de inclusión o certeza absoluta cuando no hay exclusión. Siempre debe hacerse una valoración estadística, basados en la probabilidad de encontrar dicho perfil en otro individuo de la población.**

El informe pericial debe ser lo más claro e informativo posible, para evitar los problemas de comunicación entre profesionales del área de la salud y los abogados, porque no debemos dejar de considerar que profesionalmente manejan idiomas diferentes. Debemos entender que es tan importante una correcta interpretación por parte del perito del análisis de ADN como una correcta comunicación de los resultados al Juez.

Aspectos jurídicos y éticos del análisis de adn

Estos análisis adquirieron en los últimos años importancia en procesos civiles y penales.

Ofrecen dos grandes ventajas: la precisión y el permitir realizar el análisis con muestras mínimas y por lo tanto no destruir la evidencia.

Fiabilidad de los análisis.

La identificación humana es un proceso sumamente complejo que puede centrarse en cualquier componente de la persona, desde los más trascendentes (arte, política, etc.) hasta los biológicos.

En la práctica se buscan sistemas comunes a todas las personas, con capacidad de estandarización y contraperitación. Es tan cualidades las cumplen sobradamente los análisis de ADN.

Ya mencionamos que el ADN no codificante es altamente variable (polimórfico). Por diversos métodos de laboratorio podemos estudiar dicho polimorfismo y establecer o descartar la identidad entre una evidencia y la muestra extraída a un sospechoso o bien podemos dirimir la relación biológica entre dos o más personas.

Voluntariedad u obligatoriedad al sometimiento de las pruebas

Debemos discriminar entre procesos penales y civiles (donde se investiga la maternidad y/o paternidad), porque si bien las bases del análisis son las mismas, las circunstancias y planteos son diferentes.

En el ámbito civil no es factible obligar a una persona a la toma de muestra para realizar un análisis de ADN, pero, entre los juristas **hay consenso en considerar la negativa como presunción en contra**

En materia penal hay controversia basada en el principio de autoincriminación, habiendo dos posturas al respecto, una de ellas en base a la autoincriminación permite la negación a la extracción y la otra, **mayoritaria**, que **sobrepone el interés colectivo**, entendiendo que el interés general es superior al individual y por lo tanto no admite la negativa a la extracción de muestra para realizar el análisis.

Archivo de resultado y creación de bancos de datos genéticos.

El archivo de resultados y la creación de bancos de datos genéticos son cuestiones muy polémicas que surgen en relación con la utilización de estas pruebas. No se trata sólo de crear bancos de datos con los resultados de los análisis, sino crear bancos de muestras sobre las cuales practicar dichos análisis en un momento dado.

Se discute también la creación de bancos de perfiles de ADN de personas condenadas por crímenes violentos. La finalidad sería la identificación con posibles delitos futuros, en vista del elevado porcentaje de reincidencia en este tipo de delitos.

El consenso general es no crear bancos de datos y muestras sin un marco legal definido. El porqué es claro, se podrían vulnerar derechos y libertades públicas y generar abusos por la dificultad en el control de la información y muestras archivadas.

ALERTAS PSIQUIÁTRICOS EN LA INFANCIA

Lic. Beatriz Janin

Este tema nos introduce en las particularidades de la psicopatología infantil, en la especificidad de los trastornos psíquicos infantiles y nos plantea la prevención como cuestión prioritaria.

Se desarrollará cuáles son los indicadores a tener en cuenta desde el punto de vista psicológico y se ejemplificará con casos clínicos.

Se expondrán los diferentes momentos de la estructuración y cuáles son los alertas psíquicos en cada momento. Se enfatizará la necesidad de observar y "escuchar" al niño y a sus padres.

Se hablará sobre los trastornos tempranos en la estructuración psíquica y su producción, así como sobre las estrategias de abordaje terapéutico de los mismos.

Se planteará la importancia de la detección temprana.

En tanto todo ser humano se constituye en un contexto en el que hay otros que inciden cotidianamente en la estructuración psíquica, detectar dificultades tempranas posibilita realizar intervenciones con el niño y con el contexto.

ALTERACIONES DEL LENGUAJE -SU CLASIFICACIÓN

Adriana Marinsalta

Fonoaudióloga; HIRS – HMMI - IDDI

Existen varios tipos de clasificación de los disturbios del lenguaje, dado a que las alteraciones del mismo no responde a un concepto unitario y por lo tanto construir una clasificación sigue siendo todavía una tarea inconclusa

En primer lugar no hay acuerdo en cuando se definen los trastornos como congénitos o adquiridos. La mayoría sostiene que se debería considerarse el punto de corte entre los 18 y 20 meses. Otro tópico en debate es el de las carencias psicoafectivas si bien aparecen como aspectos que tienden a dificultar el normal desarrollo no hay evidencia a la fecha que un cuadro específico lingüístico pueda ser imputado a tal exposición.

El entorno mas bien aparece como multifactorial, agravante, pero nunca como causal específico y aislado.

Las etiologías con respecto a la clasificación aportan mas confusión. Las causas biológicas, como la hidrocefalia crónica, lo genético donde no se puede relacionar un fenotipo lingüístico de acuerdo a las anomalías genéticas, salvo en casos puntuales como el s. De Williams o de una familia descrita con alteraciones en la sintaxis y un locus en el cromosoma 7.

Los franceses son los responsables del termino disfasia (expresivas, receptivas o mixtas.)

El criterio de gravedad a veces difícil de predecir, es una condición necesaria para diferenciarla de retardo simple de lenguaje, la persistencia es otra característica, y por ultimo la cualidad anómala, no solamente la pobreza sino la desviación. Estas características no estaría hablando un trastorno estructural innato del aparato lingüístico.

Cuando nos adentramos en base a los distintos niveles fonológico, sintáctico semántico y pragmático de procesamiento sus alteraciones nos llevan de la mano a un intento de clasificación como la diseñada por Rapin y Allen, de características semiológicas.

En muchas ocasiones nos enfrentamos con la dificultad de no poder ubicar al paciente en las categorías estipuladas.

¿Por ejemplo donde colocamos dentro de un cuadro fonológico sintáctico a un niño con anomias?

Casi la mitad(49%) afectan lo fonológico sintáctico

el 44% compromete solamente lo expresivo

El 7% compromete los otros niveles.

Los trastornos de la vertiente expresiva presentan dos categorías diagnósticas. Por un lado la dispraxia verbal mostrando una incapacidad manifiesta de fluencia con articulación afectada. Incluso con ausencia de habla total

La comprensión normal o cercano a lo normal

Los trastornos de programación fonológica

Si bien es fluente la palabra es ininteligible

A un niño se le debe entender el 50% a los 2 años, el 70% a los 3 y el 100% a los 4 años.

Los trastornos que afectan la comprensión y la expresión, con respecto al retardo fonológico tienen una fluidez perturbada una articulación también comprometida, y por consiguiente la expresión limitada.

La sintaxis es deficitaria, las frases cortas, hay omisión de palabras funcionales, las frases son agramaticas

La comprensión comprometida en menor gradación que la expresión

El grado severo la agnosia auditiva verbal prácticamente tiene una comprensión ausente, por lo que la expresión esta muy alterada también

La articulación y la fluidez comprometida

Los trastornos del procesamiento central en el cuadro semántico pragmático muestran habla fluente, con logorrea, la articulación y sintaxis normales. La conversación es aberrante y la comprensión de enunciados complejos deficiente.

El déficit lexical sintáctico muestra un habla fluente con ocasional pseudotartamudeo por la dificultad de evocación, la jerga es importante en el pequeño y la articulación es normal
La construcción sintáctica es inmadura y la dificultad para formular enunciados complejos es problemática.

ANTIBACTERIANOS (ATB) EN INFECCIONES ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD (IAC)

José María Casellas MBMSc

Centro de Estudios en Antimicrobianos; CIBIC y Sanatorio del Parque. Rosario. Santa Fe

Entre las IAC, las infecciones respiratorias (IR) y las urinarias (IU) son las que motivan el mayor número de consultas y las que requieren la utilización de la mayor cantidad de ATB en nuestro medio y a la vez donde se advierte el mayor número de errores en la elección de los mismos. Ante todo, cabe señalar que la elección de los ATB es esencialmente empírica en ambas circunstancias y que el denominado antibiograma (muchas veces realizado con un método inexistente internacionalmente como son los "multidiscos" suele aportar pocas ventajas terapéuticas y mucha confusión.

En las IR de la comunidad: Otitis media aguda (OMA);sinusitis aguda (SA); Reactivaciones agudas de bronquitis crónica (RABC) y neumonías (NAC), los neumococos representan la patología mas frecuente. Se ha mal interpretado el criterio de "resistencia a penicilina" que es aplicable a infecciones del SNC pero no a infecciones respiratorias. La OMA, SA, REABC y la NAC producidas por neumococos responden a dosis adecuadas de penicilina, amoxicilina, ceftriaxona o cefotaxima. Cabe señalar sin embargo, que su empleo en cepas con sensibilidad límite (> 2 mg/L a penicilina) aún raras en nuestro medio, puede llevar a la necesidad de aumentar progresivamente las dosis necesarias y producir selección de cepas mutantes con resistencia progresiva. El uso de inhibidores de beta- lactamasas (IBL)nada aporta a este tratamiento ya que los neumococos no producen betalactamasas pero los IBL sí provocan reacciones adversas.

Por otra parte, en NAC y ahora se ha demostrado en RABC y OMA, *Chlamydia pneumoniae* es responsable de un número de infecciones que oscila entre 5 y 20% (amplio rango probablemente debido a dificultades en la determinación etiológica). La aparición de varios mecanismos de resistencia a macrólidos, azálidos (metilasa y eflujo) y a lincosaminas (metilasa constitutiva) ha reducido la eficacia de estas drogas.

Hoy día se considera que el ATB ideal para IR en IAC debe actuar sobre neumococos, *Haemophilus*, *M.catarrhalis*, y las responsables de infecciones atípicas, por igual. Este papel lo cumplen las nuevas fluóroquinolonas (FQ) (NO, ciprofloxacina!) y los ketólidos como telitromicina.

Las nuevas FQ aún no pueden usarse en pediatría. La elección entre ambas está ligada a costo-beneficio pero telitromicina ha demostrado en SA,RABC y faringitis aguda que puede ser indicada para tratamientos de sólo 5 días facilitando el cumplimiento de la medicación y disminuyendo los riesgos de emergencia de mutantes resistentes.

En cuanto a IU hemos demostrado la falacia de la resistencia en los antibiogramas en IUB no complicadas, no bacteriémicas en niñas o mujeres(IUBNCMN),que son las mas frecuentes, en *E. coli*, *P. mirabilis* y estafilococos coagulasa negativos a cefalosporinas de primera generación, amoxicilina-sulbactam, norfloxacina y nitrofurantoina (salvo *P. mirabilis*). Mas aún demostramos que sulbactam sólo (sin amoxicilina) es capaz de erradicar IUBNCMN por acción intrínseca. No es de extrañar pues la frecuencia conque se observan antibiogramas indicando resistencia a los ATB mencionados coincidentemente con curación clínica.

NORMATIZACIÓN Y CALIDAD TOTAL EN EL LABORATORIO BIOQUÍMICO

Juan Pablo Grammatico*

Programa de Acreditación de Laboratorios, Fundación Bioquímica Argentina - Ciudad de Buenos Aires. E-Mail: pal@fba.org.ar

En los últimos años, la implementación de sistemas de aseguramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud ha tomado una gran importancia tanto al nivel internacional como regional y nacional. De entre las diferentes áreas de especialidad, la bioquímica es sin duda la que ha promovido el mayor desarrollo en este campo. Fruto de ello es el trabajo que se ha desarrollado en el seno de la Organización Internacional de Normalización (ISO) tendiente a elaborar una norma que establezca requisitos específicos para la gestión de la calidad en laboratorios clínicos (ISO 15189, actualmente en etapa de discusión, se prevé su publicación para el año 2003).

En la República Argentina, y en el ámbito del MERCOSUR, también se observa un importante trabajo normativo por parte de los profesionales bioquímicos. En el Instituto Argentino de Normalización (IRAM), el Subcomité de Análisis Clínicos, está funcionando desde el año 1997 con tres grupos de trabajo: Gestión de la Calidad (GT1), Sistemas de Referencia (GT2) y Productos para Diagnóstico in Vitro (GT3).

En lo que hace específicamente a la acreditación de sistemas de gestión de la calidad en establecimientos de salud, la experiencia más importante de la región, es sin duda la de la Fundación Bioquímica Argentina. La fundación creó su Programa de Acreditación de Laboratorios en el año 1994 y estableció una estrategia de crecimiento gradual de exigencias, que a través de la implementación de programas de capacitación y de la realización de sucesivas auditorías externas permitió alcanzar en la actualidad un número superior a mil laboratorios acreditados en el territorio argentino.

La implementación de sistemas de calidad total en laboratorios bioquímicos no implica sólo hacer énfasis en conceptos tecnológicos, sino además un desafío permanente de la organización por desarrollar una cultura comprometida con la búsqueda de la mejora continua. La participación comprometida de todo el personal depende fuertemente de las estrategias de liderazgo que implemente la dirección a través del establecimiento de políticas y objetivos claros, de un compromiso ejemplar y de la implementación de un sistema de procedimientos documentados que permita la delegación eficaz de las responsabilidades, incluyendo un adecuado sistema de control de desempeño.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, el programa del curso contempla tres ejes temáticos: el primero es el de la calidad total, el segundo trata del reconocimiento de sistemas de gestión de la calidad, y el tercero se refiere a la normatización del laboratorio de análisis clínicos. A continuación se detallan los contenidos de cada eje temático:

Calidad Total: Definiciones. Características. Evolución histórica de la Calidad. Relaciones cliente-proveedor. Características particulares de la prestación de servicios de salud. El personal de contacto. Características del aprendizaje individual y grupal. Aprendizaje organizacional. Mejoramiento continuo.

Reconocimiento de sistemas de Gestión de la Calidad: Certificación. Acreditación. Marco voluntario y marco regulatorio. Normalización y comercio internacional. La experiencia de la Comunidad Económica Europea. Normas aplicables a la gestión de la calidad en laboratorios clínicos. Emprendimientos nacionales, regionales e internacionales.

Normatización del Laboratorio de Análisis Clínicos: Necesidad de establecer normativas internas. Implementación de sistemas de gestión de la calidad en el laboratorio de análisis clínicos. Alcances del sistema de la calidad (complejidad, estructuras organizativas, redes, derivaciones, etc). Planificación estratégica. Experiencias piloto. Modelos de documentación.

EDUCACIÓN DE LOS MANIPULADORES DE ALIMENTOS

Lic. Alicia Martorana

Universidad Nacional del Sur, Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia, Bahía Blanca. E-mail:

martoran@criba.edu.ar

Los consumidores se exponen a riesgos por el consumo de alimentos contaminados que los pueden llevar a adquirir Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA). Estas enfermedades constituyen un importante problema sanitario, quizás el más difundido en el mundo actual. Afortunadamente gran parte de estas enfermedades pueden prevenirse. Los planes tendientes a asegurar la inocuidad de los alimentos deben contemplar un basamento sólido en la educación e información apropiadas, en especial de todas las personas que están involucradas en la elaboración, distribución, venta y servido de los mismos, es decir los manipuladores de alimentos.

La propuesta de educar a los manipuladores se cristaliza en la ejecución de cursos teórico-prácticos obligatorios y certificados por la autoridad competente.

La Municipalidad de Bahía Blanca posee desde el año 1998 una ordenanza que obliga a todos los manipuladores a poseer un certificado de aptitud, otorgado luego de la aprobación de un curso dictado por instituciones universitarias, con una duración de 30 hs. reloj, cuyos contenidos contemplan las necesidades básicas de conocimientos que les permitan adaptarse a todas las modalidades de elaboración y otros menesteres a realizar por el personal involucrado.

La idea de educación formal no debería circunscribirse al personal de plantas elaboradoras o de expendio de alimentos, se preconiza la extensión de los conocimientos básicos a todas las personas que manipulan alimentos, aunque lo hagan en pequeña escala (familiar). De allí a importancia de la formación de los docentes de los primeros niveles de la enseñanza para a través de los educandos llegar a las familias.

Los consumidores informados podrán exigir alimentos de calidad e inocuos.

EL ACV EN LA TERCERA EDAD

- 1- Epidemiología
- 2- Mecanismos de Recuperación post ACV. Mecanismos de plasticidad sináptica. Drogas que interactúan con estos mecanismos.
- 3- Rehabilitación del ACV. Programas intensivos.
- 4- Últimos avances en la comprensión y tratamiento de rehabilitación del ACV

Compendio:

El ACV es la tercera causa de muerte luego de la enfermedad cardiovascular y el cáncer.

La incidencia absoluta probablemente aumenta con la edad.

Superado el período agudo de alta mortalidad, la sobrevivencia a los 18 meses es similar a la de la población de igual edad y sexo sin antecedentes de ACV.

El incremento de la sobrevivencia y la edad contribuyen a un número creciente de personas discapacitadas a causa de un ACV.

En la actualidad, el ACV es la principal causa de discapacidad en adultos.

El equipo multidisciplinario de rehabilitación está compuesto por profesionales especializados en las diferentes áreas de tratamiento que requieren estos pacientes: rehabilitación neurológica, fisioterapia, kinesiología, terapia ocupacional, neurofoniatría, neuropsicología, enfermería, terapia recreacional, entre otras especialidades. El equipo de rehabilitación realiza un plan de tratamiento específico que le permite al paciente adquirir el más alto nivel funcional posible para desenvolverse en sus actividades de la vida diaria y en muchos casos poder volver a su trabajo.

El manejo farmacológico y la comprensión de los mecanismos neuronales de plasticidad son sumamente importantes para el logro de estos objetivos.

En los últimos años, se han desarrollado técnicas de rehabilitación que permiten obtener significativos progresos en las fases subagudas y crónicas de esta patología.

Objetivos del Programa de Rehabilitación

- Maximizar la independencia en actividades de la vida diaria.
- Reinserción a nivel familiar, profesional y social.
- Reducir el nivel de compromiso cognitivo: pérdida de memoria, concentración, trastornos de la atención.
- Mejorar las habilidades cognitivas/atencionales
- Mejorar los mecanismos de comunicación
- Trabajo específico sobre el equilibrio, la marcha, la coordinación, fuerza y resistencia.

EL LABORATORIO EN LA VIGILANCIA DE LAS ETA

Dra. Marta Rivas

Servicio Fisiopatogenia, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas – ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”, - Buenos Aires.

Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) representan un riesgo para la salud de la población, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. De acuerdo a estadísticas publicadas por la Organización Mundial de la Salud del 15 al 79% de los 1.500 millones de episodios de diarrea/año, que ocasionan unos 3 millones de muertes en menores de 5 años, se deben a alimentos contaminados.

La aparición de patógenos emergentes, la reaparición de patógenos clásicos, el desarrollo de nuevos productos alimenticios y nuevas tecnologías de procesamiento, el uso cada vez más difundido de sistemas centralizados de distribución rápida y el aumento del comercio internacional, representan un desafío tanto para la industria como para los organismos de control. Los cambios de hábitos y tendencias de consumo, y la existencia de poblaciones especialmente susceptibles debido al envejecimiento, la desnutrición, los inmunosuprimidos, los niños y las mujeres embarazadas representan también un riesgo desde el punto de vista de las ETA.

La epidemia de cólera que se inició en 1991, y que se extendió a la mayoría de los países latinoamericanos, y la presentación de brotes epidémicos ocasionados por patógenos emergentes y reemergentes, han puesto de manifiesto la fragilidad de los programas de prevención y control de las ETA. Entre los patógenos que han provocado brotes importantes se debe destacar *Salmonella enteritidis* en huevos, *Salmonella typhimurium* 10H (DT104), *Escherichia coli* O157:H7 en carnes y vegetales, *Listeria monocytogenes* en leche y quesos, *Campylobacter jejuni* y *Yersinia enterocolitica* en carnes de cerdo y aves. Estos hechos han determinado la necesidad de organizar y reforzar los sistemas de información epidemiológica de las ETA. Esto tiene como objetivo definir las estrategias de prevención y control, y garantizar el comercio internacional de alimentos. Por lo tanto, es necesario en forma urgente reforzar los sistemas de referencia laboratorial como componente fundamental de los sistemas de vigilancia y así establecer las acciones de control.

En el siglo XXI las ETA siguen constituyendo uno de los principales desafíos para la Salud Pública. Por ello, es necesario fortalecer la vigilancia epidemiológica mediante la organización de programas nacionales de protección de alimentos con desarrollo de redes de laboratorio y de informática. Se requerirá del trabajo colaborativo en el campo de la medicina humana y veterinaria, la agronomía, los organismos reguladores de la producción, la industria alimentaria. Además, se debe realizar la promoción y educación de la comunidad sobre seguridad alimentaria para el desarrollo de estrategias de prevención y control.

EL LENGUAJE HABLADO COMO BASE PARA EL APRENDIZAJE DE LA LECTURA Y LA ESCRITURA

Fga. Cristina Koerner

El desconocimiento del proceso que se opera en el niño durante la adquisición del lenguaje, tanto de los padres como de los educadores, es el origen de la mayoría de los problemas de aprendizaje que se presentan hoy en nuestras escuelas.

Para que el lenguaje se desarrolle normalmente necesita de la potencialidad neurológica que lo permita y audición normal. A partir de allí el niño tiene la posibilidad biológica de ir incorporando aprendizajes que serán los cimientos del futuro lenguaje. Es así que el niño adquiere aprendizajes iniciales, fundamentalmente motores, luego sensorio-perceptuales que con un adecuado equilibrio emocional, arma un marco en el que se va aprendiendo el lenguaje que comienza a consolidarse primeramente con predominio comprensivo, luego

expresivo, se transforma y madura hacia la identificación escrita (comprensión lectora) y paralelamente si su maduración lo permite, lo comienza a ejercitar en forma escrita.

La evolución operada en los actos de lectura es nada más que la manifestación de la competencia lingüística que todo ser humano posee. Es mediante ella que el niño realiza asociaciones entre lo que él conoce de la lengua oral y la representación gráfica.

El medio ambiente es el que interactúa con el niño para permitir que ese proceso se desarrolle con éxito.

Conductas del medio familiar que colaboran a la inmadurez del lenguaje:

- ◆ Mantenerlo en contacto con elementos de la vida de bebé (chupete, mamadera, pañales).
- ◆ Compartir la cama con los padres o alguno de ellos.
- ◆ Estar expectante a que repita palabras.
- ◆ Interrogarlo permanentemente.
- ◆ Atenderlo o asistirlo en todo, sin que requiera ayuda (vestido, aseo, alimentación)
- ◆ Limitarlo en aquellas acciones o juegos que él puede hacer solo.
- ◆ Justificar su accionar inmaduro con: “ entiende todo...” “ es muy inteligente...se da cuenta de todo”.
- ◆ Justificar la inmadurez, con la herencia, es pequeño, está cansado, no le gusta, no quiere.
- ◆ Festejar en exceso los logros lingüísticos.

Conductas que favorecen el desarrollo lingüístico:

- ◆ Hablarle en forma pausada, tranquila. Con gestos y actitudes acordes.
- ◆ No apurarlo. Tomarse todo el tiempo para escucharlo.
- ◆ Responder con decisión ante sus caprichos. No tratar de hacerlo entrar en razón en pleno estado de obstinación.
- ◆ No hacerlo repetir cuando pronuncia mal. Actuar como modelo acústico correcto.
- ◆ Evitar el uso de diminutivos como forma habitual de expresión.
- ◆ Acompañarlo a que logre la mayor independencia en sus acciones. No asistirlo.
- ◆ Proporcionarle seguridad en sus actos, sin exigirlo.
- ◆ Hablarle de nosotros cuando teníamos su edad: gustos, miedos, juegos, etc.
- ◆ Generar un espacio diario de conversación y no de interrogación.
- ◆ Ubicarlo en el lugar que ocupa y no en el centro de la atracción familiar.

Cuándo debe consultar por su lenguaje:

- ◆ Si a los dos años no habla nada y emite sonidos vocales, acompañados de gestos. Entiende todo.
- ◆ Si a los tres años habla muy poco y los padres consultan por tal motivo. Utiliza una jerga incomprensible. Entiende todo.
- ◆ Si a los cuatro años habla con mucha dificultad articulatoria.
- ◆ Siempre que los padres manifiesten cualquier duda.
- ◆ Si tiene resfríos permanentes, respira por la boca, ya que alteran su acuidad.

La práctica de una adecuada gramática oral por parte del docente garantizará un alto grado de aprovechamiento a pesar de las clases masivas. Se trata de aprovechar las incorporaciones gramaticales que el niño ha logrado y organizarlas desde el punto de vista sintáctico, semántico y morfológico, fomentando así el maestro su propia conciencia lingüística en los actos de habla y en los de sus alumnos.

Ejercitación posible con este criterio:

- ◆ Sintáctico: oraciones afirmativas y negativas.
 - ◆ Dubitativas.
 - ◆ Desiderativas.
 - ◆ Exclamativas.
 - ◆ Interrogativas.
 - ◆ Semántico: sinónimos.
 - ◆ Antónimos.
 - ◆ Parónimos.
 - ◆ Homónimos.
 - ◆ Morfológico: reconocer número (singular, plural)
 - ◆ Género (masculino, femenino)
 - ◆ Tiempo (reconocer tiempos verbales).
 - ◆ Grado (aumentativos y diminutivos).
-

ENFERMERÍA EN EL AREA DE PATRULLA DEL HOSPITAL PENNA

Tscherig C, Yáñez B.

Servicio: Patrulla – Hospital Interzonal general de Agudos “Dr. José Penna”.

Lainez 2304 – Código Postal: 8000 – Bahía Blanca. TEL. 4593622-

E-mail: Constanza@infovia.com.ar.

En marzo de 1993 en el HIGA “Dr. José Penna” se decide crear un nuevo espacio de atención e internación para pacientes Inmunosuprimidos, con enfermedades hematológicas y con tumores sólidos complicados.

En los últimos años se había producido un incremento importante en las consultas hematológicas, tanto de adultos como pediátricas. Los pacientes provenían de la ciudad y de toda la Región Sanitaria I, incluso de provincias lindantes.

La complejidad de los tratamientos quimioterápicos, así como el uso cotidiano de catéteres implantables, las medidas de soporte de los pacientes neutropénicos, entre otras fueron las causas que llevaron a la necesidad de crear un área con personal de Enfermería especialmente capacitado y con un lugar físico acorde a la necesidad de estos pacientes.

El hecho de contar con un espacio específico facilitaría la tarea del Equipo de Salud. Incluyendo a médicos clínicos, pediatras, infectólogos, psicólogos, nutricionistas y especialistas.

En esta área que depende del servicio de hematología y Oncología, se atienden pacientes adultos internados con esquemas de quimioterapia, pacientes neutropénicos febriles, enfermos con HIV. Asimismo se hacen prácticas ambulatorias específicas como service de catéteres, punciones lumbares y administración de medicación de Consultorio Externo.

En el aspecto pediátrico, los pacientes se internan en el servicio de Pediatría, las prácticas ambulatorias se hacen en el área de Patrulla, pero siempre son asistidos por el equipo de enfermeras especializadas del sector.

Con la modalidad de trabajo de esta área se logra beneficiar al paciente ya que además de brindar un servicio integrado del Equipo de Salud, se evitan eficazmente las infecciones cruzadas.

IMPACTO y CONTAMINACIÓN AMBIENTAL. TRATAMIENTO DE SÓLIDOS CONTAMINADOS CON MERCURIO

Dr. Emilio Dingevan

Generalidades

La actividad industrial, como toda actividad humana, genera impactos en el medio en que se desarrolla. Ellos pueden ser negativos, positivos o neutros y, a su vez pueden, ser mitigables, irreversibles, etc.

La permanencia en el tiempo de un impacto negativo genera los llamados “pasivos ambientales”.

Las empresas están obligadas a solucionar aquellos impactos negativos y los pasivos ambientales. La industria en general tiene mecanismos de cumplimiento de compromisos para remediar y/o solucionar estas circunstancias. Uno de esos mecanismos es el Programa de Cuidado Responsable® (Responsible Care).

Los barros mercuriados de Solvay Indupa

Desde el comienzo de las actividades productivas, al no existir posibilidades técnicas de tratamiento ni lugares de disposición final autorizados para los residuos industriales, Solvay Indupa acumuló en su planta, en condiciones especiales de control, los barros contaminados con bajo tenor de mercurio, llamados comúnmente barros mercuriados. Esta acumulación llevó a la formación de un par de parvas que, aún en condiciones de seguridad para el ambiente, generaba un impacto visual en la población, que se manifestaba inquieta por su presencia.

El “Pasivo Ambiental”

Origen

La materia prima del proceso, la sal común, se encuentra naturalmente impurificada con sales de Calcio, Magnesio, Sulfatos, Hierro, etc que deben eliminarse del sistema porque influyen en la calidad del proceso. Cuando estos productos se extraen del circuito productivo, al haber entrado en contacto con mercurio en las celdas de electrólisis, están contaminados, constituyendo residuos calificados como peligrosos por la legislación. Por ello deben ser tratados como tales.

El Compromiso de Solvay Indupa

El Grupo Solvay a nivel internacional adhiere al Responsible Care y asumió como prioridad la solución de este pasivo, una vez que se tuvieran las condiciones técnicas adecuadas.

Por ello, siguiendo los lineamientos legales existentes, se buscaron diferentes alternativas técnicas que fueran ambientalmente sostenibles y a un costo económicamente viable. Sin embargo, la inexistencia de lugares autorizados y adecuados para la disposición final de estos residuos una vez tratados, era un problema sin solución. En el año 2000 finalmente comenzó a operar a nivel zonal un Relleno de Seguridad para Residuos Industriales. Entonces ya se daban todas las condiciones requeridas.

Los pasos seguidos fueron:

- Presentación de la metodología in situ ante las autoridades provinciales

- Obtención de las autorizaciones correspondientes para las cantidades, los plazos y las empresas elegidas
- Contratación de una empresa responsable y de solvencia técnica
- Obtención de un tratamiento diferenciado de los residuos en el Relleno, cubierto con los seguros correspondientes.

Entonces, mediante Disposición 054/01 la S.P.A. autorizó la metodología para tratar hasta 40.000 ton de barros mercuriados, utilizando la estabilización del mercurio lixiviable. Dicha estabilización se obtiene usando sulfhidrato sódico y refuerzo de sulfuro de sodio. El tiempo de tratamiento autorizado fue de 6 meses definiendo además la empresa tratadora, así como el Relleno de Seguridad para disposición final.

El Pasivo remediado

LA AUDICIÓN: EL PRIMER ESLABÓN DEL LENGUAJE.

Fga. María E. Musso

A través de la audición el niño desarrollará destrezas relacionadas con el lenguaje, que se verán perturbadas si existe alguna pérdida auditiva.

Esencialmente se puede hablar de hipoacusias conductivas, de fácil resolución con tratamiento médico.

Hipoacusias neurosensoriales que requieren un abordaje rápido y de constante control para evitar complicaciones mayores en el lenguaje del niño.

En la actualidad se cuenta con estudios que ayudan a determinar niveles de capacidad auditiva:

*Observación de la conducta auditiva.

*Audiometría tonal por juego.

*Timpanometría.

*Otoemisiones.

*Potenciales evocados auditivos.

Es muy importante tener presente cuales pueden ser los indicadores de riesgo de pérdida auditiva:

*Antecedentes familiares con hipoacusia.

*Enfermedades de la madre durante la gestación.

*Parto complicado (hipoxia)

*Hiperbilirubinemia.

*Medicamentos ototóxicos.

*Meningitis bacteriana.

*Traumatismo de cráneo asociado a pérdida de conocimiento.

LA INICIATIVA Y LA INTENCIONALIDAD, DESAFÍOS EN LA COMUNICACIÓN DE UN AUTISTA.

Fga. Nancy Roldán

Desde la experiencia cotidiana puede decirse que la forma de presentación y su forma de abordaje, para con el autismo y TGD ha ido cambiando a lo largo del tiempo.

Esta breve reseña debe ser significativa y de alguna manera incentivar la búsqueda de soluciones para quién la lea.

De ahí que la misma esté centrada en cuatro grandes interrogantes. Cada pregunta merece una doble respuesta: aquella que se da en la realidad y aquella que sería la más óptima.

¿ POR QUE INTERVENIR EN AUTISMO:

Porque tenemos un niño que.....

No habla, o habla poco, y con escaso valor comunicacional.

Con aislamiento, desconexión, sin iniciativa comunicacional. Escasa empatía.

Presenta mutismo, ecolalias.

Carencia de juego funcional o simbólico.

Con problemas de conducta grave.

Y desde lo profesional a veces necesitándose realizar un diagnóstico diferencial entre disfasia, sordera, retardo mental, y TGD.

¿CUÁNDO INTERVENIR EN AUTISMO:

Generalmente sucede que si bien se detectan problemas en niños que posteriormente serán diagnosticados como autistas, en los inicios la atención se da por profesionales aislados (fonoaudiólogos, por ejemplo), y en muchas oportunidades como un problema específico del lenguaje, comenzándose en líneas generales un tratamiento integral a partir de los cinco o seis años. Cuando en realidad los resultados más óptimos se logran a partir de los tres años de vida.

¿CÓMO INTERVENIR EN EL AUTISMO:

En la forma más integral posible, partiendo de un diagnóstico, que si bien se permite la elasticidad del cambio a través del tiempo, debe partir de la base de un despistaje diferencial, elementalmente necesario para dar con la forma de abordaje más adecuada. Una evaluación neurológica puede determinar el compromiso o no de estructuras orgánicas y su posterior influencia. El asesoramiento psiquiátrico, puede ser de mucha ayuda

cuando se hable de la química neuronal y de su influencia sobre la conducta del niño. Fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas, aportarán desde su mirada la ayuda hacia el niño y la familia. Esta última pilar fundamental, primera educadora que no solo debe ser contenida sino organizada en la labor cotidiana, para lo cual otra figura importante que aporta la salud es la del acompañante terapéutico.

Como ésta patología afecta sobre todo la pragmática del lenguaje, es sobre su funcionalidad, que en mas que cualquier otra se debe trabajar. De ahí que cada intervención terapéutica deba convertirse en pedagógica y a la inversa. Y es en todo medio social pertinente (hogar, escuela) que se debe reeducar.

¿PARA QUE INTERVENIR EN AUTISMO:

Para que existan generalizaciones, enseñar rutinas de aprendizaje, para evitar la distracción, redirigir la atención a estímulos relevantes.

Para lograr mayor aprovechamiento sensorial, ejercitar la discriminación.

Para efectivizar y agilizar la ejecución, enseñar patrones.

Para buscar la significatividad, pedir respuestas, estímulos visuales y contextuales.

Para que pueda elegir desarrollar la autonomía funcional.

Para que la intencionalidad y la iniciativa (de la mano del deseo) estén en el lenguaje, desarrollar formatos y recursos comunicacionales.

Para que pueda prever y anticipar, desarrollar vínculos de confianza, afectuosos, firmes y seguros.

En suma buscando captar la atención del niño, en forma sistemática y sostenida, para darle en un marco previsible la significatividad que su vida merece, en suma un programa cognitivo conductual.

LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

Psicóloga Mirta N. Casas

La persona es un ser sexuado desde que nace hasta el final de sus días, lo que va cambiando es la forma de manifestarse. La sexualidad es una función humana y por tanto tiene connotaciones bio-psico-sociales. Esta función está presente siempre, lo que cabe resaltar es que muchas veces se confunde sexualidad con genitalidad.

Los prejuicios, ideas erróneas, mitos que pesan sobre el envejecimiento y que forman parte del imaginario colectivo, interfieren en la buena evolución de la tercera edad. El entorno socio-cultural 'condena' a través de la desaprobación, censura, vergüenza del cuerpo y su sensibilidad, conduciendo al gran conflicto que hace sentir a la persona mayor como asexuada y por lo tanto ya no es lícito ni aceptable el placer de lo sexual; que el amor y el romance son derechos solo de los jóvenes.

Como expresión psico-física, el adulto mayor puede seguir disfrutando del goce de la intimidad y del contacto físico. La piel también funciona como un importante órgano sexual.

En el proceso de la sexualidad rige el principio de continuidad. Esto contempla que en la tercera edad se manifestarán generalmente formas o estímulos, que fundamentalmente dependerán de la historia personal y vincular de cada persona.

LA TARTAMUDEZ: “DE ESTO NO SE HABLA”

Fga. Laura Cragno

A medida que el niño crece, evoluciona el lenguaje en todos su aspectos semántico, sintáctico y pragmático. Aumenta su capacidad de producir sonidos cada vez con mayor precisión desde el aspecto fonológico por un lado, y desde la velocidad, continuidad, facilidad y ritmo por el otro. Esto es la fluidez que alcanza su mayor desarrollo entre los 2 y los 5 años de edad.

El lenguaje fluido es fácil y relajado.

Cuando analizamos muestras de lenguaje de niños en éstas edades es común que nos encontremos con lo que conocemos con el nombre de “errores normales de la fluidez” o disfluencias típicas: repeticiones de frases, de palabras, sílabas o sonidos que no se acompañan de esfuerzo.

A veces observamos que éstas interrupciones se acompañan de tensión o esfuerzo, gestos o incomodidad al hablar, entonces el lenguaje deja de tener continuidad y facilidad.

El lenguaje que requiere excesivo esfuerzo, no es fluido.

La tartamudez o disfluencia se puede describir como un desorden en el curso fluido de los movimientos del habla que se caracteriza por interrupciones más cortas o más largas de los mismos. Si bien es frecuente encontrar repeticiones de sílabas y sonidos, prolongaciones y bloqueos, es importante conocer que la tartamudez se puede manifestar mediante otras conductas. Los niños suelen hacer fuerza para hablar, se ponen colorados, realizan gestos exagerados o movimientos de cabeza/cuerpo, cierran fuertemente los ojos, toman aire antes de hablar.

La intervención fonoaudiológica especializada y oportuna tiene como objetivo reestablecer la fluidez logrando comodidad, facilidad y continuidad al hablar. La mayoría de las disfluencias comienzan en éste período de pleno desarrollo del lenguaje, entre los 2 y los 5 años de edad. Es necesario intervenir lo más tempranamente posible una vez iniciado el síntoma, antes que las estructuras del lenguaje se consoliden con la disfluencia.

Criterios a tener en cuenta para los papás

Es necesario hacer una consulta cuando:

- repite un número infrecuente de veces las palabras o sonidos
- hace esfuerzo para hablar
- le sale la voz finita o disfónica
- hace algún movimiento o gesto acompañando lo que dice
- cierra los ojos, frunce las cejas o aprieta los labios antes de comenzar a hablar
- presenta evidente incomodidad al hablar
- realiza prolongaciones de sonidos
- hay palabras que "quedan rotas" cuando habla

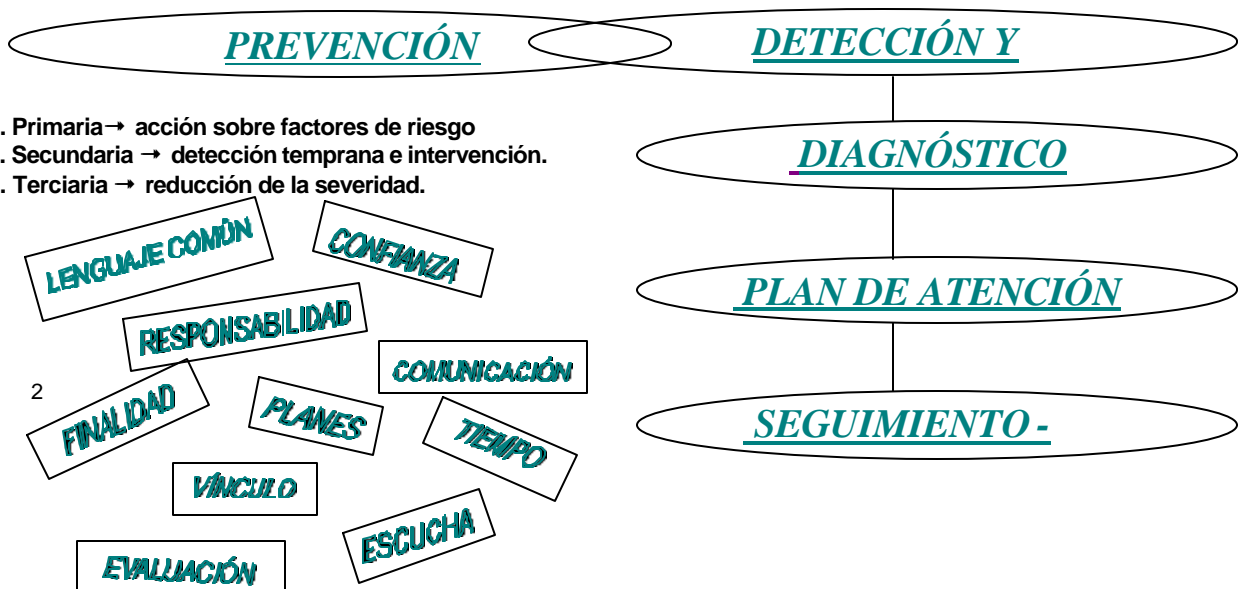
Criterios a tener en cuenta para los docentes

Es necesario observar si el niño:

- repite partes de palabra, palabras o frases, en número y frecuencia aumentada
- realiza cambios de intensidad y frecuencia de la voz
- presenta incomodidad al hablar
- tiene una timidez exagerada
- no participa o lo hace muy poco en clase
- no habla con la maestra ni con sus compañeros
- evita hablar: no enfrenta situaciones verbales
- realiza esfuerzo al hablar
- elige siempre los juegos solitarios o aquellos que impliquen no hablar

IMPLEMENTACIÓN TERAPEÚTICA

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO



1. Primaria → acción sobre factores de riesgo
2. Secundaria → detección temprana e intervención.
3. Terciaria → reducción de la severidad.

Vincularnos es reconocer al otro, con sus necesidades, sus derechos y sus tiempos diferentes a los nuestros, respetar ese tiempo, darle tiempo y darnos tiempo, se convierten en artífices de una genuina comunicación.

LESIONES HEPATICAS FOCALES Y DIFUSAS: EVALUACION POR TOMOGRAFIA COMPUTADA Y RESONANCIA MAGNETICA.

La Tomografía Computada (TC) permite definir la anatomía hepática normal, analizar la estructura hepática y brindar información sobre la naturaleza interna de las lesiones.

La TC sin contraste, por su escasa especificidad, tiene indicaciones muy limitadas:

- localizar el nivel de corte antes del estudio dinámico con contraste.
- sospecha de metástasis vasculares (mama, riñón, etc.) que pueden hacerse isodensas con respecto al parénquima hepático y por lo tanto pasar desapercibidas.
- sospecha de hemorragia intratumoral.

La TC con contraste puede ser monofásica, bifásica y trifásica. La técnica monofásica proporciona una máxima intensificación del parénquima hepático, mientras predomina la perfusión por el flujo venoso portal. (Las lesiones irrigadas por flujo arterial se presentan hipodensas).

La TC helicoidal trifásica resulta de gran utilidad para el estudio de los tumores hepáticos, primarios y metastásicos. Consiste en el estudio de todo el parénquima hepático con contraste endovenoso en las fases de tensión arterial, portal y parenquimatosa (3 fases). Con ello se logra, en alguna de las fases, la máxima diferenciación de densidad entre el tumor y el parénquima normal.

La Resonancia Magnética (RM) es también una técnica muy útil para la evaluación de las lesiones focales y difusas del hígado. Tiene gran especificidad para el diagnóstico de lesiones benignas como los quistes y los hemangiomas.

Los medios de contraste (gadolinio) mejoran la detección de las lesiones y las posibilidades de caracterización tisular.

ENFERMEDADES DIFUSAS DEL HIGADO.

El diagnóstico por imágenes cumple un rol cada vez más importante en el estudio de las enfermedades hepáticas difusas ya que en un gran número de casos aclara la coincidencia que existe entre las manifestaciones clínicas y de laboratorio de la mayor parte de los procesos hepáticos difusos.

La TC y la RM permiten una adecuada caracterización de la arquitectura del parénquima hepático y de sus cambios estructurales con una buena correlación con los cambios anatomopatológicos subyacentes.

Las más comunes son:

- Cirrosis (suele acompañarse de hipertensión portal)
- Degeneración grasa parcial o total.
- Hemocromatosis.

En la cirrosis y hemocromatosis debe siempre buscarse la complicación tumoral (hepatocarcinoma).

LESIONES FOCALES HEPATICAS

Las lesiones focales más frecuentes son los quistes, los abscesos y los tumores. Otras son los hematomas y los infartos.

- Quistes: - **de origen congénito (simples).**
 - **hidatídico.**
- Abscesos.
- Tumores: **pueden ser tanto primarios como metastásicos.**
 - Tumores primarios benignos:
 - **Hemangiomas.**
 - **Hiperplasia nodular focal.**
 - **Adenoma hepatocelular.**
 - Tumores primarios malignos:
 - **Carcinoma hepatocelular.**
 - **Carcinoma fibrolamelar.**
 - **Colangiocarcinoma intrahepático.**
 - **Cistoadenoma biliar y cistoadenocarcinoma**
- Metástasis: **las metástasis son por lejos las lesiones más frecuentes y provienen generalmente de tumores del tubo digestivo, de la mama y del pulmón. Su apariencia en las imágenes es variable dependiendo del tipo histológico, el tamaño, la presencia o no de necrosis, calcificaciones, hemorragia, etc.**

El diagnóstico etiológico se puede realizar a través de la biopsia percutánea bajo la guía ecográfica o por TC.

MALA PRAXIS MEDICA – SITUACIÓN ACTUAL CONTROL DE RIESGO Y ACTIVIDAD PREVENTIVA

Hablar de la situación actual de los reclamos por Responsabilidad Médica es coincidir en que hay una tendencia creciente que se va extendiendo y profundizando a cada vez más especialidades y actividades relacionadas con la medicina. Es por ello que nadie discute hoy sobre la necesidad de efectuar un adecuado control de riesgo y desarrollar estrategias activas de prevención, toda vez que la verdadera entidad económica de estas cuestiones se está conociendo ahora con toda crudeza, a través de las sentencias judiciales que diariamente nos muestran una triste realidad: Ya sea que el juicio se gane o se pierda, las costas y gastos superan toda previsión razonable. Y esta realidad llega en un momento sumamente inconveniente para el País y para las Instituciones y Profesionales de la Salud en general. Mientras el sistema de la Seguridad Social paga tardíamente por las prestaciones, la droguería o los proveedores de implantes exigen el pago de contado por los insumos, y para postre, las compañías de seguro se liquidan o se retiran del mercado.

Es evidente que para los administradores de Salud esta situación de quiebra del sistema no resultó una sorpresa. De igual forma, para quienes administramos el riesgo en temas de responsabilidad médica, tampoco ha sido inesperado el estado al que las cosas han llegado. Hace ya más de diez años que los administradores de riesgo en la República Argentina tratamos de traer a la conciencia de los dirigentes de la salud sobre la necesidad de instrumentar medidas de prevención. Sin embargo, esta es aún una asignatura pendiente.

Existe una clara conciencia del riesgo en función de una rápida asociación de los incidentes con la posibilidad de un reclamo. Sin embargo, no se han desarrollado la necesaria cantidad de "epidemiólogos" que sepan

detectar el riesgo en etapas muy anteriores, y las conductas del médico en relación al tema pueden ser consideradas como tardías y autoagresivas.

Sabemos que cultivar una **buena relación médico paciente** disminuye el porcentaje de reclamos, pero aún así generamos muchas veces incidentes innecesarios con nuestros pacientes o sus familiares.

Sabemos que la **documentación médica** (fundamentalmente la historia clínica) es muy relevante para demostrar que hemos cumplido con todos nuestros deberes y obligaciones, pero cada vez escribimos menos, y lo que es peor; nos negamos sistemáticamente a aprender cuales son los deberes y obligaciones que los jueces nos exigirán previamente a opinar sobre nuestra inocencia o culpabilidad.

Sabemos que tenemos la **obligación de informar** al paciente sobre diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas y eventuales complicaciones del procedimiento a realizar, y que es necesario demostrar el cumplimiento de esta obligación mediante la instrumentación de un Consentimiento Informado, pero proclamamos no tener tiempo para ello.

Sabemos que cuando un paciente se complica requiere **contención**, pero sin embargo lo abandonamos o lo agredimos hasta enfurecerlo en nuestra contra.

Sabemos que los Establecimientos Asistenciales y los Profesionales de la Salud **somos "socios"** para el desarrollo de la actividad, pero sin embargo pretendemos que cada uno se defienda "por su lado", sin importar lo que le pase al otro.

Por todos estos motivos, además de que cada vez hay mas juicios, también habrá mas sentencias condenatorias, si no se realiza una tarea de educación continua en la que se aprenda a prevenir activamente y **desde el principio, no desde el conflicto**.

La **Asociación Mutual Argentina Salud** ha iniciado a través de su Programa Responsabilidad Profesional un esquema de Administración de Riesgo Profesional que incluye actividades de Análisis de Riesgo Institucional, que se continúa a través de un servicio de Atención 24 horas los 365 días del año para la atención de incidentes y un análisis y seguimiento pormenorizado de cada uno de ellos, que pretende lograr objetivos de calidad de atención médica que sean factibles y compatibles con la realidad actual y que son la única garantía de supervivencia del sistema de salud.

EL NIÑO QUE NO APRENDE

Diagnóstico y abordaje interdisciplinario de las dificultades de aprendizaje. DDA, Trastornos específicos del aprendizaje (dislexia, disgrafía, discalculia) retardo mental, problemas socioambientales. Rol del pediatra.

Coordinador Dra. Gazzola (Médica pediatra, docente)

Disertantes:

- Neurólogo: Dr. Juan Donari (Neuropediatra)
- Fonoaudióloga : Isabel Scoltore-
- Psicólogo: Lic. Hugo Amengual (Psicólogo clínico)
- Maestra integradora: Estela Santucho (Prof. Educación Especial)
- Psicopedagoga: Mirta Duffau (Lic. en Psicopedagogía)

Dr Juan Donari Neuropediatra

Los Trastornos de aprendizaje representan un motivo de consulta frecuente y muchas veces desalentador en la practica pediátrica. Comprometen aproximadamente 15 % de la población escolar.

Definimos al aprendizaje como al proceso por el cual nuestra conducta varía y se modifica a lo largo del tiempo, adaptándose a los cambios del entorno

En los últimos años se han aclarado los conocimientos de estos trastornos y el DSM IV los ha englobado como trastornos específicos del desarrollo, esto es, existe un compromiso cerebral no evolutivo, en cuanto a su etiología, pero en general no se encuentran alteraciones en los estudios de imágenes, ni en los exámenes metabólicos y neurofisiológicos. El cerebro se vio afectado en una etapa del desarrollo temprana provocando una defasaje en la adquisición de las pautas madurativas sin lesiones macroscópicas ostensibles.

Desde un punto de vista didáctico y sintomático se los divide como Trastornos específicos de Aprendizaje (dislexia, disgrafía, discalculia), trastornos del desarrollo del lenguaje (disfasias), trastornos de la habilidad motora (síndrome de torpeza motora), alteraciones disatencionales (ADHD).

Resulta útil actualizar la importancia de los factores genéticos a si como los adquiridos pre, peri y postnatales en la aparición de estas alteraciones, enfatizando sobre las condiciones de privación socioambiental y el efecto de la desnutrición sobre los aprendizajes.

Actualmente estos trastornos se explican a la luz del conocimiento neuropsicológico, que por otra parte brinda los recursos evaluativos y propone estrategias terapéuticas.

Lic. Hugo Amengual Psicólogo infantil

La población escolar en cualquiera de sus niveles: preescolar, EGB y Polimodal, lejos de constituir un grupo homogéneo se constituye como una heterogeneidad compleja, dinámica y cambiante. Los niños constituyen como todo ser humano una individualidad irrepetible y solo categorizable a los fines de estudio o investigación. A pesar de ello podríamos decir que groseramente existen dos grandes grupos de alumnos: los que cumplen los objetivos curriculares y avanzan por el estrecho corredor de años diseñados por las

autoridades docentes y aquellos niños que no aprenden ya sea al ritmo requerido o directamente no pueden adquirir los conocimientos disciplinares, algunos globalmente (fracaso escolar) otros en algunas competencias específicas (Trastornos del aprendizaje).

Si bien no contamos con cifras, estimo que en nuestro medio la relación esta en el orden de 5 a 1, por cada cinco alumnos uno tiene dificultades de aprendizaje, lo que constituye cerca de un 20 % de la matrícula. Las dificultades más notorias las encontramos en la adquisición de las habilidades para el aprendizaje (control de los impulsos, focalizar y sostener la atención, seguir consignas, organización y planificación del aprendizaje). Otra dificultad frecuente es el escaso desarrollo de estrategias cognitivas que permitan ejecutar eficientemente la comprensión de un texto y la solución de problemas. La disgrafía, trastorno de la escritura es otra dificultad frecuente en el ámbito escolar que impide que el niño desarrolle una escritura clara, con una ortografía aceptable y a una velocidad suficiente que permita el tomado de notas en los años avanzados. Los trastornos de la socialización (por ejemplo: violencia, falta de valores en las relaciones interpersonales, hurtos, etc) se observan con frecuencia en el marco escolar, acrecentado por la situación social que vivimos. Por último los trastornos de la capacidad intelectual, va en aumento y en la próxima década va a ser uno de los problemas más frecuentes. Todo esto hace que necesitemos cada vez con mayor urgencia generar alternativas reales y concretas para atender la heterogeneidad en la escuela.

Isabel Scoltore Fonoaudióloga.

Cuando un niño tiene problemas en el aprendizaje escolar, éstos generalmente van acompañados de trastornos del lenguaje, que en la mayoría de los casos, acarrear desde edades más tempranas y no han sido evaluados, detectados y tratados a su debido tiempo, desencadenando dificultades en el momento de acceder al código lecto-escrito. Los trastornos específicos del lenguaje (T.E.L.), no se deben a causas neurológicas, intelectuales, psíquicas, motoras, sensoriales, evidentes, pero se asocian a problemas neuropsicológicos, de la atención, memoria, hiperactividad, trastornos perceptivos y o motores, labilidad emocional, problemas sociales, afectando la comprensión del lenguaje, la expresión del mismo, o ambas. De allí la importancia de la intervención fonoaudiológica en cualquier momento de la evolución del niño que se sospeche una alteración del desarrollo lenguaje y no solamente con el inicio de la escolaridad.

Mirta Duffau Psicopedagoga; Estela Santucho Maestra integradora Propuesta de educación integrada

La Integración como filosofía educativa significa una valoración de las diferencias humanas abogando por el derecho de todos los niños a ser incluidos en los programas escolares. Normalización es la posibilidad de que el niño con necesidades educativas especiales desarrolle un tipo de vida tan normal como sea posible para acrecentar al máximo sus potencialidades en todos los ámbitos: familia, escuela y comunidad brindándole igualdad de oportunidades para que pueda asumir en plenitud su dignidad de hombre. Integración es un proceso que trasciende el ámbito escolar y se extiende al orden familiar, social cultural, al tiempo libre, al área laboral culminando con la incorporación del niño con necesidades educativas especiales al proceso productivo. La educación integradora es el ámbito para la educación de la aceptación de las diferencias, la lucha contra los prejuicios y la segregación en la sociedad. Es la interrelación con el otro, en las diferencias, coincidencias y el disenso. Normalización e Integración connotan una dimensión personal, de respeto hacia todo hombre, porque sobre las limitaciones o perturbaciones que éste presente, tiene el derecho a un desarrollo armónico y pleno de sus potencialidades, a constituirse en un miembro participante en su comunidad en iguales consideraciones de deberes y derechos que el resto de sus ciudadanos. La educación debe responder al principio de las necesidades y aspiraciones de cada educando. Normalización e Integración interactúan, se retroalimentan. El éxito de la Integración Escolar se asienta en un marco interdisciplinario, en el conocimiento de las características individuales de cada alumno, la magnitud de sus capacidades y sus necesidades personales. La Escuela Integradora beneficia no solo a los alumnos integrados, sino a toda la comunidad educativa ya que la acción pedagógica se centrará en promover y desarrollar procesos creativos, en enseñar a vivir en libertad, poniendo a cada alumno en situación de aprender dentro de sus capacidades y limitaciones. Esto supone un proceso gradual de implementación que logre la aceptación y el apoyo de aquellos que han de llevarlo a cabo: autoridades educativas docentes, equipos técnicos, padres, alumnos y la comunidad toda.

Dra. Gazzola Rol del pediatra

1. escuchar con atención la inquietud o queja de los padres o del maestro. Observar al niño, conversar o jugar un momento con él en tarea interactiva. Pedir un informe de la escuela, revisar los cuadernos de clase o las carpetas de jardín. Obtener un panorama general del problema planteado.
 2. descartar causas médicas del trastorno (alteraciones de la visión, audición, enfermedades neurológicas o sistémicas, etc)
 3. solicitar una evaluación neuropsicológica y pedagógica completa, información básica del niño, su familia y su escuela para arribar a un diagnóstico más preciso y poder sugerir el programa de intervención personalizado y adecuado al caso particular. 4) establecido el tratamiento deberá seguir acompañando al niño y a su familia, interesarse en la evolución, apoyar y alentar los esfuerzos, mantener algún tipo de comunicación con los terapeutas y con la escuela. Supervisar de manera indirecta el logro de los objetivos propuestos y reorientar la intervención en caso necesario.
-

PARA QUE SIRVE EL SCREENING ?

1. Necesidad de cambiar el paradigma: de la medicina asistencial a la medicina preventiva (MP).
2. Medicina preventiva: objetivos y niveles de intervención.
3. Expansión del concepto de "screening": el examen periódico de salud (EPS).
4. El EPS. en la practica medica concreta. Obstáculos para su implementación.
5. Guías según edad y factores de riesgo.

Durante la formación medica –tanto de pregrado como en las residencias- se privilegia la adquisición de conocimientos sobre "enfermedades", su diagnostico y su terapéutica. Posteriormente, en el ejercicio profesional, se consolida este modelo centrado en la enfermedad, desalentando consultas y exámenes complementarios dirigidos a mantener la salud. Cambiar este paradigma "asistencialista" es tarea ardua y lleva tiempo, pero vale la pena. Cada vez son mas numerosas las voces que en congresos médicos, en ámbitos oficiales y entre planificadores de sistemas de salud se reclama incluir en la agenda a la Medicina Preventiva (MP). Los médicos debemos prepararnos para esta nueva instancia, adquiriendo ahora conocimientos epidemiológicos, de medicina basada en la evidencia y de costo-beneficio para mejor cumplir con nuestra tarea en el marco de la MP.

El objetivo de la prevención es prolongar la vida, disminuir las morbilidades y mejorar la calidad de vida de las personas. Para eso, la MP. actúa a diversos niveles y momentos de la historia de las enfermedades. "prevención primaria" incluye diversas formas de promoción de la salud - por ej. campanas anti-tabáquicas -, y a practicas de vacunación que tienden a disminuir los factores de riesgos y subsecuentemente la incidencia de las enfermedades. Por "prevención secundaria" se entiende las intervenciones tendientes a detectar tempranamente a las enfermedades, en estadios cuyo tratamiento implica un mejor pronostico - por ej. uso de la mamografía para detectar tempranamente el cáncer de mama -. En "prevención terciaria" se incluyen las medidas tendientes a evitar las recurrencias y las complicaciones de una enfermedad ya existente.

Podemos efectuar prevención a nivel poblacional o a nivel individual.

1. Se actúa a nivel poblacional cuando se diseña e implementa una campana tendiente a modificar estilos de vida (tabaco, drogas, alcohol, sedentarismo, etc...), cuando se instrumenta una campana de vacunación (antigripal para los mayores de 65 años) y cuando se implementa un "rastrillaje" o "screening poblacional" en relación a una determinada patología. Esta actividad es por definición indiscriminada: no se tiene en cuenta el estado de cada individuo en particular en relación con la situación que se quiere prevenir. Puede ser muy efectiva en cuanto a vacunación y campanas de promoción de buenos hábitos de vida, es muy restringida y controversial en la aplicación de practicas masivas de screening de determinadas patologías.
2. A nivel individual, las actividades de prevención se pueden / deben realizar en todo encuentro medico-paciente, pero es el Examen Periódico de Salud (EPS) la instancia explícitamente dedicada a MP. Acá se actúa personalizando las intervenciones mas apropiadas para la edad, sexo y factores de riesgo de la persona que consulta para efectuarse su EPS.

Son obstáculos para proveer optimo cuidado preventivo:

1. falta de formación y entrenamiento adecuado por parte de los profesionales,
2. dudas respecto a la efectividad de las medidas preventivas,
3. escepticismo en relación a la voluntad y perseverancia de los pacientes para cambiar sus hábitos,
4. limitaciones de tiempo y escasos estímulos para dichas practicas y
5. la persistencia de controversias y conflictos en las recomendaciones de diversas autoridades y entidades medicas.

Trabajando en colaboración con los pacientes, los médicos juegan un rol crítico como educadores, mentores de intervenciones preventivas y críticos racionales de las distintas recomendaciones y guías existentes. A pesar de la evidencia acerca de la efectividad de diversas practicas preventivas en prolongar la vida sana y disminuir los costos médicos, muchas veces centramos las discusiones en intervenciones aun sujetas a controversias y no integramos en nuestra practica las medidas preventivas mas económicas y de mayor impacto: consejos de vida sana, ayudas para dejar de fumar, pesquisa de dependencia alcohólica, educación sexual y de planificación familiar, vacunación, etc... Son campo fértil de discusión e investigación los protocolos de EPS. por grupo etario y según la presencia de factores de riesgo, siendo recomendable revisar las evidencias con sentido critico y realista. Al respecto, es perentorio que cada medida recomendada cumpla con los criterios para ser elegible y que ofrezca una relación costo/beneficio sustentable por el plan de salud responsable de su implementación.

PERICIAS EN MATERIA DE MEDIO AMBIENTE. RESEÑA DE CASOS JUDICIALES.

Dr. GABRIEL DARIO JARQUE

Han sido practicadas numerosas definiciones referidas al concepto genérico de "medio ambiente"; resultando preferible, desde una visión eminentemente antropocéntrica, aquella que lo identifica como el entorno natural apto para el desarrollo de la vida humana.

En tal sentido, se destaca como una de sus notas esenciales de dicho hábitat global, un carácter dinámico, en tanto está constituido por una pluralidad de elementos o factores que se encuentran en permanente interacción.

La referida interacción produce modificaciones diversas en forma igualmente constante, resultando que la actividad del hombre deviene en uno de los principales factores de cambios.

Continuando el orden de razonamiento propuesto, y procurando enlazar ciertas ideas básicas esenciales para el desarrollo que sigue, es necesario consignar que aquellas actividades humanas que producen -de algún modo- degradación del medio ambiente, pueden ser calificadas como contaminantes; conllevan, por definición, una desmejora de las condiciones existentes para el desarrollo de las personas, afectando su salud; y pueden revestir distinto grado de gravedad, en función de la magnitud del deterioro que producen - en tiempo y espacio, y atendiendo a sus consecuencias-, y de la concreta posibilidad de recuperación del ecosistema.

La protección jurídica del medio ambiente es hoy una necesidad reconocida universalmente; no haciendo nuestro país excepción a dicha regla (V. art. 41 de la C.N., tratados y legislación concordante).

Esa tutela puede provenir de la propia actividad del Estado, como también de los reclamos efectuados por los particulares; y manifestarse -en el ámbito de la Administración de Justicia- en la función **preventiva** (ej. acción de amparo), en la **represiva** (régimen penal), o en la **reparadora** (indemnización por daños y perjuicios).

En los juicios vinculados con cuestiones de medio ambiente, es frecuentemente necesaria la realización de PERICIAS, que -por definición- consisten en la aplicación de conocimientos especiales en alguna ciencia, arte o técnica.

El **objeto** primordial de las pericias practicadas en esta materia, puede consistir -conjunta o separadamente- en:

- * Determinar la existencia de elementos ambientalmente nocivos;

- * Definir y caracterizar su entidad dañosa;

- * Establecer la existencia de un nexo causal entre aquellos elementos contaminantes y la afectación de la salud de las personas; resultando que dicho deterioro puede ya haberse producido, o se advierte la posibilidad cierta de su concreción, de persistir las condiciones desfavorables detectadas.

La pericia medioambiental, por una parte, participa de las exigencias comunes a esta clase de prueba, que surgen -en general- de los diversos códigos procesales.

En este sentido, es posible mencionar a los **requisitos** atinentes al título habilitante o idoneidad acreditada, y al contenido vertebral de todo informe pericial, consistente en:

- descripción del objeto

- relación de operaciones practicadas y sus resultados

- indicación de lugar y fecha

- conclusiones.

Pero, asimismo, tanto la heterogeneidad de las cuestiones que se relacionan con la problemática de la contaminación y sus efectos en la salud, como la diversidad de aspectos técnicos -no jurídicos- que son necesarios para dar solución a los planteos que se presentan ante los estrados judiciales, hacen de la prueba pericial un elemento indispensable en el proceso.

Dicha diversidad hace imposible una detallada y exhaustiva previsión normativa; pero refuerza la **consigna** que debe tener en cuenta el perito, en cuanto a que su trabajo garantice objetividad, transparencia y fundamentación científica.

Sobre la base de la experiencia en casos concretos y de las sentencias dictadas por los Tribunales, es factible efectuar una aproximación a los **aspectos no legislados expresamente**, pero que resultan fundamentales para el técnico al momento de llevar a cabo la tarea encomendada.

Al respecto, algunos de los puntos que a desarrollar en la exposición oral y serán complementados con proyección de imágenes, se refieren a:

- Correcta determinación de los puntos de pericia

- Muestreo.

- Ubicación geográfica, condiciones climáticas

- Toma de muestras, recipientes.

- Contraprueba

- Conservación

- Temas procesales

- Fotografiado. Filmación.

- Referencia a operaciones practicadas, instrumental.

- Conclusiones. Criterio técnico y criterio jurídico.

Asimismo, resulta particularmente ilustrativa la descripción de irregularidades periciales en situaciones de conflicto ambiental abordadas por la Justicia Argentina (casos de contaminación del Río Reconquista, sales de sulfato de aluminio de 'Sulfatos Argentinos', efluentes de 'Alba S.A.', entre otros), habiéndose cuestionado falencias al momento de los muestreos.

Es de destacar, también, las dificultades advertidas por el PNUMA (Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente) para una eficiente administración de justicia en materia de medio ambiente, destacando la carencia de recursos y de apoyatura técnica (pericial) especialmente en Latinoamérica.

Como corolario, es necesario considerar la experiencia europea respecto del desempeño pericial en conflictos novedosos (vgr. caso de ondas electromagnéticas), en los que los profesionales han desempeñado un rol determinante, habiéndose logrado el dictado de resoluciones que en nuestro país no registran precedentes.

PROGRAMA INTEGRAL DE MONITOREO PIM (2002 - 2005)

Ing. Pedro Bodnaruik

El P.I.M: se ha formulado para estructurar las acciones obligadas por el artículo 9° de la Ley 12.530, a fin de alcanzar los objetivos enunciados en los artículos 2° y 4° de la misma ley. Se inscribe en el marco del Programa Especial para la Preservación y Optimización de la Calidad Ambiental establecido por el artículo 1° de la norma mencionada.

Los criterios centrales seguidos para su elaboración procuran: organización de las acciones con rigor técnico, articulación de actividades con efectos sinérgicos o concurrentes y progresión en la obtención de resultados.

El Programa de Monitoreo posee objetivos plurianuales, con una duración de 4 años; será revisado anualmente a fin de realizar los ajustes requeridos por la información técnica previamente obtenida y por los énfasis solicitados por la comunidad local a través de los órganos de consulta.

La ejecución del P.I.M. estará a cargo del Comité Técnico Ejecutivo, que coordinará actividades públicas y privadas para alcanzar los objetivos propuestos con eficacia y economía de esfuerzos y recursos.

La implementación será abordada por medio de programas puntuales en los que se establecerán con precisión: responsable de coordinación, objetivos, cronograma, metas y recursos afectados. Estos programas podrán tener diferente duración, pero en todos los casos poseerán instancias semestrales de seguimiento y control que, eventualmente podrán ser empleadas para su reformulación.

Con el propósito de perfeccionar el conocimiento de los sistemas ambientales de la región la Municipalidad de Bahía Blanca formalizará acuerdos -denominados Programas Bilaterales- con las empresas sujetas a fiscalización en el marco habilitado por la ley provincial 12530.

PROPIEDADES DE LA VITAMINA "A" EN LA CICATRIZACIÓN DE LA PIEL

Castro S y Barrientos M I.

Servicio de Pediatría. Hospital Interzonal General de Agudos - Bahía Blanca. E-mail: constanza@infovia.com.ar

Las quemaduras son los accidentes más frecuentes en la edad pediátrica y una causa de morbimortalidad.

Más del 90% de los accidentes ocurren en el hogar principalmente por líquidos calientes (escaldaduras), a veces ligados al descuido de los padres hacia los niños.

En la adquisición de conocimientos con respecto a estos accidentes, se toma como objetivo un consenso que da forma a un tratamiento posible. Disminuir el tiempo de internación obteniendo como resultado un menor costo hospitalario.

Mejorar la calidad de atención del paciente – niño beneficiándolo con un tratamiento y disminuyendo las secuelas.

Este criterio de atención queda planteado, estimulando la idea que un hospital depende de sus recursos humanos y que la evolución de éstos y su madurez se expresan en conductas que tienden a poner el servicio de sus pacientes una atención de calidad enmarcada en las restricciones lógicas del sistema.

La actual situación en el Sistema de Salud cuentan con menores recursos, exigen una mayor eficiencia y saber adecuarse a ellos, utilizarlos al servicio de conceptos válidos que posibiliten dar señales de vigencia y estimulen auditorías de calidad en un marco de profundo respeto al paciente.

Se presenta este trabajo como aporte al servicio del grupo pediátrico y mediatizado por él al servicio de los niños.

SCREENING EN DIABETES

- ◆ La diabetes es una de las enfermedades crónicas más costosas y de mayor impacto de nuestro tiempo, 1siendo una condición que se incrementa en proporciones epidémicas en U.S.A y el resto del mundo.
- ◆ Hay suficiente evidencia de que a niveles de glucosa por encima del normal, pero por debajo del umbral para diabetes, hay un **sustancial riesgo de enfermedad cardiovascular y muerte** y en estos individuos los factores de riesgo son más relevantes lo cual incrementa el riesgo para provocarles la enfermedad (diabetes), pero no alcanza para explicarla totalmente.
- ◆ Las lesiones macrovasculares son las responsables del 60% de las muertes en los pacientes con DBT tipo 2, teniendo la misma prevalencia en los pacientes no diagnosticados.

- ◆ Es muy tentador y tendría un impacto inmenso la posibilidad de realizar un screening poblacional, a las personas de mayor riesgo con el objetivo de diagnosticar pacientes en una etapa pre-clínica y así poder demorar y/o prevenir el comienzo de la enfermedad con el objetivo de reducir la morbimortalidad.
- ◆ Los estudios importantes como el UKPDS lograron con tratamiento intensivo reducir las complicaciones microvasculares, demostrando poca significación en la reducción de las complicaciones macrovasculares, que son la causa del 60% de las muertes de estos pacientes.
- ◆ De los estudios de prevención de diabetes, tres de ellos enrolaron pacientes diabéticos (Finlandés, TRIPOD, STOP NIIDM) y el restante que tuvo buen diseño (DPP) si bien demostró una reducción relativa del 58% en el comienzo de la diabetes con modificaciones en el estilo de vida, y 28% de reducción relativa con drogas (metformina), estos cambios son muy difíciles de extrapolar a la vida diaria y de mantener en el tiempo. No se ha demostrado aún su costo eficacia.
- ◆ Por lo tanto con la evidencia existente a la fecha **no se puede aconsejar realizar un screening poblacional**. Si se aconseja realizar un **screening oportunista** (en nuestros consultorios) de las personas con mayor riesgo de padecer la enfermedad.

CONCLUSIONES

1. Los individuos de mayor riesgo para desarrollar diabetes deben conocer los beneficios de una modesta pérdida de peso y realizar actividad física en forma regular.
2. Deben realizar screening oportunista los pacientes de riesgo según los criterios de la ADA, y los mayores de 18 años que sean obesos o que tengan otros factores de riesgo.
 - ◆ Historia familiar de diabetes (padres o hermanos)
 - ◆ Obesidad (>20% del peso deseado o IMC >27)
 - ◆ Rasa o Etnicidad (Africano Americanos, Hispano Americanos, Nativos Americanos, Asiático Americanos, Islas del Pacífico).
 - ◆ Edad > 45 años.
 - ◆ Antecedentes de
 - a) glucemia en ayuno alterada
 - b) tolerancia alterada a la glucosa
 - ◆ Hipertensión (>140/90 mmHg)
 - ◆ Hiperlipemia (HDL <35mg/dl o triglicérido >250 mg/dl)
 - ◆ Historia de diabetes gestacional o hijo > 4,1 Kg.
3. El screening debe ser llevado a cabo como parte de la visita médica y con:
 - ◆ Glucemia plasmática en ayunas o
 - ◆ Curva de tolerancia
 Los resultados deberán ser confirmados otro día.
4. A los pacientes con GAA o TAG se les debe aconsejar e instruir sobre la pérdida de peso e incremento de la actividad física, siendo importante el seguimiento para tener éxito.
5. El monitoreo para seguimiento de diabetes se deberá realizar cada 1-2 años.
6. Poner atención y esfuerzo importante en el control y tratamiento de los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.
7. La terapéutica con drogas no debe ser rutinariamente utilizada hasta que haya estudios que demuestren su costo efectividad.

SUPRODUCTOS DE LA DESINFECCION DEL AGUA POTABLE

Dr. Guillermo Sergio Pandolfi
IACA Laboratorios – FUNDACION BIOQUIMICA ARGENTINA.

Aunque desde mediados del siglo 19 se conocía bien la capacidad desinfectante del cloro y sus derivados, la desinfección sistemática del agua potable se inició en Bélgica en 1902.

La práctica de la cloración se popularizó rápidamente pues se reconocía al agua como el vehículo más importante para la transmisión de enfermedades epidémicas.

Simultáneamente se desarrolló un interés generalizado en estudiar los mecanismos químicos y biocidas de la cloración, los que aún hoy no son totalmente conocidos.

Por otra parte todas las normas de calidad de agua potable imponen límites estrictos para los contenidos microbiológicos y la necesidad de realizar una muy cuidadosa desinfección del agua para consumo.

La práctica habitual de desinfección de agua consiste en la inyección de cloro en el agua cruda luego de su recolección (precloración), el posterior tratamiento fisicoquímico de acuerdo a sus necesidades, y la inyección de cloro adicional para garantizar una acción residual que mantenga libre de microorganismos la red de distribución.

La precloración persigue un doble propósito, por un lado destruir la totalidad de los microorganismos presentes en el agua cruda y por otro evitar el crecimiento de algas u otros seres microscópicos que reducen la eficiencia de la planta de tratamiento.

Este procedimiento ampliamente satisfactorio desde el punto de vista del control microbiológico hubiese sido utilizado indefinidamente sin reparos, si desde 1974 una serie de estudios no hubiera revelado la presencia de subproductos clorados, principalmente trihalometanos y ácidos haloacéticos, en el agua potable

Las investigaciones comprobaron que las reacciones químicas que les dan origen suceden en el agua entre el cloro, especialmente si éste se encuentra al estado libre, y la materia orgánica que el agua normalmente contiene, generalmente presente como

1. ácidos húmicos y fúlvicos provenientes de material vegetal descompuesto,
2. metabolitos extracelulares de algas durante su etapa de crecimiento exponencial y los detritus provenientes de su eliminación
3. moléculas orgánicas que contengan grupos acetilo.

Todos estos descubrimientos podrían haber quedado confinados al ámbito de la especulación química pura si al mismo tiempo no se hubiera comprobado la propiedad mutagénica y en algunos casos carcinogénica de algunos de éstos clorocompuestos

Como resultado de las condiciones enunciadas muchos investigadores y técnicos han intentado adquirir un conocimiento científico más profundo del problema de "desinfección sin riesgos", que permita al mismo tiempo efectuar las modificaciones necesarias en las plantas en operación de manera de eliminar o, al menos limitar, los efectos negativos de la desinfección.

En la práctica hay coincidencia en señalar tres líneas principales de acción:

1. Remoción de las sustancias orgánicas precursoras
2. Sustitución de los agentes desinfectantes
3. Remoción de los subproductos tóxicos con posterioridad a su formación.

Hasta el momento las investigaciones epidemiológicas dan lugar a resultados no concluyentes y sugieren que de cualquier manera estos riesgos no deben limitar los procesos de desinfección, pues éstos revisten caracteres de alta prioridad.

La OMS establece que la garantía microbiológica debe tener siempre preferencia y se debe intentar reducir la concentración de subproductos actuando sobre el proceso global de tratamiento del agua.

CONCEPTOS GENERALES SOBRE COMPETENCIA Y EVALUACIÓN

García Dieguez M.

Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca

E-mail: gdieguez@criba.edu.ar

Una profesión o especialidad es definida cuando la sociedad reconoce y circunscribe un cuerpo distintivo de conocimiento. El cuerpo profesional debe determinar cuáles son los estándares de competencia y los niveles de rendimiento esperados. La certificación es el proceso por el cual se busca reconocer que ese estándar de competencia ha sido alcanzado.

Con estos conceptos en mente es necesario reflexionar sobre el concepto de competencia antes de entrar a evaluar los criterios y métodos de evaluación y certificación.

Una mirada inicial dirá que es básico el *saber*, el conocimiento. En este punto se han detenido muchas concepciones sobre competencia, y de hecho dominado la evaluación por años. Con una visión más amplia se puede reconocer la necesidad de *saber como* usar ese conocimiento, deben tener habilidad para obtener información y procesarla junto con su conocimiento previo. Además debe estar en condiciones de *mostrarlo*. Aquí es donde el concepto de resolución de problemas o situaciones clínicas para la evaluación basó su desarrollo, pero debemos ir más allá, es acaso posible la generalización a partir de unas pocas situaciones clínicas o de una situación ideal pero irreal generada para la evaluación. Esto nos lleva a la necesidad de sumar el *hacer* en la vida real como forma más avanzada y compleja de evidenciar la competencia (Miller, G.E: 1990)

Con este esquema podemos comprender que competencia es mucho más que conocimiento. Según Neufeld y Norman (1985) la competencia se compone de habilidades clínicas, conocimiento, atributos interpersonales, juicio clínico y capacidad de resolver problemas y habilidades técnicas.

Una condición importante a la hora de diseñar la evaluación es el modelo conceptual sobre el que se basan los criterios de evaluación. Probablemente no se pueda definir con un método único y varias de estas técnicas se deben combinar para una mayor aproximación (Vleuten C.P.M. van der 1996). Solo sabiendo que queremos medir podemos elegir un método válido. Entendiendo la validez como la propiedad de un instrumento de medir lo que se intenta medir. Asimismo la confiabilidad es decir la reproducibilidad de los resultados debe ser asegurada, de modo que aquellos que se decida no son competentes, no representen un sesgo del método. Con estos conceptos en mente parece evidente que las preguntas de respuesta múltiple que solo evalúan conocimiento factual y alejado de la práctica así como los exámenes orales no estructurados, ambos métodos extensivamente utilizados, constituyen estrategias poco válidas y poco confiables. Los métodos seleccionados deben tratar de representar lo más fielmente posible la práctica, y

solo determinando previamente los aspectos a medir (conocimientos, habilidades clínicas, comunicacionales, etc.) se puede seleccionar el o los métodos que mejor los evalúan.

Aun los métodos más sofisticados tienen limitaciones pero la investigación educacional señala que si se busca que quien pase adecuadamente las evaluaciones se desempeñe adecuadamente en la vida real la mejor estimación se obtiene a partir de evaluaciones con uso de paciente simulados, o simulaciones de cualquier tipo y que la combinación de estas en múltiples estaciones. Esto permite el muestreo adecuado de tareas para establecer una visión más global. El método más conocido es el examen clínico objetivo estructurado (ECO-E u OSCE de la literatura inglesa)

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Análisis jurídico – penal

Maria Graciela Cortazar

Departamento de Derecho – Universidad Nacional del Sur

E-mail: cortazar@bvconline.com.ar

El consentimiento informado es un derecho del paciente que se deriva de otros derechos fundamentales reconocidos (la dignidad personal, la vida y la libertad) y es correlativo al deber de informar que le corresponde al médico.

Tiene como objetivo el proteger y garantizar el derecho de autodeterminación del paciente. La falta o deficiente información por parte del médico hacia el paciente sobre su estado de enfermedad, tratamiento, diagnóstico y alternativas, puede derivar en responsabilidad jurídica del médico de caracteres muy diversos (administrativos, civil y penal).

Dentro del ámbito de la responsabilidad penal debe señalarse que un tratamiento curativo arbitrario (sin consentimiento eficaz) supone un atentado contra la libertad del paciente que aún no encuentra tipificación en el derecho penal nacional pero sí en legislaciones europeas modernas y es posible una futura recepción normativa en los delitos contra la libertad. Y por otra parte, puede darse la situación de una infracción al deber de cuidado del médico y ser desencadenante del evento lesivo para el paciente, pudiendo ser imputado tal resultado como comisión por omisión imprudente

El consentimiento informado ha de suponer un cambio cultural en todos los integrantes del sistema sanitario (personal sanitario y usuarios) , debe adaptarse a los protocolos correspondientes y específicos por especialidades y centros sanitarios y en todo ello no debe obviarse que el derecho como ciencia valorativa por excelencia, en esta materia solo puede llegar a formular orientaciones a los operadores del derecho y criterios que puedan proporcionar seguridad jurídica a los médicos intentado que la figura del consentimiento informado logre su objetivo que es garantizar y posibilitar el derecho a la autodeterminación del paciente y evitar la desconfianza entre médico y paciente que pudiera propiciar una indeseable medicina defensiva.

TALLER DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA E INTERNET

García Dieguez M.

Hospital de la Asociación Médica

E-mail: gdieguez@criba.edu.ar

Las nuevas hipótesis se construyen en base a la observación pero es necesario contrastarlas con la evidencia previa. El gran volumen de información es un inconveniente para acceder a la totalidad de los artículos importantes, filtrar lo deseable, establecer la brecha entre conocimiento científico, el "hecho científico", y su aplicabilidad, comprender la metodología empleada y categorizar el poder de la evidencia encontrada.

El acceso a la literatura se hace de muy diversas maneras pero la investigación científica exige un aproximación sistemática. Se intentará revisar las estrategias que permitirán entrar en contacto un número mayor de bibliografía economizando el tiempo y familiarizarse con los métodos de obtención de información.- Adquirir habilidades para la búsqueda bibliográfica significa conocer los métodos de investigación en busca de evidencia frente a la jungla de información médica que tiende a confundir. Esto conlleva en primer lugar aprender a diseñar una pregunta de investigación o una pregunta clínica directamente relevante al problema en cuestión y hecha de modo que permita la búsqueda de una respuesta precisa

Una vez elaborada la pregunta nos encontramos frente a la problemática de que las BUENAS PRUEBAS CIENTÍFICAS no son tan numerosas y encontrarlas no es tan fácil. por ello debemos hablar NO de la mejor evidencia posible sino de la mejor disponible.-

La base de datos MEDLINE es, sin duda, la fuente de información más conocida y utilizada en el ámbito de ciencias de la salud. Lograr búsquedas eficientes con un adecuado balance entre precisión y sensibilidad de acuerdo a los objetivos de la búsqueda requiere conocer los principios que rigen esta base de datos (campos, significado de sus tesauros, campos índices, etc) así como adquirir habilidades para el uso de los buscadores que permiten localizar la información (PubMed por ejemplo).

Las directas "competidoras" de MEDLINE serían en primer lugar: EMBASE, producida por el grupo Elsevier, que indiza 3.500 revistas de 70 países distintos. La publicación electrónica de la Cochrane Collaboration, así

como la base latinoamericana LILACS son también herramientas que el investigador y el profesional de la salud deben conocer y manejar, Finalmente Internet es una fuente de información tan importante como peligrosa. Del mismo modo que puede permitirnos acceder a la publicación a texto completo de muchas revistas, las guías de práctica clínica de muchas sociedades y ayudarnos a conectarnos con profesionales de todo el mundo, puedo exponernos a información de dudosa valía sin revisión de pares.

CONGRESO DE LA SALUD 2002. TALLER METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN II PARTE: PASOS EN LA ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

Dra. María Eugenia Esandi. esandi@infovia.com.ar

El objetivo de esta segunda parte del taller es proporcionar una guía sencilla y sistemática para la planificación y realización de investigaciones relacionadas con la salud, la enfermedad y los servicios de salud. Para ello, se brindarán los lineamientos básicos para la formulación de un protocolo de investigación, documento escrito que describe el objetivo de la investigación y lo que el investigador se propone realizar. Este documento contiene una descripción completa de la razón de la investigación y especifica los detalles de la metodología que se usará en la investigación. Por otra parte, ayuda al investigador en sus decisiones de planeamiento, y esta es una razón elemental para su realización, ya que sólo una planificación cuidadosa permitirá que el investigador logre concretar su idea, tenga control sobre las actividades que realizará y garantice el logro de los resultados que se esperan alcanzar con la investigación. Un largo período de planeamiento da al profesional una oportunidad para pensar, integrar y verificar mentalmente las decisiones sin comprometer los recursos de los que dispone así como el tiempo que emplea para investigar. Cualquier profesional que decida investigar, necesitará apoyo institucional, administrativo, financiero, profesional, y sólo con la presentación de un adecuado protocolo podrá gestionar todas sus necesidades para el logro de sus objetivos.

Básicamente pueden reconocerse los siguientes elementos en un protocolo: 1. **Título:** debe ser breve y preciso, de manera tal que los objetivos fundamentales del estudio queden claros para el lector o revisores; 2. **Introducción:** En este punto, el investigador delimita el objeto de estudio y da a conocer los interrogantes o las grandes preguntas que orientan la investigación. Debe incluir: *Formulación del Problema*, que constituye la justificación científica del estudio, es decir, lo que fundamenta la necesidad de realizar una investigación para generar conocimientos que brinden un aporte al conocimiento existente; *Fundamento teórico* presenta la evidencia empírica que sustenta su investigación basándose en una exhaustiva búsqueda bibliográfica; y *Justificación:* Describe el tipo de conocimiento que se estima obtener y la finalidad que se persigue en términos de su aplicación; 3. **Objetivos:** describen el conocimiento concreto que el investigador pretende alcanzar con la investigación. La formulación explícita de los objetivos de un estudio constituye un paso esencial en su planificación. De hecho, "si no sabe adónde va, difícilmente pueda seleccionar la forma adecuada de llegar allí". 4. **Metodología:** es la explicación de los procedimientos que se utilizarán para alcanzar los objetivos. Debe incluir básicamente el tipo de diseño de investigación, la descripción de la población, el ámbito en el que se desarrollará la investigación y período de estudio, la definición de las variables de la investigación y los instrumentos y métodos que se emplearán en la recolección de datos. 5. **Plan de Análisis de los datos:** incluye la descripción de los métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables así como los programas que se utilizarán. 6. **Recursos humanos y materiales:** personas y organizaciones que lo ayudarán en cada una de las etapas de la investigación así como el equipamiento y materiales necesarios para su realización. 7. **Cronograma:** Descripción de cada una de las etapas de su investigación y el tiempo (en días, semanas o meses) que cree le llevará concretar cada una de las actividades planificadas. 8. **Presupuesto:** Deben tenerse en cuenta los equipos o material que serán imprescindibles, el material descartable y toda otra actividad que deba ser remunerada.

Existen diferentes esquemas que guían la elaboración de un protocolo, que se basan en la descripción de las diferentes secciones que lo constituyen. Sin embargo, dichas secciones no son compartimentos estancos, sino que están fuertemente vinculadas entre sí. A medida que el investigador progresa en la elaboración de su protocolo, en innumerables ocasiones deberá volver sobre sus pasos para ajustar y reformular diferentes aspectos de su proyecto. Cuanto más atención preste a sus detalles, mayores las perspectivas de que el estudio tenga éxito. No obstante, debe saber que muy pocos estudios son "perfectos". De modo casi invariable, dificultades prácticas, cosas que pasan y accidentes varios, provocan

imperfecciones metodológicas. *Lo importante es que el investigador sea consciente de estas imperfecciones, examine su impacto y las tenga en cuenta al interpretar sus hallazgos; si lo hace, el estudio tendrá sentido y posiblemente resultará útil*

DETECCION E INTERVENCION TEMPRANA EN LAS HIPOACUSIAS INFANTILES.

HOY UNA REALIDAD.

Fga. Diana Launagaray, Fga. Mónica Nicosia

De la misma manera que en la primera consulta el neonatólogo o el pediatra ausculta el corazón del niño, los pulmones, le palpa el abdomen, lo pesa etc...debe plantearse seriamente si el niño oye normalmente. Esto en general se realizaba con reflejos y pruebas subjetivas.

Afortunadamente hoy contamos con un examen fácil, rápido, no agresivo y no doloroso llamado OTOEMISIONES ACUSTICAS. Se puede realizar los primeros días de vida ya que cuanto antes se detecte una hipoacusia mejor.

Tres de cada mil niños nacen con patologías auditivas y uno en 300 es considerado de alto riesgo debido a los siguientes indicadores:

- Antecedentes familiares de sordera
- Infecciones maternas durante el embarazo (toxoplasmosis, sífilis, rubéola, citomegalovirus, herpes)
- Malformaciones craneofaciales
- Prematuros
- Hiperbilirrubinemia grave
- Ototóxicos
- Meningitis bacteriana
- Hipoxia neonatal
- síndromes asociados a sordera
- trastornos neurodegenerativos etc.

Pero, una gran mayoría son de causa desconocida, y no son detectados a tiempo sin los estudios a los que nos referiremos.

Por eso la tendencia mundial es la aplicación del Screening Universal de manera de lograr un diagnóstico lo más temprano posible, así como el correspondiente equipamiento con el audífono adecuado(hoy digitales , programables) o bien a través de los implantes cocleares.

Cuando un bebé nace , su cerebro es sumamente plástico y a medida que pasa el tiempo va perdiendo esa plasticidad fundamental para el desarrollo del lenguaje y las estructuras del pensamiento, de allí la importancia del equipamiento temprano y adecuado.

Uno de los métodos con los que trabajamos es el DSL (nivel de sensación deseado) creado por el Dr. Richard Seewald de la Universidad de Western, Notario, Canadá.

Por medio del mismo y con aparatología especial puede medirse la presión sonora que recibe al tímpano y calcular el nivel deseado para cada caso de manera tal que la palabra no llegue distorsionada por ejemplo por sobreamplificación, sensibilidad, disconfort etc... posibilitando que los pacientes sobre todo los niños sean equipados correctamente con niveles de habla perceptibles.

Por último haremos referencia a la importancia de los controles audiológicos previos al ingreso escolar.



USO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA (RMI) PARA EVALUAR LA DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Vives DA, Bauni CE, Mendoza ME

Hospital Privado del Sur, Centro de Diagnóstico Médico - Bahía Blanca. E-mail: consutac@infovia.com.ar

Introducción: La articulación temporomandibular (ATM) es frecuente asiento de enfermedades y de consultas a odontólogos, otorrinolaringólogos, cirujanos de cabeza y cuello y clínicos. La anomalía, tanto de la posición como de la morfología del menisco (disco) de la ATM ha sido implicada en los síndromes dolorosos miofaciales y en la disfunción biomecánica de la articulación.

El interés fundamental del trabajo es demostrar la utilidad de RMI en el diagnóstico de la patología interna de la ATM en pacientes con clínica de disfunción.

Material y Método: Se estudiaron 50 articulaciones pertenecientes a 26 pacientes. En 24 la evaluación fue bilateral y a dos unilateral, con equipos de 0,5 y 1 Tesla. Las imágenes sagitales y coronales directas de cada una de las ATM, se obtienen con una bobina de superficie pequeña colocada sobre la región de interés de cada lado y en forma simultánea. Se realiza una secuencia localizadora (Survey) a partir de la cual se planifican las secciones a efectuar. Las líneas para obtener las secuencias de perfil-oblicuas se orientan siguiendo una perpendicular al eje mayor del cóndilo y las de frente son paralelas a aquel. Las secuencias utilizadas son: T2 usando un FOV de 200mm, espesor: 3mm, 2 ecos, 7 cortes, TR: 1800 mseg, TE: 25/90 mseg, 2 señales. Para el T1 FOV: 200mm, 3mm de espesor, 5 cortes, 4 señales, TR: 450 mseg, TE: 25 mseg. Se completa con una secuencia de apertura progresiva (cine) con T2 de ángulo parcial con FOV 200mm, espesor de 3 mm, 5 cortes, 5 scans consecutivos, 2 señales con TR 103 mseg, TE 10 mseg y ángulo de 25°.

Resultados: Los resultados muestran que el 91% de las ATM con síntomas y signos de disfunción presentaron imágenes patológicas. Este porcentaje se redujo al 9% en las ATM asintomáticas. De los hallazgos patológicos, el más importante fue la luxación anterior sin reducción del disco intraarticular.

Conclusiones: La RMI es el método más adecuado para el estudio de la disfunción de la ATM, dada su inocuidad y la buena correlación obtenida con la clínica.

PREVALENCIA DE LEPTOSPIROSIS EN ESPECIE CANINA DE LA CIUDAD DE BAHIA BLANCA. ESTUDIO PRELIMINAR

Chávez C, Pazos G, Giménez R, Bodanza C, Gabbarini M, Arriola G, Pérez S

IACA laboratorios, Departamento de Microbiología - Bahía Blanca. E-mail: laboratorios@iaca.com.ar

Introducción: La leptospirosis es actualmente una de las enfermedades infecciosas emergentes. La especie canina, desempeña un importante rol en la persistencia de las leptospiras en el medio ambiente, luego de los roedores; siendo el contacto directo o indirecto con orina de animales infectados la fuente de infección más usual en el hombre.

Objetivo: Determinar la presencia de anticuerpos (AC) antileptospira en caninos de la ciudad de Bahía Blanca.

Material y Método: En el período comprendido entre 1-12-2001 y 30-03-2002 se analizaron sueros (SU) de 97 caninos (CA): 50 machos y 45 hembras, correspondientes a tres grupos poblacionales: 45 atendidos en veterinarias de la ciudad (CVC), 38 alojados en el refugio de la sociedad protectora de animales (CPA) y 14 captados por el móvil de castración (CMC). Cada muestra se acompañó de una ficha epidemiológica con las características del animal: sexo, edad, hábitos de esparcimiento, etc.. La técnica empleada para la detección y cuantificación de AC fue la Microaglutinación con antígenos vivos (MAT). Los antígenos empleados fueron: *Ballum castellanis* (Bc), *Canicola canicola* (Cc), *Gryppytyphosa gryppytyphosa* (Gg), *Icterohaemorrhagiae copenhageni* (Ic), *Pomona pomona* (Pp) y *Pyrogenes pyrogenes* (Py). Se consideraron positivos los títulos (TI) $\geq 1/100$.

Resultados: El 46% (45/97) de los SU fueron positivos con TI entre 1/200 a 1/ 3.200. La positividad por grupo fue: CVC: 42%, CPA: 51%, CMC: 43%. Se obtuvo la siguiente distribución total de serovares: Bc: 12%, Cc 22%, Gg 11%, Ic:13%, Pp: 24%, Py:18%, aglutinando con un serotipo el 42% (19/45) y con más de un serotipo el 58% (26/45). Presentaron AC el 56% (28/50) de los machos y el 36% (17/47) de las hembras. La seropositividad según edad fue: 48.7% (38/78) en adultos y 36.8% (7/19) en cachorros (<1 año).

Conclusiones: Los serovares predominantes fueron: Pp 24% y Cc 22%. Los resultados variaron de acuerdo al sexo y la edad de los CA. El índice de positividad detectado (46%), muestra la necesidad de ampliar el número de animales estudiados para establecer la prevalencia real de Leptospiras patógenas en la población y evaluar los factores de riesgo para el hombre en la cadena epidemiológica.

LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES

Romagnoli MC

Centro de Diagnóstico - Bahía Blanca. E-mail: diagnostico_mama @amet.com.ar

Introducción: Evaluar las imágenes mamográficas y ecográficas en las lesiones infrclínicas mamarias y su correlación histopatológica, considerando el campo de la detección actualmente con altas tasas de cáncer no palpable.

El 54.4% de los carcinomas fueron invasores y el 45.6% in situ.

Material y Método: En el presente estudio se analizaron las mamografías de 3460 pacientes sometidas a diagnóstico mastológico en nuestro Instituto en el período comprendido entre febrero de 1999 y marzo de 2002, con el objeto de identificar aquellas que condujeron al diagnóstico de cáncer mamario.

Se estudiaron las historias clínicas de estos casos para discriminar el número de tumores clínicos y subclínicos (no palpables) y de estos últimos se investigaron la asociación con antecedentes familiares, la incidencia de acuerdo a franjas etarias, las formas de presentación mamográfica y los tipos histológicos.

Resultados: Se detectaron 70 pacientes con Ca de mama que presentaron diagnóstico mamográfico de sospecha posteriormente con confirmación histológica; de los cuales 33 fueron cáncer subclínico (no palpable) constituyendo el 47.1% del total, con una proporción de 45.6% con antecedentes familiares.

La franja etaria de 35 a 45 años comprendió el 18.2%, de 46 a 55 años el 54.5%, de 56 a 65 años el 12.1% y de más de 66 años el 15.2%.

La forma de presentación mamográfica corresponde a las siguientes categorías: un 36.4% a imágenes nodulares y densidades focales, un 51.5% a microcalcificaciones y un 12.1% a imágenes nodulares y microcalcificaciones.

Los informes anátomo-patológicos mostraron los siguientes resultados:

Carcinomas ductales invasores: 36.4% (12); Carcinoma ductal in situ: 45.6% (15)

Carcinoma lobulillar infiltrante: 9% (3); Carcinoma medular: 3% (1); Carcinoma tubular: 3% (1); Sin confirmación histológica: 3% (1)

Conclusiones: El 54.5% de las pacientes consultó por screening. La forma de presentación radiológica más frecuente encontrada fue la de microcalcificaciones. El tamaño tumoral hallado fue menor de 10 mm en el 39.4%.

IMPACTO DE UN PLAN PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS (ATB)

Maurizi D, Romanelli A, Taffetani M, Calcagni S

Hospital Italiano Regional del Sur - Bahía Blanca. E-mail: dmaurizi@infovia.com.ar

Introducción: Es conocido a nivel mundial que la prescripción de ATB es inadecuada tanto a nivel ambulatorio como en internación. Ello motiva gastos innecesarios, prolongación de internación y aparición de gérmenes resistentes. Los motivos de una prescripción inadecuada son variados, basados o no en fundamentos científicos. Para lograr un cambio en la prescripción en internación, las instituciones deben enfrentar el problema con un plan centrado en el liderazgo natural que representa un infectólogo junto con un grupo de trabajo multidisciplinario.

Objetivo: disminuir el consumo de ATB y/o el dinero gastado en internación.

Material y Método: el plan comenzó en junio del 2001. Se organizaron pases de sala en forma periódica junto con charlas dirigidas a los médicos para normatizar las patologías más comunes. Los datos del consumo de ATB y gasto se obtuvieron desde farmacia y se compararon el 1° con el 2° semestre del año 2001. Los datos se expresaron en dosis / día / definida (DDD) cada 1000 pacientes / día, de acuerdo a las normas de la OMS 2002. Se registraron las cirugías realizadas en dichos períodos para efectuar una comparación. Los datos se analizaron con el programa EPI6. Se utilizó la prueba de comparación de proporciones.

Resultados: se registraron 6519 y 6999 pacientes / día en cada semestre, sin evidenciarse diferencias significativas entre los distintos sectores de internación. El número de cirugías totales fueron de 1178 y 1455 en cada semestre, no encontrándose diferencias significativas entre el tipo ó duración de cirugías. El consumo de ATB fue de 518 y 442 DDDc / 1000ptes/día por cada semestre respectivamente. El dinero gastado fue de \$14158 y \$ 8597 por cada semestre.

Conclusiones: 1) Es posible disminuir la cantidad y el dinero asignado a los ATB, a través de un plan elaborado para tal fin. 2) Si bien la disminución del consumo fue de un 15%, el ahorro de dinero fue mayor: 40%.

EVALUACIÓN DE PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL

Figueroa AL, Larregina A, Bermúdez PM, Polini N

Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", Unidad de Hematología y Medicina Transfusional - Bahía Blanca. E-mail: efigueroa@amet.com.ar

Introducción: La terapia anticoagulante requiere un estricto seguimiento y control de los pacientes debido a los riesgos de padecer tanto complicaciones de tipo hemorrágico como de nuevos eventos trombóticos. En diferentes patologías como fibrilación auricular, trombosis venosa profunda e infarto agudo de miocardio están indicados los antagonistas de la vitamina K.

Material y Método: En este trabajo hemos evaluado 106 pacientes que concurren al servicio para realizar tratamiento anticoagulante y posterior control del mismo entre los años 2000 y 2002, de edades comprendidas entre 27 y 87 años, 38 de los cuales eran mujeres y 68 varones.

Resultados: El 16% de ellos presentaron eventos hemorrágicos, destacándose el mayor porcentaje en hemorragias digestivas altas (el 6%), hematuria y epistaxis (el 3%), y otras complicaciones hemorrágicas como melena, hemoptisis, gingivorragia y proctorragia (el 1% de cada una de ellas). Cabe destacar que el 36% de la población estudiada no estuvo dentro del rango terapéutico esperado.

Conclusiones: Si bien hallamos un porcentaje de eventos hemorrágicos coincidentes con lo descrito en la literatura, también encontramos un número alto de pacientes fuera del rango terapéutico, lo cual debe ser tenido en cuenta como un factor de riesgo. Por todo lo expuesto y con el fin de mejorar la calidad de atención de nuestra unidad se realizará una normalización en el seguimiento de estos enfermos.

CIRROSIS BILIAR PRIMARIA Y SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Larregina AE, Larregina NA

IACA Laboratorios, Departamentos de Inmunología y Hematología - Bahía Blanca. E-mail: gdomi@ciudad.com.ar

Introducción: la cirrosis biliar primaria (CBP) es una entidad nosológica crónica, progresiva y colestásica, de etiología desconocida, que se suele asociar a otras enfermedades autoinmunes como síndrome antifosfolipídico. Nuestro objetivo fue resaltar la importancia de la sospecha clínica y la utilidad de los datos de laboratorio para el diagnóstico temprano.

Caso clínico: paciente de sexo femenino de 30 años que fue derivada por su médico de cabecera por síndrome de Raynaud, prurito y abortos repetidos, para estudio de trombofilia. Tres meses antes comenzó con astenia, anorexia e ictericia leve, se le realizó diagnóstico de hepatitis por las alteraciones del hepatograma, con serología para hepatitis B y C negativas.

Antecedentes personales: hipoacusia bilateral desde hace 15 años. Hipotiroidismo. Un aborto en el primer trimestre, y el segundo por infarto placentario en el quinto mes.

Examen físico: peso 57 Kg. TA 110-70 mmHg, piel blanca con telangiectasias y nevos rubies en tronco y miembros, manos con desviación cubital leve de los dedos, hepatomegalia palpable a 4 cm por debajo del reborde costal.

Laboratorio: Hto 43%, Hb 13 g/dl, Leucocitos 7,3 x 10⁹ /L (1-39-12-1-43-4), Plaquetas 280 x 10⁹ /L, VSG 40 mm/h, PT 7,1 g/dl (Alb 3,5 g/dl, a1 0,3 g/dl, a2 1 g/dl, b 0,8 g/dl, g 1,5 g/dl), TGO 126 U/L, TGP 156 U/L, FAL 1259 U/L, g GT 516 U/L, TP 12", KPTT 30" Proteína S 60%, RPCa 0,98, Proteína C y AT III normales, Protrombina 20210, Factor V Leiden y MTHFRt negativos, VDRL negativa, anticardiolipinas IgG negativas, IgM 25 MPL, LAR positivo, FAN 1/160 moteado, C3 y C4 normales, ENA negativo, antimúsculo liso negativo, antimitocondrial positivo 1/1280, AMA2 ELISA positivo confirmado por Westernblot.

Conclusión: la CBP se asocia en el 3% de los casos con síndrome antifosfolipídico, es importante la sospecha clínica para luego confirmar el diagnóstico con los datos del laboratorio, con los marcadores específicos.

INCURSIÓN EN LA DONACIÓN AUTÓLOGA DIFERIDA

Brune A, Figueroa AL, Barba P, García G

Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", Unidad de Hematología y Medicina Transfusional - Bahía Blanca.

Introducción: Autotransfusión (AT), o transfusión autóloga, se denomina al conjunto de procedimientos que reinfunden algún componente sanguíneo al mismo sujeto que voluntariamente lo había donado con anterioridad. De esta manera el individuo es donante y receptor.

Los beneficios de la autotransfusión son múltiples, entre ellos: elimina el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas, evita el riesgo de aloinmunización, exime al paciente del riesgo de reacciones hemolíticas, alérgicas o febriles, elimina los costos de la evaluación serológica requerida por

legislación por no utilizarse la transfusión homóloga convencional y reduce las necesidades de sangre homóloga, en el contexto social pobre en la cultura de la hemodonación altruista.

Material y Método: El presente, es un estudio descriptivo observacional retrospectivo del sistema de autotransfusión llevado adelante en nuestro Hospital, desde la puesta a punto de los procedimientos del sistema, 31 de enero, al 11 de junio del corriente año. El sistema se basa en la técnica de depósito preoperatorio de glóbulos sedimentados (GS). Son incluidos en el mismo aquellos pacientes con cirugías programadas, previa firma del consentimiento informado y cumplimiento de los criterios necesarios.

Resultados: Se obtuvieron 83 unidades (u.) de GS para AT. 23 u. fueron utilizadas en autotransfusiones (el 28%); 30 u. fueron utilizadas para transfusiones homólogas (el 36%) previo análisis serológico; 24 u. fueron descartados por distintos motivos (el 29%); 3 u. están para ser autotransfundidas (el 4%) y 3 u. están para ser utilizadas para transfusión homóloga.

Conclusiones: Observamos un bajo porcentaje de unidades autotransfundidas y un porcentaje elevado de unidades descartadas (por serología positiva, diagnóstico y vencimiento), por lo que se implementará un mejoramiento en el criterio de inclusión de los pacientes al sistema y la utilización de cuestionarios de exclusión de donantes, para evitar el costo de los análisis serológicos de unidades descartadas.

PARASITOS DE IMPORTANCIA SANITARIA EN AGUAS DEL ARROYO NAPOSTA, BAHÍA BLANCA, ARGENTINA

Costamagna SR¹, Lucchi L¹, Visciarelli E¹, García S¹, Basualdo J²

¹Universidad Nacional del Sur, Departamento de Biología Bioquímica y Farmacia, Cátedra de Parasitología Clínica - Bahía Blanca - ²Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Medicina, Cátedra de Microbiología y Parasitología - La Plata. E-mail: rcostama@criba.edu.ar

Introducción: Teniendo en cuenta que en la actualidad no existen estudios epidemiológicos que describan la contaminación parasitaria del agua del Arroyo Napostá, que cruza la ciudad de Bahía Blanca, y considerando conceptos modernos referidos a la contaminación de las aguas, que señalan como más importante que la falta de bacterias coliformes, la ausencia de parásitos en el agua, es que se decidió investigar en el arroyo Napostá, a lo largo de todo su recorrido por la ciudad de Bahía Blanca, la presencia de parásitos de importancia sanitaria para el hombre.

Material y Método: Se recolectaron 5000 litros de agua del arroyo Napostá, en cinco sectores de la ciudad de Bahía Blanca, durante el año 2002. En cada sector se procedió al filtrado de mil litros de agua, mediante la utilización de filtros de poros de una micra de diámetro (Cuno Micro Wind II, con núcleo, manta e hilo de polipropileno). El procesamiento posterior se efectuó siguiendo la técnica de madore (1987) modificada por Pezzani (2000). La investigación de *Cryptosporidium* sp. se realizó mediante coloración de Zhiel-Neelsen. Se presentan resultados preliminares, ya que la investigación continúa.

Resultados: como resultado de nuestras observaciones, pudimos visualizar, en el agua estudiada, las siguientes formas parasitarias: Huevos de *Hymenolepis diminuta*, quistes de *Giardia* sp, Huevos de *Toxocara* sp, Quistes de *Entamoeba* sp. Quistes de *Endolimax* sp, Larvas de Nematodos, Huevos de *Trichostrongylus* sp, Huevos de *Áscaris* sp y quistes de *Cryptosporidium* sp.

Conclusiones: En base a los resultados obtenidos, pese a que son preliminares, estimamos conveniente que las autoridades sanitarias de la ciudad adopten medidas tendientes a evitar que el hombre y los animales tomen contacto con estas aguas contaminadas y peligrosas, además de estudiar las causales de tan relevante contaminación parasitaria. Esta investigación se realizó con subsidio otorgado por la Fundación Alberto J. Roemmers.

ADAPTACIÓN DE LENTES DE CONTACTO TERAPÉUTICOS

Louro JO, Etchechoury MM, Garay A

Centro Óptico Louro - Bahía Blanca. E-mail: louro@terranet.com.ar

Introducción: La adaptación de lentes de contacto terapéuticas (LCT), se utiliza en una córnea opaca, irregular, con síndrome de ojo seco, post cirugía, donde puede estar disminuida o magnificada la sensibilidad corneal. El objetivo de este trabajo es la presentación de la casuística a lo largo de 6 años en la adaptación y seguimiento de lentes de contacto terapéuticos.

Material y Método: Los materiales de las LCT usada: [1] Alphafilcon A [2] Etafilcon A 42% [3] Vifilcon A [4] Ocufilecon D [5] Lotrafilcon A [6] Omafilcon A 62%.

Se estudiaron 421 pacientes los que fueron agrupados por: cantidad, patologías y tipo de lentes usada.

- 45 operados de catarata (10,69%) se usaron lentes 2, 3 y 4
- 35 operados de miopía, glaucoma, astigmatismo, retina, pterigiun, chalazión (8,31%) se usaron lentes 2, 3 y 4

- 83 úlceras por virus, a repetición, mal uso de lentes de contacto, parálisis facial, ectropión, entropión y por puntos (19,71%) se usaron lentes 2, 3, 4, 5 y 6
- 15 pacientes con: Diabetes, Hipertiroidismo, Rosácea, Sjogren, Conjuntivitis crónica y Alergia (3,56%) se usaron lentes 5 y 6
- 26 herpes (6,17%) se usaron lentes 5 y 6
- 3 quemaduras (3,09%) se usaron lentes 5 y 6
- 26 córneas descompensadas: vejez, traumatismo, distrofias, trasplantes de córnea, fresado corneal, hernia corneal (6,17%) se usaron lentes 5 y 6
- 79 úlceras por cuerpo extraño (18,76%) se usaron lentes 2, 3 y 4
- 54 traumatismos severos (12,83%) se usaron lentes 2, 3 y 4
- 45 queratitis sica y medicamentosa (10,69%) se usaron lentes 5 y 6

El uso de LCT va acompañado por instilación de lágrimas artificiales, gel o pomadas y si lo requiere con antiinflamatorios y antibióticos. El recambio varía ya sea por la secreción o por la medicación suministrada. Las LCT con 55% y 66% de agua se recambian cada siete días. Las lentes de baja capacidad acuosa, se retiran cada 6 a 7 días, limpiarlas, hidratarlas y colocar con previo control microscópico en la búsqueda de residuos nocivos. Realizar a las LCT frecuentes controles y retirarlas ante enrojecimiento o molestia. Todos los pacientes necesitaron más de un LCT.

Conclusiones: decimos que la LCT sirve para: confort, calidad de vida y posibilidad de curación a muchas lesiones corneales. El uso de LCT es de acuerdo a la afección del paciente.

REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN U.T.I.

Janariz M, Ausiere MR

Hospital y Maternidad Municipal de Pigüé, Servicio de Terapia Ocupacional - Pigüé. E-mail: maggie@s8coopenet.com.ar

Introducción: Se realizo un estudio en base a la observación de pacientes con ACV (Accidente Cerebro Vascular) en el período inicial de la internación. La atención del paciente agudo se centra principalmente en un tratamiento clínico, observando una falta de atención sobre el control postural que posibilita la aparición de escaras y el control de los m.r.p.a. (Mecanismos reflejos posturales anormales), como también alteraciones de la organización perceptual y la privación sensorial.

Objetivos: Identificar al paciente de alto riesgo de escaras y m.r.p.a. para minimizar los efectos contraproducentes de la convalecencia durante el reposo y fomentar la autonomía personal con adecuación al medio. Difundir el rol de los T.O. (Terapistas Ocupacionales) en la atención precoz del paciente con ACV en UTI (Unidad de Terapia Intensiva). Protocolizar normas de evaluación en T.O. en un campo no tradicional.

Material y Método: Se incluyen dentro de los pacientes tratados a aquellos con hemorragias cerebrales y hemorragias subaracnoideas, excluyendo los ataques isquémicos transitorios. Se observaron durante el transcurso de un año a 11 pacientes, diagnosticados con ACV de ambos sexos en edades comprendidas entre 50 y 79 años. Los datos extraídos son muestras realizadas por medio de protocolo de T.O. al ingreso y egreso de UTI. Las herramientas utilizadas en la recolección de datos son evaluaciones no estandarizadas en las modalidades de observación, checklist y entrevistas.

Resultados: A modo de ejemplo, tras evaluar datos de la investigación los pactes con escaras de grado 1 presentaron mejoras hasta en un 50%, la presencia de m.r.p.a. presentaron en inicio específicamente reacciones asociadas un 63,63% y egresan con ellas solo el 9,09%.

Conclusiones: Con estos datos y otros que se amplían en la investigación y que por razones de espacio en el Resumen no se pueden analizar, se sustenta pensar que, la inclusión del tratamiento de T.O. en forma precoz, posterior a las 24 horas de internados en UTI mejora la calidad de atención.

SINDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS

Frizza JI, Maurizi D, Fainstein D, Ferrer L

Hospital Privado del Sur, Servicio de Terapia Intensiva - Bahía Blanca. E-mail: uti@hps.com.ar

Introducción: El Síndrome cardiopulmonar por Hantavirus es una enfermedad infecciosa potencialmente fatal con una mortalidad extremadamente alta (30%– 60%). La transmisión ocurre por inhalación del virus desde material contaminado como orina y heces de roedores o por mordedura de los mismos, aunque también se a reportado el contagio interhumano. El objetivo del presente trabajo fue: comunicar el primer caso de Hantavirus diagnosticado en la ciudad de Bahía Blanca y notificado en nuestra región sanitaria.

Caso clínico: Antecedentes Enfermedad Actual: Paciente de 53 años de edad que comienza 9 días previos a su internación con disnea, síndrome gripal, mialgias, artralgias, cefalea, astenia, dolor abdominal nauseas y vómitos. Posteriormente agrava la disnea decidiendo la internación en Tres Arroyos,

presenta hipotensión, por lo que se coloca inotrópicos, acrecienta la disnea tomándose a clase funcional 4 y requiriendo asistencia respiratoria mecánica, el paciente se torna oligúrico. Se deriva a Bahía Blanca con diagnóstico de neumonía e insuficiencia respiratoria. Evolución: Evolucionan con falla renal, hepática, plaquetopenia y CPK elevada. Se envían muestras al centro de zoonosis de la localidad de Azul para Hantavirus y Leptospirosis. Al sexto día de su internación presenta mejoría de su falla hepática y renal, normalización de plaquetas y disminución de la CPK, extubándose a los siete días del ingreso con buena evolución. A los 11 días de internación se recibe confirmación de Infección por Hantavirus y luego el paciente es dado de alta.

Comentario: En nuestra región existe un gran porcentaje de población que realiza trabajos rurales. Dada la mortalidad elevada de la infección por Hantavirus, debemos entonces pensar en esta enfermedad ante un caso de neumonía grave de la comunidad con epidemiología compatible para iniciar el tratamiento de sostén adecuado.

MASAS QUÍSTICAS ANEXIALES EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS

Uslenghi ME, Urquiola C, Pardo MJ, Vincent E, Frizza AJ, Vincent RE, Frizza A, Vincent EP, Arocena I
Instituto Diagnóstico - Bahía Blanca. E-mail: uruti@ba.net

Introducción-Objetivo: Evaluar la incidencia de cáncer y el comportamiento ecográfico de lesiones quísticas anexiales en pacientes mayores de 50 años, en base a los datos obtenidos por medio de ecografía transvaginal.

Material y Método: Se analizaron 34 pacientes con edades comprendidas entre 50 y 78 años, que presentaban patología quística anexial en un período de 20 meses en el Instituto Diagnóstico de Bahía Blanca.

Se tuvo en cuenta para la recolección de datos: edad, ovario afectado y su volumen, tamaño y características ecográficas del quiste, presencia y/o ausencia de ascitis.

Resultados: El volumen del ovario afectado varió de 4 a 374 cm³ (media de 36,9). El tamaño fue entre 21 y 106 mm (media de 36,7).

En el ovario izquierdo se observaron 18 (53%) y en el derecho, 16 (47%).

Ecográficamente, 21 fueron quistes simples (61,7%), 12 presentaban tabiques en su interior (35,3%), 1 mixto (3%).

El tratamiento quirúrgico se realizó en 9 pacientes, cuyos resultados fueron: 5 quistes serosos simples (55,5%), 2 endometriomas (22,3%), 1 quiste folicular sangrante (11,1%), 1 cistoadenoma seroso (11,1%).

En los casos en que el patrón ecográfico fue sospechoso de neoplasia, el CA125 no mostró aumento en sus niveles séricos.

Conclusiones: Ninguna de las pacientes evaluadas en este grupo presentó transformación maligna de las lesiones quísticas anexiales examinadas.

El análisis de los datos ecográficos junto con la historia clínica y el nivel sérico del CA125 deben ser considerados para la elección del tratamiento a seguir.

SEDACIÓN DE ENFERMOS TERMINALES. REPERCUSION EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCARGADA DE SU ADMINISTRACIÓN

Stepanosky S, Steel I

Hospital de la Asociación Médica, Departamento de Enfermería - Bahía Blanca. E-mail silvia_sepanosky@hotmail.com

Introducción: En reuniones del Departamento de Enfermería se detectaron sensaciones de angustia en el personal compatibles con el Síndrome de Burn Out en relación a la administración de sedación en enfermo terminales.

Objetivo: Identificar la repercusión que produce la administración de sedación a nivel físico, conductual y emocional en el personal de enfermería que atiende pacientes terminales en el Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca (HAM).

Material y Método: Estudio de corte transversal con un cuestionario de respuestas directas precodificadas, basado en la sintomatología que define el Síndrome de Burn Out. Se entrevistaron 20 enfermeras.

Resultados: El 69% presentó 1 o más síntomas. A nivel físico el 47% presentó dolor muscular, 37% cansancio, 31% palpitations, 21% acidez, 16% insomnio, 10% variación del apetito, 5% cefalea y dispepsia. A nivel emocional el 37% se sintió instrumentos de una decisión tomada por otra persona, 16% refiere sentirse responsable de la pérdida de conciencia del paciente, 63% refirió ansiedad / angustia, 47% depresión, 32% desconfianza / culpa, 26% enojo / ira, 10% autocompasión. A nivel conductual un

16% refirió agresividad, 10% ausencia al trabajo, 5% aislamiento y negativa de atención al paciente. A nivel comunicacional el 84% ha podido conversar con sus colegas, 58% con su grupo familiar, 16% otras personas. En cuanto al espacio indicado para la toma de decisiones el 74% contestó médico-paciente-familia. El 80% acepta la utilización de sedación y todos piden un espacio de contención Institucional.

Conclusiones: La aplicación del cuestionario permitió identificar y cuantificar los síntomas producidos en el personal de enfermería ante la aplicación de sedación en enfermos terminales y su relación con el Síndrome de Burn Out.

GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA GUIADA POR RADIOSCOPIA: EXPERIENCIA INICIAL

Egidi GA, Cantarelli SO, Cristobo JP, Sidorkewicj AN, Tentoni P, Mazzieri OO
Hospital de la Asociación Médica, Servicio de Cirugía General - Bahía Blanca - Hospital I. Pirovano, Servicio de Cirugía General - Capital Federal. E-mail: gabriel_egidi@yahoo.com

Introducción: Los pacientes con desnutrición calórico-proteica requieren apoyo nutricional parenteral o enteral. Éste último puede ser logrado mediante técnicas mini-invasivas como la gastrostomía guiada por radioscopia.

Objetivo: Presentación de esta técnica y análisis de nuestros resultados iniciales con éste procedimiento.

Material y Método: Se analizaron 11 pacientes con diagnóstico de déficit nutricional e imposibilidad de alimentación por vía oral admitidos entre enero de 2001 y mayo de 2002. Lugar de aplicación: Servicios de Cirugía General de hospital público y privado.

Diseño: Estudio retrospectivo observacional.

Se intentó el emplazamiento de tubo de gastrostomía en forma percutánea guiada por radioscopia según técnica de Seldinger con fijación gástrica mediante puntos de gastropexia a lo Cope, registrándose las indicaciones, complicaciones y tasa de mortalidad.

Resultados: Se obtuvo el acceso deseado en 9 pacientes, con una tasa de éxito global del 81,8%. El tiempo promedio que insumió la realización del procedimiento fue de 27,3 minutos. Se registró sólo 1 complicación mayor, consistente en filtración intracavitaria que resolvió con cirugía convencional. No se registró mortalidad relacionada con el procedimiento ni otras complicaciones.

Conclusiones: Por su sencillez, proponemos la incorporación de éste procedimiento a los programas formativos de las residencias de Cirugía General.

APENDICECTOMÍA VIDEOSCÓPICA: HACIA LA NORMALIZACIÓN DE LA TÉCNICA

Egidi GA, Cantarelli SO, Cristobo JP, Sidorkewicj AN, Mazzieri OO, Rosas JD
Hospital de la Asociación Médica, Servicio de Cirugía General - Bahía Blanca - Hospital Naval de Puerto Belgrano, Servicio de Urgencia - Puerto Belgrano. E-mail: gabriel_egidi@yahoo.com

Introducción: La 1º apendicectomía laparoscópica fue realizada en forma incidental por el ginecólogo alemán Kurt Semm en 1982. El tratamiento videoscópico de éste órgano ha tenido un desarrollo significativamente más lento que para el resto de los órganos, probablemente debido a la falta de normalización del procedimiento.

Objetivo: Presentación de nuestra modalidad quirúrgica y resultados, con el objeto de contribuir a su difusión y aplicación por medio de la normalización de sus pasos.

Material y Método: Estudio retrospectivo observacional. Se estudiaron 24 pacientes admitidos entre el 20/10/2001 y el 31/05/2002 con diagnóstico clínico de apendicitis. Lugar de aplicación: Servicios de Cirugía General y de Urgencia de hospital privado y de comunidad.

Se intentó apendicectomía videoscópica siguiendo los principios de Pier, sin utilización de clips metálicos ni endograpadoras. Se registraron las complicaciones, estadía postoperatoria, tipo de apendicitis y tasa de mortalidad.

Resultados: El procedimiento fue satisfactorio en 23 pacientes, registrándose una tasa de éxito global del 95,8%. Se registró sólo 1 conversión (4,2%) a cirugía convencional por no-localización del apéndice, solucionándose por laparotomía. El promedio de estadía postoperatoria fue de 1,35 días. Se registró 1 complicación (4,2%) consistente en absceso de acceso umbilical que resolvió con drenaje. No se registró mortalidad relacionada al procedimiento.

Conclusiones: Resaltamos el menor dolor postoperatorio, la reducción de las infecciones de las heridas operatorias y su menor gravedad en caso de presentarse, el retorno mas temprano a las actividades habituales y una mejoría del resultado cosmético. Proponemos la normalización de los pasos quirúrgicos con el fin de regular el procedimiento.

CANCER DE MAMA EN EL HOMBRE: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Vincent E, Urquiola C, Uslenghi ME, Pardo MJ, Vincent EP, Frizza A, Frizza AJ, Vincent RE
Instituto Diagnóstico - Bahía Blanca. E mail: vincent@intramed.net.ar

Introducción: El cáncer de mama en el sexo masculino representa menos del 1% de todos los cánceres en el hombre y de todos los cánceres mamarios. Se presenta a una edad más avanzada que el femenino, edad promedio 63.6 años.

Objetivo: Presentación de dos casos de carcinomas mamarios y revisión bibliográfica

Casos clínicos: 1. Paciente de 75 años, consulta por nódulo ulcerado en mama izquierda de 3 cm de diámetro, sin antecedentes familiares; se solicita mamografía, laboratorio y ecodoppler mamario. Se realiza cirugía el 1-8-01 mastectomía radical modificada. La biopsia informó carcinoma ductal infiltrante de 2 cm, con RE positivos, GH 3; GN2; IM2. Se indica tamoxifeno 20 mg día.

2. Paciente de 68 años, sin antecedentes familiares, que consulta por nódulo duro y fijo en mama izquierda hora 12 cuadrante medio superior de aproximadamente 2 cm de diámetro. Como antecedente presenta cáncer de mama derecha operada el 18/11/94, siendo el resultado de la biopsia carcinoma ductal de mama pobremente diferenciado, con sectores de carcinoma de células claras, ganglio 1/11. Durante el seguimiento oncológico se realizó ecografía abdominal, Rx de tórax, gammagrafía ósea y laboratorio dentro de parámetros normales. Se realiza cirugía en mama izquierda el 29 de abril de 1998, mastectomía, con diagnóstico histopatológico de carcinoma ductal moderadamente diferenciado e infiltrante.

Conclusiones: 1. Se trata de una patología rara que ocurre con una baja incidencia.

2. Su diagnóstico es tardío, según trabajos en un 65% son estadios II

3. No se aplica cirugía conservadora por la proximidad anatómica con los músculos y la relación volumen tumoral y mamario

4. Son tumores agresivos dado que generalmente tienen compromiso axilar y se comporta distinto al cáncer de mama en la mujer.

CISTADENOMA SEROSO DE OVARIO EN EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Urquiola C, Uslenghi ME, Frizza A

Instituto Diagnóstico - Bahía Blanca. E-mail: cecigust@ciudad.com.ar, cecigust@yahoo.com

Introducción-Objetivos: Las masas anexiales complican aproximadamente 1/ 2.000 embarazos. El cistoadenoma seroso y el teratoma adulto de ovario son las dos variedades más frecuentes en concomitancia con el estado grávido puerperal, representando este último más del 36% de las neoplasias ováricas.

Se han publicado otros tumores anexiales coexistiendo con embarazos, entre ellos: carcinomas embrionarios de ovario, cistoadenocarcinoma mucinoso, luteoma, cistoadenocarcinoma pseudomucinoso, endometriomas, quistes paraováricos, abscesos.

Presentación del caso: Paciente embarazada, de 28 años, que en la primera ecografía de control (01/11/01) se observa como hallazgo un ovario derecho aumentado de tamaño totalmente reemplazado por una imagen redondeada anecoica libre de ecos y tabiques internos, que mide 58 x 52 x 68 mm, correspondiente a un volumen aproximado de 109 cm³. En ese momento la edad gestacional era de 6,7 semanas.

La imagen descripta aumenta de tamaño sin modificar sus características ultrasonográficas en ecografías realizadas 15, 40 y 50 días después. La última fue el 20/12/01 donde medía: 99 x 67 x 83 mm, volumen aproximado: 293 cm³ y estaba cursando la semana 14 de gestación. La paciente presenta una ecografía ginecológica transvaginal previa (29/11/00), donde se informa un ovario derecho sin particularidades, de 6 cm³ de volumen.

La literatura revisada aconseja extirpar el ovario luego del primer trimestre, por lo cual se realiza laparotomía exploradora el día 26/12/01. El diagnóstico histopatológico de la pieza operatoria fue: cistoadenoma seroso de ovario derecho.

Conclusión: Dada la infrecuente observación de la asociación de lesiones quísticas ováricas y embarazos pareció interesante la presentación de este caso.

DOPPLER DE LESIONES SÓLIDAS DE MAMA Y SU CORRELACIÓN CON HALLAZGOS MAMOGRÁFICOS E HISTOPATOLÓGICOS: NUESTRA EXPERIENCIA

Urquiola C, Uslenghi ME, Pardo MJ, Vincent E, Frizza AJ, Vincent RE, Frizza A, Vincent EP, Arocena I

Instituto Diagnóstico - Bahía Blanca. E-mail: cecigust@ciudad.com.ar

Introducción-Objetivo: Evaluar la sensibilidad y especificidad del Doppler color y espectral en el diagnóstico diferencial de lesiones mamarias.

Material y Método: De septiembre del 2001 a marzo del 2002 se evaluaron 35 pacientes de un total de 1021 (3,43%) en el Instituto Diagnóstico de Bahía Blanca. De ellos, 34 mujeres, 1 hombre, entre 36 y 88 años (media de 57,9).

Se seleccionaron los pacientes que presentaban patología mamaria mediante examen físico, mamografía (Mx) o ultrasonido (US). Se realizó estudio anatomopatológico en todos los casos.

Los parámetros investigados fueron: presencia de vascularización, número, diámetro y distribución de vasos vinculantes a la lesión, velocidad sistólica máxima, velocidad telediastólica e índice de resistencia (IR). Se correlacionó Doppler/BI-RADS/histología y Doppler/histología. (BIRADS es la abreviatura en inglés de la clasificación Mx de lesiones recomendada por el Colegio Americano de Radiología (ACR), Breast Imaging Reporting and Data System)

Resultados: 25 (71,5%) fueron carcinomas y 10 (28,5%) lesiones benignas. Se encontró vascularización en 23 (92%) carcinomas y en 8 (80%) patologías benignas. Se encontraron mayor número de vasos (+ de 3) en nódulos malignos. La velocidad sistólica máxima no fue determinante en nuestros pacientes. En cuanto al IR hubo superposición entre ambas lesiones, aunque se vio un IR mayor en las malignas. Doppler color: sensibilidad: 92% IC95:+1, especificidad: 20% IC95:+1. Doppler espectral: sensibilidad: 90% IC95:+2, especificidad: 60% IC95:+3. La correlación Doppler/BIRADS/histología fue del 77% (n= 27) y la correlación Doppler/histología de 74,28% (n= 26).

Conclusión: Esta presentación mostró que realizar una exploración Doppler es una herramienta más para discernir el tipo de lesión debido a su sensibilidad. La Mx sigue siendo el método de screening para detección precoz del cáncer mamario

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL A TRAVÉS DE INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DURANTE EL EMBARAZO.

Ermeninto MF, Ferrari MB, Chesta M, Pascual L

Universidad Nacional de Córdoba, Escuela de Nutrición - Córdoba. Email: fermeninto@hotmail.com

Introducción: Las necesidades de la salud reproductiva de las mujeres son un requerimiento crítico para lograr el desarrollo humano y social. El embarazo no deja de ser un proceso normal en la vida de una mujer. El uso de la antropometría durante éste permite conocer el estado nutricional materno para poder intervenir en el momento oportuno, orientando acciones de promoción de la salud, fundamentalmente las de tipo nutricional, con el objeto de evitar riesgos maternos y asegurar un estado de salud óptimo sostenido en el tiempo, tanto en la madre como en el niño.

Material y Método: Se propuso describir el estado nutricional materno en una muestra representativa de mujeres gestantes de la ciudad de Córdoba, durante el año 2000. Los datos se obtuvieron mediante visitas domiciliarias en el marco de una investigación llevada a cabo por la Fundación CLACYD (Córdoba, Lactancia, Alimentación, Crecimiento y Desarrollo) y el CESNI (Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil).

Así, en un grupo de 236 mujeres, que estuvieran entre el 2do y 8vo mes de gestación y que reunieran los criterios de inclusión, se analizó el estado nutricional según una referencia que combina el IMC (índice de masa corporal) y las semanas de gestación. También se valoró la composición corporal en las distintas categorías nutricionales.

Resultados: Se observó un importante porcentaje de mujeres con sobrepeso/ obesidad (41,6%), mientras que las mujeres enflaquecidas representaron un 13,9%. Además, el criterio de clasificación utilizado marcó una adecuada asociación con los indicadores de composición corporal, dado por un aumento consistente de los valores en los grupos con mayor IMC.

Conclusión: Existe una escasa información respecto a la valoración antropométrica durante el embarazo relacionada con los resultados maternos de la gestación, por lo cual es importante realizar más investigaciones sobre ello, e incluir la valoración antropométrica como parte del control prenatal, para lo cual es necesaria la "normatización" en los criterios utilizados para valorar a la mujer embarazada.

MUCOCELE APENDICULAR COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO

Franco FL, Tentoni P, Pereyra JJ

Hospital Municipal "Eva Perón", Servicio de Cirugía General - Punta Alta. E-mail: ptentoni@intramed.net.ar

Introducción: Se denomina mucoccele apendicular a la dilatación de la luz del apéndice por secreción mucinosa, pudiendo obedecer a distintas causas. La táctica y técnica quirúrgica dependerá de cada caso.

Objetivo: el presente trabajo pretende poner en consideración esta rara entidad como causa de abdomen agudo quirúrgico mediante la presentación de un caso clínico; así como revisar la literatura al respecto.

Presentación del caso: paciente masculino de 57 años de edad que ingresa con cuadro de abdomen agudo inflamatorio de 48 horas de evolución, que recibió analgésicos y antiespasmódicos por cuenta propia. Al examen físico se apreció defensa de la fosa ilíaca derecha, y dolor a la descompresión, cicatriz mediana infraumbilical por traumatismo abdominal hacia 10 años (no recuerda mayores datos al respecto), fiebre (38° C) y leucocitosis de 19.600/mm³. Se interpretó el cuadro como posible apendicitis aguda y se decide realizar laparotomía mediana infraumbilical. Abierto el peritoneo se apreció un tumor tubular de 10 centímetros de diámetro y 15 centímetros de largo, ubicada en forma subserosa en el espacio parietocólico derecho, por debajo de la válvula ileocecal, pared íntegra pero en su interior el contenido estaba tenso. Se realizó la exéresis de la formación así como de la pared óeal próxima sin derramamiento del contenido. Luego se procedió a su apertura fuera del campo quirúrgico, demostrándose la presencia de material mucoso que no se comunicaba con la luz apendicular. La histopatología señaló mucocelapendicular; negativo para células neoplásicas.

Conclusiones: esta entidad debe ser tenida en cuenta ante la presencia de un tumor apendicular. La resección realizada, ante la benignidad de la lesión fue la única. Se hace especial resalto en evitar el derramamiento del material mucoso en la cavidad peritoneal, por las implicancias futuras (pseudomixoma peritoneal).

LINFOMA RENAL: APORTE DE LA T.A.C. EN EL DIAGNÓSTICO Y BIOPSIA

Mendoza ME, Bauni CE, Vives DA

Hospital Privado del Sur, Centro de Diagnóstico Médico - Bahía Blanca. E-mail: consutac@infovia.com.ar

Introducción: El linfoma renal esta más frecuentemente relacionado a una enfermedad linfoproliferativa sistémica, a linfoma retroperitoneal y en pacientes inmunodeprimidos, que como enfermedad primaria. Pueden presentarse como una masa única o múltiple, siendo esta última la forma más frecuente. Es posible que exista invasión de los tejidos retroperitoneales contiguos, enfermedad perirrenal o infiltración renal difusa (20%) o mostrarse con patrones no típicos, que lo confunden con otras enfermedades. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico. Los síntomas incluyen dolor, hematuria, obstrucción del flujo urinario y alteración de la función renal.

Objetivo: Mostrar la utilidad de la T.A.C. en el diagnóstico, estadificación y guía para la punción biopsia en el linfoma renal.

Material y Método: Se evaluaron 3 pacientes cuyas edades oscilaron entre 43 y 78 años. Dos fueron varones. Todos fueron estudiados con una T.A.C. de abdomen con contraste oral y endovenoso. A los 3 se les realizó punción aspirativa, en una sesión posterior, bajo guía de la T.A.C. Se usaron agujas espinales 18-19 G. en todos los casos y en uno una aguja de corte (Trucut 14 G.). El mismo médico patólogo examinó in situ muestras del material obtenido, indicando que eran adecuadas para su posterior procesamiento. No se registraron complicaciones.

Resultados: Los hallazgos fueron similares (masas adenopáticas retroperitoneales de importantes dimensiones que engloban a los grandes vasos y crecen dentro de los riñones. En un caso invadían a ambos, en otro al derecho y en el tercero al izquierdo.

El diagnóstico anatomopatológico fue compatible con proceso linfoproliferativo o linfoma, en los tres pacientes.

Conclusión: Se muestra que la T.A.C. es el método de elección para el diagnóstico presuntivo de linfoma renal, su estadificación y para guiar la biopsia confirmatoria.

BIOPSIA DE LESIONES PULMONARES CON T.A.C.: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA COAXIAL CON SELLADO DEL TRAYECTO CON SANGRE AUTÓLOGA. ALGUNOS RESULTADOS PRELIMINARES.

Bauni CE, Mendoza ME, Vives DA

Hospital Privado del Sur, Centro de Diagnóstico Médico - Bahía Blanca. E-mail: consutac@infovia.com.ar

Introducción: El objetivo de la presente comunicación es mostrar la técnica de realización de la punción biopsia pulmonar con procedimiento coaxial y sellado del trayecto de la aguja con sangre autóloga (TCA y S) bajo guía de la T.A.C. y los resultados preliminares respecto a la aparición de complicaciones (neumotórax-NMTX) y del estudio anatomopatológico (positividad para neoplasia).

Material y Método: entre el 8-9-00 y el 4-1-02, efectuamos 107 punciones biopsias con T.A.C.. De ellas, 29 (27%) fueron de pulmón y en 7 (6,5%) usamos la técnica coaxial sellando el trayecto de la aguja al retirarla, con sangre del paciente. Se trataba de lesiones separadas de la pared torácica por parénquima pulmonar aireado. Se realizó en 4 hombres y 3 mujeres de edad promedio 67 años (40-78), sobre

lesiones de eje mayor con promedio de 22,8 mm. (10-30), demorando un promedio de 37,2 minutos (30-45) y con una distancia pared-lesión de 19 mm. en promedio (0-48). El que contactaba con la pared lo hacía por un sector pequeño y se planificó suponiendo que no se podía acceder, por él, a la lesión.

Para evaluar la presencia de NMTX, utilizamos secciones de T.A.C. al finalizar el estudio, una hora después y en su eventual seguimiento.

Resultados: De los 7 pacientes en los que se utilizó la TCA y S, sólo hubo un NMTX. Era laminar, asintomático y no requirió drenaje.

En las 7 punciones el diagnóstico realizado por el médico patólogo fue positivo para células neoplásicas.

Conclusión: Si bien el escaso número de procedimientos realizados impide obtener conclusiones, los primeros resultados son coincidentes con los de la bibliografía respecto a la disminución en la cantidad de complicaciones (NMTX), siendo llamativa la positividad diagnóstica.

EL LUGAR DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DE LA MAMA

Tentoni U, Vives DA, Bauni CE, Mendoza ME

Hospital Privado del Sur, Centro de Diagnóstico Médico - Bahía Blanca. E-mail: consutac@infovia.com.ar

Introducción: La Resonancia Magnética por Imágenes (RM) es el último de los métodos desarrollado para el estudio de la mama.

El objetivo del trabajo es evaluar nuestra experiencia y sugerir indicaciones.

Material y Método: Se evaluaron 17 pacientes (32 mamas) de sexo femenino. La edad promedio fue de 50 años. El período de estudio fue entre el 7/2.000 y 12/2.001. Se realizaron en un equipo Philips Gyroscan NT, de 1 Tesla, con una bobina cuadrática para mama. Se inyectaron 2 mmol. kg/peso de gadolinio, excepto en 5 que fueron referidas para estudio de prótesis mamaria.

Resultados: Los resultados mostraron que de las 32 mamas, 10 fueron normales. Se evaluaron 13 prótesis (2 estaban íntactas, 4 presentaron rotura del elastómero, 3 mostraron rotura del elastómero junto con rotura de la cápsula fibrosa, 3 rotura de la cápsula fibrosa y 1 una hernia protésica). La correlación de estos hallazgos con el seguimiento fue correcta en todos los casos.

Se diagnosticaron 5 imágenes compatibles con carcinoma, basándose en su morfología y principalmente por el tipo de refuerzo con el contraste. Una de las lesiones fue diagnosticada como displasia histológicamente (5/1).

Una imagen que fue informada como un quiste simple, se correlacionó adecuadamente con ecografía.

Se estudiaron 3 mamas para poder diferenciar entre tejido cicatrizal y recidiva. En una se informó como probablemente cicatrizal, pero en la biopsia resultó ser un carcinoma (3/1).

Conclusiones: La RM es el método indicado para el estudio de prótesis y sus complicaciones. Para el diagnóstico diferencial entre lesiones benignas y malignas, las características del realce permiten hacerlo con certeza en más del 80% de los casos. En la diferenciación entre tejido cicatrizal y recurrencia tumoral, no hemos obtenido los resultados esperados, probablemente por la deficiente interpretación de las curvas de captación del contraste.

UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR PARA EL DIAGNÓSTICO PRENATAL DE MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA PULMONAR

Ochua G, De Loredó R, Carpio R, Gardey J, Fernández S, Giuliano A

Hospital Privado del Sur, Servicio de Ecografía - Bahía Blanca. E-mail: ecografia@hps.com.ar

Introducción: La malformación adenomatoidea quística (MAQ) es una rara anomalía del desarrollo pulmonar caracterizada por un crecimiento excesivo de los bronquiolos terminales respiratorios.

La ecografía prenatal logra identificar claramente una lesión pulmonar fetal pero no siempre logra el diagnóstico exacto, para esto es útil completar el estudio fetal con una RMI.

Caso reportado: Paciente de 38 años se efectúa segundo control ecográfico a las 21 semanas observándose en hemitórax fetal izquierdo masa mixta de 27 por 30 mm, que desplaza al mediastino contralateralmente.

Se presume como diagnóstico MAQ, se confirma el diagnóstico con una RMI prenatal.

La cesárea se realiza a las 38 semanas de edad gestacional.

Al noveno día de vida se le efectúa una lobectomía superior izquierda, confirmándose el diagnóstico. La evolución postoperatoria fue óptima.

Discusión: La MAQ es una enfermedad poco frecuente de etiología desconocida, debido a un error en la embriogénesis que ocurre entre la cuarta y la séptima semana de gestación.

El diagnóstico ecográfico se hace a menudo entre las 16 y las 22 semanas de gestación.

La RMI aporta datos adicionales para el diagnóstico prenatal ya que logra diferenciar fácilmente intestino e hígado de pulmón.

ANGIOGRAFÍA NO INVASIVA DE VASOS TORACO-ABDOMINALES POR RESONANCIA MAGNETICA.

Vives DA, Bauni CE, Mendoza ME

Hospital Privado del Sur, Centro de Diagnóstico Médico - Bahía Blanca. E-mail: consutac@infovia.com.ar

Introducción: La angiografía digital es considerada como el gold standard para determinar la presencia de enfermedades vasculares tóraco-abdominales. La misma es invasiva, utiliza rayos x y administra contraste iodado, teniendo posibilidad de provocar reacciones alérgicas. Por todo ello, tiene riesgos de morbilidad y mortalidad.

La tomografía computada helicoidal con reconstrucción 3D, su variante con múltiples detectores (la tomografía computada multislice), la ecografía doppler color y la resonancia magnética, surgen como métodos alternativos no invasivos.

La presentación es para mostrar la utilidad de la angiografía por resonancia magnética (ARM) en la valoración de distintas patologías venosas y arteriales tóraco-abdominales.

Material y Método: Se evaluaron 47 pacientes con ARM utilizando un equipo de 1 Tesla (Phillips-Gyroscan NT 10). Se utilizó primero una secuencia localizadora (survey). Para la angiografía se usó una T1-3D con respiración suspendida, FOV. 430 mm., RFOV 85%, 35 cortes de 1.5 mm. de espesor, 1 señal, ángulo de 40°, TR: 4.7 mseg., TE: 1.5 mseg. El tiempo total de adquisición fue de 36 segundos (3 adquisiciones con apneas de 12 seg.). Se utilizó gadolinio en bolus, inyectado por una vena del pliegue del codo (45 cc). Se completó con una secuencia T2 TSE en el plano axial del abdomen y pelvis.

Resultados: Las patologías encontradas fueron: 6 aneurismas disecantes de la aorta, 8 aneurismas saculares de ese vaso, 4 bi-iliacos, 3 controles de prótesis arteriales en "pantalón", 5 obstrucciones de arterias ilíacas, 3 estenosis de arterias renales, 1 aneurisma de arteria renal, 1 trombosis de vena porta y mesentérica superior, 2 trombosis de arterias pulmonares, 1 fistula arterio-venosa pulmonar, 1 "rulo" de arteria subclavia y 1 coartación de la aorta.

Conclusiones: En esta experiencia, la ARM resulto ser buen método por: a) No utilizar rayos X ni contraste iodado. b) estar indicada en pacientes con falla renal. c) su rápida ejecución. d) brindar información anatómica de alta calidad. e) estudiar no solo la luz del vaso, sino también evaluar los tejidos blandos vecinos y f) no ser invasiva. Las contraindicaciones más importantes son la claustrofobia y la presencia de marcapaso.

SINDROME HIPEREOSINOFILICO IDIOPATICO

García GB, Figueroa A, Brune A, Barba Williams PJ

Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", Unidad de Hematología - Bahía Blanca. E-mail: jcronier@infovia.com.ar

Introducción: Se define eosinofilia como un aumento de eosinófilos en sangre periférica por encima de 400/mm³. Fisiológicamente aparece en embarazo y menstruación. Se asocia a patologías como alergias, parasitosis y cáncer. Se define una eosinofilia constitucional duradera en individuos sanos y también un síndrome hipereosinofílico idiopático (HEI) como eosinofilia de 1500/mm³ persistente al menos 6 meses o muerte antes de 6 meses con signos y síntomas de HEI, sin evidencia de otra causa reconocida de eosinofilia.

Caso 1: paciente de sexo masculino, de 23 meses de edad, que consulta por celulitis en miembro inferior, durante su internación se halló eosinofilia. Examen físico normal.

Laboratorio: leucocitos: 21.000/mm³, eosinófilos: 7600/mm³, ERS: 14mm/h, serología para Toxocara canis (+): 2,2 UDO (N<0,3 UDO).

Ecocardiograma normal. Se indica tratamiento con ATB y antiparasitarios, sin mejora hematológica. Se realiza punción de médula ósea y se ve aumento de eosinófilos maduros. Se indica tratamiento con corticoides.

Durante 3 años persiste con leucocitosis y eosinofilia (>1.500/mm³), se realiza ecografía abdominal normal, sin visceromegalias ni adenopatías.

Sin tratamiento. Por no presentar manifestaciones clínicas se encuadra como síndrome hipereosinofílico idiopático.

Caso 2: paciente de sexo femenino, de 23 años de edad, con embarazo de 26 semanas que presenta eosinofilia. Refiere antecedentes bronquiales en la infancia.

Laboratorio: leucocitos: 14.400/mm³, eosinófilos: 3.200/mm³, ERS: 52mm/h, fosfatasa alcalina leucocitaria: 178 (N entre 15-55), FAN (-), LAR(-), complemento normal, arcoV (-), Ac anti-Toxoplasma (+) 1/16, Ac anti-Toxocara canis (+) 0,9 UDO. Parto por cesárea. Ocho meses después de la primer consulta persiste con eosinofilia de 2.500/mm³. Ecografía abdominal normal, Rx. tórax normal, Ecocardiograma normal, se indica 40 mg/día de deltisona.

Conclusión: Se presentan ambos casos debido a la dificultad de hallar la etiología de la eosinofilia y la importancia de encontrar un método diagnóstico y terapéutico temprano por la gravedad del síndrome hipereosinofílico idiopático.

FLUOROSIS ENDÉMICA Y GOTA

de la Sota M, Reale C

Hospital Privado del Sur, Laboratorio de Endocrinología y Bioquímica - Bahía Blanca. E-mail: mdelasota@intramed.net.ar

Introducción: La fluorosis endémica es una enfermedad metabólica producida por la ingesta crónica de fluor a través del agua y de otros orígenes afectando principalmente a nivel dental y esquelético siendo este último de acuerdo a la ingesta un variado compromiso desde osteoporosis a osteoesclerosis llegando incluso a ser invalidante.

Objetivos: Se reporta la asociación de fluorosis esquelética y gota por ser infrecuente y posiblemente no investigada.

Presentación del caso: Hombre de 55 años derivado a reumatología en camilla, gran postración e impotencia funcional, poliartralgias, sinovitis de carpos, MCF y PIF, fiebre. Se internó para estudio y tratamiento. Antecedentes relevantes: 36 años que padece gota, con múltiples tofos en manos, codos y talones; recibió en diferentes oportunidades altas e irregulares dosis de corticoides; oriundo de zona de fluorosis endémica donde continúa viviendo. Se solicitaron análisis; radiografías de tórax, columna lumbar y manos; se realizó TAC de columna lumbar y biopsia con informe dentro de límites normales. Se sospechó insuficiencia suprarrenal por la clínica y antecedentes de la irregularidad de corticoides. La radiografía de manos confirma el diagnóstico de gota; la de columna lumbar con osteoesclerosis compatible con fluorosis; su inequívoca interpretación sumado a la postración por la supresión de corticoides llevaron a solicitar TAC y biopsia. Ser oriundo de zona rural endémica y tener: ingesta de agua fluorada superior a 2.7 ppm; Fluoremia de 15 µmol/lit (VR 0.5 a 1.5); fluoruria 118 µmol en 24 horas (VR hasta 50); elevada FAL 795 ui/lit; uricemia 10.1 mg% confirmaron el diagnóstico de fluorosis endémica y gota. Se indicó hidrocortisona 100 mg cada 8 horas con muy buena respuesta. Desapareció la fiebre y poliartralgias. Recuperó funcionalidad y el humor. Hasta la fecha mantiene tratamiento para la gota y bajas dosis de corticoides con muy buena evolución. No volvió a tener crisis gotosa y regresó a sus tareas rurales habituales.

Conclusiones: Se presenta la asociación de gota y fluorosis endémica por no estar mencionada en la literatura consultada. La última es una patología no investigada en esta zona y debemos considerarla para evitar diagnósticos erróneos y costos inútiles.

ACCIÓN DE LA INGESTA HÍDRICA DE FLUORURO SOBRE EL METABOLISMO FOSFOCÁLCICO EN ADULTOS JÓVENES

de la Sota M, Reale C

Laboratorio de Endocrinología y Bioquímica Médica - Bahía Blanca. E-mail: mdelasota@intramed.net.ar

Introducción: La fluorosis endémica es una enfermedad metabólica provocada por la ingesta hídrica de fluor (F) superior a 1.5 ppm con manifestaciones especialmente a nivel dental y esquelético. Se desconoce en nuestro país la incidencia y prevalencia de esta enfermedad a pesar de tener una vasta zona con aguas con un contenido de F superior a la cantidad aceptada por la OMS (<1.5 ppm) produciendo manchas dentales de diferente magnitud pero se ignora el grado de compromiso esquelético y posible relación con la ingesta de calcio y proteínas.

Objetivo: evaluar el impacto de la exposición hídrica al fluor.

Material y Método: Se estudió una población de 20 adolescentes de la localidad de Darregueira expuestos al F en agua de red (1.7 ppm), con una edad entre 13 y 17 años, después del desarrollo puberal y antes de completar el pico de masa ósea, sanos, voluntarios, de ambos sexos, oriundos y residentes de Darregueira y un grupo control de 9 de Bahía Blanca con iguales características. Se realizó un interrogatorio dirigido para estimar la ingesta de calcio y proteínas. Se tomaron muestras de sangre en ayunas y una recolección de orina de 24 hs. para realizar las siguientes determinaciones: rutina, fluoremia

(Fls), fluoruria (Flo), osteocalcina, deoxipiridinolina, fosfatasa alcalina, calcemia (Ca), calcio / creatinina (Ca/Cr) urinario, insulina, parathormona, fosfatemia (Ps) y fosfaturia

Resultados: Los datos fueron analizados estadísticamente usando el programa SPSS y el test no paramétrico de Mann Whitney por el número reducido de muestras y la no verificación de los supuestos. La Ps y la Flo tuvieron entre las dos poblaciones diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.035$ y $p < 0.001$). La Ca y la relación Ca/Cr dieron valores borderline de significación ($p < 0.06$ y $p < 0.08$). El resto de los parámetros no tuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión: Se valoriza la determinación de la Flo frente a la Fls como método de screening para una exposición levemente superior a lo aceptado por la OMS. Con los aportes dietarios de las poblaciones estudiadas la ingesta de Fl de 1.7 ppm en agua de red no presentaría alteraciones significativas en el metabolismo fosfocálcico.

PERFORACIÓN INTESTINAL ASINTOMÁTICA POR INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO CON FORMACIÓN DE ABSCESO HEPÁTICO

Gómez Giménez ER, Picorel JE, Mussini L

Hospital Italiano Regional del Sur, Servicio de Diagnóstico por Imágenes - Bahía Blanca. E-mail: eduardogg@bvonline.com.ar

Introducción-Objetivo: Hay reportes aislados en la literatura en los últimos años de abscesos hepáticos originados en perforación de víscera hueca por cuerpos extraños (escarbadientes, espinas de pescado u otros) ingeridos inadvertidamente por el paciente (Pte.). Menos frecuente es la ingesta de un hueso de pollo o de pato, y más raro es que la perforación curse sin sintomatología, lo cual motivó esta comunicación.

Presentación del caso: Pte. de sexo masculino, 69 años, consulta por presentar deshidratación leve, astenia, hiporexia, hipodinamia, de 2 meses de evolución, disminución de 8 Kg. de peso, fiebre nocturna e ictericia. Temperatura de 37,2°C. Una ecografía informaba una imagen hepática de 13 cm. TAC de abdomen con una formación hipodensa en hígado de 16 cm, derrame basal bilateral, con predominio derecho y condensación neumónica en esa base. Se interpretó como absceso hepático. Se realiza drenaje percutáneo bajo guía de TAC; se obtiene pus, se drenan 1200 cc. y se deja colocado un catéter. Se lo externa con medicación antimicrobiana específica y se retira el catéter tiempo después. Un mes y medio después, vuelve a ingresar por presentar síndrome de repercusión general. Ecografía: hígado con formación heterogénea de 12 cm compatible con recidiva de absceso. TAC confirma el hallazgo y se efectúa nuevo drenaje percutáneo. Colonoscopia: se observa enfermedad diverticular sigmoidea y a 40 cm del ano un cuerpo extraño óseo impactado en la pared, se extrae y hay abundante drenaje espontáneo de pus por el orificio. El cuerpo extraño era un hueso de pollo. Todo este proceso cursó en forma silenciosa, sin causar sintomatología clínica que lo hiciera evidente, hasta debutar con el absceso.

Conclusión: ante un paciente con síndrome febril prolongado y SRG debe tenerse en cuenta el diagnóstico de absceso hepático y debe investigarse exhaustivamente el origen del mismo. Tener en cuenta además que la posibilidad de la ingesta inadvertida de un cuerpo extraño existe y que la perforación del tracto GI por parte del mismo y la complicación en forma de absceso hepático es una posibilidad real y en consecuencia un peligro potencial.

PRESENTACIÓN NO HABITUAL DEL REMANENTE DEL URACO

Picorel J, Gómez Giménez E, Díaz C, Mussini L

Hospital Italiano Regional del Sur, Servicio Diagnóstico por Imágenes - Bahía Blanca. E-mail: leomussini@yahoo.com.ar

Introducción: Se expone en este trabajo una forma de presentación no habitual de remanente del uraco, con una calcificación redondeada en su interior.

El uraco es una estructura tubular que va desde el ombligo hasta la cara superior de la vejiga. Es un remanente embriológico derivado de la parte superior del seno urogenital denominada cloaca y de la alantoides que deriva del saco vitelino. La persistencia del mismo puede derivar en cuatro presentaciones: el uraco permeable, el seno umbilico-uracal, el divertículo uracovesical, y el quiste del uraco. Las frecuencias relativas de estos hallazgos son 50, 15, 5 y 30% aproximadamente. La mayoría de los pacientes son asintomáticos excepto que se infecte, fistulice o malignice. Todas las formas pueden infectarse y formar cálculos dentro del uraco. Luego de la pubertad tienen una prevalencia aumentada para malignizarse. La diferenciación entre infección y carcinoma a veces no es posible solo con las imágenes, teniendo que punzarse para hacer el diagnóstico. El carcinoma del uraco es raro. Si bien el

epitelio es transicional, la mayoría de los cánceres son adenocarcinomas. Debido a estas complicaciones, en todos los casos es de elección realizar la extirpación del remanente uracal.

Presentación del caso: Se trataba de un hombre adulto joven, con sintomatología prostática, a quien se descubre en un examen ecográfico, una imagen líquida por encima del techo vesical, con una calcificación redondeada en su interior y en íntimo contacto con la misma que impresionaba corresponder a una litiasis. En los exámenes radiológicos consistentes en cistouretrografía y tomografía computada no se pudo demostrar que el contraste entrara en el remanente.

Conclusión: En la literatura se describen las calcificaciones encontradas en los quistes del uraco como puntiformes, curvilíneas, amorfas, etc, pero no de este tipo. Puede tratarse de un divertículo vésico uracal que por procesos infecciosos haya excluido su cuello de la vejiga.

COMPARACION ENTRE LA VENTILACION PROTECTORA PULMONAR CON HIPERCAPNIA PERMISIVA Y LA VENTILACION MECANICA CONVENCIONAL EN PACIENTES CON INJURIA PULMONAR AGUDA Y/O SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO

Lasdica S, Urizar R, Frizza JI, Toledo F, Fainstein D, Casas P, Ontivero M, Serralunga G¹ y Esandi ME
Hospital Privado del Sur, Servicio de Terapia Intensiva - Bahía Blanca. ¹Universidad Nacional del Sur

Introducción-Objetivos: Evaluar los efectos de la ventilación protectora pulmonar con hipercapnia permisiva (VPPHP) sobre el intercambio gaseoso, mecánica pulmonar, duración de la internación en Terapia Intensiva y mortalidad en pacientes con injuria pulmonar aguda (IPA) y/o síndrome de distres respiratorio agudo (SDRA), en comparación con la ventilación mecánica convencional.

Material y Método: ensayo clínico, randomizado, simple ciego, con controles concurrentes. La población de estudio estuvo constituida por pacientes que presentaron criterios clínicos y gasométricos de IPA ó SDRA, quienes fueron asignados al azar a dos grupos: grupo experimental asistido con VPPHP (Volumen Corriente (VT) < 8 ml/kg; Presión positiva al final de la espiración (Peep) determinada por el investigador principal según punto de inflexión inferior, manteniendo una presión plateau (Pplat) < 30 cmH₂O) y grupo control, asistido con ventilación convencional (VT = 10 a 12 ml/kg, Peep determinados independientemente por el médico de guardia permitiendo Pplat hasta 55 cmH₂O). Todos los pacientes fueron asistidos con respiradores Bird 6400 ST, en una modalidad controlada por volumen y limitada por presión y con una relación inspiración/espiración (R:VE) inferior a 1:2. Al ingreso del paciente se recolectaron datos demográficos, scores de gravedad (APACHE II y MURRAY) y datos de variables de intercambio de gases (ph, PaCO₂ y relación PaFIO₂). Los valores gasométricos fueron recolectados en forma regular durante los primeros 7 días de asistencia respiratoria mecánica (ARM). Para el análisis estadístico de los datos, se utilizaron como medidas resumen, la Mediana para tendencia central y el Rango Intercuartílico (RI), para dispersión. Para la comparación de las diferentes variables entre los dos grupos se empleó el Test U de Mann-Whitney, y el Test exacto de Fisher para la comparación de proporciones. En todos los casos los test fueron bilaterales y se utilizó un nivel de significación del 5%.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes, de los cuales 11 fueron asignados al grupo VPPHP. Al ingreso, los grupos presentaron diferencias en determinadas variables, aunque ninguna de ellas fue estadísticamente significativa: la PaFIO₂ promedio en el grupo control fue menor a la del grupo experimental (143 vs. 162), mientras que la edad, LIS y APACHE fueron mayores en este último grupo (52.02 vs. 59.72; 2.89 vs. 2.91 y 17.66 vs. 19.36, respectivamente). El VT y Pplat fueron significativamente menores en el grupo que recibió la VPPHP respecto al grupo control: VT= 6.5 (RI= 0.9) vs 9.7 (RI 0.9); P < 0.001; Pplat 28 cm H₂O (RI = 3) vs. 38 (RI = 4); P < 0.001. Los valores de PaFIO₂ después del 5to día de ARM (238 vs. 208; P = 0.75 NS) y hasta el 7° día (282 vs. 204; P = 0.13 NS) fueron mayores en el grupo VPPHP. La mediana de la PaCO₂ en los días 1-3-5 y 7 fueron de 51, 53, 54 y 44 mmHg. para el grupo VPPHP y 39, 41, 39 y 42 mmHg para el grupo con VMC (En todos los casos la P < 0.05). La complacencia estática corregida fue significativamente mayor en el grupo con VPPHP respecto al grupo con VMC (46 vs. 27.6; P<0.001) No se observaron diferencias en los días de internación en UTI entre ambos grupos [(VPPHP = 13) vs. (VMC = 11) al igual que en los días libres de ARM [(VPPHP = 4 vs. VMC = 3). Cinco pacientes del grupo con VMC (41,7%) desarrollaron complicaciones asociadas a la ARM mientras que ninguno en el grupo con VPPHP (P= 0,005). La mortalidad fue mayor en el grupo con VMC respecto al grupo con VPPHP, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa.[5/12 (41,7%) vs. 2/11 (18,2%); P= 0.37].

Conclusiones: Los efectos beneficiosos de la VPPHP en pacientes con IPA /SDRA en el intercambio gaseoso y mecánica pulmonar se hicieron manifiestos a partir del 5to día de ARM. A pesar del número reducido de pacientes incluidos en el estudio se encontró una reducción en las tasas de complicaciones asociadas a barotrauma y en la mortalidad en el grupo con VPPHP respecto al grupo con VMC.

SINDROME DE HIPERTERMIA MALIGNA

Urizar R, Lasdica S, Fainstein D, Urizar M, Frizza I, Toledo F
Hospital Privado del Sur, Servicios de Terapia Intensiva y Anestesiología - Bahía Blanca.

Introducción: La hipertermia maligna es un desorden de carácter genético, autosómico dominante, caracterizado por una alteración del metabolismo muscular que puede ser desencadenado por agentes anestésicos y volátiles y/o endovenosos, generándose un aumento de los niveles de calcio intracelular manifestándose con contracturas musculares locales o generalizadas, fiebre, taquicardia, elevación del dióxido de carbono espirado y descenso de la saturación arterial de oxígeno; pudiéndose utilizar una tabla de puntuación creada por la sociedad americana de hipertermia maligna, que cuando supera el valor de 50 puntos asegura la presencia del síndrome. El diagnóstico de certeza se realiza con el test de contractura de halotano-cafeína sobre una biopsia muscular.

Caso clínico: Presentamos un caso de un varón de 13 años que ingresa a quirófano desarrollando un síndrome de hipertermia maligna durante la inducción anestésica. El peso del paciente era de 53 kilos, la talla 1.65 mts. ingresando a cirugía con diagnóstico de apendicitis aguda. Se coloca vía periférica y se realiza monitoreo cardíaco, oximetría de pulso y tensión arterial. Premedicado con 100 gammas de sulfato de fentanilo y una inducción anestésica con 250 mmg. de tiopental sódico, succinilcolina 50 mg y sevoflurano al 3%, mientras se lo mantiene con ventilación manual con oxígeno al 100%; al momento de la intubación orotraqueal se constata trismus que imposibilita esta maniobra, aumento de la frecuencia cardíaca de 80 a 160 latidos por minutos, tensión arterial de 110-60 a 160-80 mmhg, sudoración importante, capnografía normal y gases normales. Ante la sospecha de hipertermia maligna se interrumpe la anestesia con remisión de signos y síntomas. Ingresando a terapia intensiva lúcido con buena mecánica respiratoria y controles hemodinámicos normales confirmando el diagnóstico a través de las manifestaciones clínicas y de los datos de laboratorio destacándose los valores de creatinfosfoquinasa 39.200 mU/ml, TGO 1740 mU/ml, TGP 194 mU/ml, acidosis metabólica y la presencia de mioglobinuria, con un puntaje de la tabla de NAMHR de 78 puntos. El paciente fue tratado con un amplio plan de hidratación, diuresis osmótica con manitol y no se administró dantrolene ya que no presentó hipertermia.

Conclusión: De acuerdo a los datos de laboratorio, clínicos y la tabla de la NAMHR el presente paciente desarrolló un síndrome de hipertermia maligna típico, destacándose la remisión del cuadro inmediatamente suspendida la anestesia, siendo esta la razón por la cual el paciente no cursó con hipertermia ni requirió la utilización de dantrolene. Como dato a resaltar, al año de este episodio se realizó un procedimiento anestésico a un familiar directo, hermana, de 5 años de edad para una resonancia magnética nuclear, debido a su antecedente familiar se realiza una anestesia endovenosa pura sin consecuencias para el paciente.

ABSCESO CEREBRAL Y FÍSTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR EN PACIENTE CON SINDROME DE RENDÚ-OSLER

Fainstein D, Vives D, Bauni C, Lasdica S, Urizar R, Frizza I, Ordóñez F, Álvarez Iorio C
Hospital Privado del Sur, Servicio de Terapia Intensiva, Centro de Diagnóstico Médico, Servicio de Hemodinamia - Bahía Blanca.

Introducción: El síndrome de Rendú Osler es una patología hereditaria con un patrón predominante autosómico dominante y ocasionalmente homocigotas. La prevalencia es de 1/10000. Los signos y síntomas clásicos son epistaxis, telangectasias mucocutáneas y hemorragias de las mucosas digestivas y respiratorias. La aparición de abscesos cerebrales y trastornos en el intercambio gaseoso sugieren la presencia de fistulas arterio-venosas pulmonares.

Objetivos: comunicar un caso de enfermedad de Rendú Osler que desarrolló un absceso cerebral y al que se le constató una gran fistula arterio-venosa pulmonar.

Evaluar los métodos de diagnóstico por imágenes y de laboratorio utilizados para confirmar el diagnóstico de esta patología.

Caso clínico: presentamos un paciente de 40 años de edad, que desarrolla convulsiones diagnosticándose por TAC la presencia de un absceso cerebral único. Descartándose otras patologías y por sus antecedentes clínicos y trastornos del intercambio gaseoso se presumió que el paciente era un posible portador de fistulas arterio-venosas pulmonares, que fueron confirmadas con los estudios realizados posteriormente.

Conclusión: el caso permite determinar la sensibilidad y la calidad de los métodos diagnósticos utilizados, ponderando la angiografía y la angiioresonancia magnética pulmonar.

TROMBOEMBOLISMO DE PULMON: ANALISIS DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS

Guimaraenz M, Lasdica S, Estebanez MJ, Frizza I, Mao C, Urizar R, Villalba W, Toledo F, Fainstein D, Cermesoni R
Hospital Privado del Sur, Servicio de Cuidados Críticos - Bahía Blanca.

Introducción-Objetivos: Evaluar retrospectivamente las características de una serie de casos de pacientes con diagnóstico presuntivo de tromboembolismo de pulmón (TEP)

Material y Método: Realizamos un análisis descriptivo, retrospectivo de datos recolectados prospectivamente durante 3 años, ingresados a una base de datos, de pacientes que fueron asistidos en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Privado del Sur por presentar una diagnóstico presuntivo de TEP, evaluando sus antecedentes personales, signos y síntomas, trastornos en el electrocardiograma (ECG), métodos diagnósticos, tratamiento, días de estadía y mortalidad en el servicio, comparándolos con la bibliografía consultada actual.

Resultados: Incluimos 17 pacientes, en los cuales se realizó el diagnóstico definitivo de TEP en 13 de ellos (76,5%). El promedio de edad fue de 63,2 (+ 13,8), 9 eran de sexo femenino (69,2%) y tenían un score de APACHE II al ingreso de 9,6 (+ 3,9). En los antecedentes personales más relevantes, destacamos que 9 tuvieron trombosis venosa profunda (69,2%), 8 estaban inmovilizados (61,5%) y la misma cantidad de enfermos padecían de obesidad. Sintomatológicamente el 100% presentaban disnea, taquicardia y taquipnea. Los signos en el ECG más frecuentes fueron la presencia de taquicardia sinusal en un 69,8%, 7 con sobrecarga del ventrículo derecho (VD) (53,8%) y 9 presentaron patrón de S1, 6 con Q3 y 8 con T3 (-). [(69,2%), (46,2%) y (61,5%) respectivamente] Evidenciamos por ecocardiografía claudicación del VD en 7 pacientes. La confirmación diagnóstica de TEP se realizó con angiografía digital en 12 pacientes (92,3%) y en uno solo con angiografía resonancia. Los datos de laboratorio al ingreso más destacables fueron una presión arterial de oxígeno, relación presión arterial de oxígeno / fracción inspirada de oxígeno y una presión arterial de dióxido de carbono 79 (+ 34), 158 (+ 69) y 30 (+ 4,5) respectivamente. Del total de los casos de TEP, dos cursaron con shock clínicamente evidenciable. Todos fueron tratados con heparina, acenocumarol y 6 (46,2%) recibieron fibrinolíticos, de los cuales 5 pacientes cursaban con claudicación del VD y uno con shock. La estadía y mortalidad en el servicio fue de 5,2 (+ 2,7) y 2 pacientes respectivamente (15,4%). En el grupo que recibió fibrinolíticos la mortalidad fue del 16,7% (un paciente).

Conclusiones: De acuerdo a los datos obtenidos, evidenciamos que nuestra población estudiada presentaba antecedentes, síntomas y signos en el ECG similares a la bibliografía consultada. Es importante destacar que se obtuvieron parámetros de injuria pulmonar aguda a través del análisis de gases en sangre en la mayoría de los pacientes. De los que presentaron compromiso del VD solo dos pacientes tuvieron shock clínicamente evidente.

EFFECTOS DE LA VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA PULMONAR CARDIOGENICO

Toledo F, Lasdica S, Urizar R, Frizza JI, Fainstein D, Casas P, Ontivero M, Bustamante L, Giusani JP
Hospital Privado del Sur, Servicio de Terapia Intensiva - Bahía Blanca.

Introducción-Objetivos: valorar los efectos de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) como tratamiento de primera línea en pacientes que desarrollaron edema pulmonar cardiogénico con falla respiratoria aguda hipoxémica.

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo de pacientes que presentaban al ingreso o durante su internación edema pulmonar cardiogénico (EPC) con falla respiratoria hipoxémica, y que podrían haber requerido de intubación orotraqueal. La VMNI fue proporcionada con respiradores convencionales con presión de soporte y presión positiva al final de la espiración (Peep), que fue administrada con máscaras oronasales sujetadas con arneses de goma. Cuando el paciente tenía criterios de inclusión se analizaban los datos demográficos, clínicos [frecuencia respiratoria (FR) y frecuencia cardiaca (FC)], radiológicos y de intercambio de gases [pH, presión arterial de dióxido de carbono (PaCO₂), relación presión arterial de oxígeno / fracción inspirada de oxígeno (PaO₂/FiO₂) y saturación arterial de oxígeno (Sat)]. Los parámetros clínicos y de intercambio de gases se evaluaron mientras el paciente recibía oxígeno con máscara tipo venturi, y a intervalos periódicos durante las seis horas de iniciada la VMNI.

Resultados: recolectamos y analizamos durante un periodo de 3 años los datos de 18 pacientes. La edad media fue de 70 (+ 13) años, el 50% eran de sexo femenino y el 38,9%, tenía antecedentes de diabetes, el 72,2% de hipertensión arterial, el 55% de coronariopatía y el 50% de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El score de APACHE II y de MURRAY fue de 18,8 (+ 5,5) y 2,3 (+ 0,3) respectivamente. El EPC se asoció en 4 pacientes que presentaban neumonía, en 1 con sepsis, en 2 que cursaban con postoperatorio de cirugía abdominal, en 3 con postoperatorio de cirugía torácica, en 1 con tromboembolismo de pulmón y en 3 quienes habían sido retirados de la ventilación mecánica

convencional. La media de compromisos de cuadrantes en la Rx de Tórax fue de 2,1 cuadrantes por paciente. El pH, PaCO₂ y PaO₂/FiO₂ al ingreso y luego de seis horas de asistencia con VMNI fueron de [7,30 (+ 0,08) vs. 7,36 (+ 0,04) P=< 0,014; 47,1 (+ 18,5) vs. 41,1 (+ 14) P=NS y 130,9 (+ 34) vs. 258,7 (+ 58) P=<0,0001]respectivamente. La FR al ingreso y a las 6 hs. de asistencia respiratoria fue de 36,6 (+ 5,6) vs. 21,7 (+ 3,5) P=<0,001, mientras que la FC fue de 121,2 (+ 13,4) latidos por minuto al ingresar en protocolo y mejoró significativamente luego de 6 horas de asistencia respiratoria [96,7 (+ 9,4)] P=<0,0001. El tiempo de recuperación de los síntomas fue de 25,5 (+ 8,9) minutos. La duración de la VMNI y la estadía en UTI fueron de 1,5 (+ 0,5) y 3,6 (+ 1,6) días respectivamente. No fue necesario realizar IOT en ningún paciente.

Conclusiones: la utilización de la VMNI como tratamiento de primera línea en la falla respiratoria hipoxémica causada por edema pulmonar cardiogénico es beneficiosa en los pacientes que desarrollan esta patología ya que podría disminuir la cantidad de drogas a utilizar, mejorar el confort del paciente, descender la incidencia de IOT y reducir los días de estadía en la UTI. Estos mismos beneficios deberían ser comprobados en pacientes con edema pulmonar por patología coronaria exclusivamente.

EVALUACIÓN DE LA SISTEMÁTICA DE TRATAMIENTO DE LA ÚLCERAS VENOSAS.

Weht L, Stepanosky S, Centanni C

Hospital de la Asociación Médica, Departamento de Enfermería - Bahía Blanca. E-mail: weht_lucia@hotmail.com

Introducción: La úlceras venosas son un importante problema de salud con serias repercusiones económicas y asistenciales, así como en la calidad de vida de las personas que las padecen. Se diseñó una sistemática de diagnóstico y tratamiento de las úlceras venosas para estandarizar su manejo. El objetivo del presente trabajo fue presentar los resultados preliminares de la implementación de la sistemática utilizada en el consultorio de Enfermería del Hospital de la Asociación Médica.

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo descriptivo donde se incluyeron todos los pacientes con úlceras venosas que concurren al consultorio de Enfermería desde julio del 2001 hasta marzo del 2002. La recolección de datos se realizó sobre la base de un instrumento establecido en la Sistemática de seguimiento de las úlceras por presión, que define el grado y la estrategia de abordaje.

Resultados: Se analizaron los datos de 12 pacientes, de los cuales 8 fueron mujeres y 4 hombres, el promedio de edad fue de 80,6 años. El tiempo de evolución promedio de la úlcera fue de 38,41 meses (rango 1-144). El tratamiento utilizado fue apósitos transparentes para el grado II, apósitos transparentes, hidrocoloides y alginato de calcio para el grado III y IV. Se utilizó antibiótico local en 4 pacientes grado III y 1 grado IV. El tiempo promedio de curación fue de 9,16 semanas (rango 4-23) con una media de curaciones necesaria 10,50 (rango 3-25). El tiempo promedio de curación de acuerdo al grado de la úlcera fue de 35 días para el grado II, 70 para el grado III y 77 para el grado IV.

Conclusiones: La estrategia de tratamiento utilizada resultó efectiva para el manejo de las úlceras venosas. El promedio de curación fue relativamente rápido en relación a la evolución de la úlcera, disminuyendo el costo, adecuando las curaciones y favoreciendo el confort del paciente.

STOFHLA-S: HERRAMIENTA ÚTIL PARA LA DETECCIÓN DE ANALFABETOS FUNCIONALES: ADAPTACION TRANSCULTURAL

Arribas A, García Diéguez M, Bucca J, Cragno A, Damiani L, Gentilucci S, Maroun C, Risacher G, Sardiña M, Vecchi J

Hospital de la Asociación Médica, Servicio de Clínica Médica - Bahía Blanca. E-mail: aldabel@arnet.com.ar

Introducción: Hay evidencias que indican que los analfabetos funcionales generan un aumento en los costos del sistema sanitario, riesgo aumentado de internaciones hospitalarias, y serios inconvenientes en comprender las prescripciones de los médicos y la importancia del autocuidado. Conocer el nivel de escolaridad ha demostrado ser ineficaz para identificar a los analfabetos funcionales.

Objetivos: Efectuar el proceso de adaptación transcultural del STOFHLA-S (Short Test of Functional Health Literacy in Adults-Spanish) en Argentina y secundariamente, relacionarlo con una encuesta de uso rutinario que investigue el grado de instrucción escolar.

Material y Método: Se utilizó el STOFHLA-S ya validado al español. Se conformó un comité, cuyo objetivo fue lograr una versión final equivalente del instrumento original. Posteriormente se efectuó una prueba de campo. Se incluyeron pacientes de 18 a 60 años que concurren espontáneamente a los consultorios clínicos del HAM. Exclusión: pacientes incapacitados para leer y escribir, y con deterioro cognitivo.

Resultados: Durante el proceso solo se modificaron 25 palabras (entre ellas 15 sustantivos, 2 verbos y 1 adjetivo). De 83 personas estudiadas, 31 (37%) se encontraron por debajo del adecuado nivel de alfabetismo funcional. Media de edad: 41 años (rango: 18 a 60 años).

Confiabilidad: Alfa Cronbach's del STOFHLA-S: 0.97, (lectura A: 0.93 y lectura B: 0.97. E split-half fue de 0.87 para la lectura A y de 0.93 para la lectura B.

Correlación (Spearman) entre el STOFHLA-S y el grado de instrucción escolar: 0.72 ($p < 0,01$); y entre edad y el STOFHLA-S: -0.506 ($p < 0,01$).

Conclusiones: El STOFHLA-S adaptado podría ser un test útil para ser utilizado como screening de analfabetismo funcional, sobre todo en grados intermedios de instrucción escolar.

EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA (SID)

Maroun C, Centanni C, Cragno A, Sardiña M, Stepanosky S, García Dieguez M
Hospital de la Asociación Médica - Bahía Blanca. E-mail carlosmaroun@hotmail.com.

Introducción: en febrero de 2001 el Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca comienza con Internación Domiciliaria (ID), con los objetivos de favorecer la rápida reincorporación del paciente a su entorno (la familia y su hogar o residencia habitual), evitar la institucionalización del paciente y familia evitando de este modo sus efectos negativos. El objetivo del presente trabajo fue mostrar los datos preliminares correspondientes a los primeros 156 pacientes asistidos por el servicio de Internación Domiciliaria.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, se revisaron las historias clínicas para recolectar los datos de los pacientes que se internaron en el SID durante el periodo de febrero 2001 a noviembre de 2001. Las variables que se analizaron fueron los días de estada, el promedio de visitas médico y enfermería, la utilización de insumos y la evolución clínica de los pacientes.

Resultados: Se realizaron 173 internaciones correspondientes a 156 pacientes. El 90% de los cuales tuvieron una sola internación (141/156), 8,3% (13/156) requirieron 2 internaciones y 1,3% (2/156) tuvieron 3 internaciones. La razón de masculinidad fue de 0,6 (66 hombres/90 mujeres). El promedio de días estada 6.26 (1/28). La cantidad de consultas promedio de los médicos por internación fue de 1.54 ± 0.78 . En promedio por cada visita medico se realizaron 3 consultas de enfermería. La relación entre días de ID y visitas de enfermería es de 1,6. La proporción de pacientes fallecidos fue de 8,3% (13/156), 12,2% se reinternaron. Los diagnósticos mas frecuentes fueron neumonías, ACV, tumores malignos, posquirúrgicos traumatológicos, infecciones de piel y tejido celular subcutáneo y úlceras de piel. El promedio de ID mensuales fue de 17,2 (11/23), promedio de internaciones hospitalarias mensuales en el mismo periodo fue de 345 (287/410).

Conclusiones: La mayor proporción de los pacientes tenían patologías oncológicas terminales, o enfermedades crónicas de tratamiento prolongado como infecciones o úlceras de piel. La proporción de internaciones domiciliarias con respecto a las totales se mantuvo constante a lo largo del periodo.

TRATAMIENTO DE HEMORROIDES Y PROLAPSO MUCOSO CON SUTURA MECÁNICA VERSUS CIRUGÍA CONVENCIONAL (FERGUSON)

Mazzieri OO, Cantarelli SO, Cristobo JP, Egidi GA, Sidorkewicz AN
Hospital de la Asociación Médica, Servicio de Cirugía - Bahía Blanca. E-mail: omazzieri@speedy.com.ar

Introducción: a la cirugía convencional usada desde hace varios años para el tratamiento de esta patología, se ha sumado la sutura mecánica circular. El objetivo de este trabajo fue comparar ambas técnicas aplicadas en dos grupos de 300 pacientes cada uno con patologías similares.

Material y Método: estudio observacional retrospectivo basado en hallazgos clínicos de 600 pacientes sometidos a estos procedimientos entre marzo de 1999 y marzo de 2002

Resultados: se comparó cirugía convencional con sutura mecánica. Los ítems analizados fueron: días de internación hospitalaria (2,2 días versus 1 día); requerimiento de analgésicos (16 días versus 3,3 días); complicaciones postoperatorias entre las cuales figuran: sangrado (30 días versus 12 días), abscesos (2,7% versus 0,3%), estenosis (2% versus 5,3%), falla en la técnica (0,3% contra 5,6%), recidiva (0,7% versus 1,7%). Existió una complicación grave en el grupo de sutura mecánica. La misma consistió en una perforación de sigmoides, por lo que se debió efectuar operación de Hartmann.

Conclusiones: ambas técnicas resultaron útiles para resolver la patología de base de los pacientes; sin embargo el uso de la sutura mecánica otorgó mejor calidad postoperatoria, menor tiempo de internación y más pronta reinserción laboral. Cabe aclarar que el mayor número de complicaciones registrado con ésta nueva técnica (19% versus 7,3%) coincidió con la curva de aprendizaje del método, en los 100 primeros pacientes.

REPARACIÓN DE RECTOCELE ANTERIOR POR VÍA PERINEAL EXPERIENCIA SOBRE 152 CASOS.

Mazzieri OO, Sidorkewicj AN, Cantarelli SO, Cristobo JP, Egidi GA
Hospital de la Asociación Médica, Servicio de Cirugía - Bahía Blanca. E-mail: omazzieri@speedy.com.ar

Introducción: la vía perineal es una buena opción cuando se piensa en la reparación del rectocele anterior. **Objetivo:** describir las características de un grupo de pacientes operados por esta vía.

Material y Método: estudio observacional retrospectivo sobre la base de datos extraídos de historias clínicas correspondientes a 152 pacientes operados por dicha vía de abordaje, en el período comprendido entre diciembre de 1997 y diciembre de 2001.

Resultados: de los 152 pacientes intervenidos, 46 (30,3%) presentaron complicaciones menores. Estas incluyeron: 17 (11,2%) retención urinaria con necesidad de colocación de sonda, 15 (9,8%) hematomas, 12 (7,8%) dificultad en el cierre de la herida perineal. En dos casos (1,3%) hubo fracaso en la técnica. No se presentaron complicaciones mayores.

Conclusiones: es una técnica relativamente sencilla que logró resolver la mayoría de los casos de rectocele con poca morbilidad postoperatoria. El índice de recidivas fue bajo, debido a la disección más exacta y más fácil de los elevadores.

PROLAPSO DE RECTO. TÉCNICA DE DELORME

Sidorkewicj AN, Cantarelli SO, Cristobo JP, Egidi GA, Mazzieri OO
Hospital de la Asociación Médica, Servicio de Cirugía - Bahía Blanca. E-mail: alisidor@hotmail.com

Introducción: existen distintas técnicas para la reparación quirúrgica del prolapso de recto, incluyendo abordajes abdominales y perineales.

Objetivo: mostrar la técnica de Delorme

Material y Método: es una técnica descrita en 1900 por René Delorme, de abordaje perineal, resectiva. El paciente recibe preparación mecánica el día anterior y una dosis de antibiótico endovenoso en la hora previa a la cirugía.

El procedimiento se efectúa con anestesia raquídea en posición de litomía. El recto es prolapsado con pinzas de Babcock. Se identifica la línea pectínea y aproximadamente a 2 cm en sentido proximal se infiltra la submucosa en toda la circunferencia con xylocaina al 1% con epinefrina. Luego se secciona la mucosa, disecando la submucosa del esfínter interno hasta llegar al vértice del prolapso donde se secciona resecaando un manguito mucoso. Posteriormente se efectúan puntos separados con material reabsorbible, que toman bordes proximal y distal de la misma y en el medio, dos puntos al músculo con lo que se logra una especie de pliegue en el mismo.

Conclusiones: originalmente esta técnica era utilizada como alternativa para aquellos pacientes en los cuales la vía abdominal estaba contraindicada. Actualmente es un procedimiento de elección dada su baja morbimortalidad y recidiva. Estas varían entre 8% y 12% según las distintas series publicadas.

HISTERECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCOPICA: ANALISIS DE RESULTADOS

Vincent EP, Vincent E, Vincent RE
Instituto Diagnóstico - Bahía Blanca. Email: evincent@intramed.net.ar

Introducción-Objetivo: Evaluar los resultados de la histerectomía total videolaparoscópica por patología benigna en pacientes seleccionadas.

Material y Método: Análisis retrospectivo sobre 84 histerectomías totales videolaparoscópicas por patología benigna realizadas por el mismo equipo quirúrgico entre 1993 y 2002.

La técnica quirúrgica empleada fue similar en la totalidad de los casos, utilizando 2 ó 3 vías accesorias y electrocoagulación bipolar. Se analizó: edad de las pacientes, indicaciones de la histerectomía, tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria, complicaciones perioperatorias y requerimiento de transfusión sanguínea perioperatoria.

Resultados: Se realizaron en total 84 histerectomías totales videolaparoscópicas, El promedio de edad fue de 45.8 años (34-60), las indicaciones quirúrgicas se distribuyeron de la siguiente manera: mioma uterino (41.66%), agrandamiento uterino (35.71%), hipermenorrea (19.04%), polimenorrea, hiperplasia de endometrio y metrorragia-anemia (1.19% cada una). El tiempo medio de duración quirúrgica fue de 111 minutos (60-150), 2 pacientes (2.38%) requirieron transfusión perioperatorio. El promedio de estadía

hospitalaria fue de 34.14 hs. Ocurrieron 5 complicaciones perioperatorias (5.95%): 3 fistulas ureterales, 1 fistula vesicovaginal y 1 lesión de sigmoides.

Conclusiones: La histerectomía total videolaparoscópica es una opción segura a la histerectomía abdominal en pacientes previamente seleccionadas y con el adecuado entrenamiento quirúrgico.

TUMORES BRONCOSCOPICAMENTE VISIBLES: ANALISIS DE LOS ULTIMOS SIETE AÑOS (1995-2001) EN UN SERVICIO DE NEUMOTISIOLOGIA

Mené JM, Cata R, Lamot G, Cobello P, Corsico M, Sillio J, Acrogliano P, Draghi J

Hospital Interzonal General "Dr. José Penna" - Bahía Blanca. E-mail: medonne@ciudad.com.ar

Introducción: Para el diagnóstico de carcinoma broncogénico el método de elección es el examen endoscópico, la rentabilidad de las diversas técnicas realizadas con el broncoscopio es claramente distinta según sean visibles o no. La biopsia bronquial en el cáncer broncogénico visibles tiene en la literatura una rentabilidad diagnóstica que ronda al 80%, seguida del cepillado y del lavado bronquial.

Objetivos: Evaluar nuestra rentabilidad diagnóstica en los tumores broncoscópicamente visibles, las localizaciones e imagen endoscópicas, relación con el sexo, el hábito tabaquico y estirpes histológicas halladas.

Material y Método: Se trata de un estudio retrospectivo de 842 pacientes a los que se les efectuó fibrobroncoscopia en el período comprendido entre el 1 de enero 1995 al 31 diciembre del 2001, en 506 pacientes, previo al examen, se sospechaba clínica y radiográficamente cáncer broncogénico. De estos en 264 estudios se encontró lesión endoscópicamente visible (según la clasificación de imágenes de "Ikeda"). Sobre estos pacientes se basará el análisis de los resultados histológicos (según clasificación U.I.C.C de 1981) de biopsias, lavados y cepillados bronquiales.

Resultados: En el 52%(264) de los casos de sospecha clínica radiológica la endoscopia visualizó imágenes patológicas, relación 5:1 a favor de los masculinos, el 86.8% eran fumadores, endoscópicamente fueron descritas como infiltración el 65,2%, tumoración el 34,8% y mixtas el 8,7%, localizadas en el árbol bronquial derecho el 44,1%, en el izquierdo el 36.1% y centrales el 20.8%. Se obtuvo diagnóstico histológico en el 65.5% de los casos, positividad para células neoplásicas en el 6,8% y negativos en un 27.7%. De estos 153 casos de histología específica, fueron: 79% carcinoma escamoso, 7.8% Adenocarcinoma, 5.8% pequeñas células, 3.2% metástasis endobronquiales, 1.3% carcinoma de células grandes, y 1.3% tumor carcinoide. La positividad diagnóstica de acuerdo a procedimiento endoscópico fue en las 236 biopsias el 72.1%, en 100 cepillados el 60% y en 249 lavados el 53%.

Conclusiones: obtuvimos resultados comparables con la literatura: el hábito tabaquico tubo una alta prevalencia, predominó el sexo masculino, La estirpe predominante fue la escamosa. En nuestros casos las lesiones centrales o tardías tuvieron un número importante y nuestra rentabilidad diagnóstica no se aleja de las series publicadas.

ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA COMO TRATAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Ordóñez F, Álvarez Iorio CA, Álvarez Iorio C

Hospital Privado del Sur, Servicio de Hemodinamia - Bahía Blanca. E-mail: hemodinamia@hps.com.ar

Introducción-Objetivos: Analizar los resultados de la Angioplastia Coronaria (atc) en el tratamiento del infarto de miocardio (iam).

Material y Método: En el año 2001 realizamos 21(atc) con colocación de Stent (st) en el (iam), en 21 pacientes (ptes), sexo masculino 16 (76%) entre 45-78 años (62), diabéticos 7 (ptes) (33%), (iam) previo 8 (ptes) (38%), cursando (iam) anterior 12 (ptes) (57%), (iam) con Killip III 4 (PTES) Y Killip IV 2 (ptes) (9.5%) y 14 H(ptes) (66%) presentaban enfermedad coronaria de múltiples vasos. La media de tiempo entre la llegada a la emergencia y la primera insuflación del Balón fue de 70 minutos. El flujo TIMI 3 pre (atc) fue en 2 (ptes) (9.5%). En el 100% de los (ptes) se colocó (st).

Resultados: El éxito primario angiográfico fue del 100%, lográndose un flujo TIMI 3 en 86% de los (ptes) cursando todos los (iam) sin complicaciones en la internación (óbito, reinfarto o cirugía de urgencia) y en la evolución a 30 días solo 2 (ptes) (9.5%) fallecieron (iam en shock).

Conclusiones: En esta población de alto riesgo por ser (ptes) cursando (iam) en la mayoría de pared anterior, con alta prevalencia de (iam) previo, Killip III-IV (28.5%), todos marcadores de mal pronóstico. La (atc) primaria en el (iam) logró en todos los casos recanalizar la arteria culpable lográndose un flujo (TIMI 3) en un alto porcentaje, no constatándose complicaciones mayores dentro de los 30 días, excepto en 2 (ptes) en quienes se realizó (atc) en (iam) con shock cardiogénico y fallecieron en ese lapso.

RESULTADOS INICIALES Y SEGUIMIENTOS DE PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIAS ILIACAS

Ordóñez F, De Loredo R, Gardey J, Álvarez Iorio CA, Álvarez Iorio C
Hospital Privado del Sur, Servicio de Hemodinamia y Ecografía - Bahía Blanca. E-mail: hemodinamia@hps.com.ar

Introducción-Objetivos: Analizar los resultados iniciales, evolución clínica y ecográfica de 33 pacientes (ptes) sometidos a Angioplastia Periférica (ATP) Iliaca (i) la mayoría de ellos con colocación de Stent (st).

Material y Método: Se realizó ATP (i) entre 3/1995 y 12/2001 a 33 ptes, (23 masculino-69%) entre 42/84 años (65), diabéticos 9 (27%), hipertensos 16 (48%), dislipémicos 8 (24%), tabaquistas 10 (31%), portadores de coronariopatía 11 (33%), enfermedad Carotídea 2 (6%), ACV 4 (12%), con cirugía coronaria 2 (8%), con cirugía vascular periférica 4 (12%), Angioplastia Transluminal Coronaria 2 (6%), con ATP 3 (9%) y amputación 3 (9%). La angiografía previa demostró 32 estenosis y 1 oclusión (i) con run off bueno en 4 (12%) y pobre en 29 (88%). La sintomatología fue claudicación severa 20 (ptes) (60%), dolor de reposo 7 (ptes) (21%) y pérdida menor de tejido con trastornos tróficos en 6 (ptes) (19%). Angioplastia con (st) se realizó a 30 (ptes) (91%) (31st), ATP con Balón 3 (ptes) (9%), (st) autoexpandible 10 (ptes) (32%) y (st) Balón expandible 21 (68%), Diámetro de (st) = 5 a 9 mm (6.8mm), longitud de (st) = 15 a 120 mm (42 mm). Los procedimientos (pr) combinados de revascularización fueron 8 By Pass infrainguinales, 2 ATP Femoro poplíteas y 1 ATP Aórtica.

Resultados: Se logró éxito primario en 33/33 (100%), 2 (ptes) se complicaron, 1 (ptes) con trombosis (i) que se solucionó con fogerty y otro con perforación (i) colocándose un (st) graff. El seguimiento (s) fue entre 6 y 98 meses, clínico (c), eco doppler color (eco) y angiográfico (a). 7 (ptes) fallecieron y con 21 (ptes) nos contactamos, a 16 le realizamos (eco), a 1 (a) y de 4 obtuvimos datos (c). Al final del (s), 16 (ptes) mejoraron (76%), 3 (ptes) sin cambios (c) y 2 fueron amputados luego del By Pass. Hubo 3 reestenosis (14%) 2 detectados por (eco) y 1 por (a).

Conclusiones: En este grupo de (ptes) de alto riesgo por ser pan vasculares y en la gran mayoría existía viabilidad amenazado del miembro a revascularizar, la ATP (i) sola o combinada con cirugía del sector infrainguinal obtuvo resultados muy satisfactorios en la evolución alejada con alto índice de mejoramiento (c).

DATOS DEL REGISTRO DE CANCER DEL SUR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES 1993-1997. DISCUSIÓN PRELIMINAR SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO

Laura E, Arias Ondicol N, Bertazzo M, Gasch P, Lespi P, Elverdín E, Grimi C, Aimale M, Prada G, Calvo S, Blasco J, Roncoroni P, Carestía M
Hospital Interzonal General "Dr. José Penna", Registro Regional de Tumores del Sur de la Provincia de Buenos Aires - Bahía Blanca. E-mail: elaura@criba.edu.ar

Introducción-Objetivo: Presentar los datos de cáncer de 14 partidos del Sur de la Provincia de Buenos Aires.

Material y Método: La región tiene 621965 habitantes. Se registran en forma activa los cánceres entre los códigos 8000 al 9941, CIE-O 2da edición.

Resultados: Entre 1993 y 1997 fueron registrados 10006 casos de cáncer correspondiendo a una tasa de incidencia cruda (c.i.r) de 316.2 y ajustada a población mundial de 243.8.

El cáncer de pulmón fue el más frecuente en los varones, representando el 18.3%; seguido por próstata: 13.5%, colon y recto: 13.1%, estómago: 7.1%, vejiga: 6.4%, leucemias: 3.4%, laringe y esófago: 3.3%, páncreas 3.0%, etc. El cáncer de mama fue el primero entre las mujeres, representando el 37.4%, luego colon y recto: 10.1%, cervix: 6.0%, cuerpo de útero y ovario: 4.1%, estómago: 3.6%, pulmón: 3.4%, etc.

Conclusiones: Es llamativo ver que la tasa de incidencia de cáncer de pulmón es significativamente menor en Tres Arroyos: 45.6, Cnel. Suárez: 37.9 y Cnel. Pringles: 35.5 comparado con Bahía Blanca: 60.8 (p<0.01). El resto de los partidos rurales también muestran una incidencia alta de cáncer de pulmón. Estudios previos mostraron un bajo uso del tabaco en estudiantes de las escuelas de Cnel. Suárez comparados con otros partidos. Si los hábitos de los jóvenes reflejan los hábitos de los adultos, ésta puede ser la respuesta a nuestra pregunta.

Considerando a la Región como un conjunto, las altas tasas de cáncer de pulmón en varones y cáncer de mama en mujeres que juntas representan el 30% de los casos, llaman a medidas urgentes de prevención, principalmente teniendo en cuenta que los programas preventivos de la Provincia de Buenos Aires están dirigidos a la detección del cáncer de cuello de útero que sólo representa el 3% del problema global.

COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA. ANÁLISIS DE 450 CASOS

Scabuzzo G, Rosas JD, Ortiz R, Yazzi J
Hospital Naval Puerto Belgrano, División Clínica Quirúrgica - Puerto Belgrano. E-mail: scabuzzogustavo@hotmail.com

Introducción: La colecistectomía videolaparoscópica difundida desde hace más de 10 años, ha sido aceptada por casi todos los servicios de cirugía general con la misma celeridad en todo el mundo. La aceptación y demanda de los pacientes, entre otras causas, contribuyó a que se adoptara rápidamente este método, sin detenerse, a veces, a analizar los resultados obtenidos con la aplicación del mismo.

Objetivo: Evaluar resultados obtenidos con este método y compararlos con centros de referencia.

Material y Método: Análisis retrospectivo. Lugar de aplicación: Servicio de Cirugía General del Hospital Naval Puerto Belgrano. Fueron incluidos todos los pacientes sometidos a colecistectomía videolaparoscópica entre enero de 1999 a diciembre del 2000.

Resultados: Se realizaron 450 colecistectomías videolaparoscópicas, 61,5% fueron mujeres cuya edad promedio fue de 43 años, y el 38,5% fueron varones de edad promedio de 48 años. Se han clasificado las colecistectomías sobre la base de los hallazgos anatómo-quirúrgicos del área vesicular en cuatro grupos: "A"; "B"; "C"; o "D" según se trate de "colecistitis simple"; "colecistitis agudas"; "colecistitis crónicas reagudizadas, gangrenosas o escleroatróficas"; y "colecistitis firmemente plastronadas o cáncer de vesícula" respectivamente. El 79,4% correspondieron al grupo "A"; el 13,9% al grupo "B"; y el 6,4% al grupo "C". El índice de conversión fue del 5,8%. Se ha hecho colangiografía intraoperatoria en el 59% de los casos, siendo patológica en el 8%. El promedio de días de internación fue de 3, y la morbilidad de 9%. No hubo mortalidad. No se produjeron lesiones sobre vía biliar.

Conclusiones: El empleo de la videolaparoscopia para el tratamiento de la patología biliar durante este período de tiempo fue exitoso en el 94,2% de todos los casos. Se obtuvo un índice de convertibilidad bajo, considerando que se sometieron a este método casi la totalidad de la patología biliar que acudió a la consulta. La litiasis coledociana se la ha tratado en forma conjunta y simultánea con CPRE, salvo en un caso que fue motivo de conversión. La morbimortalidad lograda, y el promedio de días de internación, reflejan la seguridad del método y un costo-beneficio aceptable para nuestro servicio.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA GÁSTRICO CON RESECCIONES D – 1. NUESTRA EXPERIENCIA

Rosas JD, Marchetti CF, Patkan MR
Departamento de Cirugía. Hospital Naval de Puerto Belgrano. BNPB. E-mail: bihnpb@infovia.com.ar

Introducción: Existen muchos centros de referencia en los que se realiza tratamiento con resecciones oncológicas tipo D-1 para carcinomas gástricos en estadios I, II y III, siendo controvertida su realización en pacientes en estadio IV.

Objetivos: Valorar nuestra experiencia en pacientes mediante el análisis de variables, en particular el tratamiento quirúrgico resectivo de acuerdo con el estadio, y los resultados en nuestro medio asistencial.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de datos y variables en las Historias Clínicas entre enero de 1994 y diciembre de 1999. Lugar de aplicación: Servicio de Cirugía General del Hospital Naval de Puerto Belgrano.

Resultados: en treinta casos se realizó cirugía resectiva, encontrándose en estadio II y IV ocho casos que presentaron una sobrevida entre 12 y 24 meses, con una buena calidad de vida.

Conclusiones: Las resecciones oncológicas tipo D – 1 para el carcinoma gástrico aportan resultados satisfactorios en pacientes con tumores avanzados, en estadios III y IV, otorgando una aceptable sobrevida y buena calidad de vida, respecto de los métodos paliativos de tratamiento; disminuyendo así el número de pacientes incluidos en el término de irreseccables.

CONTROL DE CALIDAD EN LA ATENCION DE ENFERMERIA, TOMADO EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS DE AMBOS SEXOS INTERNADOS EN UNA SALA GENERAL

Llenderozos ME, Veron G
Hospital Militar Bahía Blanca - Bahía Blanca. E-mail: llenderozo@yahoo.com.ar

Introducción: En el presente trabajo se efectuó una investigación descriptiva transversal, referida al control de calidad en la atención de enfermería de personas que se encontraban hospitalizadas en una

sala de internación general, cuánto tiempo esperaron para ingresar, si se le indicó la normativa del servicio, conformidad con la limpieza del lugar, conformidad con la comida ofrecida y sus horarios, régimen de descanso y de visitas .

Material y Método: Se realizó una entrevista estructurada, con 13 preguntas de selección múltiple o dicotómicas cerradas, anónima, de respuesta directa. Se tomó una muestra probabilística simple (n=200) población hospitalizada en el Hospital Militar Bahía Blanca mayores de 18 años de ambos sexos. Para la tabulación y análisis de los datos se utilizó el programa Epi-info OMS-OPS versión 6.0.

Resultados: los resultados obtenidos fueron:

Tiempo ingreso al servicio		Edad		Limpieza de la habitación			
Mucho	2,5%	18-34	25%	siempre	85%		
Poco	42,5%	35-49	32,5%	a veces	7,5%	nunca	7,5%
Nada	55%	50-64	15%	Comida ofrecida le pareció			
		65 o +	27,5%	mala	12,5%	regular	15%
						bueno	72,5%
Horarios / descanso		Comunicación con familiares		En la habitación se le indicó			
Siempre	82,5%	Siempre	90%	ubicación baño	si 82,5%	no	17,5%
A veces	17,5%	A veces	5%	horario/visita	si 82,5%	no	17,5%
Nunca	0%	Nunca	5%	horario comida	si 65%	no	35%
				horario descanso	si 50%	no	50%
				horario médicos	si 62,5%	no	37,5%
				llamar/enfermería	si 87,5%	no	12,5%

Conclusiones: Se concluye en que el 32,5% de los internados se encuentra entre 35-49 años de edad, demoraron muy poco o nada para ingresar al servicio, el 85% contestó que siempre estuvo limpia la habitación, la comida les pareció buena aunque también se debe destacar un % alto entre malo y regular; el 82,5% manifestó que los horarios de descanso eran adecuados, el 90% pudo tener buena comunicación con familiares, generalmente se le indicó lugar del baño, horarios de visita y forma de llamar a la enfermera. Por lo expuesto es imprescindible la educación del personal, para que a su vez éste informe al paciente sobre cómo satisfacer sus necesidades básicas, de acuerdo a las normativa del servicio.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA CURVATURA PENEANA

Ros J, Caponi H, Bartolucci J, Bartolucci G

CETU, Centro de Estudios y Tratamientos Urológicos - Bahía Blanca. E-mail: cetubbca@infovia.com.ar

Introducción-Objetivos: evaluar los resultados obtenidos en un grupo de pacientes con curvatura peneana sometidos a tratamiento quirúrgico correctivo con técnica de corporoplastia de Yachia.

Material y Método: entre Abril de 1998 y Enero del 2001 fueron intervenidos quirúrgicamente 10 pacientes con curvatura peneana, 7 secundaria a induración plástica de los cuerpos cavernosos (enfermedad de La Peyronie) y 3 con pene corvo congénito.

La edad de la población oscila entre los 20 y los 73 años, con un seguimiento promedio de 32 meses (16 y 50 meses).

En todos los pacientes se efectuó la corrección con la misma técnica quirúrgica, corporoplastia modificada según Yachia, basada en el principio de Henieke-Mikulicz.

Resultados: todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente, con corrección del corvo sin recidivas, conservación de la potencia y sin anestesia cutánea.

El acortamiento peneano no fue significativo y solo un paciente se quejó por el mismo.

Se registraron dos casos de fimosis postoperatorias que requirieron tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: la técnica descrita demuestra ser efectiva para la corrección del pene corvo, congénito o adquirido, de sencilla ejecución y segura ya que evita la necesidad de movilizar el paquete vasculonervioso y el cuerpo esponjoso hecho que podría acarrear el deterioro de la función eréctil.

DÍPTEROS CICLORRAFOS DE INTERÉS SANITARIO EN BAHÍA BLANCA. ARGENTINA

Costamagna R, García S, Visciarelli E, Lucchi L, Oliva A

Universidad Nacional del Sur - Bahía Blanca. E-mail: rcostama@criba.edu.ar

Introducción: El Orden Díptera incluye a un grupo de insectos pertenecientes al Suborden Cyclorrapha con importancia médico-sanitaria, debido a que algunas especies son capaces de transmitir enfermedades a los animales y al hombre, actuando como vectores mecánicos, vectores biológicos o aún parásitos ya que las larvas de algunas especies de moscas invaden tejidos vivos del hombre o animales,

produciendo una enfermedad parasitaria llamada miasis. En este trabajo se realizó la determinación taxonómica de moscas colectadas en la ciudad de Bahía Blanca, para hacer una evaluación preliminar de la biodiversidad en este grupo.

Material y Método: El material analizado fue obtenido por: captura manual de ejemplares adultos; captura con cebo (carne) o por extracción de larvas vivas de lesiones humanas. En todos los casos se trató de continuar el desarrollo en el laboratorio a fin de obtener el estadio larval III y cuando no fue posible, la determinación se realizó únicamente con el estadio adulto. En los cuadros de miasis las larvas se obtuvieron por incisión de una herida abdominal de un paciente adulto, de una herida en rodilla de un niño y de una lesión en el pie de un paciente diabético. Las preparaciones microscópicas de las larvas se realizaron siguiendo la técnica de Mazza y col., 1939.

Resultados: Sobre la base de las características morfológicas de las larvas III y de los adultos se determinaron las siguientes especies: *Cochliomyia hominivorax* (Coquerel, 1858); *Phaenicia* sp. (Wiedemann, 1819); *Chrysomya megacephala* (Fallén, 1775); *Chrysomya albiceps* (Wiedemann, 1819); *Calliphora vicina* (Robineau-Desvoidy, 1830); *Sarconesia chlorogaster* (Wiedemann, 1830); *Parasarcophaga* sp.(cf. *crassipalpis* Macquart) y géneros indeterminados de las familias Anthomyiidae y Drosophilidae. Las dos primeras especies citadas corresponden a los casos de miasis antes descritos.

Conclusión: La fauna de ciclorrafos informada constituye un registro preliminar que se completará con la continuidad de este trabajo, debido a la importancia epidemiológica de estos resultados y a su interés en Entomología Forense. Este trabajo se realizó gracias a un subsidio de la SGCyT de la Universidad Nacional del Sur 24B/083

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE REPRODUCCION ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD EN BAHIA BLANCA

Ponce GP, Baccini CO, Esandi MC, Crowley RE
CEGYR Bahía Blanca - Bahía Blanca. E-mail: poncegp@yahoo.com

Introducción-Objetivo: El objetivo de este trabajo es comunicar los resultados de los tratamientos de Reproducción Asistida de Alta Complejidad realizados en CEGYR Bahía Blanca durante el período comprendido entre los años 1998-2002. Esta institución trabaja como centro asociado de CEGYR Buenos Aires.

Material y Método: Estudio retrospectivo que incluye 132 casos. El protocolo de estimulación de la ovulación se realizó con dosis adecuadas de gonadotrofinas, previa supresión pituitaria con análogos de GnRh de fase lútea previa. El desarrollo folicular fue monitoreado por ultrasonografía transvaginal y medición de estradiol sérico. Se indicó gonadotrofina coriónica humana (HCG) cuando se cumplió el criterio de madurez ovocitaria. A las 34 horas se realizó la captación ovocitaria. Los ovocitos obtenidos fueron inseminados mediante procedimientos de FIV (Fertilización in vitro) o ICSI (inyección intracitoplasmática de un espermatozoide). Los embriones se transfirieron 48-72 hrs. posteriores a la inseminación. Se realizó sostén de fase lútea con dosis de 800 mg/día de progesterona micronizada. Se determinó HCG a partir de los 12 días de la transferencia. Se realizó seguimiento ecográfico en aquellas pacientes que tuvieron HGC positivas, consignándose número y características de sacos.

Resultados: Los diagnósticos de ingreso al programa fueron factores masculinos puros (32%), factores femeninos puros (44%) y factores mixtos (24%). Los tratamientos incluyeron 89 procedimientos de ICSI (68%), 31 de FIV (24%) y 10 procedimientos combinados de ICSI y FIV (8%). La tasa de fertilización global fue 71%. La tasa de implantación embrionaria fue 16.4%.

La tasa de embarazo global fue 36.8%, registrándose 6.5% de embarazos bioquímicos y 30.3% de embarazos clínicos.

Conclusiones: Se destaca el elevado porcentaje de factores de causa masculina, quedando pendiente el estudio etiológico más profundo de dicho fenómeno.

Las tasas de fertilización, implantación y embarazo se encuentran dentro de los valores esperados para un programa de Reproducción Asistida de Alta Complejidad.

VALIDACION DE FJADOR-COLORANTE PARA EL DIAGNOSTICO DIRECTO DE TRICHOMONAS VAGINALIS

Costamagna SR¹, Dupin J¹, Vaylet S², Pellegrino P², Sánchez E², Fernández L²

¹Cátedra de Parasitología Clínica, Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia, Universidad Nacional del Sur; ²Servicio de Laboratorio, Hospital Interzonal General "Dr. José Penna" - Bahía Blanca. E-mail: rcostama@criba.edu.ar

Introducción: El diagnóstico de laboratorio del Protozoo parásito *Trichomonas vaginalis*, sigue siendo en la actualidad, objeto de nuevos estudios. Así, Méndez y col (2000) sugieren la utilización de un fijador-colorante para el diagnóstico en fresco de este flagelado. En el presente trabajo se efectúa la validación de la mencionada propuesta.

Materiales y Métodos: se analizaron cincuenta flujos vaginales, obtenidos de fondo de saco, de pacientes que concurren al servicio de laboratorio del HIGA Dr. José Penna, a las cuales, por algún motivo, se les había solicitado examen microbiológico de flujo vaginal. Las muestras fueron recolectadas y procesadas siguiendo la técnica propuesta por Méndez y col, 2000. El análisis de los resultados fue realizado mediante el software EpiDat de la OPS/OMS. Como prueba de referencia se consideró a la sumatoria de los positivos por ambas pruebas, razón por la cual las sensibilidades podrían estar sobreestimadas.

Resultados: los resultados de nuestras experiencias, para un nivel de confianza del 95%, fueron:

	Examen en Fresco	Colorante-Fijador de Méndez
Sensibilidad	80%	100%
Especificidad	100%	100%
VPRP	100%	100%
VPRN	96,15%	100%
Valor global de la prueba	96,66%	100%
Razón de verosimilitud Neg	0,20	0

Conclusión: de acuerdo con nuestros resultados, podemos señalar que el fijador-colorante que proponen Méndez y col., en base a su especificidad, sensibilidad diagnóstica, Valor Predictivo del Resultado Positivo (VPRP) y Valor Predictivo del Resultado Negativo (VPRN) es recomendable para el diagnóstico de *T. vaginalis* en flujo vaginal. Estos resultados, sugieren, de acuerdo con datos obtenidos por los autores en otros estudios, que este fijador-colorante se podría utilizar en reemplazo de la coloración de May Grunwald-Giemsa, para el diagnóstico directo de *Trichomonas vaginalis*.

AVANCES EN TRAUMA CRANEOFACIAL.

Di Maggio M

University of Washington, Seattle - USA; Sanatorio Mater Dei - Capital Federal. Email: joetano@hotmail.com

Introducción: Con el advenimiento de los centros de trauma regionales, el moderno y rápido sistema de transporte, un largo número de pacientes con extremo y complejo trauma craneomaxilofacial se ha comenzado a tratar. Así mismo, en los centros de trauma más importantes del mundo se ha incrementado el número de casos con deformidades craneofaciales postraumáticas secundarias.

Objetivo: describir y analizar el tratamiento quirúrgico en el traumatismo craneomaxilofacial y el de sus complicaciones mediatas e inmediatas.

Diseño: descriptivo.

Material y Método: en este trabajo se describirán los Principios de Reparación y Fijación Ósea, la utilización del injerto óseo primario y la suspensión de tejidos blandos. Luego se desarrollará la aplicación de cada uno de éstos principios en las distintas fracturas craneomaxilofaciales, fracturas orbitocigomáticas, maxilares, nasoetmoideo-orbitales y mandibulares complejas, la utilización de los distintos recursos, como los colgajos regionales y colgajos libres en la reconstrucción craneofacial compleja. Luego se darán las pautas para el tratamiento del trauma craneofacial en pediatría. Por último se tratarán algunas complicaciones comunes como el enoftalmos.

Conclusiones: los complejos traumatismos craneomaxilofaciales, presentan la muy frecuente posibilidad de no restablecer la anatomía ósea facial, si no se siguen y respetan los fundamentos de la reparación y fijación ósea, la utilización del injerto óseo primario y la suspensión de los tejidos blandos.

TRAUMATISMO VASCULAR POR HERIDA DE ARMA DE FUEGO, SIN RECONOCIMIENTO INMEDIATO (FÍSTULA A-V), COMPLICACIÓN MEDIATA.

Franco FL, Fuertes DC, Roldán N

Hospital Interzonal General "Dr. José Penna", Servicio de Clínica Quirúrgica - Bahía Blanca. E-mail: danielcfuertes@hotmail.com

Introducción: En la bibliografía consultada por los autores, no se encontraron antecedentes de fístulas A V producidas en el confluente arteriovenoso fémoro-iliaco por herida de arma de fuego, ni se reportaron

casos en la experiencia personal, durante los últimos 10 años. El objetivo de este trabajo es realizar la descripción de un caso de Fístula A-V traumática, en esa topografía.

Material y Método: Población: Un caso. Lugar de aplicación: Servicio de Cirugía Hospital Interzonal Dr. José Penna. Examen clínico (palpación de frémito inguinocrural; auscultación de soplo intenso con irradiación abdominal), Arteriografía (solución de continuidad en topografía de arteria femoral y vena ilíaca externa), Quirúrgico: resolución de fístula AV, con desconexión de la fístula, parche con pared arterial de la solución de continuidad venosa con la arteria adyacente y by-pass arterial con vena safena para restituir el flujo.

Resultados: buena evolución inmediata, desaparición de los signos clínicos, con pulsos presentes distales.

Conclusiones: Para nuestro medio en donde no desconocemos el tratamiento endovascular, protésico y/o embólico, creemos que la técnica propiciada es una alternativa válida para la resolución de esta patología.

PERITONITIS APENDICULAR EN EL SEXTO MES DE EMBARAZO, TRATAMIENTO VLC.

Sofía G, Antozzi M, Zueedyk M, Signoretta A, Camicia G, Jara C, Róbolo S, Yoiris A, Alarcón M, Donato F
Hospital Italiano Regional del Sur, Servicio de Cirugía General - Bahía Blanca.

Introducción: la apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico. En la mujer grávida son más comunes los cuadros evolucionados, por la dificultad diagnóstica que plantea el embarazo.

Objetivo: demostrar la posibilidad del tratamiento VLC de la peritonitis apendicular en una paciente en el sexto mes de embarazo.

Material y Método: Demostración audiovisual de la técnica empleada.

Paciente de 27 años de edad cursando 6º mes de embarazo; ingresa con cuadro de peritonitis difusa de pocas horas de evolución.

Resultados: evolución satisfactoria sin complicaciones clínicas ni obstétricas; externación al quinto día. Parto eutócico a las 39 semanas, con producto de gestación normal.

Conclusiones: en esta paciente la videolaparoscopia permitió diagnosticar la apendicitis aguda como causa de peritonitis y realizar el tratamiento del foco y de la cavidad peritoneal, obteniendo buenos resultados con mínima agresión para la pared abdominal y sin repercusión tanto en el período restante de la gesta, como sobre el feto producto de la misma.

RELAPAROSCOPIA EN COLEPERITONEO POSTOPERATORIO DE COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA (CVLC).

Sofía G, Antozzi M, Zueedyk M, Signoretta A, Camicia G, Jara C, Róbolo S, Yoiris A, Alarcón M, Donato F
Hospital Italiano Regional del Sur, Servicio de Cirugía General - Bahía Blanca.

Introducción: el coleperitoneo postoperatorio se trata desde hace años con cirugía abierta. El advenimiento de la cirugía laparoscópica abren posibilidades de resolución del problema con mínima agresión de la pared.

Objetivo: presentación de un caso en el cual se realizó diagnóstico y tratamiento VLC del coleperitoneo postoperatorio y la causa del mismo.

Material y Método: Demostración audiovisual de la técnica quirúrgica utilizada.

Paciente derivado de la zona con postoperatorio complicado de CVLC. Ante el intento fallido de CPRE, se realiza colangio-resonancia que confirma coleperitoneo. Se efectúa re-laparoscopia evidenciándose lesión térmica de 2 mm en el hepático común que se sutura con puntos de polipropileno 6-0, previa colangiografía intraoperatoria. Colocación de drenaje trans-cístico. Lavado y drenaje de cavidad abdominal.

Resultados: evolución sin complicaciones, externación a las 72 h. con drenaje trans-cístico. Seguimiento satisfactorio con colangiografías mensuales, hasta los dos meses, en donde se retiró el drenaje biliar. Control a los 3, 6, 12 y 18 meses, con clínica, laboratorio y ecografía normales.

Conclusiones: en este caso, con la re-laparoscopia fue posible el diagnóstico topográfico de la lesión, su tratamiento y el del coleperitoneo. Este procedimiento es la excepción y no la regla para el tratamiento de las lesiones quirúrgicas de la vía biliar.

COLEDOCODUODENO ANASTOMOSIS VIDEOLAPAROSCOPICA.

Antozzi M, Zueedyk M, Signoretta A, Camicia G, Sofía G, Jara C, Róbolo S, Yoiris A, Alarcón M, Donato F
Hospital Italiano Regional del Sur, Servicio de Cirugía General - Bahía Blanca.

Introducción: en la litiasis coledociana múltiple, ocurrida varios años después de la colecistectomía, el colédoco se dilata y las paredes aumentan de grosor pudiendo ocurrir episodios de colangitis. Tras el fracaso del tratamiento endoscópico debe recurrirse al tratamiento quirúrgico para la solución del problema. La videolaparoscopia permite realizar los mismo gestos quirúrgicos con las ventajas del acceso mini invasivo.

Objetivo: presentación de un caso de colédoco-duodeno anastomosis confeccionada por vía laparoscópica en un paciente colecistectomizado por vía convencional 10 años antes.

Material y Método: Demostración audiovisual de la técnica quirúrgica.

Paciente colecistectomizado 10 años antes, que presenta litiasis coledociana múltiple y dilatación de la vía biliar extrahepática, con secuelas de colangitis y fracaso del tratamiento endoscópico, al que se le realizó una colédoco-duodeno anastomosis por vía videolaparoscópica.

Resultados: evolución satisfactoria sin complicaciones, se retira drenaje abdominal a las 48 h. Alta.

Conclusiones: se demostró que en este paciente fue posible realizar dicha técnica, con mínima agresión de la pared abdominal, remediando los principios de la cirugía convencional. Este procedimiento, por su complejidad, debería quedar en manos de cirujanos con experiencia en cirugía laparoscópica de avanzada.

VIDEOTORACOSCOPIA DIAGNOSTICA CON BIOPSIA INCISIONAL Y PLEURODESIS CON TALCO.

Zueedyk M, Antozzi M, Signoretta A, Camicia G, Sofía G, Jara C, Róbolo S, Yoiris A, Alarcón M, Donato F
Hospital Italiano Regional del Sur, Servicio de Cirugía General - Bahía Blanca.

Introducción: con el advenimiento de la videotoracoscopia, surge la posibilidad de resolución de diversas patologías con mínima agresión de la pared torácica.

Objetivo: presentación de un paciente con derrame pleural con alta sospecha de malignidad, a quien se le realiza mediante videotoracoscopia, diagnóstico, biopsia dirigida y pleurodesis.

Material y Método: descripción audiovisual de la técnica quirúrgica utilizada.

Paciente de 70 años de edad con derrame pleural izquierdo secundario a adenocarcinoma indiferenciado de parótida el cual fue tratado un año antes con parotidectomía total izquierda. Se realiza toracoscopia diagnosticando carcinomatosis pleural, tomando biopsia dirigida y realizando posteriormente pleurodesis con talco.

Resultados: buena evolución sin complicaciones; se retira drenaje pleural y alta al 5º día. Seguimiento clínico, radiológico y tomográfico a los 15 días, 3, 6 y 9 meses postoperatorio, con resultado satisfactorio.

Conclusiones: en este paciente la videotoracoscopia como alternativa diagnóstica y terapéutica en el derrame pleural maligno resultó ser un procedimiento con el cual se obtuvieron buenos resultados y mínima agresión de la pared torácica.

PERFORACION GÁSTRICA, TRATAMIENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO

Camicia G, Antozzi M, Zueedyk M, Signoretta A, Sofía G, Jara C, Róbolo S, Yoiris A, Alarcón M, Donato F
Hospital Italiano Regional del Sur, Servicio de Cirugía General - Bahía Blanca.

Introducción: la perforación gástrica como complicación de la úlcera y gastritis por AINEs constituye una patología de emergencia quirúrgica. La laparoscopia propone una resolución alternativa a la cirugía convencional, con una mínima agresión a la pared.

Objetivo: demostración del diagnóstico y tratamiento VLC en un paciente con perforación gástrica.

Material y Método: Descripción audiovisual de la técnica quirúrgica utilizada.

Paciente varón de 51 años, con cáncer de recto estadio IV, con antecedentes de consumo intensivo de AINEs; presenta al ingreso cuadro de abdomen agudo perforativo sugerido por el examen físico y neumoperitoneo en la radiología. Se realiza cierre de la perforación, omento plastia y lavado extenso de la cavidad peritoneal, con técnica videolaparoscópica, en un tiempo operatorio de 57 minutos.

Resultados: buena evolución postoperatoria, con tolerancia a la alimentación oral a las 56 h. y extenuación con tratamiento médico, a las 72 h.

Seguimiento con control ambulatorio a la semana, al mes (con realización de FEDA) y a los tres meses, sin signo-sintomatología atribuible a la enfermedad.

Conclusión: la VLC en este paciente permitió la resolución de la perforación gástrica, con resultados satisfactorios, durante el período de control, sin complicaciones.

GASTRO-ENTERO ANASTOMOSIS VIDEOLAPAROSCOPICA EN CANCER GASTRICO AVANZADO.

Antozzi M, Zueedyk M, Signoretta A, Camicia G, Sofía G, Jara C, Róbolo S, Yoiris A, Alarcón M, Donato F
Hospital Italiano Regional del Sur, Servicio de Cirugía General - Bahía Blanca.

Introducción: es clásicamente aceptada la técnica de derivación gastroenterica en pacientes con síndrome pilórico por cáncer gástrico irreseccable. El advenimiento de la cirugía videolaparoscópica permite realizar los mismos gestos quirúrgicos que en la cirugía convencional con abordaje mínimo de la pared abdominal.

Objetivo: demostrar la posibilidad de realizar una gastroenteroanastomosis por cirugía laparoscópica en un paciente obstruido con diagnóstico de cáncer gástrico avanzado.

Material y Método: Demostración audiovisual de la técnica.

Paciente de 73 años con diagnóstico de cáncer gástrico avanzado cursando síndrome pilórico en el que se realiza gastro-entero anastomosis por videolaparoscopia

Resultados: evolución satisfactoria sin complicaciones, con alta hospitalaria a las 96 h.

Conclusiones: en este paciente fue factible la utilización de la videolaparoscopia para la realización de una gastro-entero anastomosis brindando las ventajas de la cirugía mini-invasiva cuanto más paliativa.

EL SIGNIFICADO Y USO DEL TIEMPO LIBRE DE LOS ALUMNOS DE LA CARRERA DE FARMACIA DE LA UNS

Viceconte S, Martínez D, León N, Mutti L, Comeron M, Viz R, Jassen J, Benedini L
Universidad Nacional del Sur, Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia, Cátedra de Anatomía Humana - Bahía Blanca. E-mail: domingo@martinez.net.ar

Introducción: La Universidad es interculturalidad, multidimensionalidad, multidisciplinariedad y alteridad; pero también es el conjunto de actores, como personas, en sus diversas y variadas intermediaciones e integraciones. El entramado de todos estos aspectos da el verdadero sentido y significado al proceso de aprender y enseñar, proceso vital, del que no queda exento el análisis del uso y significado que dan los alumnos a su tiempo libre para la intervención en el aula.

Objetivos: Generar conocimiento respecto a qué entienden por tiempo libre e investigar a qué dedican su tiempo libre los alumnos de la Carrera de Farmacia de la UNS

Material y Método: La primera parte de la investigación se llevó a cabo a través de 120 entrevistas a alumnos de la Carrera de Farmacia de la UNS sobre los significados atribuidos al término Tiempo Libre. Con los resultados de esta primera fase de la investigación se confeccionó un cuestionario que reflejó los datos obtenidos en las entrevistas y que fue contestada por 300 alumnos de la Carrera de Farmacia. Se dividió la muestra en tres grupos: alumnos de los primeros años, alumnos de los últimos años y alumnos de la etapa intermedia. A cada grupo se lo subdividió por sexo, edad, lugar de residencia familiar y horas semanales dedicadas al cursado. Se comparó esas variables con cada pregunta del cuestionario, preguntas que fueron atinentes a los usos del tiempo libre de los alumnos y a las ofertas que les brindaba la Universidad para el aprovechamiento del tiempo libre.

Resultados: Los hallazgos a los que nos enfrentamos en la muestra seleccionada abrieron divergencias para la interpretación y consideración del tema.

Conclusiones: Es importante que en la enseñanza logremos la continuidad en aquellas actividades de tiempo libre de los alumnos, para no obstruir, dificultar o paralizar sus intereses culturales. La naturaleza del valor y el problema de la jerarquía de los intereses culturales del estudiante son cuestiones axiológicas complejas, pero no insolubles.

LA OLVIDADA COMPLEMENTARIEDAD DE TRABAJO Y OCIO EN LA VIDA DEL HOMBRE

León N, Martínez D
Universidad Nacional del Sur, Cátedra de Anatomía Humana - Bahía Blanca. E-mail: norma@leon.net.ar

Introducción: Pensar en el trabajo, preciso e ineludible en la vida del hombre, es dar cabida al surgimiento de viejas y nuevas preguntas sobre el dilema de oposición entre libertad y necesidad, cultura y naturaleza; goce y supervivencia.

Desde esas dicotomías el ocio es tal vez la otra cara, el complemento, la sombra de ese aspecto omnipresente de la actividad humana representado por el trabajo

Objetivo: Investigar a través de diferentes autores, ideologías y contextos históricos el significado de complementariedad que subyace entre trabajo y ocio en la vida del hombre.

Material y Método: Desde la antigüedad a nuestros días se analizarán los significados de trabajo y ocio en la vida del hombre. En el origen de los tiempos parece que el ocio antecedió al trabajo. El mundo griego y romano consideraba al trabajo como la degradación del hombre libre. En la Edad Media la menospreciada actividad manual del hombre sirvió para apuntalar la división social. La modernidad quitó la deshonra que pesaba sobre el trabajo. Más tarde la sobrevaloración del trabajo y de los productos que el ser humano podía hacer con su propio esfuerzo, fue parte de la ética necesaria para la construcción de la sociedad capitalista. Hoy empezando un nuevo milenio el sistema de consumo y exclusión que domina el planeta entero ha determinado que unos mueran de hambre y otros pierdan sus vidas corriendo detrás de una serie interminable de objetos de consumo que dan una ilusión de libertad y una vida de esclavos.

Resultados: La investigación demuestra la existencia de argumentos que validan la cultura del trabajo y otros que validan como utopía una sociedad del ocio.

Conclusiones: Hoy se trabaja para alcanzar el ideal del confort, la posesión y la imagen. La crisis que está atravesando el mundo, producto del fundamentalismo económico, reduce a cifras estadísticas la vida y la dignidad de la criatura humana; se confunde trabajo con productividad y lo que es peor la necesidad de producir adormece el humanismo y desalienta toda forma de ocio.

UTILIZACION DE MALLA TRIDIMENSIONAL DE POLIPROPILENO PARA LA REPARACIÓN DE LA HERNIA INGUINAL (P.H.S.)

Cantarelli SO, Egidi GA, Cristobo JP, Sidorkewicz AN, Mazzieri OO, Herszage L
Hospital de la Asociación Médica, Servicio de Cirugía General - Bahía Blanca; Hospital Ignacio Pirovano, Servicio de Cirugía General - Capital Federal. E-mail: scantarelli@intramed.net.ar

Introducción: La utilización de elementos protésicos para la reparación herniaria data de varias décadas. Recientemente se incorporó al arsenal quirúrgico un sistema tridimensional de polipropileno para éste fin.

Objetivo: Presentación de esta técnica quirúrgica y nuestros resultados, con el objeto de contribuir a su difusión y aplicación.

Material y Método: Lugar de aplicación: Servicios de Cirugía General de hospital público y privado. Diseño: Estudio retrospectivo observacional.

Población: Se estudiaron 24 pacientes admitidos entre el 22/06/2000 y el 13/02/2002 con diagnóstico clínico de hernia inguinal. Se realizó hernioplastia inguinal con prótesis tridimensional de polipropileno en 25 hernias. En 2 pacientes con hernia bilateral se procedió a la reparación combinada con malla preperitoneal utilizando la técnica de Ughary en uno de los defectos. Se registraron las complicaciones, estadía postoperatoria, tipo de hernia y resultados alejados.

Resultados: En 19 pacientes (79,1%) el alta fue inmediata, finalizado el procedimiento quirúrgico. Los 5 pacientes restantes (20,8%) fueron dados de alta dentro de las primeras 12 horas. El procedimiento fue satisfactorio en todos los pacientes. No se registraron complicaciones.

Conclusiones: La utilización de la malla tridimensional de polipropileno para la reparación de hernias inguinales es un método sencillo, de fácil aplicación y reproducción, siendo muy bien tolerado por los pacientes.

DIFERENTES TÉCNICAS DE CLAMPEO VASCULAR EN CIRUGÍA HEPÁTICA

Cristobo JP, Cantarelli SO, Egidi GA, Tentoni P, Sidorkewicz AN, Mazzieri OO
Hospital de la Asociación Médica, Servicio de Cirugía General - Bahía Blanca. E-mail: jrcristobo@intramed.net.ar

Introducción: En la cirugía de resección hepática la hemorragia peroperatoria es un factor pronóstico determinante de morbimortalidad postoperatoria.

Con el fin de minimizar al máximo la pérdida de sangre en la fase de transección del parénquima hepático se han desarrollado numerosas técnicas de oclusión vascular.

Objetivos: Descripción de la técnica quirúrgica, descripción de los beneficios y las contras de los diferentes clampeos vasculares.

Material y Método: 6 pacientes operados entre Octubre de 2001 y Marzo de 2002 en los que se realizaron diferentes tipos de clampeos vasculares del hígado.

Resultados: La pérdida sanguínea fue menor de 300 cc en todos los casos, no se produjeron accidentes vasculares ni hemorragias de importancia en ninguna cirugía. Se requirió transfusión en dos oportunidades. En un caso se observó en el postoperatorio un síndrome de Ogilvie. No se observaron otros trastornos en el postoperatorio como consecuencia de los clampeos.

Conclusión: Si bien el beneficio claro de la oclusión vascular es minimizar la hemorragia, esto implica efectos contraproducentes: la isquemia hepática y el éstasis esplácnico. Dado los múltiples tipos de resección hepática posibles y la variabilidad en calidad y cantidad del parénquima a resecar, es necesario, que el cirujano hepático sepa escoger el tipo de oclusión vascular a realizar e incluso utilizar dos o más tipos en una misma intervención.

UTILIZACIÓN DEL BISTURÍ ARMÓNICO (UltraCision, Ethicon Endo-Surgery) EN LA SECCIÓN DEL PARÉNQUIMA HEPÁTICO

Cristobo JP, Cantarelli SO, Egidí GA, Tentoni P, Sidorkewicj AN, Mazzieri OO
Hospital de la Asociación Médica, Servicio de Cirugía General - Bahía Blanca. E-mail: jrcristobo@intramed.net.ar

Introducción: La hemorragia es una de las complicaciones en la cirugía hepática. El tiempo de sección del parénquima es uno de los más críticos en este sentido, pudiendo causar una pérdida de sangre considerable. Varios disectores ultrasónicos, disectores de jet de agua, sistemas de láser y de succión especialmente preparados se utilizan para una precisa disección de las estructuras intrahepáticas, pero el potencial de estos instrumentos en la cirugía hepática aún debe ser definido.

Objetivos: Descripción de la utilidad del bisturí armónico en la cirugía hepática, descripción de la técnica quirúrgica y revisión de la bibliografía.

Descripción del caso: paciente de 45 años que fue sometida a una bisegmentectomía VI – VII con control vascular del hilio hepático y de la Suprahepática derecha; la sección del parénquima se realizó con UltraCision con la punta tipo fórceps-like CS.

La utilización del bisturí armónico resultó sencilla, la hemostasia en la disección de la periferia fue óptima y la preparación de los elementos intrahepáticos fue satisfactoria.

El tiempo operatorio fue de 270 min. y el de sección del parénquima de 90 min., el sangrado intraoperatorio fue de 240cc.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, sin complicaciones y el egreso hospitalario al 7º día.

Conclusión: El bisturí armónico resultó útil en la sección del parénquima hepático, el tiempo quirúrgico no se redujo en la sección pero se disminuyó el tiempo de hemostasia posterior.

COMPRESION MEDULAR CERVICAL DE ORIGEN INFECCIOSO

Geijo JM, Adducci A, Rosales A
Hospital Naval Puerto Belgrano, Servicio de Neurocirugía - Base Naval Puerto Belgrano. E-mail: neuronaval@infovia.com.ar

Introducción: La infección de los espacios epidurales, es una patología poco frecuente, dentro de las afecciones espinales, pero es más común hallarlo que en los espacios subdurales. La incidencia en las estadísticas internacionales es de 1 a 2 casos, por cada 10.000 pacientes internados con patologías infecciosas, y es más común en hombres que en mujeres. Nussbaum, en una revisión de 40 casos, de abscesos epidurales, refiere que el 40% de los pacientes con esta patología habían tenido una cirugía espinal en los últimos tiempos. Es muy importante hacer un diagnóstico rápido y preciso, para evitar las secuelas neurológicas irreversibles; la investigación diagnóstica, debe basarse en la evaluación clínica, los datos de laboratorio, y los estudios neuroradiológicos. La clínica de comienzo, y el diagnóstico del absceso epidural, teniendo en consideración, el proceso osteomielítico, demora entre 4 y 8 semanas aproximadamente. El manejo conservador de los abscesos epidurales, que no requieren, intervención quirúrgica, es en aquellos enfermos que no presentan déficit neurológico alguno. La mortalidad de los pacientes, con abscesos epidurales, a pesar de la gran cantidad de métodos diagnósticos, con que se cuenta hoy día, continúa siendo alta.

Una vez hecho el diagnóstico, se considera, cirugía de urgencia, antes que progresen los signos deficitarios neurológicos.

Dada la escasa incidencia de esta patología, en la práctica neuroquirúrgica diaria, por su escasa signo sintomatología, y la alta morbimortalidad de la misma, es que presentamos este caso con una revisión de la literatura.

EVALUACIÓN COMPARATIVA DE HABILIDADES Y ACTITUDES EN UN SISTEMA DE APRENDIZAJE CENTRADO EN EL ESTUDIANTE EN LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE BAHÍA BLANCA

Arribas A, Silberman P

Hospital Menor de Ingeniero White, Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria - Bahía Blanca. E-mail: aldabel@amet.com.ar

Introducción: La evaluación se constituye en un aspecto insoslayable de todo proceso de formación y debiera ser una instancia más de aprendizaje. Como una forma de conocer diferencias perceptivas teniendo en cuenta los distintos niveles de aprendizaje, nuestra intención fue en este trabajo comparar las diferentes evaluaciones que han realizado los tutores sobre los estudiantes, con las evaluaciones que hicieron ellos a sí mismos (autoevaluación) y con sus pares.

Objetivos: Comparar las diferentes evaluaciones de habilidades y actitudes realizadas a los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Bahía Blanca.

Material y Método: Se realizó una evaluación sumativa de cuatro estaciones: 1) examen de comprensión y toma de decisiones, estructurado para los tres niveles de residencia teniendo en cuenta las diferencias cognitivas. 2) entrevista médico-paciente real filmada, con ciego del examinado. 3) estrategia de búsqueda bibliográfica con formato estructurado. 4) examen tipo múltiple choice. Se utilizaron dos instrumentos que se adaptaron al español, de John Curry y colaboradores, y de la Escuela de Medicina de la Universidad de Wisconsin-Madison.

Resultados: Para comparación de medias se utilizó como análisis de varianza (no paramétrico) el test de Kruskal Wallis. Se observó una diferencia significativa entre la autoevaluación de tres residentes con la de pares y tutores: a- residente: media 3.07 IC (95%): 2.51-4.30, versus tutores: media: 2.58 IC: 2.072-3.30, versus pares: media: 3.01 IC: 2.60-3.40. $p < 0,005$; b- residente: media 3.02 IC: 2.70-3.24 versus tutores: media: 2.18 IC: 1.60-2.46, versus pares: media: 3.01 IC: 2.60-3.25. $p < 0.0034$; c residente: media 2.76 IC: 2.52-3.20 versus tutores: media: 3.66 IC: 3.18-3.90, versus pares: media: 3.50 IC: 3.20-3.80 $p < 0.005$. Las restantes observaciones no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: dos residentes tuvieron una autoevaluación superior a la de los tutores, y dispar entre sus pares; y otro residente tuvo una autoevaluación inferior a la evaluación de tutores y pares. Dichas diferencias son congruentes con la autoestima observada en los mismos.

“Y AHORA QUÉ” INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA EGB DE LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA

Gazzola S, Sedano A, Vaccaro MC, Federici M, Meier M, Settimi L
Escuela Domiciliaria Hospitalaria Nº 506; Dir. Ed. Especial; Dir. Psicología; A.S.E. Comisión Mixta Distrital de Salud y Educación - Bahía Blanca. E-mail: colorios@infovia.com.ar

Introducción: La reforma educativa aumenta el universo etario en la EGB incrementando el número de adolescentes embarazadas en el sistema, sin preparación en lo formativo sistemático, sociocultural y legislativo para su abordaje desde la situación del rol de la madre y de su hijo. Conocer cuanti y cualitativamente esta problemática con el relevamiento y seguimiento de estas alumnas y la respuesta institucional permitirá adaptar y utilizar los recursos favoreciendo la continuación de la escolaridad y mejorando el proyecto de vida.

Objetivo General: Relevamiento y seguimiento de adolescentes embarazadas y púérperas que concurren a la E.G.B.

Objetivos Específicos: 1-Determinar cantidad de embarazos adolescentes de alumnas de nivel E.G.B. 2-Investigar características socioculturales, emocionales y familiares de las adolescentes. 3-Conocer la respuesta institucional.

Material y Métodos: Diseño: exploratorio descriptivo. Estudio: sincrónico, cualicuantitativo, retrospectivo.

Universo: adolescentes embarazadas matriculadas en EGB (escuelas de gestión pública de Bahía Blanca Bs As.) de 1999 a 2001 Cantidad: 57 alumnas en 36 servicios educativos (81 escuelas relevadas).

Muestra: probabilística no proporcional. Instrumentos: encuestas cerradas interactivas a alumna e institución (recuperadas 29 de 57)

Resultados: presenta en forma estadística las variables de las alumnas referidas entre otras a edad: 35% 16 años, pareja (estable 35 % sin pareja 52 %), sin cobertura social 100%, MAC conocimiento 92 % posterior al parto: 40%, prosecución de estudios 88%. Las variables institucionales se refieren a acciones efectuadas, contactos con familia y equipo de salud 20 %, acomodamientos (horarios, permisos, espacios favorecedores) 23 % Reintegro: 45 %, el resto egresó o desertó.

Conclusiones: 1-Debilidades: falta de apoyo de organizaciones gubernamentales a la probl. social, desconocimiento de normas legales, espacios inadecuados, violencia institucional. 2-Fortalezas: contactos interinstitucionales, flexibilizaciones normativas, relaciones vinculares.

DETERMINACIÓN DE CITRATOS EN ORINA POR ELECTROFORESIS CAPILAR

Suldrup NA, Simoni MV

IACA Laboratorios, Departamento de Química Clínica, Sector Cromatografía - Bahía Blanca. E-mail: laboratorios@iaca.com.ar

Introducción: El citrato en la orina inhibe la formación de cristales de sales de calcio, principalmente de oxalato y fosfato, por lo tanto disminuye el riesgo potencial del desarrollo de cálculos renales. Los niveles de citrato urinario pueden ser bajos en pacientes con nefrolitiasis debido a una variedad de razones fisiológicas, anatómicas y dietarias, tal como la ingesta de sodio. Resulta útil la determinación cuantitativa de citratos urinarios para el control y seguimiento de pacientes con litiasis renal.

Objetivos: Desarrollar un método para la determinación de citratos en orina por electroforesis capilar y posterior validación por comparación con un método enzimático comercial.

Material y Método: Muestras de orina de provenientes de 120 pacientes sanos sin antecedentes de enfermedad renal ni trastornos urinarios. La determinación de citratos se realizó por un método enzimático (citrato liasa) mediante reactivos comerciales. La electroforesis fue llevada a cabo en un equipo de electroforesis capilar provisto de un capilar de sílica fundida de 40 cm de largo y 75 µm de diámetro utilizando como electrolito una mezcla de ácido dipicolínico 5 mM y bromuro de cetil-trimetil-amonio 0.5 mM (pH: 5.6). La corrida se realizó a un potencial de 18 Kv. La detección se hizo de forma espectrofotométrica a 350 y 214 nm.

Resultados: El electroferograma obtenido presenta un pico de absorbancia medible a una longitud de onda de 350 nm contra 214 nm, con un tiempo de migración de aproximadamente 2 minutos. La linealidad en el rango de 50 a 1200 mg/L estuvo descripta por la ecuación $y = 0,0476x + 3,9384$ ($r^2=0.998$). La sensibilidad fue de 10 mg/L. La comparación con el método comercial fue realizada mediante el método de Passing/Bablok ($y = 1,0123x + 4,3999$, slope= 1.012)

Conclusiones: La electroforesis capilar demostró ser un método de bajo costo, rápido y preciso para la determinación de citratos urinarios.

UTILIDAD DEL COCIENTE CALCIO / CITRATO PARA E MONITOREO DE LITIASIS RENAL

Suldrup NAF

IACA Laboratorios, Departamento de Química Clínica - Bahía Blanca. E-mail: laboratorios@iaca.com.ar

Introducción: La litiasis renal es debida a diferentes factores tanto anatómicos y fisiológicos como dietarios. Existe una alta tasa de recidiva de casos a cinco años y esto es debido a que persiste la alteración causante de formación de cálculos. Esta alteración puede ser corregida mediante cambios dietarios y/o con fármacos lo que requiere un monitoreo frecuente. La recolección de orina de 24 hs, necesaria para el seguimiento y control del tratamiento es engorrosa para el paciente, quien debe seguir indicaciones precisas y es influenciada por el stress. Además de ser la mayor fuente de error en la etapa pre-analítica. Con el fin de minimizar estas fallas se buscó un parámetro confiable y que permitiera a priori determinar el riesgo potencial de un nuevo episodio de nefrolitiasis.

Objetivos: Obtener un valor de corte para la relación calcio / citrato en una orina espontánea que permita decidir sobre la necesidad de estudios posteriores.

Material y Método: Muestras de orina de provenientes de 60 pacientes sanos sin antecedentes de enfermedad renal ni trastornos urinarios. Orina de 40 pacientes con nefrolitiasis. La determinación de citrato se realizó por electroforesis capilar y el calcio se dosó por el método de arzenazo III automatizado.

Resultados: Tomando un valor de 0.33 o menor para la relación entre masas de calcio y citrato en una muestra de orina espontánea, se pudo distinguir a los pacientes que estaban desarrollando una urolitiasis del los que no presentaban este riesgo en forma inminente. La prueba propuesta presentó un valor predictivo negativo de 96% y predictivo positivo de 60%. Una sensibilidad de 91% y una especificidad de 75%.

Conclusiones: La determinación del cociente calcio / citrato permite confirmar la eficacia del tratamiento indicado. Por otra parte la recolección de la primer orina de la mañana es mucho más simple que la recolección de orina de 24 horas. Por otra parte, la determinación de la relación calcio / citrato no precisa un análisis exhaustivo de los resultados como un estudio completo para nefrolitiasis. Sumándole a esto los resultados obtenidos hacen que el cociente Calcio /Citrato sea un buen parámetro para el control y seguimiento de recidivas de litiasis renal.

DETERMINACIÓN DE OXALATOS EN ORINA POR ELECTROFORESIS CAPILAR

Suldrup NA, Simoni MV

IACA Laboratorios, Departamento de Química Clínica, Sector Cromatografía - Bahía Blanca. E-mail: laboratorios@iaca.com.ar

Introducción: El oxalato es un constituyente normal de la orina pero también es bien conocido su importante rol en la formación de cálculos renales. La formación de sales de oxalato de calcio, poco solubles, es considerado como el factor más importante en la urolitiasis. El oxalato aparece en la orina como producto final del metabolismo intermediario de distintas fuentes alimentarias.

Objetivos: Desarrollar un método para la determinación de oxalatos en orina por electroforesis capilar y posterior validación por comparación con un método enzimático comercial.

Material y Método: Muestras de orina de provenientes de 120 pacientes sanos sin antecedentes de enfermedad renal ni trastornos urinarios. La determinación de oxalatos se realizó por un método enzimático (oxalato oxidasa) mediante reactivos comerciales. La electroforesis fue llevada a cabo en un equipo de electroforesis capilar provisto de un capilar de sílica fundida de 40 cm de largo y 75 μ m de diámetro utilizando como electrolito una mezcla de ácido dipicolínico 5 mM y bromuro de cetil-trimetilamonio 0.5 mM a un potencial de 20 Kv. La detección se realizó a espectrofotométricamente por diferencia de lecturas a 350 y 214 nm.

Resultados: El electroferograma obtenido presenta un pico de absorbancia medible a una longitud de onda de 350 nm contra 214 nm, con un tiempo de migración de aproximadamente 1,5 minutos. La linealidad en el rango de 5 a 120 mg/L estuvo descripta por la ecuación $y = 0,1725x + 0,52$ con un coeficiente $r^2 = 0,9929$. La sensibilidad fue de 0,5 mg/L. La comparación con el método comercial fue realizada mediante el método de Passing/Bablok ($y = 0,872x + 5945$, slope = 0,943)

Conclusiones: La electroforesis capilar demostró ser un método de bajo costo, rápido y preciso para la determinación de oxalatos urinarios.

DETECCIÓN DE VIRUS PAPILOMA HUMANO (HPV) POR TÉCNICAS MOLECULARES

Ederra PL, Masciovecchio MV, Gentili AH, Pérez S, Gabbarini M, Chávez C, de Mena F, Arriola G

IACA Laboratorios, Departamento de Microbiología y Departamento de Inmunología e Inmunogenética - Bahía Blanca. E-mail: laboratorios@iaca.com.ar

Introducción: La infección por HPV es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuente, y está relacionada con cambios pre-cancerosos y de cáncer de cuello uterino. Tiene tropismo por piel y mucosas y su manifestación no es predecible dependiendo del tipo viral, la respuesta inmunológica del huésped y del órgano involucrado. Entre los tipos virales de mayor riesgo oncogénico podemos citar: HPV16, HPV18, HPV58.

Objetivos: Comunicar los resultados obtenidos en la investigación de HPV e identificación de los tipos virales involucrados. Demostrar la importancia de una correcta toma de muestra en la detección de HPV.

Material y Método: Se analizaron 96 muestras (MU) de escobillado endocervical de mujeres no embarazadas. 42 se recolectaron en nuestro servicio y 54 fueron derivadas de otras instituciones. El ADN extraído se amplificó por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) con los primeros genéricos para HPV MY9 y MY11 y con primers para b-globina. Los productos obtenidos se analizaron en gel de agarosa. Las MU positivas para HPV se tipificaron por análisis de restricción.

Resultados: 19 de las 96 MU analizadas se rechazaron ya que no presentaron amplificación para el gen de b-globina (presencia de inhibidores y/o escasa o nula concentración de ADN en la muestra). Las 19 correspondieron al grupo de MU derivadas. De las 77 MU restantes 17 resultaron positivas para HPV. Los tipos virales obtenidos y el número de muestras positivas para cada uno fueron: HPV 16(5), 31(2), 39 (1), 70+39(1), 52 (1), 55 (1), CP806 (1), 58(1), indeterminado (4).

Conclusiones: La determinación del tipo viral es fundamental para identificar aquellos tipos de alto riesgo oncogénico. Los resultados reflejan la importancia de la correcta toma de muestra y de la utilización de controles internos en la detección de HPV

HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA – DIAGNOSTICO MOLECULAR

Masciovecchio MV, Ederra PL, Gentili AH

IACA Laboratorios, Departamento de Inmunología e Inmunogenética - Bahía Blanca. E-Mail: laboratorios@iaca.com.ar

Introducción: La Hemocromatosis Hereditaria (HHC) es la enfermedad de transmisión genética recesiva más frecuente en occidente con alta morbilidad y mortalidad cuyos síntomas pueden ser prevenidos y revertidos si se la diagnostica precozmente. Los pacientes con esta patología acumulan hierro en el hígado, páncreas, corazón, etc., debido a una absorción anormal y excesiva a nivel intestinal, provocando alteraciones en los mismos. En 1996 el gen para la HHC, gen HFE, fue mapeado en el brazo corto del cromosoma 6 (6p21.3) y se detectaron dos mutaciones en el mismo: C282Y(Cys282Tyr o 845A) y H63D

(His63Asp o 187G). Los individuos homocigotas para la mutación C282Y presentan un riesgo del 50 al 93% de desarrollar HHC, mientras que los heterocigotas compuestos C282Y/H63D, sólo un 0.5 a 2.0% y los homocigotas para H63D, menos del 1.0%. Los tests de laboratorio disponibles consisten en la medición de la saturación de transferrina, la determinación de ferritina y el análisis molecular del gen HFE.

Objetivos: Implementar un método de detección de las mutaciones en el gen HHC por técnicas de Biología Molecular y presentar los resultados de dos individuos relacionados con síntomas de HHC.

Material y Método: Se realizó el aislamiento del DNA a partir de sangre periférica, seguida de la realización de una reacción en cadena de la polimerasa (PCR) utilizando primers específicos para las mutaciones C282Y y H63D, y una digestión enzimática. Los productos obtenidos se corrieron en un gel de poliacrilamida y se visualizaron mediante la tinción con bromuro de etidio.

Resultados y Conclusiones: El método implementado permite identificar las dos mutaciones del gen HFE. Uno de los dos individuos estudiados es heterocigota para la mutación C282Y y el otro no presenta las mutaciones investigadas. De esta manera, se confirma el diagnóstico clínico en uno de los pacientes. Además, se cuenta con una herramienta sensible y específica para arribar a un diagnóstico certero y temprano de la patología y a una prevención de la acumulación de hierro en los tejidos, con la reversión de los síntomas.

ACTINOMICOSIS ABDOMINOPELVIANA – PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rosas JD, Del Castillo M, Marmanelli C, Aimalé M, Franco F, Véliz CR

Hospital Naval Puerto Belgrano, División Clínica Quirúrgica - Base Naval Puerto Belgrano.

Introducción: La actinomicosis es una enfermedad granulomatosa supurativa crónica, cuya especie más frecuente en humanos es el *Actinomyces Israelí*. Se han descrito tres formas de presentación en orden de frecuencia: cérvico-facial, abdominal y torácica.

Objetivo: Se realiza la presentación de un caso y revisión bibliográfica.

Lugar de aplicación: Hospital Naval Puerto Belgrano.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino, nulípara, con antecedentes de uso de DIU durante 7 años, fue tratada por la División Clínica quirúrgica en el curso del año 2000 por una actinomicosis abdominopelviana, que fue diagnosticada en forma postquirúrgica, tratada en forma médica, obteniéndose la remisión de la enfermedad con altas dosis de Penicilina G Benzatínica por tiempo prolongado.

Conclusiones: Se puede observar que hay una estrecha relación entre el uso del DIU en forma prolongada y la aparición de esta enfermedad.

ACTUALIZACION DE FEOCROMOCITOMA -APARTIR DE UN CASO

Tejada I, Gonzalez R, Quiroga R, Ibañes R, Argañarás M, Monteresino A, Pérez L, Isgro P, Trevisan S

Hospital Naval Puerto Belgrano, Servicio de Clínica Médica - Base Naval Puerto Belgrano.

Introducción: El feocromocitoma, es un tumor derivado de las células cromafines, que se caracteriza por la producción, almacenamiento y liberación de catecolaminas, cuya manifestación clínica más común es la hipertensión arterial.

Objetivo: Revisión de feocromocitoma a partir de un caso.

Presentación del caso: Paciente de 24 años de edad que ingresa por hipertensión arterial severa, antecedentes de sudoración y cefalea relacionadas con el ejercicio de seis meses de evolución.

Al examen físico paciente en buen estado general, afebril, tensión arterial 180/100mm/hg frecuencia cardíaca de 100 por minuto, resto del examen normal.

Electrocardiograma taquicardia sinusal, laboratorio: hematócrito 49%,

Eritrosedimentación globular de 58mm, catecolaminas urinarias, norrenalina 7.315 ug/24 horas, adrenalina 214 ug 24 hs, dopamina 651 Ug 24 hs, TAC de abdomen formación de 47 por 38 mm en glándula suprarrenal derecha, RMN hiperintensa en T2. Se inicia tratamiento con buena respuesta clínica, tratamiento quirúrgico con buena evolución postoperatoria.

Conclusión: Tumor poco frecuente, con alta morbimortalidad, buena resolución con tratamiento quirúrgico; la importancia radica en su diagnóstico precoz.

TROMBOCITOSIS ESENCIAL - CASO CLINICO

Ibañes R, Argañarás M, Trevisan S, González R, Tejada I, Isgro P, Monteresino A, Pérez L, Quiroga R

Hospital Naval Puerto Belgrano, Servicio de Clínica Médica - Base Naval Puerto Belgrano. E-mail: marganaraz@debahia.com

Introducción: Trombocitemia esencial es un síndrome mieloproliferativo.

Se caracteriza por cifras de plaquetas muy elevadas e hiperplasia megacariocítica de la médula ósea. No existen marcadores para ella, su diagnóstico obliga a descartar los restantes síndromes mieloproliferativos crónicos.

Objetivo: Presentación de un caso clínico.

Caso clínico: Varón de 18 años que consulta por cefalea, vómitos y cuadro de gastroenterocolitis. En el laboratorio se constata hiperplaquetosis con 2.500.000 plaquetas y leucocitosis de 14.400 por mm³. Se realiza punción biopsia medular. Se descarta síndrome mieloproliferativo crónico secundario. Inicia tratamiento con Hidroxiurea y ácido acetil salicílico con buena respuesta.

La importancia de este caso radica en que es un paciente joven, no acorde al sexo o edad de prevalencia.

Conclusión: Se diagnostica Trombocitemia Esencial, en individuo joven. Se realiza tratamiento con respuesta adecuada.

EVENTOS CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACIÓN DEL ST EN UNA POBLACION ANCIANA

Sierra F, Quispe Laime A, Gómez M, Rabanetti A

Servicio de Terapia Intensiva. Hospital de la Asociación Médica. Bahía Blanca

Patricios 347. Bahía Blanca, 8000. Te: 0291-4557877. E-Mail: terapia@hambb.com.ar

Introducción-Objetivos: Analizar las características de los pacientes que ingresan a nuestra unidad con diagnóstico de eventos coronarios agudos (ECA) (angina inestable e infarto no q) y la utilidad de los factores de riesgo (FR) coronario como elemento pronóstico. <O:P</O:P

Material y Método: Estudio retrospectivo de los pacientes con ECA ingresados entre enero de 2001 y Junio de 2002; Análisis realizado con programa estadístico EPI5. <O:P</O:P

Resultados: 56 pacientes (p) 29 p (51.8%) sexo femenino, edad promedio 70.14 años, 45 p (80.4%) dolor anginoso típico, 42p (71.4%) angor inestable (AI) y 14 p (28.6%) infarto no q (IAMNOQ). 75% presentaron hipertensión arterial, 39.3% dislipemia, 28.6% diabetes, 14.3% tabaquismo y 8.93% eran obesos. 57.14% presentaron mas de 2 FR. 57% tenían antecedentes de angor. El electrocardiograma fue patológico en el 93% de los p, siendo normal en el 7%. Todos los mayores de 75 años tuvieron ECG patológico. Los mayores de 75 tuvieron mas de dos FR en un 62.5% contra 36.8% en los menores de 75. (p: 0.20). 32 p tuvieron recurrencia del angor. Evaluando ésta según cantidad de FR predominó la recurrencia en el grupo de mas de dos FR. (p: 0,00000951). La insuficiencia cardiaca fue la complicación mas frecuente (21,4%) no encontrando diferencias en los mayores de 75. La mortalidad fue de 5.4% (3 p) y el promedio de edad de los fallecidos de 75.67 años. La terapéutica empleada coincide con normas establecidas. <O:P</O:P

Conclusiones: La población estudiada se encuadra en la población anciana. La HTA continúa siendo el FR mas frecuente. La edad avanzada y el número de FR positivos sirven como marcadores pronóstico para detectar a los pacientes con alto riesgo isquémico y para predecir las recurrencias de dolor anginoso.

MICROORGANISMOS PREVALENTES EN MATERIALES GENITALES FEMENINOS Parte I: EVOLUCION GLOBAL

Chávez C, Gabbarini M, Arriola G, Pérez S, Tarantino F

IACA laboratorios, Departamento de Microbiología - Bahía Blanca. E-mail: laboratorios@iaca.com.ar

Introducción: El desequilibrio del ecosistema vaginal genera signos y síntomas que motivan la consulta ginecológica reiterada. El estudio de los materiales genitales femeninos ocupa el 2° lugar en frecuencia en las prácticas del laboratorio de microbiología en el ámbito privado. OBJETIVO: Evaluar los cambios en la flora cervicovaginal de pacientes ambulatorias de la ciudad de Bahía Blanca en dos períodos (PE) de tres años cada uno con un intervalo de nueve años.

Material y Método: Se revisaron retrospectivamente datos correspondientes a estudios microbiológicos de 4573 contenidos vaginales (CVA) y 1220 muestras endocervicales (END) de mujeres entre 11 y 60 años. Se compararon los períodos P1 comprendido entre 02-01-1988 y 31-12-1990 y P2 entre 02-01-1999 y 31-12-2001. El número de muestras (MU) en cada PE fue: P1: CVA=1822 y END= 396, P2: CVA=2751 y END= 824. Se observaron los registros correspondientes a exámenes bacteriológicos, micológicos y parasitológicos Se analizaron los chi cuadrados para comparación de proporciones (Valor de p).

Resultados: Los microorganismos aislados con más frecuencia en CVA fueron: *Lactobacillus* spp. (Lac), *Gardnerella vaginalis* (Gv), Flora anaerobia (FA), *Streptococos* grupo B (EGB), *Cándida albicans* (Caa), *Candida* spp. (Cas). En END se detectaron: *Neisseria gonorrhoeae* (Ng), *Ureaplasma urealyticum* (Uu) y *Mycoplasma hominis* (Mh). El% de distribución de los mismos fue:

CVA	Lac	Gv	Caa	FA	EGB	Cas	Ng	Uu	Mh
-----	-----	----	-----	----	-----	-----	----	----	----

P1	1822	56%	39%	13%	7%	5%	5%	6%(24/396)	35%(23/66)	5% (3/66)
P2	2751	72%	30%	19%	13%	9%	5%	1%(5/824)	36%(246/681)	5%(31/681)

Valor de $p < 0.0001$ en Lac, Gv, Fa, Caa, EGB y Ng. No se detectaron diferencias en Cas, Uu y Mh.

Conclusiones: Las variaciones estadísticamente significativas observadas en P2 con respecto a P1 fueron: a) Aumento en la prevalencia de Lac, FA, Caa y EPB. b) Disminución de Gv y Ng. c) Incremento en el número de cultivos de micoplasmas realizados.

Debe destacarse la importancia de la investigación de EGB en la embarazada por su asociación con infecciones neonatales severas.

MICROORGANISMOS PREVALENTES EN MATERIALES GENITALES FEMENINOS PARTE II: EVOLUCION POR GRUPO ETARIO

Pérez S, Chávez C, Gabbarini M, Arriola G, Tarantino F

IACA laboratorios, Departamento de Microbiología - Bahía Blanca. E-mail: laboratorios@iaca.com.ar

Introducción: La flora vaginal conformada por microorganismos (MO) permanentes y transitorios puede presentar variaciones significativas de acuerdo a la edad y a condiciones fisiológicas de la mujer.

Objetivos: a) Determinar los agentes prevalentes por grupo etario (GE) en la flora vaginal de pacientes ambulatorias de la ciudad de Bahía Blanca en dos períodos (PE) de tres años no consecutivos, b) Establecer los cambios de cada GE entre ambos PE.

Material y Método: Se re-visaron retrospectivamente datos correspondientes a estudios bacteriológicos, micológicos y parasitológicos de 4573 contenidos vaginales (CVA) de mujeres entre 11 y 60 años. Se compararon resultados de 1822 muestras (MU) del período P1 comprendido entre 02-01-1988 y 31-12-1990 y 2751 MU del P2 entre 02-01-1999 y 31-12-2001. Se consideraron 5 GE: G1: de 11-20 años (a), G2: de 21-30 a, G3: 31- 40a, G4: 41-50a y G5: 51- 60 a. Se analizaron los Chi cuadrado para comparación de proporciones (p).

Resultados: Los MO más frecuentes fueron: *Lactobacillus* spp. (Lac), *Gardnerella vaginalis* (Gv), Flora anaerobia (FA), *Streptococcus* grupo B (EGB) y *Cándida albicans* (Caa). El% de distribución por GE en cada PE fue:

G1 (P1/P2) G2 (P1/P2) G3 (P1/ P2) G4 (P1/P2) G5 (P1/ P2)

Lac 56%/77% 59%/73% 57%/78% 56%/69% 41%/52%

Gv 42%/32% 40%/32% 37%/29% 38%/29% 38%/29%

Caa 13%/20% 14%/20% 13%/18% 9%/17% 15%/ 8.5%

FA 5.6%/8% 7%/12% 6.5%/14% 8%/15% 13%/20%

EGB 4.4%/5.4% 4.2/6.7% 5%/9.4% 6.6%/10% 10%/15.8%

El número de MU en cada PE por GE fue: P1: G1: 160, G2: 717, G3: 633, G4: 243, G5: 68; y el P2:

G1:294, G2:1114, G3:779, G4:385 y G5:177. Comparando P1 y P2 encontramos $p < 0.0001$ para Lac, Gv, y Caa. Comparando los GE entre sí $p < 0.001$ para Lac, FA, Caa y EGB.

Conclusiones: Lac predominó en ambos PE en todos los GE. En P2 se observó mayor incidencia de Lac y Caa y menor de Gv en los grupos de 11 a 50 años.

El aumento de FA y EPB y disminución de Lac y Caa se manifestó en los mayores de 50 años.

LA ERGOMETRÍA PRE-ALTA EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS

Calvo A, Carrasco G, Yañez C.

Hospital Privado del Sur, Servicio de Electrocardiología - Bahía Blanca. E-mail: electrocardiologia@hps.com.ar

Introducción: Luego de su manejo inicial los pacientes (pts) internados con Síndromes Coronarios Agudos (SCA) son dados de alta con alguna evaluación funcional predictora del pronóstico.

Objetivo: evaluar el uso de la Ergometría (PEG) en los pacientes externados con diagnóstico de SCA de la Unidad Coronaria del Hospital Privado del Sur.

Material y Método: se analizó retrospectivamente la población derivada a nuestro servicio entre agosto de 1999 y junio de 2002, para realización de una PEG previa al alta hospitalaria. Se utilizó una prueba bajo tratamiento, en treadmill, con registro simultáneo de 12 derivaciones, y protocolos estandarizados.

Resultados: se realizaron 47 PEG de 389 pts internados con diagnóstico de SCA (12%). Las características de la población eran las siguientes: 26 hombres y 19 mujeres, edad promedio 61 ± 9 años, con una alta prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular mayores (HTA 24 pts, DLP 19 pts, TBQ 19 pts, diabetes 4 pts). Los diagnósticos específicos de los SCA fueron: 15 pts (34%) IAM con supraST, 2 pts (4%) IAM sin supraST, y 30 pts (64%) con angina inestable. Los pts fueron estudiados en promedio en el día 4 ± 1 de internación. 42 pts tomando atenolol (89%) y 4 pts (8%) diltiazem. El ECG basal tenía

alteraciones inespecíficas del segmento ST-T en 10 pts (21%). Se utilizaron 2 protocolos: CORNELL en 24 pts (51%) y BRUCE en 23 pts (49%). La prueba fue suficiente en 13 pts (28%). La carga alcanzada promedio fue de: METs 9,4,%FC máx. 73, doble producto 16800, tiempo total de ejercicio 10 min. La PEG se detuvo por agotamiento en 30 pts (63%), claudicación en 3 pts (6%) y coxalgia en 1 pte (2%). El estudio resultó anormal por angor y/o desvío del segmento ST en 27 pts (58%). El riesgo isquémico estimado según el Duke Treadmill Score fue alto en 7 pts (15%), intermedio en 10 pts (21%) y bajo en 29 pts (62%). No se produjeron complicaciones mayores, y un solo pte (2%) presentó una lipotimia en el post-esfuerzo inmediato.

Conclusión: a pesar de la baja tasa de utilización, la PEG permanece como un estudio accesible, útil, seguro y de bajo costo para la evaluación pre-alta de los pts con diagnóstico de SCA.

ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA: EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO MEDIO.

Calvo A, Carrasco G, Scazzuso F, Yañez C

Hospital Privado del Sur, Servicio de Electrocardiología - Bahía Blanca. E-mail: electrocardiologia@hps.com.ar

Introducción: La experiencia en nuestro medio con el tratamiento invasivo de las arritmias cardíacas es limitada.

Objetivo: evaluar el uso de la Ablación por Radiofrecuencia (ARF) en el manejo de las arritmias cardíacas en nuestro hospital.

Material y Método: se analizaron retrospectivamente 12 pacientes (pts) derivados a nuestro servicio para tratamiento con ARF de arritmia cardíaca, desde mayo de 2001 hasta junio de 2002.

Resultados: se realizó el procedimiento en 12 pts (8 varones y 4 mujeres), con una edad promedio de 34±19 años. Los diagnósticos previos eran: Síndrome de Wolf-Parkinson-White en 5 pts, Taquicardia Paroxística Supraventricular en 5 pts, Taquicardia Ventricular en 1 pte y Aleteo Auricular en 1 pte. El ECG basal tenía: preexcitación en 4 pts, no preexcitado en 5 pts, extrasistolia ventricular en 1 pte, aleteo auricular en un pte, y ritmo sinusal con bloqueo bifascicular en 1 pte. Los síntomas principales eran palpitaciones (7 pts), mareos (2 pts), insuficiencia cardíaca (1 pte), síncope (1 pte) y ninguno en 1 pte. El procedimiento, realizado en quirófano, tuvo una duración promedio de 128 minutos, siendo exitoso en 11 pts (91%). No se registraron complicaciones mayores intraprocedimiento ni en el seguimiento inmediato. Un solo pte (8%) presentó un hematoma inguinal que resolvió espontáneamente, y 1 pte un neumotórax que no requirió tratamiento específico. Los diagnósticos finales post-procedimiento fueron: vía accesoria en 6 pts (50%), reentrada nodal típica en 2 pts (16%), taquicardia auricular en 2 pts (16%), taquicardia ventricular del VD en 1 pte (8%) y aleteo auricular típico en un pte (8%). En el seguimiento alejado se registró la recurrencia de la arritmia en 1 pte (8%).

Conclusión: la ARF es un método seguro y eficaz en el tratamiento de las arritmias cardíacas. La experiencia local inicial en dicho método es alentadora.

COMO DISMINUIR COSTOS EN ANESTESIAS GENERALES

Dominella M, Urizar M

Hospital Privado del Sur, Servicio de Anestesiología; Clínica de Empleados de Comercio "Dr. Raúl Matera"; Hospital Naval de Puerto Belgrano; Hospital Interzonal General "Dr. José Penna" - Bahía Blanca. E-mail: nievesu@infovia.com.ar

Introducción: el objetivo de este trabajo es disminuir los costos en las anestias generales sin perjuicio de la calidad de la prestación.

Material y Métodos: es un estudio prospectivo y analítico de una serie de casos.

La muestra fue de 50 pacientes cuyos criterios de inclusión fueron edad entre 25 y 50 años, con peso comprendido entre 60 a 80 Kg. en cirugías de no más de 90 min.

Se dividieron en tres grupos de 50 pacientes cada uno sometido a técnicas anestésicas diferentes.

Los del Grupo A recibieron TIVA (anestesia intravenosa total) con doble esquema midazolam-remifentanilo.

El Grupo B anestesia general balanceada.

El Grupo C con anestesia inhalatoria combinada con remifentanilo.

Se analizaron los resultados y los costos.

Resultados: Se observaron que los 50 pacientes incluidos en TIVA no tuvieron una óptima recuperación anestésica, presentando excitación en el despertar debido a dolor postoperatorio, recuerdos intraoperatorios y de extubación, el costo promedio horario de esta técnica fue 12U\$.

En las otras dos técnicas tuvieron un despertar placentero sin dolor postoperatorio,

sin excitación ni recuerdos perioperatorio.

En la anestesia general balanceada se observó una prolongación en el tiempo de la recuperación anestésica. Su costo fue 25U\$. En la anestesia general con remifentanilo fue de 18U\$

Conclusiones: La anestesia inhalatoria combinada con remifentanilo es una anestesia de costo intermedio y óptima recuperación.

PLEURODESIS CON HIDROXIDO DE SODIO.

Tentoni P², Silio JS¹, Egidí GA², Cristobo JP²

¹ Terapia Intensiva Hospital Privado del Sur, Neumonología; ²Hospital de la Asociación Médica, Servicio de Cirugía General - Bahía Blanca. E-mail: ptentoni@intramed.net.ar

Introducción: Ante un paciente con buena calidad de supervivencia y síntomas respiratorios causados por un derrame pleural maligno, que revierten luego de una toracocentesis evacuadora, logrando además la expansión del pulmón colapsado; es necesaria una estrategia terapéutica para la resolución definitiva del derrame.

Objetivo: el presente trabajo pretende poner en consideración la posibilidad de realizar pleurodesis con hidróxido de sodio en pacientes seleccionados como una alternativa efectiva y de bajo costo, mediante la presentación de un caso clínico; así como revisar la literatura al respecto.

Presentación del caso: paciente femenino de 72 años de edad con disnea progresiva de 2 dos semanas de evolución, causada por derrame pleural. Antecedentes de mastectomía por cáncer de mama hace 8 años. Por toracocentesis con aguja de Abrams se confirmó el diagnóstico de derrame maligno, se evacuaron 1500 mililitros de líquido sero-hemático, cediendo la disnea y lográndose la expansión pulmonar. Se decidió realizar pleurodesis con hidróxido de sodio 1%; con buena tolerancia y sin complicaciones. En el seguimiento de 5 meses no se objetiva ni disnea ni derrame pleural.

Conclusiones: este procedimiento ejecutado con una correcta técnica y en pacientes seleccionados, debe ser tenido en cuenta ante la presencia de un derrame pleural maligno.

TRATAMIENTO DEL INSULINOMA CON DIAZOXIDO

Mateu MV, González Pardo FO, Cristino A, Lasdica S, Fainstein D

Hospital Privado del Sur - Bahía Blanca. Email: gpardo@intramed.net.ar

Introducción: Se presenta el caso de un paciente portador de un insulinoma. Se trata de una patología muy poco frecuente, con una incidencia anual de un caso por millón de habitantes, principalmente en mayores de 30 años. Estos tumores, habitualmente adenomas solitarios, segregan insulina en cantidad suficiente como para producir hipoglucemia. Se manifiestan característicamente con síntomas neurológicos, sin los típicos síntomas vegetativos. El diagnóstico se realiza sobre la base de los síntomas, valores de glucemia por debajo de 50mg% y niveles elevados de insulina plasmática y péptido C en ayunas. El mejor método para localizar el tumor es la arteriografía subselectiva del tronco celiaco. El tratamiento de elección es la cirugía.

Caso clínico: paciente 79 años, obeso, hipertenso medicado con enalapril 5mg/día, con disnea habitual clase funcional II-III, presentó un cuadro de excitación psicomotriz y disnea, en contexto de una bronquitis aguda. En el laboratorio de ingreso se destaca una glucemia de 0,32mg% e hipoxemia. La tomografía de cerebro no evidenció alteraciones significativas. Se solicitó un dosaje de insulina plasmática obteniéndose valores de 39,8uU/ml (valor normal= 5-20uU/ml) y de péptido C de 1826pmol/ml (valor normal= 298-1324pmol/ml). La tomografía de abdomen no mostró alteraciones. La arteriografía selectiva de arteria celiaca evidenció una formación hipervascularizada de 3cm de diámetro en cabeza del páncreas. Se inició tratamiento con 300mg de diazóxido por vía oral. Al mes de tratamiento presentó controles de glucemia en ayunas de 0,65g/L y de insulina de 4,6 mcU/L, por lo que se disminuyó la dosis de diazóxido a 200mg/día, obteniendo al mes valores de glucemia de 0,71g/L y de insulina de 10,4mcU/L.

Conclusión: Si bien el tratamiento de elección de los insulinomas es la cirugía, cuando ésta fracasa, en los pacientes que se niegan a la intervención o ante un insulinoma maligno con metástasis, está indicado el tratamiento oral con diazóxido en dosis de 300-600mg/día, con distintos resultados. En este caso se obtuvo una excelente respuesta al tratamiento con bajas dosis de diazóxido, que permitió al paciente retomar sus actividades cotidianas con normalidad.

SOPORTE NUTRICIONAL EN EPOCA DE CRISIS

López Paz AB, Vázquez LM

Hospital Privado del Sur, Unidad de Alimentación - Bahía Blanca. E-mail: fourcade@bblanca.com.ar

Introducción: La eficacia de las formulas comerciales enterales respecto al soporte nutricional es indiscutible pero, dada la situación económica y social que atraviesa nuestro país, resultan inaccesibles para una gran proporción de pacientes debido a su elevado costo. Por este motivo, se evaluó la eficacia de otras alternativas como las fórmulas artesanales.

Objetivos: a. Describir los efectos de las fórmulas artesanales en diferentes variables relacionados con el estado nutricional. b. Describir los costos de la realización de la fórmula artesanal y su administración.

Material y Método: Se incluyeron pacientes que ingresaron al Servicio de Terapia Intensiva del HPS durante un período de 6 meses, que tenían indicación de alimentación enteral. Las fórmulas artesanales fueron definidas para cada paciente de acuerdo a su patología de base. Al comenzar la alimentación, se registraron datos de edad, peso, diagnóstico y de diferentes variables relacionadas con el estado nutricional. Estos mismos parámetros nutricionales se estimaron al 5to y 10mo día de seguimiento. Para el análisis estadístico de los datos, se utilizaron como medidas resumen, la mediana para tendencia central y el Rango Intercuartílico (RI), para dispersión. Para la comparación de las diferentes variables en los distintos días de seguimiento se utilizó el test de Friedman para muestras relacionada, utilizándose un nivel de significación del 5%. Se estimaron los costos directos de la realización y administración de dichas fórmulas.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes, 5 mujeres y 3 hombres con un promedio de edad de 65,37 años (DS 8,18), cada uno de los cuales recibió un tipo de fórmula artesanal. Los resultados de las variables nutricionales al ingreso, 5to y 10mo día fueron: Creatinina /talla (%): 69,2, 68,9, 75,4 (P = 0,159 NS); Hematocrito (%): 35,5, 38, 36,5 (P=0,39 NS); Albúmina (mg%): 2,93, 3,07, 3,18 (P=0,001), Circunferencia del brazo (cm): 31,2, 31,2, 31,5 (P=0,11); Glucemia (gr/l): 1,34, 1,30, 1,14 (P=0,135) NS; Circunferencia de la muñeca (cm): 17,7, 18,8, 18,8 (P=0,005); Peso (kg): 87,5, 80,1, 79,1 (P=<0,001) Dos pacientes presentaron diarrea, uno por intolerancia a la lactosa y otro por desplazamiento de la sonda. El costo promedio por 1000 kilocalorías fue de \$ 4,5, con un rango de (\$ 1,49 – \$ 10,77).

Conclusiones: En los pacientes estudiados se observó una evolución satisfactoria en los parámetros nutricionales considerados a pesar de la disminución del peso. Si bien, el número de pacientes es reducido, si se considera el bajo costo de este tipo de fórmulas, su utilización podría estar justificada cuando el acceso a las fórmulas comerciales no es posible.

MOTIVOS DE CONSULTA A LOS COMITES DE BIOÉTICA DE LOS HOSPITALES PRIVADOS

Zapico A, Segovia M

Hospital Privado del Sur, Comité de Bioética - Bahía Blanca.

Introducción: Los motivos de consulta a los Comités Hospitalarios de Bioética (CHE) son relevantes en tanto expresión de los problemas humanos y éticos que surgen en la Relación Médico-Paciente (RMP) y el contexto institucional y social en que ésta se desarrolla. Los Principios de la Bioética: Autonomía, Beneficencia y Justicia brindan respuestas operativas a interrogantes concretos de la Medicina actual enfrentada a nuevos paradigmas.

Objetivo: Realizar un relevamiento de los motivos de Consulta a los Comités de Bioética de los Hospitales Privados.

Material y Método: Se realizó un trabajo retrospectivo relevando información, a través de entrevista personal, acerca de los motivos de consulta y tiempo de gestión a los Comités de Bioética existentes en los Hospitales Privados de la Ciudad de Bahía Blanca: Hospital Italiano Regional del sur (HIRS), Hospital de la Asociación Médica (HAM) y Hospital Privado del Sur (HPS). Se agruparon los motivos de consulta espontánea de los profesionales según los temas propuestos por la Ley Nacional 24.742 de Comités de Bioética.

Resultados: En total los motivos de consulta fueron 13. De los 3 hospitales privados: HIRS, HAM y HPS, el primero tiene 5 años de gestión con 10 casos, y los dos siguientes 1 año en formación con 1 caso el HAM y 2 casos el HPS.

Los motivos de consulta agrupados fueron: Prolongación artificial de la vida, Racionalidad en el uso de los recursos, Experimentación en humanos, Derechos de los pacientes, Calidad y Valor de vida, Secreto Médico.

Conclusión: De los resultados obtenidos se desprendería que las consultas son poco frecuentes y que las temáticas abordadas son de relevancia suficiente como para que se fomente la actividad de los CHE en su función educativa tanto entre sus propios miembros como dentro de la comunidad hospitalaria, y a la comunidad en general.

LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA (LPA): UTILIDAD DE LA CITOMETRÍA DE FLUJO EN EL DIAGNÓSTICO

Agriello E, Fernández V, Lorenzo S, Silenzi N, Di Paolo D, Pombo P, Re L, Larregina A, Garbiero S
Hospital Interzonal General "Dr. José Penna", Servicios de Hematología y Oncología - Bahía Blanca. E-mail: evafreinfovia.com.ar

Introducción: La Leucemia Promielocítica Aguda requiere una rápida identificación ya que se deben tomar decisiones terapéuticas tempranas. Habitualmente el screening morfológico es suficiente, pero la existencia de falsos positivos y negativos hace necesario buscar métodos más objetivos y más rápidos que la confirmación molecular de la translocación 15;17 (PML/RAR á +) patognomónica de LPA.

Objetivo: Evaluar la utilidad del inmunofenotipo por citometría de flujo como método diagnóstico temprano de LPA.

Material y Método: desde enero de 2000 hasta junio de 2002 se evaluaron 51 pacientes con diagnóstico presuntivo de Leucemia Mielóide Aguda de los cuales 6 presentaron perfil inmunológico de LPA.

Los procedimientos diagnósticos en el aspirado medular fueron: 1) observación microscópica directa, 2) citoquímica para mieloperoxidasa y 3) perfil inmunofenotípico.

Para citometría de flujo se aislaron los elementos nucleados por lisis de eritrocitos y se utilizó un panel de anticuerpos monoclonales que cubrió el espectro de los distintos linajes: CD33, CD13, CD15, HLA DR, CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD10, CD11c, CD14, CD16, CD19, CD10, CD22, CD25, CD71, CD38, CD45, CD56, CD34, CD117, GLI A, CD61.

En las 5 típicas el diagnóstico se realizó por morfología y por citometría de flujo, en la variante microgranular además se buscó la t(15;17) por RT PCR para la confirmación diagnóstica. La LPA presenta al diagnóstico un patrón fenotípico aberrante característico

Resultados: Patrón inmunofenotípico: única población de blastos, autofluorescencia, CD33++ homogéneo, expresión heterogénea de CD13, HLA DR-, patrón CD15/CD34 definido.

Conclusiones: el inmunofenotipo aporta gran valor para un screening rápido de LPA con rearrreglo PML/RARa. Además este fenotipo es de utilidad en el seguimiento de enfermedad residual mínima.

EXPRESION DE PROTEINAS ANCLADAS POR GLICOSILFOSFATIDILINOSITOL (GPI) EN HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA (HPN)

Agriello E, Ré L, Pombo P, Silenzi N, Melucci V, Dates A, Di Paolo D, Garbiero S
Hospital Interzonal General "Dr. José Penna", Servicio de Hematología - Bahía Blanca. E-mail: evafre@infovia.com.ar

Introducción: La HPN es un desorden hematológico a nivel de las células stem caracterizado por la aparición de clones de distintos tipos celulares deficientes en proteínas de superficie ancladas a la membrana por medio del complejo glicosilfosfatidil inositol. La deficiencia de estas proteínas regulatorias como el CD55 y CD59 hacen a las células deficitarias, especialmente a los eritrocitos muy sensibles al complemento, produciéndose hemólisis y hemoglobinuria. La citometría de flujo permite hacer el diagnóstico de esta enfermedad evaluando la expresión de estas moléculas en distintos linajes celulares.

Nuestro objetivo fue evaluar proteínas ancladas a la membrana por GPI: CD55, CD59, CD16, CD14 en las distintas poblaciones celulares.

Material y Método: Se estudiaron 10 pacientes normales y 5 con diagnóstico diferencial de HPN (1/5 con prueba de HAM+). Los eritrocitos fueron marcados con anti CD55 y anti CD59 por inmunofluorescencia directa en sangre periférica anticoagulada con EDTA. Las poblaciones leucocitarias fueron marcadas además con anti CD14 y anti CD16 junto a anti CD45 como reactivo de gating, utilizando citometría de flujo para el análisis. En el grupo control se determinó una curva unimodal en valores de expresión normal para la totalidad de las proteínas.

Resultados: En el grupo de 5 pacientes con sospecha diagnóstica encontramos 3 normales y dos patológicos:

Paciente 1: curva bimodal en los eritrocitos para CD55 y CD59, en neutrófilos CD16, CD55 y CD59 disminuido.

Paciente 2: curva bimodal en los eritrocitos para CD55 y CD59, monocitos sin expresión de CD14 y curva bimodal para CD55 en monocitos y linfocitos, en los neutrófilos se detectó una población mayoritaria de células CD16-.

Conclusiones: Resaltamos la importancia del análisis por CF de estas proteínas para evaluar pacientes con diagnóstico presuntivo de HPN. Si bien el análisis de los eritrocitos es informativo, las poblaciones leucocitarias lo corroboran CD16(neutrófilos), CD14(monocitos), a pesar de algunas de ellas tener sistemas de anclaje alternativos(secuencias hidrofóbicas transmembrana) que permiten su expresión.

SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO CRÓNICO: CORRELACION DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO Y CITOMETRÍA DE FLUJO

Agriello E, Pombo P, Garbiero S, Smit R¹, Lespi P

Hospital Interzonal General "Dr. José Penna", ¹Servicio de Hematología, ²Servicio de Patología - Bahía Blanca. - E-mail: evafreinfovia.com.ar

Introducción: Los síndromes linfoproliferativos crónicos (SLPC) son un amplio grupo de enfermedades que tienen su origen en la proliferación clonal de linfocitos maduros de estirpe B, T o NK. El diagnóstico de laboratorio se basa fundamentalmente en el examen histopatológico y el inmunofenotipo celular. La frecuencia de presentación es alta para procesos B, y baja para T y NK. El objetivo de nuestro trabajo es correlacionar dos métodos diferentes de diagnóstico, el histopatológico (HP) y la citometría de flujo (CF) en los SLPC.

Material y Método: Se analizaron en forma comparativa 23 pacientes que correspondieron a 19 ganglios, 4 médulas óseas y un segmento de intestino delgado. Las muestras ganglionares fueron remitidas en fresco. Un fragmento de la misma fue fijada en formol al 10% y Bouin, incluido en parafina y coloreada con hematoxilina-eosina (H-E). La muestra restante fue enviada en solución fisiológica para su estudio de CF a la brevedad. Las médulas óseas fueron fijadas en Bouin, decalcificadas con EDTA, incluidas en parafina y coloreadas con H-E, PAS Giemsa y retículo. En las biopsias se realizó inmunohistoquímica para PanB, PanT, CD10, CD23, CD5, CD30, bcl2, cadenas livianas kappa y lambda. El panel utilizado por CF fue: CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD10, CD11c, CD14, CD16, CD19, CD10, CD22, CD25, CD23, CD38, CD45, CD56, CD103 y cadenas livianas kappa y lambda.

Resultados: Se observaron cambios linfoides atípicos en 13 ganglios con los dos métodos; 1 fue no apto para CF por incremento en la mortalidad celular; 1 evidenció una infiltración neoplásica en la CF y la AP no fue concluyente; 4 demostraron cambios linfoides reactivos. En las 4 MO los dos métodos coincidieron en el diagnóstico de linfoma.

Conclusiones: La CF es un método sensible y específico que distingue fácilmente procesos neoplásicos (monoclonales) de aquellos reactivos (policlonales) para poblaciones B. La AP aporta además del diagnóstico histológico específico, elementos que no pueden ser evaluados por CF como patrones de infiltración, necrosis y fibrosis". En nuestro grupo de estudio observamos discrepancias con respecto a la clasificación en 2/4 MO entre los dos métodos. Finalmente recomendamos el uso de ambos métodos en forma conjunta ya que logran una capacidad de detección mucho mayor que cada uno en forma aislada. La CF es de gran utilidad en ciertos linfomas especialmente los de bajo grado (ej: linfocítico, manto y folicular) y más rápido que la histopatología.

EVALUACIÓN DE PARÁMETROS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICOS (CÉLULAS DENDRÍTICAS, PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) Y PROCALCITONINA (PCT) EN SANGRE PERIFÉRICA DE PACIENTES CON SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA (SIRS) Y DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA (DOM)

Bernardis V, Agriello E, Rizzo M, Sola C, Sola MO, Garbiero S, Roque MR, Chuluyan E*

Hospital Interzonal General "Dr. José Penna", Servicios de Hematología, Laboratorio y Terapia Intensiva; Universidad Nacional del Sur, Cátedra de Fisiología Humana - Bahía Blanca; *Hospital de Clínicas, Servicio de Inmunogenética - Buenos Aires. E-mail: evafre@infovia.com.ar

Introducción: En sangre periférica se distinguen DC plasmocitoides (DCp) y mieloides (DCm) basada en la expresión de CD123 y CD11c (DCp: CD123+; DCm: CD11c+). La PCR y la PCT son proteínas marcadoras en respuesta a injuria tisular o a infección.

Objetivo: 1) Evaluar los valores absolutos de DC en la sangre periférica de pacientes de terapia intensiva (UTI) y una población normal relacionándolos con la clasificación clínica y otros parámetros bioquímicos tempranos: PCR y PCT 2)

Material y Método: Se analizaron 18 adultos sanos y 23 pacientes de UTI con un tiempo de permanencia mayor a 24 hs clasificándolos según score APACHE II (se excluyeron las patologías de origen hematológico o cardiológico). Las muestras de sangre periférica se obtuvieron cada 48hs, realizando un recuento leucocitario con contador hematológico e inmunofenotipo de las DCm y DCp y se cuantificó Proteína C reactiva por método turbidimétrico y Procalcitonina por método inmunocromatográfico semicuantitativo.

Resultados: Independientemente del estadio clínico, al ingreso a la UTI, los pacientes presentaron niveles bajos de DC (DCp: 1.9±2.5; DCm: 7.7±7.3) comparados con el grupo control (DCp: 14.4 ±6.7;

DCm:22.6 ±6.9) P<0.0001.La recuperación en los valores de DC(DCp: 4.9 ±2.7; DCm: 15.6 ± 6.3),la disminución de los valores de PCR(Mna=2.3mg/dl) y de PCT <0.5ng/ml se correlacionó con una evolución favorable de los pacientes (13). Los pacientes con una evolución desfavorable (10) mantuvieron valores bajos de DC(DCp:1.4±3.7;DCm:3.6±6.9), valores altos de PCR(Mna:23.1mg/dl) y PCT con valores >2ng/ml. Teniendo en cuenta el status clínico(SIRS vs DOM) se encontraron diferencias significativas(P<0.01) en los valores de DC. Se observó correlación entre los valores de APACHE II y DC123 al ingreso,(r= -0.73).

Conclusiones: i) existe una disminución de DC en sangre periférica de pacientes internados en terapia intensiva; ii)la evolución clínica favorable se correlaciona con un aumento en los valores de DC, disminución en la PCR y PCT; iii)Los pacientes en DOM presentan menores recuentos absolutos de DC comparados con los pacientes en SIRS.

AGENTES INFECCIOSOS ASOCIADOS A INFERTILIDAD MASCULINA

Benvenuti ML, Rizzo M, Vaylet S, Rosa E, Vilariño MA

Hospital Interzonal General "Dr. José Penna", Laboratorio Central, Sectores de Microbiología, Endocrinología y Fertilidad - Bahía Blanca. E-mail: msrizzo@infovia.com.ar ; laboratorio@hambb.com.ar

Introducción: Se considera que entre las parejas en edad reproductiva del 10 al 30% son infértiles y en aproximadamente un 30% de los casos se atribuye al factor masculino como causa única o asociada a la infertilidad.

Objetivo: Evaluar la patología infecciosa como probable causa de infertilidad masculina.

Material y Método: Se estudiaron 169 muestras de esperma de pacientes de parejas con trastornos de la fertilidad que consultaron en nuestro hospital durante el periodo comprendido entre octubre de 1998 y mayo de 2002.

A cada muestra se le realizó examen físico (aspecto, cantidad, consistencia, licuefacción, pH), químico (fructosa y ácido cítrico), microscópico (recuento, movilidad y estudio morfológico de los espermatozoides, presencia de células espermáticas y leucocitos) y microbiológico (investigación de gérmenes comunes, levaduras, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*).

Resultados: El 86% (n=145) de las muestras estudiadas presentaron uno o más parámetros anormales encontrándose en un 28.4% (n=48) de los casos el estudio microbiológico positivo. En 47 muestras desarrolló *Ureaplasma urealyticum*, en el restante desarrolló *Mycoplasma hominis*, en ambos casos con recuento significativo resultando negativa la presencia de los otros microorganismos investigados.

Solamente en un 4% (n=2) de los espermogramas normales se detectó el examen microbiológico positivo para *Ureaplasma urealyticum*.

Se halló la presencia de granulocitos polimorfonucleares sólo en un 30% (n=14) de los pacientes infectados como así también en un 9.8% (n=12) de los no infectados.

Conclusión: De acuerdo a los resultados obtenidos sugerimos que frente a un informe de espermograma básico anormal, con o sin leucocitospermia, se estudie la etiología infecciosa como causa de infertilidad de la pareja.

EDUCACIÓN PERINATAL: ANALISIS DE UNA ENCUESTA POSTNATAL A MADRES CON EMBARAZOS DE TERMINO

Vercesi S, Alvarez Bayón R, Alda E

Hospital Privado del Sur, Servicio de Neonatología - Bahía Blanca. E-mail: silvanasi@bblanca.com.ar

Introducción: Los cursos de Psicoprofilaxis a mujeres embarazadas mediante el método Lamaze, es una práctica ampliamente difundida, aunque su utilidad aún no ha sido suficientemente comprobada.

Los objetivos principales de este estudio, fueron evaluar el comportamiento materno, la percepción del dolor y la presencia del acompañante o "doula" durante el trabajo de parto y parto en mujeres con embarazos de término, que recibieron o no Educación Perinatal (EP)

Como objetivo secundario, se analizó la incidencia de lactancia materna al alta hospitalaria, entre ambos grupos.

Material y Método: Madres asistidas en el Hospital Privado del Sur, desde Agosto a Octubre de 2000, con embarazos de término (>=37 semanas de gestación). Entrega de la encuesta durante el puerperio inmediato, con instructivo personalizado. Diseño: Observacional; descriptivo; corte transversal. Variables seleccionadas: Autoanálisis del comportamiento y percepción del dolor durante el trabajo de parto y parto, mediante una escala elaborada "ad-hoc"; presencia de acompañante o "doula" en Sala de Partos; forma de terminación del parto: Natural o cesárea; logro de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria.

Dichas variables se compararon entre el grupo de madres que habían recibido EP (Grupo estudio) en el actual embarazo y las que no habían recibido EP (Grupo control).

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. La metodología estadística incluyó la prueba de χ^2 y el test exacto de Fisher.

Resultados: 170 encuestas fueron entregadas; se devolvieron 116 (68%); 75 correspondían al Grupo estudio y 41 al Grupo control.

El rango de edad materna fue de 17-43 años; la nuliparidad fue del 53% y la relación parto natural: cesárea fue 1.5:1. Analizadas todas las variables seleccionadas, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p > 0.05$).

Conclusiones: La educación perinatal no demostró beneficios en ninguna de las variables relacionadas con el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato.

Comentario: Analizar la utilidad de la Educación Perinatal, exclusivamente mediante variables biofísicas, minimiza los beneficios del método Lamaze. Creemos que la propuesta de EP se jerarquiza a través de una mayor satisfacción materna física y emocional, al brindarle a ella y a su familia, un conocimiento integral del trabajo de parto, parto y puerperio.

MENINGITIS ASOCIADA A TUBERCULOSIS GANGLIONAR

Sillio J, Urizar R, Frizza I, Bustamante L, Toledo F, Sola C, Fainstein D, Ontivero M, Casas P, Lasdica S, Tentoni P, Mateu V, Sierra F, Maurizzi D

Hospital Privado del Sur, Servicio de Terapia Intensiva - Bahía Blanca.

Introducción: La Tuberculosis (TBC) es una enfermedad endémica en la que el compromiso meníngeo, es la forma más grave y ocurre en 0,5% de todas las TBC. Es más frecuente en edades extremas y HIV.

Presentación del caso: Presentamos el caso de un paciente de 48 años sin antecedentes personales de importancia, que ingresa en Coma, con diagnóstico de TBC Ganglionar, en tratamiento con Rifampicina, Estreptomina, Ceftriaxona y Ciprofloxacina. La enfermedad comenzó una semana antes con la extracción de ganglio y drenaje axilar, a los 3 días presentó desorientación témporo-espacial y cefalea, entrando en coma. Se le realiza punción lumbar (PL), Tomografía Cerebral normal, se deriva a centro de mayor complejidad. Al ingreso a UTI, se le realiza Resonancia Magnética (RM) cerebral donde no se observa anomalías. En el examen: Piel sin cicatriz de BCG, nódulos subcutáneos en abdomen y tórax (refiere el familiar que algunos son dolorosos) y herida supurada en axila izquierda. En el examen neurológico: miosis intermitente, fondo de ojo normal, rigidez de nuca, Glasgow 7/15, HIV (-). Se realiza nueva PL: Líquido ligeramente turbio Pandy (+/-), Proteínas 45gr/dl, Glucosa 0,57gr/lit mg, cel. 20 mm y Cl 112 mg/lit, PCR (-), Cultivos (-), Leucocitos 10.700 F(NS82%, E1, L12, Inmunoblastos 1%, B 0, M 4) Hb 11,70 gr/100 ml, TGO 63mU/ml (N.<40) y TGP 48 mU/ml (N.<36), Bilirrubina normal, Eritrosedimentación 21 mm. Se continúa con Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida, Estreptomina, Prednisona 1mg /kg/día, a las 24 hs despierta lucido ubicado y bradipsíquico, progresando en días posteriores. Actualmente se encuentra cursando su 9no. mes de tratamiento Tuberculostático, reincorporado a su actividad laboral.

Conclusiones: Presentamos este caso por la inusualidad de presentación, ya que siempre son de difícil interpretación las meningitis a líquido claro, esta ocurrió en el contexto de un diagnóstico biopsico de TBC, a través de la consulta bibliográfica podemos establecer la hipótesis de la fisiopatología como: Meningitis por mecanismo de Infección diseminada directa y/o por Reacción inflamatoria dada por la infección o su tratamiento, estos cuadros deben ser tratados oportunamente, para evitar daños graves o la muerte.

EVALUACION DE LA ERITROPOYESIS EN LA POLICITEMIA SECUNDARIA

Roque M, Sandoval M, Aggio MC

Universidad Nacional del Sur, Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia, Cátedra de Fisiología Humana - Bahía Blanca. E-mail: mroque@criba.edu.ar

Introducción: La eritrocitosis de altura o Policitemia Secundaria (PS) es considerada una respuesta adaptativa para compensar los bajos niveles de O₂ en el aire inspirado. En la hipoxia aguda o crónica, las células renales productoras de Eritropoyetina (Epo) forman parte de los "sistemas sensores" reguladores. Diversos estudios sostienen que los altos niveles de Epo de la hipoxia aguda (intermitente) no persisten en la hipoxia crónica (continua) no observándose, por lo tanto, una relación directa entre Epo y Hb. Hasta el presente no existen estudios sistemáticos sobre los mecanismos fisiopatológicos de adaptación a la hipoxia crónica en zonas de altura.

Objetivos: Evaluar la expansión eritropoyética y su regulación en zonas de altura, mediante el Receptor Soluble de Transferrina (RsT) y la Epo.

Material y Método: Grupos Seleccionados. Residentes Estables en Zona de Altura No Ferroprivos (> 3600 m, ciudad de La Paz, Bolivia) (n= 57). Grupo de Referencia: Residentes a Nivel del Mar No Ferroprivos (n=51) y Ferroprivos (n=52).

Métodos. RsT (8,8-28,1 nmol/L) y Ferritina (8-140 M < 50 años y 20-400 mg/L, M > 50 años y H) por ELISA. Epo (1,6 a 34 mU/mL) por Quimioluminiscencia. La Paz: Hb:160-180gr/L (H);150-175 gr/L (M); HCT:48-58% (H); 45-56% (M). Prueba de Hipótesis ($\alpha = 0,05$). Regresión simple. Gráficas de dispersión de puntos. Gráficas de Caja y Línea.

Resultados. Residentes a NIVEL DEL MAR No Ferroprivos:RsT 8,9-26,2 nmol/L (vm 16,8); Epo 3,7-34,0 mU/mL (vm11,5);. Residentes a NIVEL DEL MAR Ferroprivos: RsT 16,1-159,8 nmol/L (vm 65,7); Epo: 23,3-941,1 mU/mL (vm 170,3). En Residentes ESTABLES en ZONA DE ALTURA No Ferroprivos, el RsT fue mayor (11,9-54 nmol/L, vm 22,3 nmol/L) y la Epo menor (2,3-10,4 mU/mL, vm 5,8) con respecto al nivel del mar. El O/P del LnRsT fue superior (1,20, DE 0,13) al obtenido en la población de referencia (1,00, DE 0,11).

Conclusiones: El RsT refleja con precisión la expansión medular de la PS. Los niveles de Epo podrían considerarse inapropiados para el grado de eritrocitosis, sin embargo, indicarían una respuesta regulatoria eficiente a la hipoxia de altura. Estos resultados sugieren que el mecanismo de adaptación a la hipoxia crónica es complejo y no bien entendido.

FERROPENIA LATENTE Y MANIFIESTA EN POBLACIONES PEDIATRICAS HOSPITALARIAS

Gatti C¹, Sandoval M¹, Elorza A², Re L², Avila V², Garbiero S², Roque M¹

¹Universidad Nacional del Sur, Cátedra de Fisiología Humana; ²Hospital Interzonal General "Dr. José Penna", Servicio de Oncohematología - Bahía Blanca. E-mail: mroque@criba.edu.ar

Introducción: La alta prevalencia de deficiencia de hierro en recién nacidos y niños tiene repercusión social y constituye un problema relevante en la salud pública. Su tratamiento y prevención deben ser considerados en forma prioritaria ya que el mayor requerimiento de hierro coincide con la etapa de crecimiento y adquisición de habilidades motoras.

Objetivo: Estudio de detección precoz de deficiencia de hierro en un grupo de riesgo definido por edad y perfil socio-económico.

Material y Método: Criterio de Selección. Grupo etario entre 1 y 10 años que concurre a servicios de pediatría por consultas no hematológicas (n=110). Anemia ferropriva: hemoglobina (Hb): < de 11 gr/dL, volumen corpuscular medio (VCM): <70 fL, Ferritina: <12 µg/L, Transferrina: 480 µg/L, Saturación de Transferrina: < 9% (Frank Oski, 1993); Ferropenia latente: Ferritina: <12 µg/L.

Métodos. Curvas de regresión y distribución de puntos para los siguientes parámetros: Hb,% de saturación de transferrina, ferritina y VCM.

Resultados: La relación VCM-Hb identificó anemia manifiesta en el 9,3% de los casos estudiados. La relación Ferritina-Hb detectó un porcentaje menor de anémicos ferropénicos (7,4%), mientras que identificó un 13% de la población con ferropenia latente. El análisis de la relación Transferrina-Hb no fue sensible para detectar anémicos ferropénicos.

Conclusiones: La Hb como único parámetro no es un índice sensible en el diagnóstico precoz de la ferropenia. Nuestros resultados muestran que la combinación de pruebas refleja con precisión los estados de deficiencia de hierro.

PROTOCOLO DE REHABILITACION PARA EL TRATAMIENTO DEL EDEMA EN EL MIEMBRO SUPERIOR

NUÑEZ M^{1,2}, CARVAJO S²

¹Hospital Italiano Regional del Sur; ²ERFyL Estudio de rehabilitación funcional y laboral.

Introducción: La persistencia del edema indica la necesidad inmediata de implementar tratamiento específico y programas educativos con el fin de evitar adherencias-deformidades, retardos en la consolidación, así como también, restaurar el movimiento y la función. Sustentamos que la aplicación de técnicas específicas desde terapia ocupacional, mejora los resultados funcionales en pacientes con edema en miembro superior.

Tipo de Estudio: Explicativo cuasi-experimental, retrospectivo longitudinal.

Objetivo General: Determinar la eficacia del tratamiento de terapia ocupacional en el abordaje del edema en el miembro superior.

Objetivo Específico: 1 Describir las técnicas de abordaje de terapia ocupacional en edema de miembro superior. 2. Medir el grado de evolución en categoría funcionales de los pacientes con edema en miembro superior.

Material y Método: Estudio con consentimiento informado a 50 pacientes con edema de miembro superior, que concurren a consultorio privado en la ciudad de Bahía Blanca entre el mes de enero de 1994 a marzo de 2002.

Criterio de inclusión: pacientes con politraumatismo de miembro superior, posquirúrgico y con diagnóstico de distrofia refleja simpática secundaria. Criterio de exclusión: pacientes operados de mama, hemiplejía, debilidad mental, enfermedades reumáticas, alteraciones psiquiátricas.

Evaluación: medición circular, goniometría, fuerza muscular (Jamar).

Técnicas de tratamiento específicas: vendaje y uso de prendas compresivas, férulas de aire, masajeador eléctrico, crioterapia, masaje retrógrado, coldpack, hidroterapia, estaciones de rehabilitación, actividades funcionales, ferulaje (de posición funcional).

Resultados: De un total de 50 pacientes (ptes.), se obtuvieron resultados funcionales con la siguiente categoría: excelente: 35 ptes., bueno: 10 ptes., regular: 5 ptes. Ningún paciente se categorizó con resultado malo.

Conclusiones: El éxito-fracaso de cualquier intervención quirúrgica no depende exclusivamente de la pericia del cirujano. La aplicación de un protocolo de rehabilitación post-quirúrgico instrumentado por un Terapeuta Ocupacional calificado, garantiza una evolución óptima a corto plazo. Esto se traduce en: 1. Independencia en las actividades del diario vivir en forma temprana. 2. Reincorporación laboral sin riesgos.

FOTOEDUCACION “ PROYECTO AMIGOS DEL SOL”. EXPERIENCIA LOCAL.

Caferri M¹, Rodríguez M², Rodríguez Badilla P³

Proyecto Costa Rica Bahía Blanca, ¹Dermatóloga, Sección Bahía Blanca de la Sociedad Argentina de Dermatología; ²Docente de Nivel Inicial. Jardín de Infantes N° 904 - Bahía Blanca; ³LINCOS - Costa Rica. E-Mail: marisabel@surlan.com.ar

Introducción: Este proyecto surge de la necesidad de crear conciencia en la población de los riesgos que implica una excesiva exposición solar; esto no sólo se refleja en el aumento en la incidencia de cáncer de piel, sino también en el daño de los ojos y del sistema inmunológico de la piel. La elección de este grupo etario (5 y 6 años) se debe a que la población infantil es la más susceptible, tiene exposiciones involuntarias prolongadas y su piel es más delgada. Además, el 80% del daño se acumula en los primeros 18 meses de vida y resulta muy difícil modificar conductas y hábitos de la población adolescente, que ya tiene arraigado el culto al bronceado. Se pretende además, que los niños sean "retroeducadores" de sus padres.

Objetivos: Describir las actividades realizadas en un taller de fotoeducación de dos meses para modificar la conducta de exposición al sol del niño y su familia.

Material y Método: Una misma estructura de taller se implementó durante 5 años consecutivos (1997 a 2001) en más de 300 niños de 5 y 6 años que concurren al Jardín 904 de Bahía Blanca (Bs As).

Resultados: En base a los conocimientos previos de los alumnos se organizaron actividades lúdicas programadas, en forma individual y/o grupal, para lograr diferentes aprendizajes de acuerdo con sus posibilidades, intereses y experiencias. Los niños efectuaron representaciones gráficas y carteles explicativos, inventaron canciones y buscaron material alusivo; se comunicaron vía mail con Costa Rica, donde se desarrolló un proyecto similar. Paralelamente se trabajó con los padres, quienes participaron de charlas informativas a cargo de una dermatóloga, recibieron folletería y observaron un video sobre el tema en compañía de sus hijos. Se administró una encuesta a los padres antes y después de la intervención, con preguntas referidas a sus conductas y hábitos de exposición al sol, para evaluar posibles cambios.

Conclusiones: Nuestra experiencia con este tipo de talleres, indica que resultan una estrategia exitosa y atractiva para la población infantil; esto se refleja en la disposición y entusiasmo manifestados por los niños en las diversas tareas programadas. El análisis de las encuestas revela un cambio positivo de actitud de los padres y nos compromete a seguir trabajando y difundiendo este tipo de actividades para que nuevos grupos se sumen a esta propuesta.

BURN OUT EN TRABAJADORES DE LA SALUD. ENCUESTA AAOC 99 PARTE I

Di Pretoro M, Bernal P, Ferro N, Salas V, Fisman N, Pietrani R, Giordano E, Heredia N
HOAC, Capítulo de Psico-Socio-Oncología.

Introducción: Burn out: síndrome caracterizado por: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (D) y falta de Realización Personal (RP), en el trabajo, en personas que se ocupan de asistir gente.

OBJETIVOS: evaluar en trabajadores de la salud el nivel de Burn Out: bajo (B), medio (M) y alto(A), situaciones laborales que: a)provocan mayor estrés, b)más gratificantes y autoevaluación de recursos profesionales.

Material y Método: 1) el MBI (Maslash Burnout Inventory), escala 22 items con frecuencias 0 a 6 para cada uno que miden tres factores CE, D y RP en el trabajo. 2) encuesta ya diseñada por la Lic. N. Ferro. De 200 ejemplares de 1) y 2) entregados, 142 se completaron en forma anónima y autoadministrada, siendo evaluables 116, 72% mujeres y 28% hombres, con edad promedio de 41.5 años Tienen cargo asistencial 75% y 25% de conducción. Son 37% médicos, 12% instrumentadoras, 7% enfermeras, 6% administrativos, 27% psicólogos y psiquiatras y 10% otros.

Resultados: (79/116) 68% de respondientes considera que sufre Burn out: (30/79) 38% nivel B, (39/79) 49% M, sólo (2/79) 3% A, (8/79) 10% no contesta. Áreas afectadas por el estrés personal (64/116) 55%, profesional (34/116) 29% y social (28/116) 24%. Presentan: (CE) A y M 7 de cada 10 respondientes, 3 de cada 10 una A (D) y el 46% (RP) M y B. De los hombres (21/32) 66% y (42/84) 50% de las mujeres evidencian (RP). Entre quienes sólo trabajan con pacientes oncológicos (28/39) 72% tiene (CE) M y A, (14/39) 36% presenta una (D) A. Entre quienes no trabajan en forma exclusiva el (33/69) 48% tiene B (D) y (40/69) 58% revela nivel A de (RP). De los respondientes que tienen nivel M o A de (CE), 7 de cada 10 tienen A o M (D). En cambio entre quienes tienen B nivel de (CE) 7 de cada presentan una B (D) y A nivel de (RP). Situaciones laborales que provocan mayor estrés: 1) dificultad de cobro de honorarios / sueldos 52%, 2)papeleo 46%, 3) gran cantidad de pacientes a cargo y para 4 de cada 10 respondientes los pacientes murientes y los resultados no exitosos de los tratamientos. Actividades más gratificantes en el trabajo: 74% relación con losd pacientes 68% intercambio con colegas y 60% atención clínica. Recursos profesionales: se consideran suficientemente preparados para: el tratamiento de la enfermedad (75/116) 65% y manejo de situaciones problemáticas (79/116) 68% cree que está suficientemente entrenado para el control de síntomas (62/116) 53%, y para las estrategias de comunicación (83/116) 72%. **Conclusiones:** La mayoría de los encuestados considera que padece algún grado de Burn out. Los mayores estresores detectados son organizacionales (dificultad de cobro, papeleo, sobrecarga asistencial) y la mayor gratificación en la relación / atención con pacientes y colegas. Mayoría con alto CE y D con alto RP.

HABITOS DE CUIDADO Y PREVENCIÓN DE BURN OUT. ENCUESTA AAOC99.PARTE II

Bernal P, Di Pretoro M, Ferro N, Piritz I, Salas V, Fisman N, Pietrani R, Giordano E, Heredia N
HOAC, Capítulo de Psico-Socio-Oncología.

Introducción-Objetivo: Evaluar en trabajadores de la salud hábitos de cuidado y prevención.

Material y Método: 1)el MBI (Maslash Burnot Inventory), escala de 22 items con frecuencia 0 a 6 para cada uno que miden tres factores CE, D y RP en el trabajo. 2)encuesta ya diseñada por la Lic.N.Ferro. De 200 ejemplares de 1) y 2) entregados,142 se completaron en forma anónima y autoadministrada, siendo evaluables 116,72% mujeres y 28% hombres, con edad promedio de 41.5 años. Tienen cargo asistencial 75% y 25% de conducción. Son 37% médicos, 12% instrumentadoras, 7% enfermeras, 6% administrativos, 27% sicólogos y psiquiatras y 10% otros.

Resultados:

ENCUESTADOS=116	SI	%	NO	%	NC	%
ACTIVIDADES ESPARIMIENTO CON COMPANEROS	60	52	53	46	3	2
OTRAS ACTIVIDADES ESPARCIMIENTO	61	53	25	21	30	26
DEPORTES	53	46	59	51	4	3
CHEQUEOS CLINICOS PERIODICOS	66	57	48	41	2	2
MEDICO DE CABECERA	47	40	67	58	2	2
REALIZO PSICOTERAPIA	67	58	46	40	3	2
REALIZA PSICOTERAPIA	27	23	87	75	2	2
TOMA VACACIONES REGULARMENTE	98	85	15	13	3	2
REALIZA CORTES EN LA VIDA DIARIA	74	64	34	29	8	7
PROFESA ALGUNA RELIGION	79	68	34	29	3	3
ES PRACTICANTE	28	24	69	70	19	16
LA RELIGION LE AYUDA A MANEJAR ELESTRES	47	41	41	35	28	24

Conclusiones: El mayor porcentaje de encuestados dice tomar vacaciones regularmente, hace cortes en la rutina, realizó psicoterapia, chequeos clínicos periódicos, actividades de esparcimiento con y sin compañeros y deportes. Sólo 4 de cada 10 tiene médico de cabecera y el 26% no responde a la pregunta "si realiza otras actividades de esparcimiento" 68% adscribe a alguna religión y cuatro de cada 10 respondientes dice que le ayuda a manejar el estrés.

DESCONOCIMIENTO Y FALTA DE CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL: UNA TAREA PENDIENTE

Weht L, Stepanosky S

Hospital de la Asociación Médica, Departamento de Enfermería - Bahía Blanca. E-mail: weht_lucia@hotmail.com.

Introducción: La hipertensión arterial es un serio y frecuente problema de salud, sobre todo en la población de mayor edad. Se efectuó un estudio de prevalencia y control de tensión arterial en la población que concurría a la guardia del hospital, independientemente de la causa que motivaba la consulta.

Objetivo: Detectar la prevalencia de hipertensión arterial y falta de control en usuarios que consultan al servicio de guardia del Hospital de la Asociación Médica.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo, donde se analizaron todos los registros disponibles correspondientes a los usuarios mayores de 18 años, que concurren a la guardia del HAM, desde Febrero hasta Abril del 2002. La recolección de datos se realizó en base a una hoja control que completaban la enfermera y el médico de guardia en cada consulta. Se tomaron las cifras del sexto consenso para definir hipertensión arterial. Se analizaron 1885 registros, de los cuales 1131 (60%) fueron mujeres y 754 (40%) hombres. El promedio de edad fue de 65 años.

Resultados: Presentaron registro de hipertensión 828 (43.95%). Se conocían hipertensos 232 (12.30%), de los cuales 166 (71.55%) presentaron registro de hipertensión. Los usuarios que desconocían su condición de hipertensión fueron 1653 (87.69%), presentaron registro de hipertensión 662 (40.04%). De la población analizada eran mayores de 60 años, 1387 (73.58%) sujetos, tenían antecedentes de hipertensión, 207 (14.92%) y 147 (71.01%) presentaban registro de hipertensión. Los sujetos mayores de 60 años sin antecedentes de hipertensión fueron 1180 (62.59%), 548 (46.44%) se encontraban hipertensos. De los 1885 registros consultaron por hipertensión 107 (5.67%) y 105 (98.13%) se encontraban con registros de tensión arterial elevada.

Conclusión: En la población hay un gran desconocimiento del diagnóstico de hipertensión arterial y mal control de aquellos diagnosticados. Predominancia leve de la hipertensión en mayores de 60 años. Nuestras cifras son concordantes con los de la bibliografía en cuanto a incidencia, predominio en mayores, falta de diagnóstico y control adecuado.

REGISTRO DE MARCAPASOS COLOCADOS EN EL PERIODO 2000-2002

Villalba W, Guimaraenz M, Estebanez MJ, Mao C, Patocchi C, Cermesoni R, Vilariño E, Caplan J

Hospital Privado del Sur, Unidad de Emergencias Cardiovasculares - Bahía Blanca. E-mail: carlosm54@hotmail.com

Introducción: La colocación de Marcapasos, es en la actualidad, una práctica habitual, con impacto no solo en la sobrevivencia sino también en la calidad de vida del paciente.

Objetivo: analizar las patologías más prevalentes que requieren de colocación de marcapasos y detallar los datos epidemiológicos, del generador y su colocación.

Determinar tipo y prevalencias de complicaciones.

Material y Método: Análisis retrospectivo desde nuestra base de datos Excel, desde agosto del 2000 a Mayo de 2002.

Resultados: Se colocaron un total de 102 marcapasos. De los cuales 72 fueron unicamerales y 28 bicamerales. La edad promedio fue de: 75.3 años; 93 (91%) tenían más de 65 años. Sexo masculino: 54 (51%). Los síntomas cardinales de mayor consulta fueron: Astenia 11 (10%), Disnea 15 (14%), mareos 17 (16%), Sincope: 25 (24%), shock 2 (2%). De los diagnósticos se destacan: BAV 2 tipo II: 4 (4%), BAV 3º 50 (49%); B.trifasicular: 4 (4%); Enfermedad del nodo sinusal: 26 (25%), cambio de generador: 7 (7%). El umbral promedio de implante fue de 0.58 V. Las complicaciones detectadas fueron en total 6 (%): 2 (2%) endocarditis en relación al cable, 1 (1%) sepsis, 1 (1%) estimulación diafragmática, 1 (1%) imposibilidad de colocación de catéter ventricular y un (1%) derrame pericárdico asociado a desplazamiento del cable ventricular. Mortalidad 3 pacientes (3%) consecuencia de endocarditis (1), sepsis (1) e Insuficiencia renal previa (1). Los días de espera promedio fue de: 3.78 días. El promedio de días post implante fue de 1.79.

Conclusión: La patología más prevalente en nuestra población, fue BAV de 3º, seguida por enfermedad del nodo sinusal. La mayor proporción de marcapasos unicamerales implantados esta influenciada por la dificultad de las obras sociales de proveer equipos bicamerales. La incidencia de complicaciones relacionadas con la implantación del marcapaso se corresponde con los datos de la literatura actual.

REGISTRO ESTADÍSTICO DE LA UNIDAD CORONARIA (UCO) DEL HOSPITAL PRIVADO DEL SUR (HPS)

Mao C, Villalba W, Guimaraenz M, Estebanez MJ, Cermesoni R
Hospital Privado del Sur, Unidad de Emergencias Cardiovasculares - Bahía Blanca. E-mail: uco@hps.com.ar

Introducción-Objetivo: **Objetivo:** Análisis del registro de los motivos de admisión, recursos diagnósticos y terapéuticos en nuestra UCO.

Materiales y Método: Se analizaron 1153 pacientes, ingresados desde agosto del 2000 hasta el 12 de abril del 2002.

Resultados: La edad promedio fue de 68 años, 457(39%) mujeres y 694 (61%) hombres. 303 (26%) pacientes fueron derivados de otros centros.

Los motivos de admisión fueron: Angina Inestable (AI) 254 pacientes (p) (22%), Infarto Agudo de Miocardio (IAM) 115 p (9%); arritmias: 159 p (13%); insuficiencia cardiaca (IC) 174 p (15%) de los cuales 27 p presentaron edema agudo de pulmón y 14 p shock cardiogénico, de los cuales 11p (0.09%) fueron tratados con balón de contrapulsación aórtica (BCIA). Tromboembolismo de pulmón 6 p y 9 p con endocarditis infecciosa. 30 pacientes requirieron de asistencia respiratoria mecánica.

Métodos complementarios: Ecotranstorácico 392, Eco transesofágico: 42, Estudios de perfusión: 66, Ergometrías: 67, Estudios electrofisiológicos: 4 y 84 cardioversiones eléctricas.

Se realizaron 199 cinecoronariografías, con 61 angioplastias (ATC)de urgencia. Se derivaron a cirugía de revascularización miocárdica 43. Marcapasos 131, 19 transitorios y 114 definitivos.

Entre los usos terapéuticos los más frecuentes fueron: aspirina 782 p (67%); betabloqueantes 557 p (48%); IECA 246 p (21%). Estreptokinasa 51 p, heparina sódica 291 p y 137 con heparina de bajo peso molecular.

La mortalidad global fue del 3.2%.

Conclusión: La AI es el motivo de admisión más frecuente, seguido de la IC, arritmias e IAM. Se puede destacar el uso de trombolíticos y ATC de urgencia en los pacientes con síndromes coronarios agudos.

El uso de BCIA, procedimientos intervencionistas, la disponibilidad de métodos complementarios y la alta tasa de derivación son acordes a los de un centro con complejidad IV.

ABLACION EXITOSA EN PACIENTE CON WOLFF PARKINSON WHITE (WPW) DE ALTO RIESGO

Villalba W, Guimaraenz M, Estebanez MJ, Mao C, Patocchi C, Cermesoni R
Hospital Privado del Sur, Unidad de Emergencias Cardiovasculares - Bahía Blanca. E-mail: carlosm54@hotmail.com

Introducción: Los predictores que indican mayor riesgo de muerte súbita, en los pacientes con Síndrome de W.P.W. son: cardiopatía congénita, Fibrilación Auricular (FA) con conducción anterograda por el haz anómalo con R-R preexitado menor de 250 mseg., período refractario corto de la vía accesoria, múltiples vías accesorias y antecedentes familiares de muerte súbita. Los que orientan a terapéuticas más agresivas en dichos pacientes.

Objetivo: Mostrar la conducta adoptada en nuestro servicio frente a un paciente con W.P.W. con parámetros de riesgo de muerte súbita.

Caso Clínico: Paciente de 15 años de edad, deportista de alta competencia, con antecedentes familiares de muerte súbita. Consulta por palpitaciones y mareos, refiriendo episodios menores previos. Al ingreso TA 110/60, FC 160 irregular. Hemodinámicamente compensado. ECG: FA, QRS ancho, con R-R preexitado más corto de 180 mseg. Se realizó cardioversión eléctrica, con 200 J, revirtiendo a ritmo sinusal(RS). ECG postcardioversión: RS, PR 100 mseg, onda delta, QRS 130 mseg.

Ecocardiograma normal. A los 7 días se realizó estudio electrofisiológico, detectándose el haz accesorio en la zona anterolateral izquierda, ablacionándose por radiofrecuencia, a los 7 seg. de aplicación sin presentar complicaciones.

Conclusión: La MS en un paciente joven, es infrecuente pero con alto impacto en la comunidad; por lo que el reconocimiento de los predictores de alto riesgo clínico, en pacientes portadores de W.P.W., permite emplear con prontitud, una metodología con alta tasa de éxito curativo y bajo porcentaje de complicaciones.

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA) CON SUPRA ST Y SHOCK CARDIOGÉNICO (SC)

Villalba W, Guimaraenz M, Estebanez MJ, Mao C, Cermesoni R

Hospital Privado del Sur, Unidad de Emergencias Cardiovasculares - Bahía Blanca. E-mail: villawa@hotmail.com

Introducción: El SC en el SCA con supradesnivel del ST, es de mal pronóstico a corto y largo plazo. Con alto nivel de mortalidad (60-80%) a pesar de la terapéutica agresiva actual.

Objetivo: analizar las características basales y los resultados obtenidos a partir de la conducta tomada.

Material y Método: Análisis retrospectivo de nuestra base de datos de los pacientes con diagnóstico de SCA con supra ST y SC, desde el 1 de agosto de 2000 al 31 de marzo del 2002.

Resultados: De 1192 ingresos, 116 (9%) corresponden a SCA con supra ST, de estos, 11(9%) cumplieron con criterios de SC. La mortalidad intrahospitalaria fue de 63%. El promedio de edad fue de 69.1 años, siendo el 72% de sexo masculino. Los factores de riesgo fueron: tabaquismo (54%), herencia (36.4%), hipertensión (36.4%), diabetes el 27.3%, y dislipemia el 18.2%. Solo 2 pacientes tenían infarto previo y ninguno revascularización previa. El 81% fue derivado de la zona, ingresando con un promedio de 25 hs. Un paciente con fibrilación auricular y 2 con bloqueo AV completo, el resto en ritmo sinusal. El 90% tenían comprometidas más de cinco derivaciones. Dos fueron a Angioplastia (ATC) 1º (ambos fallecieron), 2 recibieron streptokinasa (1 sobrevivió), 4 fueron a ATC de rescate (1 fallecido) y 3 no alcanzaron a recibir tratamiento (todos fallecieron). Solo 2 (33%) tenían un solo vaso comprometido. En 4 (66%) se colocó balón de contrapulsación (2 sobrevivieron). En todos se colocó stent, 2 en tronco de coronaria izquierda. Se logró TIMI 3 en 4 pacientes (2 fallecidos) y TIMI 2 en los restantes (1 óbito). Los que no tuvieron descenso del ST post-ATC, fallecieron el 100%.

Conclusión: La incidencia de SC al igual que el índice de mortalidad es similar a las series publicadas. Nuestra población mayoritaria fue masculina, derivada de otros centros, con 25 hs de promedio de evolución y con baja prevalencia de IAM, CRM y ATC previa. Quienes recibieron tratamiento de reperfusión, el 50% sobrevivió. Si bien la muestra es pequeña, el mejor predictor de sobrevida univariado, fue el descenso del ST.

LA BOTICA DEL ESTADO

Vergara JA, Rodríguez RI, Matonti RO

Hospital Militar Bahía Blanca - Bahía Blanca. E-mail: dirhmbb@infovia.com.ar

Introducción: En el año 1863, en un inventario general de la Fortaleza Protectora Argentina, aparece un detalle completo de lo que contenía el llamado "Botiquín Militar" o "Botica del Estado". Este detalle aparece en un manuscrito firmado por el Doctor Sixto Laspiur, quien a los pocos años de graduarse había llegado a Bahía Blanca, siendo el cuarto médico en arribar, pero el primer argentino, ya que los anteriores fueron españoles.

EL objetivo del presente trabajo es brindar una semblanza de uno de los aspectos de las condiciones sanitarias de la población de Bahía Blanca hacia aquellos tiempos. Hacer una contribución al entendimiento y la razón o esencia de las cosas, con el espíritu de conocer y profundizar sobre aspectos o curiosidades que distinguen y singularizan la labor de los hombres y la contribución de la Sanidad en los orígenes de la ciudad de Bahía Blanca.

Material y Método: Se efectuaron recopilaciones bibliográficas y consultas al Centro de Información de Medicamentos Farmacéutico (Col. Farm. Prov. de Bs As), y a profesionales de otros hospitales.

Resultados: Se pudo establecer con detalle la composición de la Botica del Estado del año 1863, tanto en lo que hace a materiales e instrumental médico, como también a los medicamentos con que contaban. Se observan muchos de uso frecuente aún hoy en día, como por ejemplo la miel de abejas, cocimiento de semillas de lino, agua blanca, piedra infernal, cocimiento de arroz, aceite de olivas, vinagre, entre otros. Y también algunos más pintorescos y ya en desuso como las cantáridas en polvo, emplasto de cicuta o

Conclusiones: Pese a las carencias y a lo limitado de la farmacopea, al hacer una rápida lectura de los elementos que constituían la "Botica del Estado", como reza el dicho popular pericleria: "Haber de todo como en botica".

CONSUMO DE AAS/AINES EN UN CONSULTORIO EXTERNO DE GASTROENTEROLOGIA

Amengual D, Amengual C, Ayuso R, Colli M, Domínguez M, Aravena M, Avila M, Lara S, Tortul T

Hospital Naval Puerto Belgrano, Servicio de Gastroenterología y Endoscopia - Base Naval Puerto Belgrano. E-mail: amengual@ba.net

Introducción-Objetivos: se desea conocer el consumo de aas / aines en pacientes que concurren a un consultorio externo de gastroenterología, su implicancia en patología digestiva, si los mismos son bajo indicación medica, y que respuesta hubo de parte del paciente.

Material y Método: Se realizó una hoja de encuesta a 300 pacientes que concurren a la consulta gastroenterológica, interrogándolos sobre si hacían consumo de AAS / AINES, cantidad y periodicidad de los mismos, al igual que si el clínico o el especialista o nadie le había prescrito los mismos; si le habían informado sobre el riesgo de su consumo; consignándose datos relacionados con la sintomatología digestiva.

Resultados: De los 300 pacientes, el 56,3% no consume AAS / AINES; el 43,7% consume, de los cuales AAS 17,3%, AINES 18% Y AMBOS 8,3%. De la información de riesgo previo para la AAS el 31% fue informado y el 69% no; para los AINES el 46% fue informado, el 54% no. Se determinó la relación entre los que consumieron AAS/AINES y tuvieron información previa, observándose que el clínico que informó sobre riesgo de AAS el 61% no consumió, los que informo el especialista (traumatólogo) el 100% no consumió, los que informo el clínico sobre AINES el 64% no consumió y los informados por el especialista el 52% si consumió. Se adjuntan tablas.

Conclusiones: Un alto porcentaje de la población se automedica con AAS/AINES; que la información que brinda el clínico y el especialista disminuye y racionaliza su consumo. Se debe insistir en la necesidad de aumentar la información sobre el consumo de AAS/AINES por parte del clínico y especialista ya que disminuyen en forma importante su consumo y patologías relacionadas.

HELICOBACTER 2002. TEST DE UREASA VERSUS BIOPSIA HISTOLÓGICA

Amengual D, Amengual C, Ayuso R, Colli M, Domínguez M, Aravena M, Ávila M, Lara S, Tortul T
Hospital Naval Puerto Belgrano, Servicio de gastroenterología y endoscopia - Base Naval Puerto Belgrano. E-mail: amengual@ba.net

Introducción: confirmada que la presencia del HP permite la aparición de úlceras gástricas y duodenales, así también la recidiva de gastritis crónicas, su investigación en la práctica diaria en los servicios de endoscopia ha producido un considerable aumento del uso de los endoscopios y materiales de obtención de biopsias.

Objetivo: demostrar la conveniencia del uso del test de ureasa en la práctica diaria y su posibilidad y/o conveniencia del reemplazo del estudio histológico.

Material y Método: Se estudiaron durante los años 2000/2001 y 2002 material de biopsias de endoscopias enviadas al servicio al azar en test rápido de ureasa (fabricado por nuestra farmacia) con muestras histológicas que fueron enviadas a estudio a patólogos (4 del hospital) los cuales no conocían el resultado obtenido previamente por el test de ureasa. El sexo y edad de los pacientes fue al azar.

Resultados: se estudiaron 100 casos los cuales presentaron un 40% de discrepancia entre los resultados del test y la biopsia; desde el punto de vista anatomopatológico también presentaron discrepancia; el porcentaje de correspondencia de cada anatomopatólogo no fue estadísticamente significativo; se adjunta tabla de distribución y porcentaje de correspondencia.

Conclusiones: creemos que el test de ureasa para determinación de HP al compararlo con la biopsia histológica, no demuestra una correlación en base a la sensibilidad y especificidad de ambos métodos que según bibliografía es del 98%. Creemos que se deben realizar exámenes que determinen las causales que impiden que el test de la ureasa reemplace a los exámenes histológicos en nuestro medio con la consiguiente economía que ello representaría.

CRECIMIENTO DEL SERVICIO DE CIRUGIA DEL CENTRO DE SALUD PRIVADO "DR RAUL MATERA" ASOCIACIÓN DE EMPLEADOS DE COMERCIO. DESDE SU APERTURA EN 1997 A DICIEMBRE DE 2001

Obiol ES, Gáspari CE, Vignati MR
Centro Privado de Salud "Dr. Raúl Matera", Servicio de Cirugía - Bahía Blanca. E-mail: obiol_e@infovia.com.ar

Introducción: Con el presente trabajo se demuestra el crecimiento del servicio de Cirugía del Centro de Salud, teniendo en cuenta la Obra Social cautiva y otras, atendidas a través de convenio directos y gerenciadas por la gremial médica. Se contemplan en el presente, tipos de cirugía por patologías, sexo, distribución temporal tanto mensual como anual y grupos etarios.

Material y Métodos: Pacientes intervenidos por guardia y por consultorios externos pertenecientes al servicio de cirugía de la institución

Resultados: Se obtiene, del análisis de datos, el aumento de número de pacientes en forma progresiva (año 1997: 186 cirugías; año 2001: 416 cirugías por ejemplo), la incorporación de nuevas obras sociales y la desaparición de otras, predominio de afiliados de Obra Social cautiva, etc.

Conclusiones: Se observa, con los datos obtenidos, el desarrollo progresivo y sostenido del servicio de cirugía, considerando la población de afiliados, que durante los años contemplados, gozaban de libre elección en la internación, así como también el incremento de trabajo para las Obras Sociales, demostrando de este modo la inserción de la institución en el Sistema de Salud de la comunidad bahiense.

CANCER DE MAMA: ANALISIS RETROSPECTIVO DE 10 AÑOS (1991-2001)

Scabuzzo GE, Scenna M, Boughen JM, Pérez J, Castaño G

Hospital Interzonal General "Dr. José Penna", Servicio de Tocoginecología - Bahía Blanca. E-mail: fosse@ciudad.com.ar

Introducción: El carcinoma de mama es la 2da causa de muerte por neoplasia en mujeres después del cáncer de pulmón. En la última década, el índice de mortalidad por cáncer de mama ha declinado, sobre todo en mujeres jóvenes, probablemente como consecuencia de la detección precoz y mejores esquemas de tratamiento.

Objetivos: Evaluar la incidencia del carcinoma de mama, el estadio al diagnóstico y la probabilidad de muerte y supervivencia según la estadificación histológica.

Material y Método: Se analizaron las Historias Clínicas de las pacientes que ingresaron entre el 1 de enero de 1991 al 31 de diciembre de 2001, a los Servicios de Ginecología y Oncología del Hospital Interzonal "Dr. José Penna" de la ciudad de Bahía Blanca con diagnóstico de Carcinoma de mama. Se aislaron 397 pacientes, se excluyeron 149 pacientes que se diagnosticaron entre 1999 y 2001, 148 pacientes por no contar con datos de seguimiento, quedando nuestra casuística reducida a 197 casos. Se analizan las siguientes variables: edad, factores de riesgo, factores asociados, estadificación histológica, tipo histológico, tratamiento y probabilidad de muerte, supervivencia y supervivencia acumulada.

Resultados: En nuestra población el promedio de edad fue de 56.2 años, siendo la de menor edad 29 y la de mayor edad 86. Evaluando los factores de riesgo la edad promedio del 1er. Embarazo fue de 18.7 años. 141 ptes (71%) se encontraban en estado menopáusico y 56 ptes eran premenopáusicas (28.4%). El antecedente de Carcinoma mamario lo presentaron 54 ptes (27.4%). Dentro de los factores asociados el 57.8% fueron no fumadoras y el 49.2% refirieron no haber recibido anticonceptivos orales.

Conclusiones: Del análisis de lo observado se destaca la falta de seguimiento y el número de estadios avanzados, relacionados al hecho de ser Centro de Derivación donde las pacientes cumplido su tratamiento retornan al lugar de origen y realizan controles con médico de cabecera.

VARIACION DEL PESO DURANTE EL PRIMER MES DE VIDA EN RECIEN NACIDOS DE TERMINO SANOS

Covas M, Alda E, Ventura S, Braunstein S, Serralunga G, Yañez L

Hospital Privado del Sur, Servicio de Neonatología - Bahía Blanca. E-mail: eralda@criba.edu.ar

Introducción: La variación del peso en recién nacidos sanos resulta de interés clínico para el pediatra y es motivo de preocupación en el grupo familiar, principalmente en aquellos con lactancia materna exclusiva.

Objetivos: Principal: Determinar el cambio relativo del peso al nacimiento (Porcentaje de descenso o incremento) durante el primer mes de vida, en recién nacidos de término sanos. Secundarios: Comparar dicha variación del peso con antecedentes maternos: edad, instrucción y trabajo; perinatales: tipo de parto; neonatales: sexo, alimentación recibida (pecho exclusivo, mixta o artificial). Diseño: Observacional; tipo cohorte. Prospectivo.

Material y Método: Cohorte de recién nacidos asistidos en el HPS entre Septiembre de 2000 y Noviembre de 2001. Criterios de inclusión: Recién nacidos de término (≥ 37 semanas de gestación); remitidos precozmente con su madre (Internación conjunta); más de tres controles de peso, incluido el del mes. Criterios de exclusión: Recién nacidos gemelares; requerimiento de internación en la primera semana de vida, exceptuando las ictericias bajo luminoterapia. Controles: Nacimiento; alta institucional; 5-70 día; 10-150 día; 20-250 día y 30-350 día. Durante el puerperio se entregó folleto informativo sobre las características del estudio.

Resultados: De los 1669 recién nacidos asistidos en ese período, 1479 ingresaron al momento del nacimiento; 1424 cumplieron los criterios de inclusión (deserción 3,7%). Se muestran los cambios relativos del peso al nacimiento durante el primer mes, según las variables definidas en los objetivos. La media de recuperación del peso de nacimiento fue al 70 día y el promedio de incremento al mes fue del 29%. Las dificultades iniciales en la alimentación se asociaron con un mayor descenso de peso e internación (ictericia, deshidratación). Los nacidos por parto vaginal presentaron un incremento de peso

superior a los nacidos por cesárea. Los alimentados con pecho exclusivo al mes de vida (84,5%) mostraron un aumento de peso superior a los alimentados con fórmula láctea total o parcialmente (15,5%). El sexo no mostró diferencias, al igual que la edad, instrucción y trabajo materno.

Conclusiones: El conocimiento de los cambios relativos del peso al nacimiento, expresados como porcentajes de descenso o incremento, nos permitió ratificar conductas principalmente en el fomento y difusión de la lactancia materna exclusiva.

VIGILANCIA CUANTITATIVA DE LA RESISTENCIA A QUINOLONAS EN ENTEROBACTERIAS EN BAHÍA BLANCA

⁸Abicht S, ²Arriola G, ^{1,6}Benvenuti ML, ⁵Calcagni S, ¹⁰Carranza F, ³Carrica A, ²Chávez C, ²de Mena F, ³Fernández D, ⁴Ferrer L, ²Gabbarini M, ^{3,4,5,6}Maurizi D, ¹Páez G, ⁹Palazzesi S, ^{3,6}Paniccia L, ⁴Paris AM, ²Pérez S, ⁷Randazzo V, ⁸Reyes J, ¹Rizzo M, ¹¹Rodríguez N, ⁶Rossi G, ⁵Taffetani M, ¹Vaylet S
¹Hospital Interzonal General "Dr. José Penna", ²IACA Laboratorios, ²Hospital Regional Español, ³Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", ⁴Hospital Privado del Sur, ⁴Laboratorio Ferrández, ⁵Hospital Italiano Regional del Sur, LACI, ⁶Hospital de la Asociación Médica, ⁷Laboratorio Vuano, ⁸LACI, ⁹Laboratorio IBBA, ¹⁰Laboratorio Palazzesi, ¹¹Laboratorio Gama - Bahía Blanca. E-mail: svaylet@criba.edu.ar

Introducción: Las poblaciones de Enterobacterias (EB) constituidas por mutantes de 1er. nivel sensibles (S) a fluoroquinolonas (FQ) pueden seleccionar mutante de 2do. nivel, aún frente a tratamiento correcto, lo que transforma a la población en resistente (R) a FQ. El objetivo es dar a conocer cuál es la situación en nuestra ciudad de las poblaciones de EB, asociadas a diferentes procesos infecciosos, respecto de su R a FQ.

Material y Método: Categorizamos a las EB en tres grupos (A, B y C) y, determinamos la proporción de cada grupo con el propósito de estimar cuál será la vida útil de las QF y de concientizar al equipo de salud sobre su responsabilidad en ello. Para ello, se estudió la magnitud de la S de una quinolona de 1ra. generación, Ác. Nalidixico (NAL), y de una FQ, Ciprofloxacina (CIP), a 1275 EB por el método de difusión por discos según normas de NCCLS.

Resultados: El grupo A, S a Quinolonas y que no posee mecanismos de R, dio 82,3%; el grupo B, S a FQ pero R a NAL, constituida por mutantes de 1er. nivel que puede seleccionar mutante de 2do. nivel, encontramos un 6,4%; y del grupo C, R a FQ, constituido por mutantes de 2do nivel, un 11,3%. En infecciones sistémicas, principalmente en pacientes comprometidos, las EB del grupo B no deberían ser tratadas con FQ si es que existen otras opciones terapéuticas ya que, a pesar de ser S, rápidamente pueden seleccionar la mutante de 2do nivel dando R total a FQ aún con un tratamiento correcto con las mismas. Los Laboratorios de Microbiología deben alertar de esta S disminuida al médico en el informe escrito. La utilidad de FQ descende un 17,7%: 6,4% grupo B + 11,3% grupo C. El 6,4% de EB de categoría B es relativamente alto, teniendo en cuenta que de la A a la B se pasa por fallas en el equipo de salud.

Conclusión: Se deben redoblar esfuerzos en la educación del equipo de salud con el fin de lograr la más larga efectividad en el tiempo, contra las EB, de este valioso grupo de antimicrobianos de administración oral.

PROYECTO "JUNTOS EN ACCIÓN" PROGRAMA COLABORATIVO INTERINSTITUCIONAL DE DETECCIÓN DE PATOLOGÍA MAMARIA.

Fundación Cecilia Grierson. - E-mail: fundaciongrierson@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La Fundación tiene como objetivo la Educación en Salud, proceso que promueve cambios de concepto, comportamientos y actitudes frente a la salud, la enfermedad y al uso de servicios, a la vez que refuerza conductas positivas. La enfermedad mamaria, tanto benigna como maligna es altamente frecuente en la mujer. Una de cada 9 mujeres puede presentar enfermedad mamaria maligna a lo largo de su vida Existen factores económicos, educacionales y psicológicos que hacen que en determinadas circunstancias se demore la consulta frente a algún signo o síntoma mamario. A menor tamaño del tumor en el momento de su detección, es posible una mayor sobrevida y una mayor reducción de la mortalidad. Por ello es importante proporcionar a la comunidad la oportunidad de efectuar un programa de detección de afecciones mamarias en aquellos sectores que no cuentan actualmente con recursos, utilizando los de la propia comunidad.

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar un programa de detección de afecciones mamarias en Bahía Blanca y región de influencia con la participación responsable y colaborativa de la comunidad

integrando las acciones de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Bahía Blanca y la Fundación Cecilia Grierson.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: 1- Sensibilizar a la población en la importancia de la detección precoz de las afecciones mamarias 2-Establecer acuerdos y rutas colaborativas para la obtención de recursos materiales y profesionales.3- Determinar destinatarios, proveedores y métodos del programa

MATERIAL Y MÉTODOS:1-Enrolamiento, selección y formación de colaboradores voluntarios para detección(convocatorias y cursillos de formación del perfil.2-Confección de encuestas interactivas a destinatarios 3-Registro de adherentes prestadores del programa, empresas de salud (mamografías)con compromiso social(Convocatoria y registro)4 Consulta gineco mamaria en Unidades Sanitarias y Hospitales públicos de Bahía Blanca y Región.5-Historia clínica, mamografías.6-Entrevista e informe social

CONCLUSIONES: es posible, aún en momentos de crisis, establecer redes solidarias que permitan la participación responsable y colaborativa de la comunidad, asegurando sin costos el mantenimiento de la prevención y educación para la salud.
