



## AUTORIDADES DE LA REVISTA

### DIRECTOR

DR. FERNANDO J. H. CARIGNANO

### EDITORA

DRA. MARTA ROQUE

### COMITÉ DE REDACCIÓN

DR. ERNESTO ALDA  
DR. MARCELO GARCÍA DIÉGUEZ  
DR. HORACIO MATURI  
DR. GUSTAVO TRÓCCOLI

### SECRETARIO DE PRENSA

DR. FERNANDO IARLORI

### DISEÑO GRÁFICO

CECILIA B. STANZIANI  
FERNANDO SUÁREZ

ISSN 1515-8659

PROP. INTELECTUAL 750030

Indexado en LILACS Nº SECS (Bireme) 16501

Evaluada por Latindex. Sistema Reg. de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

Folio 11842

Esta publicación es propiedad de la ASOCIACIÓN MÉDICA DE BAHÍA BLANCA

Pers. Jurídica Nº 243

Castelli 213 - B8000AIE Bahía Blanca

Prov. de Buenos Aires, Argentina

## Índice

### Editorial

#### La articulación público - privada

*Carignano F* 70

### Resúmenes de Posters

#### 3er. Congreso Interdisciplinario de la Salud de Bahía Blanca

Cardiovascular	74
Cirugía	76
Clínica Médica	78
Control de Calidad	81
Educación Médica	82
Emergentología	83
Endocrinología	84
Epidemiología	86
Hematología	88
Microbiología	91
Nefrología	92
Patología	93
Pediatría	94
Residencias Médicas	96
Salud Familiar	97
Tocoginecología	101
Traumatología	102

Índice Alfabético de Autores 103

# LA ARTICULACIÓN PÚBLICO - PRIVADA

## PUBLIC - PRIVATE JOINT ACTIONS

Ningún sistema de salud del mundo exhibe la aceptación total de los usuarios, a pesar de que algunos son adjetivados por los sanitaristas como cuasi perfectos. Esto se debe a que la acepción del término «salud» en la percepción del ser humano, tiene connotaciones que van mucho más allá que la ausencia de enfermedad o el «estado de completo bienestar», el cual, sin duda, es de imposible logro.

Sin embargo, podemos obtener lo mejor dentro de lo posible y, en nuestro país, esto puede, y debiera, hacerse en gran medida. Las variables sanitarias que nos colocan en situación de inferioridad sanitaria respecto a Uruguay y Chile, por sólo tomar dos ejemplos, nos indican tajantemente que no estamos haciendo las cosas todo lo bien que podrían hacerse.

Nos hemos ya referido en varias oportunidades a la formidable fragmentación de financiadores que se observa en Argentina como la principal conspiradora para un eficiente gasto en salud. No obstante, entendiendo las ingentes dificultades políticas que significaría reducir este número a no más de una docena como sería esperable, hay otras acciones que podrían adoptarse entretanto.

El aprovechamiento efectivo y eficaz de todos los efectores, estatales y privados, sería uno de los pasos esenciales a llevarse a cabo, tal como se hace en otras naciones más desarrolladas, como Canadá o el Reino Unido. La coordinación entre los hospitales dependientes del Estado, sean nacionales, provinciales o municipales, entre sí y con los establecimientos privados, sería una meta a considerar. Coordinar, armonizar, articular, acoplar, o más específico aún, organizar, son sinónimos que se corresponden con la misma finalidad: lograr el mayor beneficio con igual costo. Claro que también significa no superponer esfuerzos, que lo que haga uno no lo repique el otro; que las disposiciones sigan un lineamiento político sanitario previo, pero con una gestión despolitizada; que las decisiones se tomen en base a variables sanitarias y no de otro tipo; que se considere previamente la

viabilidad económica de los proyectos y que, por último, la demagogia pueril sea dejada de lado por la comunicación que merece un pueblo adulto.

Tal vez lo antepuesto, sea aún más quimérico que la drástica reducción de obras sociales, pero lo malo no es el fracaso, sino el abandono de las utopías.

Dr. Fernando Carignano  
Secretario General de la AMBB

# 3er. CONGRESO INTERDISCIPLINARIO DE LA SALUD DE BAHÍA BLANCA "SALUD Y COMUNIDAD: POR UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA".

7 al 9 de Septiembre de 2009

DECLARADO DE INTERES POR LA HONORABLE CAMARA DE DIPUTADOS DE LA NACION

DECLARADO DE INTERES MUNICIPAL - HCD - ORDENANZA Nro. 14.807

AUSPICIADO Y DECLARADO DE INTERES LOCAL Y REGIONAL – Región Sanitaria I -

- Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires.

AUSPICIADO por Organización Panamericana de la Salud

### ORGANIZADO POR:

- Comités de Docencia e Investigación de los siguientes Hospitales:
  - Hospital Municipal de Agudos «Dr. L. Lucero»
  - Hospital Interzonal General de Agudos «Dr. José Penna»
  - Hospital Regional Español
  - Hospital Privado del Sur
  - Hospital Italiano Regional del Sur
  - Hospital «Dr. Felipe Glasman»
  - Hospital Militar de Bahía Blanca
  - Hospital Naval de Puerto Belgrano
- Universidad Nacional del Sur
- Universidad Tecnológica Nacional
  - Región Sanitaria I
  - Colegios Profesionales de:
    - Asistentes Sociales
    - Bioquímicos.
    - Fonoaudiólogos
    - Médicos
    - Kinesiólogos
    - Odontólogos
    - Psicólogos
- Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca
- Comisión de Salud del Honorable Concejo Deliberante
  - PRO.CI.SA (Programa de Ciencias para la Salud)
- F.RE.S.ONGS (Foro Regional y Local de la Salud en las ONGS)
  - Fundación OSDE

### COMITÉ EJECUTIVO

PRESIDENTE HONORARIO: Sr. Intendente de la ciudad de Bahía Blanca CRISTIAN BREITENSTEIN

PRESIDENTE: REGINO ÁLVAREZ

SECRETARIO GENERAL: GUSTAVO CARESTÍA

PRESIDENTE COMITÉ CIENTÍFICO: HORACIO ROMANO

1º VICEPRESIDENTE: ESTEBAN SEBASTIAN OBIOL

2° VICEPRESIDENTE: HORACIO MATURI  
3° VICEPRESIDENTE: DR. CARLOS IGNACIO FERNANDEZ CAMPAÑA  
1° SECRETARIO ADJUNTO: GUSTAVO SALUM  
2° SECRETARIO ADJUNTO: GERARDO DEBLAUWE  
3° SECRETARIO ADJUNTO: ANALIA OCAMPO  
COMISION ORGANIZADORA:  
Alfredo Fauda  
Sandra Gómez  
Carlos Santillán  
Rosa Ana De Fino  
Myrian Rodríguez  
SECRETARIO DE FINANZAS: LUIS ANGEL MORAN  
SECRETARIO DE FINANZAS: JORGE FERNANDEZ LOVELL  
COMISIÓN DE FINANZAS:  
Oscar Bonino  
Andrea Mariño  
Miguel Páez  
José Luis La Colla  
Oreste Retta  
Niels Suldrup  
Secretaría Comité Ejecutivo: Lic. Leticia I. Segura

#### COMITE DE HONOR

Jaime Linares (Presidente Honorario del I y II Congreso de la Salud de Bahía Blanca)  
Mario Aggio (Presidente I Congreso de la Salud de Bahía Blanca)  
Jorge Pedro Gabbarini (Presidente II Congreso de la Salud de Bahía Blanca)  
Juan Carlos Cafasso (Presidente Honorario del II Congreso de la Salud de Bahía Blanca)  
Bernardo Kaiser (Presidente II Congreso de la Salud de Bahía Blanca)  
Roberto Luis Giménez (Colegio de Odontólogos)  
Enf. Noemí Pont (Enfermería)  
Stella Maris Escudero (Colegio de Psicólogos)  
Lorenzo Berardi (Colegio de Médicos)  
María del Carmen Martí (Colegio de Asistentes Sociales)

#### COMITE CIENTIFICO

1° VICEPRESIDENTE: JORGE DRAGHI  
2° VICEPRESIDENTE: FABIANA CICCIOI  
1° SECRETARIO: CECILIA CASTRO  
2° SECRETARIO: STELLA MARIS ESCUDERO

#### VOCALES:

Mercedes Arrieta  
Marta Del Valle  
Patricia Ganuza  
Andrea Lattanzi  
Anahí Mendiburu  
Marcela Pacheco  
Soledad Pascual  
Maria Inés Re  
Marisa Zapata

COLABORADORES:

Victor Bernardis  
Alejandro Curino  
Pablo Casella  
Fabián Gimenez  
Carlos Fiore  
Antonio Giuliano  
Sandra Gómez  
Luis Irigoyen  
Graciela López  
Maximiliano Maruenda  
Mirta Mendizabal  
Cecilia Merino  
Daniela Milano  
Gustavo Piñero  
María J. Romero  
Luis Torrego  
María del C. Henales  
Ana María Gilabert  
Beatriz Stella

COMITÉ DE REVISION DE TRABAJOS CIENTIFICOS

Hospital Municipal de Agudos «Dr. L. Lucero»: Patricia Barberio- Mario Machiavelli -  
Hospital Interzonal General de Agudos «Dr. José Penna»: Jorge Blasco - Roberto Buschiazzo -  
Nora Ftulis - Fabián Giménez  
Hospital Italiano Regional del Sur: Claudia Díaz Argüello  
Hospital Privado del Sur y Hospital «Dr. Felipe Glasman»: Mario Aggio - Bernardo Kaiser  
Hospital Naval Puerto Belgrano: Francisco Criado  
Hospital Regional Español: Monica Iriso - Susana Olivetto - Edgardo Ibáñez  
Secretaría de Salud: Gerardo Deblawe - Juan Pablo Esandi  
Secretaría de Comité Científico: Lic. Giselle Roumeç

## Cardiovascular

### ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE ANGINA DE PECHO EN LA MUJER

Abadie J, Montovani A, Estebanez M, Guimaraenz M.  
Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Argentina. jorsalome@hotmail.com

**Introducción:** El dolor torácico agudo sigue siendo un reto en la práctica cotidiana en los Servicios de Emergencias ya que requiere un diagnóstico precoz y preciso. Entre los pacientes que acuden para la evaluación del dolor torácico un 20% presenta Síndrome Coronario Agudo, un pequeño porcentaje presenta otras patologías con riesgo vital como ser Embolia Pulmonar, Síndrome Aórtico Agudo, Neumotórax.

**Objetivos:** Exposición de un caso poco habitual de dolor precordial. Presentamos un paciente de sexo femenino de 43 años cuyos factores de riesgo coronarios son: dislipemia; ex-tabaquista; hipertensión arterial no tratada. Sin antecedentes cardiológicos. Presenta dolor precordial tipo opresivo en clase funcional IV que se irradia a miembro superior izquierdo, región del cuello y maxilar inferior, intensidad moderada acompañado de disnea, y disminuye su intensidad a los 10 minutos, para persistir levemente. Evoluciona con dolor de mayor intensidad a las 10 horas, motivo por el cual consulta. Electrocardiograma de ingreso: ritmo sinusal y rectificación del segmento ST en cara lateral y lateral alta. Se interpreta el cuadro como SCA sin supradesnivel del segmento ST. Se le administra tratamiento antianginoso con lo cual cede en forma parcial el dolor. Evoluciona con reagudización del dolor, disnea e hipertensión arterial (180/100 mmHg). En la radiografía de tórax: silueta cardiovascular aumentada de tamaño a expensas del arco inferior izquierdo. El ecocardiograma tratorácico y trasesofágico, descarta Síndrome Aórtico Agudo y exhibe imagen de tipo quística paracardiaca. Se solicita Angiorresonancia donde se constata la presencia de una imagen quística paracardiaca de 8 cm de longitud ubicada en el mediastino anterior. Evaluada por cirujano de tórax y ante la sospecha de tumor mediastinico se decide la extirpación quirúrgica. Se realiza extirpación quirúrgica de la masa y se envía a estudio anatomopatologica. El informe revela la presencia de Quiste Poliquistico Timico.

### CIRCUNFERENCIA DE CINTURA E INDICE DE MASA CORPORAL Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO CARDIOMETABÓLICO Y GLOBAL EN ADULTOS BAHIENSES.

Benozzi S, Alvarez C, Perruzza F, Pennacchiotti G.  
Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina. sbenozzi@uns.edu.ar

**Introducción:** el índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia de cintura (CC) son dos índices antropométricos ampliamente utilizados para cuantificar el grado de obesidad y han demostrado estar asociados con diabetes mellitus y

morbi-mortalidad cardiovascular.

**Objetivo:** analizar la relación entre los índices antropométricos y los factores de riesgo cardiometabólico en la población adulta bahiense. **Materiales y Métodos:** estudio transversal que incluyó 270 personas adultas de ambos sexos. De cada individuo se obtuvieron datos de filiación y se le midió la presión arterial, el peso, la altura, la circunferencia de cintura, y los niveles de glucosa, colesterol total (CT), C-HDL y triglicéridos (TG). Síndrome metabólico (SM) se definió con el criterio del NCEP III, excluyendo CC. El riesgo cardiovascular global (RCG) se calculó con el sistema SCORE. El IMC se calculó como peso (kg) /altura<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>). El tratamiento estadístico de los datos se realizó aplicando las pruebas de correlación de Pearson, Spearman, correlación parcial controlada por edad y sexo y curvas ROC (Receiver Operating Characteristic) con un programa SPSS14.0. **Resultados:** se observó correlación entre ambos índice antropométricos ( $r = 0,84$   $p < 0,01$ ). La correlación entre IMC y CC con SM fue  $r = 0,34$  y  $r = 0,36$   $p < 0,01$  respectivamente y con RCG fue  $r = 0,17$  y  $r = 0,18$   $p < 0,01$ . Los coeficientes de correlación parcial hallados fueron similares entre CC e IMC y CT (0.21 vs. 0.24  $p < 0,01$ ), TG (0.29 vs. 0.32  $p < 0,01$ ), C-HDL (-0.17 vs. -0.20  $p < 0,01$ ), C-no-HDL (0.28 vs. 0.31  $p < 0,01$ ), TG/C-HDL (0.30 vs. 0.33  $p < 0,01$ ), C-LDL (0.18 vs. 0.20  $p < 0,01$ ), presión sistólica (0.22 vs. 0.21  $p < 0,01$ ), presión diastólica (0.24 vs. 0.27  $p < 0,01$ ). El área bajo las curvas ROC para CC vs. IMC fue: en hipertensión 0,74 vs. 0,76, dislipidemia 0,70 vs. 0,72, diabetes 0,92 vs. 0,90, SM 0,78 vs. 0,80 y RCG 0,94 vs. 0,91 en todos los casos  $p < 0,01$ . **Conclusiones:** en el análisis de correlación se observaron pequeñas diferencias entre IMC y CC en relación a los factores de riesgo cardiovascular. La evaluación del área bajo las curvas ROC indica que, si bien los resultados fueron similares para ambos índices, el IMC fue el mejor índice antropométrico para discriminar entre presencia y ausencia de hipertensión, dislipidemia y SM en tanto CC lo fue para diabetes y RCG. Los resultados resaltan la importancia de incluir estos índices antropométricos en el screening para identificar individuos con elevado riesgo cardiometabólico.

### HIPERTENSION ARTERIAL RENOVASCULAR EN MUJER JOVEN, PRESENTACION DE UN CASO

Heredia V, Guimaraenz M, Estebanez MJ, Cermesoni R.  
Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Argentina. vherediall@hotmail.com

**Introducción:** La hipertensión arterial renovascular (HTARV) es la forma más frecuente de hipertensión arterial secundaria (HTAS). Su prevalencia es del 6% en la población de hipertensos. Los métodos complementarios, en este grupo de pacientes, confirmar la presencia de HTAS. **Objetivo:** Destacar la presunción diagnóstica y la utilización de métodos

complementarios en la confirmación de la HTAS. **Caso Clínico:** Paciente femenino de 40 años, hipertensión arterial de 10 años de evolución, sobrepeso. Presenta en control tensión arterial de 180/110. Ecocardiograma, normal. Ecografía doppler renal, riñón derecho con alteración de relación parénquima-seno. Ostium de arteria renal derecha de 3mm. Arteria renal accesoria?. Velocidad de aceleración sistólica en el parénquima derecho 11cm/s2 (VN >370 cm/s2). Estenosis renal derecha?. Arteriografía renal: arteria renal derecha es de pequeño calibre, que aparenta ocluirse a nivel del hilio. Importante desarrollo de ramos capsulares, que tiñen tenuemente la fase nefrográfica del riñón derecho hipoplásico o pequeño. Radiorenograma con captopril: del lado derecho se evidencia perfusión más enlentecida y de menor intensidad. Durante la fase parenquimatosa y excretora persistió la asimetría siendo la cuantificación a los 20 min., 82% para el R izq. y 18% para Riñón derecho sin diferencia luego de la administración de Captopril. En tratamiento con Losartan 50 mg por día, y medidas higiénico-dietéticas presentó evolución favorable. La buena respuesta al tratamiento médico y la evidencia de funcionalidad, llevaron a una conducta expectante. **Comentario:** La presencia de HTA severa, en el paciente joven, obliga a descartar la presencia de HTAS, mediante el uso adecuado de los métodos complementarios.

## Cirugía

### ENDOMETRIOSIS APENDICULAR EN EL CONTEXTO DE UNA APENDICITIS AGUDA

Álvarez M, Mañanes G, Basualdo P, Milstein J.  
Sector de Coloproctología, Servicio de Cirugía General. Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero». Bahía Blanca. Argentina. [serviciodecirugia@hmbb.gov.ar](mailto:serviciodecirugia@hmbb.gov.ar)

**Introducción:** Pese a la cercanía entre el apéndice y los órganos pélvicos, la endometriosis apendicular es poco frecuente y generalmente asintomática.

**Objetivo:** Describir un caso de endometriosis apendicular como hallazgo en un cuadro de apendicitis aguda. **Materiales:** Paciente femenino de 38 años. **Método:** Paciente con antecedentes quirúrgicos de 3 cesáreas. Consulta por dolor abdominal, de 30 horas de evolución, de comienzo en hemiabdomen inferior tipo punzante que luego localiza en fosa ilíaca derecha. Al examen físico dolor a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca derecha con defensa y Blumberg positivo. Leucocitos: 16.800/mm<sup>3</sup>. Ecografía abdominal: litiasis vesicular, resto sin particularidades. Intraoperatorio: Incisión de Mc. Burney, apéndice cecal de características flegmonosas sin líquido libre. Presenta buena evolución postoperatoria. Alta a las 24 horas. Anatomía patológica: apéndice cecal de 6 x 0,7 cm., serosa rugosa, opaca, despulida, al corte pared blanquecina y mucosa pardusca; endometriosis apendicular con apendicitis aguda. **Discusión:** La endometriosis apendicular, en nuestro caso, se manifestó con dolor en fosa ilíaca derecha simulando un cuadro de apendicitis aguda siendo el diagnóstico anatomopatológico. Debe ser tenido en cuenta como diagnóstico diferencial en toda mujer en edad fértil aunque el tratamiento inmediato no se modifique, siendo sí de importancia el seguimiento postoperatorio.

### FITOBEZOAR: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

Maldonado O, Stork G, Mañanes G, Milstein J.  
Coloproctología. Servicio de Cirugía General. Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero». Bahía Blanca. Argentina. [osvaldomaldonado@yahoo.com.ar](mailto:osvaldomaldonado@yahoo.com.ar)

**Objetivo:** Presentar un caso de obstrucción intestinal por fito bezoar de presentación atípica. Antecedentes: Los bezoares consisten en masas formadas por material exógeno ingerido que afectan el tracto gastrointestinal. Se denominan según su composición: tricobezoares, compuestos por pelos y representan en 50% de los bezoares; fito bezoares, compuestos por vegetales no digeridos y otros menos frecuentes. La mayoría se manifiesta con síntomas de obstrucción intestinal y para su resolución, en general, requieren tratamiento quirúrgico. Lugar de Aplicación: Hospital público de atención terciaria. **Diseño:** Reporte de caso. **Población y Método:** Paciente masculino de 28 años consulta por dolor abdominal de doce horas de

evolución, continuo y creciente a predominio de hemiabdomen derecho, asociado a náuseas y episodio de vómito bilioso. Al examen físico: abdomen blando con dolor y discreta defensa en región periumbilical derecha y RHA escasos. Se realiza Rx de abdomen de pie que muestra un nivel hidroaéreo centroabdominal de intestino delgado. La ecografía informa escaso líquido libre en fosa ilíaca derecha e interasas. Tras seis horas de observación, sin cambios semiológicos y con sospecha de apendicitis aguda se decide realizar laparoscopia diagnóstica que evidencia: líquido seroso en fosa ilíaca derecha y fondo de saco de Douglas, apéndice cecal normal y en un sector asas de delgado congestivas y dilatadas. Se decide convertir a cirugía abierta, por incisión mediana infraumbilical, se explora intestino delgado. Constatándose a 3 metros del ángulo de Treitz, un segmento de ileon congestivo, dilatado y con contenido pastoso. Se realiza enterotomía mínima por la cual se remueve el fito bezoar y luego enterorrafia con surjet de polipropilene. Presentó buena evolución y al cuarto día posoperatorio se otorga el alta hospitalaria con control por consultorio externo. Anatomía patológica informa acumulo de fibras vegetales parcialmente digeridas. **Discusión:** En nuestro caso la presentación atípica de un fito bezoar, simulando un cuadro de apendicitis aguda, concluyó en cirugía realizando diagnóstico en el intraoperatorio de obstrucción de intestino delgado por fito bezoar.

### SECUELAS DE QUEMADURAS MAMARIAS OCURRIDAS EN LA INFANCIA

Pezzutti G, Baccini JC  
Unidad de Cirugía Plástica del Hospital Municipal «Dr. Leónidas Lucero». Bahía Blanca Argentina. [g\\_pezzuttiabvconline.com.ar](http://g_pezzuttiabvconline.com.ar)

**Introducción:** Las secuelas de quemadura en la región mamaria suelen demandar una cirugía reparadora y esto es debido a la gran importancia de la mama en el esquema corporal de la mujer. Cuando las quemaduras ocurren en la edad adulta existen diferentes tipos de secuelas que van desde la cicatrización hipertrófica hasta la necrosis con pérdida del complejo areolar. El tratamiento de estas lesiones es similar al que se realiza en cirugía oncoplastica. Las quemaduras sufridas en la infancia, agregan con frecuencia la falta de desarrollo normal de la glándula mamaria. **Objetivos:** Mostrar la problemática y las diferentes opciones de tratamiento, y presentar tres casos de pacientes tratados en nuestro hospital con secuelas de quemaduras en la región mamaria ocurridas en la infancia. **Materiales y Métodos:** En el presente trabajo de tipo descriptivo se muestran tres casos de secuelas de quemadura en la región mamaria ocurridas en la infancia. Se adecuan diferentes técnicas de liberación de la cirugía plástica y reparadora (colgajo dermograso, mastopexia con reposición areolar y mastoplastia reductiva) para su tratamiento. **Inferen-**

**cias:** En los tres casos los resultados fueron aceptables desde el punto de vista estético, permitiendo a futuro un desarrollo mamario armónico. **Discusión:** Las quemaduras de la región mamaria que ocurren en la infancia, aunque en ocasiones puedan parecer menos graves (en cuanto a su profundidad), agregan con frecuencia como secuela la falta de desarrollo normal de la glándula mamaria. Debemos utilizar, lo más tempranamente posible, diferentes técnicas de liberación de los planos cutáneos para su tratamiento.

### **ABSCESO PELVISUBPERITONEAL DISEMINADO A RETROPERITONEO: TRATAMIENTO CON DRENAJE PERCUTÁNEO. REPORTE DE UN CASO**

Rausch R, Mañanes G, Stork G, Piussi V.

Sector de Coloproctología. Servicio de Cirugía General. Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero». Bahía Blanca. Argentina. [serviciodecirugia@hmabb.gov.ar](mailto:serviciodecirugia@hmabb.gov.ar)

**Introducción:** El absceso anorrectal es una colección purulenta aguda que ocupa los espacios celuloadiposos que rodean el conducto anal y la porción extraperitoneal del recto. Se clasifican en perianales, isquiorrectales, postanales, submucosos, intermuscular alto y pelvisubperitoneal. El absceso del espacio pelvisubperitoneal es el menos frecuente (hasta el 7,5% según la serie). La diseminación de este tipo de absceso al retroperitoneo es extremadamente infrecuente y se acompaña de severo compromiso séptico, necesitando abordaje multidisciplinario, cobertura antibiótica adecuada y drenaje rápido y eficaz. **Objetivo:** Presentar un caso de absceso pelvirrectal con diseminación a retroperitoneo tratado con drenaje percutáneo. **Reporte de caso:** Paciente de 29 años consulta por dolor perianal de 4 días de evolución, de intensidad creciente, asociado a fiebre y vómitos en las últimas 24 horas. Al examen físico leve dolor en hipogastrio a la palpación profunda, sin defensa. Inspección: sin tumefacción ni cambios de coloración en el periano. Al tacto rectal: esfínter normotónico, paredes lisas sin abombamientos, despierta dolor en hemiano izquierdo. 18.100 leucocitos/mm<sup>3</sup>. Bajo anestesia local se punza en hora 3, extrayendo 1 cm<sup>3</sup> de pus. Se inicia tratamiento antibiótico con ornidazol, ampicilina y gentamicina y se drena absceso pelvisubperitoneal izquierdo bajo anestesia raquídea, por vía perineal, dejando un drenaje. El cultivo informó *E. coli* y *S. viridans*, sensibles a los antibióticos utilizados. El paciente evoluciona con dolor anal, en fosa ilíaca izquierda y fiebre por lo que al 4° día postoperatorio se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis que muestra 2 colecciones líquidas, una en para-psoasílica izquierdo y otra presacra. Se drenan de manera percutánea bajo guía tomográfica con 2 catéteres de 12 Fr, uno a través de fosa ilíaca izquierda y el otro transglúteo, obteniendo líquido purulento por ambos. Al 11° día postoperatorio se comienza a lavar con solución fisiológica a través del catéter de la fosa ilíaca que

se comunica con el drenaje perianal. Al 13° día postoperatorio se otorga el alta hospitalaria. Durante 7 días y de forma ambulatoria se realizan lavados a través de los drenajes, con control tomográfico que no evidencia colecciones, por lo que se retiran los drenajes y evoluciona favorablemente.

**Discusión:** El drenaje percutáneo es una alternativa útil y factible de realizar en el tratamiento del absceso pelvisubperitoneal diseminado a retroperitoneo.

### **TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE LA PLEURA**

Basualdo P, Lifszit A, Araujo S.

Sector de Cirugía de Tórax. Servicio de Cirugía General. Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero». Bahía Blanca. Argentina. [serviciocirugia@hmabb.gov.ar](mailto:serviciocirugia@hmabb.gov.ar)

**Antecedentes:** El tumor fibroso solitario de la pleura (TFSP) es una neoplasia infrecuente, considerada benigna, de crecimiento lento y poco sintomática pero que puede recidivar tras la resección quirúrgica. **Objetivo:** Mostrar un caso de (TFSP) tratado en nuestro Hospital. **Lugar de aplicación:** Hospital público de atención terciaria. **Diseño:** Reporte de caso. Paciente femenina de 42 años de edad, que ingresa al servicio de urgencias de nuestro Hospital por dolor torácico en región interescapular que comienza tras caída de su propia altura impactando en dicha región, asociado a disnea clase funcional IV. Con sospecha de Neumotórax se realiza Rx de Tórax y como hallazgo se observa imagen paracardíaca izquierda de bordes netos de 10 cm de diámetro. TAC de Tórax muestra una masa que compromete mediastino anterior para cardíaca izquierda de contornos netos con plano de separación de grandes estructuras vasculares. Con diagnóstico presuntivo de tumor mediastinal anterior se realiza exploración por esternotomía. Se halla formación nodular de 11 cm. duroelástica en mediastino anterosuperior lateralizado a la izquierda que no comprometía estructuras adyacentes, se realiza resección. Evoluciona favorablemente, y al 5to día postoperatorio se indica el alta. El informe histopatológico revela un Tumor fibroso Solitario de la Pleura positivo para CD 34, y Actina. Al año de la cirugía los controles postoperatorios imagenológicos (TC tórax) fueron sin recidiva. **Discusión:** El tumor fibroso solitario de la pleura es una neoplasia benigna, poco frecuente su diagnóstico definitivo es histopatológico. Su tratamiento es quirúrgico y permite un desenlace favorable para la mayoría de los pacientes.

## Clínica Médica

### REPORTE DE SERIES DE CASOS DE GUILLAIN BARRÉ INTERNADOS EN SALA DE CLÍNICA MÉDICA DEL H.M.A.L.L. ENTRE LOS AÑOS 2002 – 2008

Rolfo VE, López AC, Wrobel MR, Crespo E, Rodolf G, Ma-ruenda MM.

Residencia de Clínica Médica. Servicio de Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leonidas Lucero». Bahía Blanca. Argentina. clarita14ulp@hotmail.com

**Introducción:** El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) agrupa una serie heterogénea de neuropatías periféricas mediadas inmunológicamente. Se presenta como polirradiculo-neuropatía de evolución rápida desencadenada después de un proceso infeccioso. Las medidas generales de sostén son la piedra angular del tratamiento y las terapias específicas incluyen inmunoglobulina endovenosa y plasmaféresis. Objetivos: Determinar el número de casos de SGB internados en nuestra sala y sus características clínicas. Describir los tratamientos instaurados y los resultados observados con los mismos. **Materiales y Métodos:** Para la recolección de datos se utilizó una planilla diseñada por los autores, registrando características clínicas, enfermedad desencadenante, evolución, tratamiento instaurado, factores pronósticos de mala evolución, de internación en unidad de terapia intensiva (UTI) y requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Resultados: De 18 pacientes incluidos, 2 cumplieron criterios de exclusión. Se observó una relación hombre: mujer 1:1, la edad media de presentación fue 52.3 años. El 43.8% de los pacientes no presentaron enfermedad desencadenante. La totalidad de los pacientes recibieron tratamiento de sostén, aquellos que presentaban enfermedad progresiva recibieron además tratamiento específico, 37.5% plasmaféresis y 31.3% inmunoglobulinas. La totalidad de los mismos presentaron limitación de la progresión clínica. El factor predictor de ingreso a UTI más observado fue inicio de enfermedad menor a 7 días (87.5%). La única complicación presentada fue infección 12.5% (2 pacientes). 25% de los pacientes ingresaron a UTI, 2 requirieron AVM. **Conclusiones:** No se observaron casos en menores de 35 años. La mayoría no presentó enfermedad infecciosa desencadenante y en aquellos que la presentaron no se pudo establecer relación significativa entre el tiempo de evolución de la misma y la manifestación del SGB. La observación más frecuente fue debilidad relativamente simétrica, perfil típico en el líquido cefalorraquídeo, afección del nervio facial u otros pares craneales y ausencia de fiebre. No se encontró correlación significativa entre los factores predictores de ingreso a UTI y el ingreso a dicha unidad. En los pacientes que recibieron tratamiento específico se observó limitación de la progresión clínica de la enfermedad y mejoría de la capacidad motora al egreso, aquellos que se encontraban

en fase de meseta y recibieron únicamente tratamiento de sostén presentaron buena evolución.

### ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT JACOB, VARIANTE FAMILIAR EN HMALL. PRESENTACIÓN DE CASO.

Pérez Teysseyre H, Sarmiento MG

Servicio de Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leonidas Lucero». Bahía Blanca. Argentina. hernanperez51@hotmail.com

**Introducción:** Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una encefalopatía humana subaguda, progresiva, asociada a degeneración espongiiforme del sistema nervioso central. La incidencia anual es baja con alta mortalidad al año en el primer año, el inicio de los síntomas es en promedio a los 65 años. La variedad familiar corresponde al 10-15%. Cursa clínicamente con demencia rápidamente progresiva y mioclonías, vinculado con un patrón electroencefalográfico (EEG) específico. **Caso 1:** Paciente de 48 años, argentino, con antecedente de demencia en familiares paternos de segundo grado, que comienza con insomnio, desorientación témporo-espacial, agitación psicomotriz y conductas inapropiadas. RMN cerebral informó disminución de la hiperintensidad en surcos de la convexidad y basales de los lóbulos frontales e hiperintensidad en sector posterior de ambos talamos, por delante de la cisterna ambiens. En el EEG presentó desorganización difusa bilateral, ondas theta y delta fronto parietales bilaterales. Evoluciona con alucinaciones visuales, mioclonías y convulsiones tónico-clónicas generalizadas, con actividad irritativa y punta de onda hipersincrónica generalizada en el EEG. Presenta proteína 14-3-3 positiva en LCR. Falleciendo a los 45 días, sin autopsia. **Caso 2:** Paciente de 74 años de edad, chileno, previamente sano, con antecedentes de demencia en familiar de primer grado, consulta con ataxia, vértigo y temblor de actitud de 3 meses de evolución, agregando convulsiones tónico-clónicas generalizadas, trastornos deglutorios y deterioro del sensorio. RMN cerebral informó lesión isquémica del territorio de la arteria cerebelosa postero-inferior izquierda, con alteraciones focales y confluentes hiperintensas en T2 en sustancia blanca supratentorial, periventricular que no modifican con contraste, asociado a áreas de desmielinización de origen vascular. Evoluciona con mutismo aquinético y obita a los 78 días. Diagnóstico por necropsia: encefalopatía espongiiforme tipo Creutzfeldt Jakob. Discusión: los 2 casos se tratan de ECJ familiar, debido a los antecedentes familiares de demencia, la mayor incidencia de esta entidad en Chile, sus características clínicas y la confirmación diagnóstica anatomopatológica en uno de ellos. Debería evaluarse la utilidad de rastrear a familiares sanos del mismo árbol genealógico debido al des-

conocimiento evolutivo y a la falta de recursos terapéuticos en caso de ser positivos. A pesar de que es una entidad con baja incidencia habría que sospecharla en aquellos con demencia progresiva de origen incierto.

### VASCULITIS ASOCIADA AL CONSUMO DE COCAINA

Sofio MP, Biaggioni M, Príncipe GJ, Maruenda MM  
Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leonidas Lucero». Bahía Blanca. Argentina. paulasofio@hotmail.com

**Introducción:** La prevalencia del consumo de cocaína a nivel mundial es de 0,3%, siendo la cuarta droga ilícita de mayor consumo en el mundo. En Argentina es del 2,67%, superando ampliamente el promedio mundial. El daño producido es multifactorial, principalmente por un excesivo estímulo del sistema nervioso simpático que genera vasoconstricción arterial de grandes y pequeños vasos. **Caso Clínico:** Mujer de 23 años que ingresa a nuestro hospital por disnea progresiva, asociado a edemas en miembros inferiores y epistaxis de una semana de evolución. Antecedentes: insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico (2007). Biopsia renal: glomerulonefritis proliferativa endo y extracapilar avanzada, en organización con frecuentes glomérulos esclerosados. Inmunofluorescencia: depósito de IgG, M y C3 con IgA (-) en membrana basal de capilares. Laboratorio: ANCAc + (1/320), HIV, hepatitis B y C, anti-DNA, FAN negativos. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo hipertrófico, ventrículo derecho dilatado leve, hipertensión pulmonar (HTP) severa y derrame pericárdico moderado. Tomografía (TAC) de tórax: infiltrado tipo acinar en lóbulo superior derecho. Hipertensión arterial de difícil manejo y múltiples internaciones por insuficiencia cardíaca. Se interpretó como Granulomatosis de Wegener (GW), recibió tratamiento con corticoides y ciclofosfamida. Ingresa en insuficiencia cardíaca por falta de tratamiento. Refiere consumo de cocaína inhalada desde los 14 años hasta hace 2 meses. Ecocardiograma de control, no evidencia hipertensión pulmonar y TAC tórax normal. Se recibe ANCAc con título 1/40. La paciente evoluciona favorablemente hasta la actualidad con descenso del corticoide, soporte hemodinámico y sin recaída en el consumo de cocaína. **Discusión:** El consumo de cocaína se asocia a complicaciones agudas como la HTP debida a vasoconstricción. Produce epistaxis y hemoptisis por injuria de la vía aérea. El compromiso renal con esclerosis glomerular es el hallazgo más frecuente. Nuestra paciente presenta complicaciones agudas y crónicas siendo éstas las menos descriptas. Existen series de casos publicadas de pacientes con lesiones símil GW y ANCA positivo causadas por consumo de cocaína, que mejoran o retrogradan al suspender la droga. Este ANCA es contra elastasa y es útil para discriminar lesiones por cocaína de las producidas por

otras vasculitis. No realizamos la determinación por falta del método de diagnóstico. Con respecto al diagnóstico de GW, no presenta lesiones típicas ni biopsia renal característica y a diferencia de lo que ocurre en otras enfermedades del tejido conectivo, la HTP es infrecuente en las vasculitis de pequeños vasos. Motiva nuestra comunicación, la presencia de síndromes poco conocidos vinculados al crecimiento del consumo de Drogas.

### PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC) REAGUDIZADA EN SALA DE INTERNACION DE CLINICA MEDICA.

Heine L, Lemus S, Lucavezich M, Maruenda M, Goncalvez Delgado MC, Príncipe G.

Residencia de Clínica Médica. Hospital Municipal de Agudos «Doctor Leónidas Lucero». Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** La EPOC es una entidad prevenible y tratable, que se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica poco reversible al flujo aéreo. El tabaco es el principal factor de riesgo. Su morbilidad ocupa el cuarto lugar en los países desarrollados. Las exacerbaciones tienen impacto negativo sobre la calidad de vida, el pronóstico de los pacientes y el costo socioeconómico. La prevención, detección y tratamiento temprano pueden impactar sobre la evolución clínica disminuyendo los efectos sobre la calidad de vida y minimizando los riesgos de hospitalización. La mortalidad asciende al 40% en aquellos pacientes que requieren ventilación mecánica y al 49% al tercer año de hospitalización por exacerbación. El motivo de la realización de este trabajo es evidenciar la prevalencia y evolución de esta patología en nuestra sala. **Objetivos:** Determinar la prevalencia y las características clínicas de los pacientes con EPOC reagudizado en la sala de clínica médica, desde el 01 de enero al 31 de diciembre del 2008. **Materiales y Métodos:** Es un estudio descriptivo observacional, de corte transversal, sobre 38 pacientes internados en sala de clínica médica cuyo diagnóstico al alta fue EPOC reagudizado. El análisis de los datos se realizó utilizando el programa epi info. **Resultados:** El número de pacientes evaluados fue de 38, que corresponde a una prevalencia del 3%, la edad media de presentación fue 70,5 años ( $\pm 11,5$ ), siendo el 60,5% varones (23 pacientes). Las comorbilidades encontradas fueron diabetes 18,4% (7 pacientes) e internación previa en terapia intensiva 2,6% (2 pacientes). El 42,1% de los pacientes contaban con espirometría ambulatoria (16 pacientes) y 8 pacientes con severidad en la misma (21,1%). Presentaron signos de severidad a su ingreso 21 pacientes (55,3%), con uso de músculos accesorios 27% (4 pacientes), deterioro del sensorio 10,5% (4 pacientes), respiración paradójica 10,5% (4 pacientes) e insuficiencia cardíaca derecha 10,5% (4 pacien-

tes) con criterios de VMNI 52,6% (20 pacientes), recibiendo este último el 18,4% (7 pacientes). Los días promedios de internación fueron 8,23 ( $\pm 10,6$ ). Un paciente requirió terapia intensiva y otro falleció. **Discusión:** Si bien mostramos una población acotada de pacientes, nos permitió conocer las características de nuestra población, el tiempo de estadía y sus factores pronósticos.

# Control de calidad

## **PROGRAMAS DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD: Una herramienta más en el aseguramiento de la calidad de los resultados**

Gabbarini M, Toscano N, Montero S.

Departamento de Aseguramiento de la Calidad. IACA Laboratorios. Bahía Blanca Argentina. calidad@iaca.com.ar

**Introducción:** los Programas de Evaluación Externa de la Calidad constituyen una herramienta valiosa en el aseguramiento de la calidad de los resultados analíticos, proporcionando evidencia objetiva del grado de competencia de los laboratorios. La evaluación del desempeño y el análisis de causas frente a resultados inaceptables, provee información útil y complementaria al control interno de la calidad, favoreciendo la identificación de errores y desvíos en la práctica diaria. **Objetivo:** informar a la comunidad médica acerca de cómo el laboratorio gestiona su participación voluntaria en el programa DGKL del Reference Institute for Bioanalytics of the German society of clinical chemistry and laboratory medicine e.V. (RfB of the DGKL). **Materiales y Métodos:** se evaluaron los resultados correspondientes a los subprogramas de DGKL: Química Clínica (KS), Biología Molecular (FV) y Proteínas Séricas (IG) del año 2008 y se diseñaron gráficos para registrar el desempeño de cada analito. Cabe destacar que para un amplio grupo de analitos de los subprogramas KS e IG, los valores de concentración son asignados (Target) por métodos de referencia y que cada envío consta de dos niveles de concentración. El criterio de aceptación establecido por el RfB of the DGKL se expresa como  $D/D_{max}$ .  $D = (\text{Resultado Laboratorio} - \text{Target})$ ;  $D_{max} = \text{máximo desvío permitido}$ . **Resultados:** el grado de cumplimiento de los requisitos establecidos por el RfB of the DGKL para cada analito, en términos de  $D/D_{max}$ , fue del 90% para los 31 analitos (glucosa, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, sodio, potasio, alanina amino-transferasa, etc.) incluidos en cada uno de los ocho envíos (KS); 100% para Factor V Leiden, Protrombina 20210, Metilentetrahidrofolato Reductasa (MTHFR mutación C677T) y mutaciones de la hemocromatosis hereditaria (HFE C282Y y HFE H63D) de los dos envíos (FV) y 98% de los 13 analitos (albúmina, transferrina, inmunoglobulinas M, G y A, Complemento C3 y C4, etc.) de los dos envíos (IG). **Conclusiones:** Los resultados obtenidos y el alto porcentaje de cumplimiento de los requisitos del programa, evidencian de manera objetiva un buen desempeño. La Dirección y el Departamento de Aseguramiento de la Calidad, disponen de una herramienta eficaz, que les permiten realizar el seguimiento de los resultados e implementar las acciones correctivas necesarias.

# Educación Médica

## USO DE PELICULAS DE FICCIÓN COMO DISPARADORES DEL APRENDIZAJE EN EL PREGRADO DE UNA CARRERA DE MEDICINA BASADA EN PROBLEMAS

García Dieguez M, Del Valle M, Cragno A, Romano H.  
Carrera de Medicina. Departamento de Ciencias Médicas.  
Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina.  
gdieguez@criba.edu.ar

**Introducción:** La carrera de Medicina de la UNS está organizada curricularmente basada en problemas orientado a la comunidad y con una integración disciplinar en espiral. Esto pone de relieve el uso de situaciones cotidianas relacionadas a la salud como punto de partida para el aprendizaje. Mucho se ha escrito que cualquier formato es válido para actuar como disparador. El cine de ficción, tiene una capacidad de provocar emociones y, a través de ellas, desencadenar sensaciones e ideas. El cine se ha acercado a los temas científicos desde muchos puntos de vista pero las líneas que hacen a la representación de situaciones de salud enfermedad y las reflexiones éticas sobre aspectos científicos y del sistema de salud resultan de particular interés. **Objetivo:** Presentar una descripción del uso de películas como disparadores de aprendizaje en la carrera de medicina de la UNS. **Metodología:** Presentación de una modalidad curricular con análisis de resultados de aprovechamiento analizados en forma independiente por dos docentes. **Descripción y resultados:** El ciclo inicial de la carrera de Medicina esta dividido en 12 unidades y cursos de relación médico-paciente planificados por un grupo interdisciplinario de docentes de diferentes áreas. Para esta actividad se seleccionan películas que permitan a los estudiantes abordar temas pertinentes. Se le entrega una guía con objetivos de la actividad con una serie de preguntas disparadoras. Luego de ver la película los estudiantes son enfrentados a un panel de expertos con el que tienen la oportunidad de discutir hipótesis, ideas y resultados de la búsqueda de información. Para finalizar presentan un reporte que sintetiza su reflexión sobre las preguntas disparadoras. El análisis de los resultados de estos reportes correspondientes a la unidad 1 (Películas «El hijo de la novia» y «La muerte del Sr. Lazarescu» para la temática funciones intelectuales y sistema de salud respectivamente) fue calificado como muy satisfactorio en términos de pertinencia, profundidad y comprensión de la temática. **Discusión:** Las películas pueden ser utilizadas como disparadores de aprendizaje en modelos de aprendizaje que estén organizados sobre la base del análisis de problemas. Estudios subsiguientes deberán explorar la satisfacción del estudiante y el tiempo que insume su utilización comparada con otras modalidades.

# Emergentología

## PERCEPCION DE ENFERMEROS Y CAMILLEROS SOBRE LA RESIDENCIA DE EMERGENTOLOGIA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS DR LEONIDAS LUCERO A 4 AÑOS DE SU CREACIÓN

Muñoz Cruzado N, Ferrari A, Reyes J, Fernández Keller P, Altaraz Morelli V, Piñero G.

Residencia de Emergentología. Servicio de Emergencias. Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero». Bahía Blanca. Argentina. nicolasmc77@hotmail.com

**Introducción:** Una de las actividades principales del trabajo del emergentólogo es reevaluar su desempeño, por esa razón y a cuatro años de la creación de la Residencia de Emergencias, se realizó una encuesta para evaluar la percepción sobre la misma de enfermeros y camilleros del Servicio de Emergencias (SE) de nuestro hospital. **Objetivos:** Obtener una evaluación cualitativa del trabajo de la Residencia por parte del personal de enfermería y camilleros, evaluar si existieron cambios en la atención de patologías críticas y si existe visión de trabajo en equipo. **Materiales y Métodos:** Encuesta anónima, retrospectiva dirigida al personal de enfermería y camilleros del SE. Se reca-baron 28 encuestas, de un total de 32 encuestados. Se anuló una de las encuestas por no haber completado el 20% de las preguntas. Los datos fueron procesados en Excel y expresados en porcentajes. **Resultados:** La totalidad de los encuestados piensa que es útil la formación de emergentólogos para el SE y el 85% considera a Emergentología como una especialidad diferente. Un 67% consideró que en los últimos años hubo cambios positivos para el trabajo diario, mientras que un 33% no observó cambios o los cambios fueron negativos. Con respecto a la modalidad de trabajo, el 56% refiere trabajar cómodo y en equipo, mientras que un 18% refieren trabajar en forma desordenada. Las principales patologías en las cuales refieren observar mejoras en la atención son: el manejo del politraumatizado, del trauma craneoencefálico, del dolor precordial y del paro cardiorrespiratorio. Sólo el 44% considera que existe un líder en el manejo de la emergencia. Alrededor del 60% de los encuestados manifiesta que la mejora total de la atención en los últimos 4 años fue superior al 50%. **Conclusión:** La evaluación global de estos 4 años de la Residencia de Emergencias por parte del personal de enfermería y camilleros fue ampliamente positiva, pero creemos que debemos mejorar nuestro desempeño en lo que respecta a trabajo en equipo y a la presencia de un líder en el manejo de la emergencia, dado que consideramos a éstos pilares fundamentales en el desarrollo de esta disciplina.

## Endocrinología

### HORMONA ANTIMÜLLERIANA: COMPARACION DE DOS ENZIMOINMUNOENSAYOS (ELISA) DE DISTINTAS MARCAS COMERCIALES

Antista MS, Di Chiara M, Fernández P, Guinzburg M, Baccini L, Montero S.

IACA Laboratorios. Bahía Blanca. Argentina.  
endocrinologia@iaca.com.ar

**Introducción:** La hormona antimülleriana (AMH) es un marcador gonadal específico, sintetizada por las células de la granulosa en el ovario y las de Sertoli, en el testículo. En la mujer, los niveles de AMH reflejan la reserva ovárica, indicando el tamaño del pool de folículos en crecimiento y es un marcador de valor pronóstico de respuesta, en los tratamientos de reproducción asistida. **Objetivo:** Evaluar y comparar el desempeño analítico de dos métodos manuales, de distintas marcas comerciales, en diferentes rangos de valores de utilidad clínica. **Materiales y Métodos:** se realizó el dosaje de AMH en 119 sueros de mujeres entre 30-45 años de edad, que presentaban alteraciones en la fertilidad. Cada suero se procesó por duplicado, por DSL (Diagnostic Systems Laboratories) y por INMUNOTECH (Beckman Coulter). Los métodos comparados son inmunoensayos tipo «sandwich» de doble anticuerpo. Se dividió la población en tres grupos: Grupo I: n= 36; AMH < 0,7 ng/ml (baja reserva ovárica); Grupo II: n=63; AMH: 0,7-3,5 ng/ml (rango normal) y Grupo III n=20; AMH > 3,5 ng/ml (hiperestimulación ovárica). Los datos se analizaron con el programa estadístico Method Validator- Multi Qc. Para el análisis de concordancia se aplicó la fórmula de regresión Deming ponderada. Se calculó la precisión intra e interensayo, utilizando dos pools de muestras de pacientes, de distintos niveles de concentración, siguiendo las recomendaciones del CLSI (EP15-A2).

**Resultados:** con el análisis de regresión de Deming, se obtuvo la recta  $y = 0,94 X + 0,003$ . IC= 95%: 0,814 a 1,055 (pendiente) y - 0,066 a 0,072(intercepto). El coeficiente de correlación lineal de Pearson fue  $r=0,97$ . Grupo I:  $y = 1,04.X + 0,010$ . IC=95 % : 0,914 a 1,180 y -0,016 a 0,036 respectivamente y  $r=0,92$ . Grupo II:  $y = 1,006.X - 0,032$ . IC=95%: 0,907 a 1,106 y -0,178 a 0,114, con  $r=0,92$ . Grupo III:  $y = 0,983.X - 0,97$ . IC=95%: 0,505 a 1,460 y -3,49 a 1,55, respectivamente y  $r=0,832$ . Para DSL la precisión intraensayo fue de 2,9% (media=0,26 ng/ml) y de 3,6% (media=4,40 ng/ml) y la precisión interensayo: 4,5% (media=0,27 ng/ml) y de 5,00% (media=4,29 ng/ml). Para Inmunotech, la precisión intraensayo: 4,4% (media=0,285) y de 4,6% (media:4,25) y la precisión interensayo: 5,1% (media=0,29) y de 6,6% (media=4,16). **Conclusiones:** La correlación lineal entre los métodos y los parámetros de la recta fueron estadísticamente significativos. Debido al grado de dispersión observado en los gráficos, no se evidencia una buena concordancia, sobre todo en los valores fuera del rango de referencia.

### HIPERTIROIDISMO SUBCLINICO: FRECUENCIA Y PRESENTACIÓN DE SUS FORMAS EXÓGENA Y ENDÓGENA

Martínez C, Vuano E, Gregori G, Del Valle M.

Servicios de Laboratorio Central y Medicina Preventiva. Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero». Estomba 968. Bahía Blanca. Buenos Aires. República Argentina.  
mdelvalle01@yahoo.com.ar

**Introducción:** El hipertiroidismo subclínico (HSC) está definido como la presencia de niveles normales de T4 y T3 libres y niveles bajos de TSH. La etiología puede dividirse en dos categorías: exógeno (debido a la ingestión de dosis supresoras de hormona tiroidea) y endógeno (causado por condiciones infrecuentes que llevan a la tirotoxicosis) Ha sido asociado con mayor riesgo de fibrilación auricular y mortalidad, disminución de la función mineral ósea en las mujeres posmenopáusicas y síntomas leves de hipertiroidismo. **Objetivos:** Estimar la frecuencia del hipertiroidismo subclínico en los pacientes en tratamiento con hormona tiroidea (HSC exógeno) y en un grupo de individuos presuntamente sanos (HSC endógeno). **Población, materiales y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. Pacientes en tratamiento con hormona tiroidea entre junio y diciembre 2008 e individuos sanos que concurren a Medicina Preventiva tomados consecutivamente en días aleatorios. Se determinaron TSH, T4 Libre y T3 Libre por EQLIA en un Cobas E411 de Roche. **Resultados:** Analizados 564 pacientes en tratamiento, 83 % mujeres, mediana de edad 46.5 años (16-85). Se encontró que 100 (17.7%) presentaron valores de TSH < 0.4 mUI/ mL, 87 (15.4%) < 0.3 mUI/mL y 52 (9.2%) < 0.1 mUI/mL. No se encontró correlación significativa entre valores TSH y T4 Libre ( $r: -0.37$ ), ni entre valores de TSH y dosis de T4 ( $r: -0.17$ ). Analizados 200 individuos sanos, mediana edad 36.5 años (20-67) se encontró 3 (1.5%), dos hombres y una mujer de 28, 30 y 56 años respectivamente que tenían valores de TSH < 0.4 mUI/mL, con valores normales de T4 y T3 Libres. No presentaban antecedentes de enfermedad cardiovascular, ni familiares con enfermedad tiroidea. **Discusión y conclusiones:** La comparación de la frecuencia de HSC entre trabajos es difícil porque existen diferentes criterios para diagnosticarlo y porque los valores de corte utilizados suelen ser diferentes. En este trabajo se observa una frecuencia elevada de HSC exógeno, no relacionado con la dosis de hormona prescrita, lo que abre un interrogante a cerca de la adecuación del tratamiento en algunos de estos pacientes. Respecto al endógeno nos presenta una posibilidad diagnóstica para investigar.

### FRECUENCIA DE ALTERACIONES PODOLÓGICAS EN EL PACIENTE DIABÉTICO EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

González C, Mux M, Pariente Z, Tolosa R, Schulz J, Santillán C.

Unidad de Endocrinología. Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero». Bahía Blanca. Argentina. endocrinologia@hmabb.gov.ar

**Introducción:** Los pacientes con diabetes mellitus presentan frecuentemente lesiones o alteraciones en sus pies por la presencia de trastornos vasculares, neuropáticos u ortopédicos, que pueden conducir, si no son adecuadamente tratadas, a amputaciones generando un alto costo económico y deterioro en la calidad de vida. **Objetivos:** Determinar la frecuencia de alteraciones podológicas, conocimientos sobre cuidados de los pies y del calzado de los pacientes diabéticos atendidos en el Consultorio de Pie Diabético de la Unidad de Endocrinología del Hospital Municipal de Bahía Blanca. **Materiales y Métodos:** Se estudiaron 201 pacientes diabéticos desde enero de 2007 a diciembre de 2008. De ellos: 109 (54,23%) eran hombres y 92 (45,77%) mujeres, diabéticos tipo 1: 36 (17,9%) y 165 (82,1%) tipo 2. El promedio de edad fue de 60,3 años y de antigüedad de la diabetes de 12,7 años. En todos se evaluó si tenían conocimiento sobre diabetes y cuidados de sus pies y el uso de calzado y medias adecuados. El examen de los pies consistió en determinar la presencia de alteraciones podológicas realizándose tratamiento y seguimiento correspondiente en los que la presentaban y se los instruyó en los cuidados del pie, calzado y medias. Los casos que requerían corrección del apoyo, ortesis o curación de úlceras fueron derivados al equipo médico de la unidad para realizar un tratamiento integral. **Resultados:** Presentaron conocimientos en diabetes (85%), en cuidados del pie (48,26%), uso calzado adecuado (32,33%) y medias (21,34%). En el examen de los pies: dedos en martillo (7,46%), hallux valgus (10,9%), micosis en piel (48,75%), onicomicosis (76,6%), onicocriptosis (40,8%), dedos en garra (8,46%), hiperqueratosis (35,32%) y alteraciones en piel (72,14%). Requirieron evaluación por su médico para curación de úlceras 16 pacientes (7,96%), para el ortesista 52 (25,87%) y traumatólogo 35 (17,41%). **Conclusiones:** Se evidenció alto porcentaje de falta de cuidados del pie y uso de calzado y medias inadecuadas. Las micosis e hiperqueratosis, entre las alteraciones más frecuentes. El tratamiento, el control y la educación permanente fueron los medios de prevención de amputaciones.

#### DIABETES: TAREA DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO (ABADI) FRESONG

Santillán C, Giménez F, Mainardi S, Santillán CA, Yañez C,

González E, Araoz JC.

Asociación Empleados de Comercio. Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** Teniendo en cuenta que el 50% de la población con diabetes ignora su enfermedad, se inicia una recolección de datos con planillas fijas. **Objetivos:** Demostrar la importancia del accionar conjunto para prevenir y educar en diabetes. **Materiales y Métodos:** Sobre 191 personas, que se presentaron espontáneamente ante la convocatoria de ABADI y que constituyen el material humano (57,5% femenino, 42,5% masculino) con una metodología descriptiva se hace un estudio tipo Screening. Talla - Peso (IMC), diámetro de cintura, registro de HTA, Determinación de Glucemia. Ante la evidencia de diabetes, revisión por: Odontólogo, Oftalmólogo, Cardiólogo, Laboratorio y Podólogo. **Resultados:** Entre los examinados, predominó la década 60 a 69 años. Un 45% hace actividad física; un 29,3% acusaba HTA, mientras que un 39,2% tiene antecedentes familiares. El IMC dio predominio de sobrepeso, (ambos sexos); diámetro de cintura, marcó riesgo en ambos, pero predominó en el femenino. Valores glucémicos dudosos: 6,8% que fueron citados a ABADI, para la POTG. De allí surgió un caso positivo, que elevó la cifra de diabetes ignorada de esa muestra a 9 personas lo que significó un 5,5% de diabetes ignorada. Todas las personas con diabetes ya conocidas o detectadas en este Operativo, fueron revisadas por los Especialistas ya mencionados, en esa misma mañana; en un total de 29 sobre las 34 confirmadas, dado que 5 de ellas prefirieron no hacerlo. El Informe de los facultativos dio: Odontológico: 11 casos de lesiones bucales. Oftalmológico: 9 personas con diabetes con patología ocular. Cardiológico: Clínica y electrocardiológicamente se apreciaron 8 casos de diabetes con Hipertensión o trastornos del ritmo. Renal: En laboratorio la Microalbuminuria, dio tendencia al aumento en 4 casos y en uno, con elevación de hasta 4 veces su máximo normal. Podología: Muchas lesiones de los pies provocadas en su mayoría por calzado inadecuado. **Conclusión:** Para evitar las complicaciones que puede traer la diabetes, lo aconsejable es que los pacientes sean examinados de inmediato al diagnóstico y paralelamente educados.

## Epidemiología

### CAMPAÑA DE TESTEO VIH COMUNITARIO EN BAHIA BLANCA

Iommi P<sup>1</sup>, Fittipaldi T<sup>1</sup>, De Dios A.<sup>12</sup>

<sup>1</sup>Hospital Interzonal «Dr. José Penna». <sup>2</sup>Región Sanitaria I. Bahía Blanca. Argentina. paulaiommi@yahoo.com.ar

**Introducción:** En Argentina 134.000 personas viven con VIH/SIDA, 50% desconocerían su situación serológica. El testeo del VIH no está debidamente promovido. Estudios de conductas indican que cuando se conoce la situación serológica se reducen prácticas de riesgo en un 68% y que la tasa de transmisión a otras personas es 3,5 veces inferior. Dado el bajo porcentaje de realización voluntaria del testeo es esencial facilitar el acceso en forma universal, gratuita y voluntaria, para la prevención, tratamiento, atención y apoyo.

**Objetivos:** Sensibilizar a la población sobre la problemática del VIH. Generar toma de conciencia que el problema del sida es un problema de todos. Garantizar el acceso al testeo en forma gratuita, voluntaria y confidencial. Lograr detección precoz en personas seropositivas que desconozca su serología. **Metodología:** Los días 27 y 28 de mayo de 2009 se realizó campaña de testeo voluntario, gratuito y confidencial con asesoramiento y entrega de folletería. Se utilizó serología por Elisa y Western Blot para confirmación de casos positivos, devolución de resultados a las 48 hs. en Hospital Municipal y Penna, se profundizó consejería. Se instaló móvil sanitario en Plaza Rivadavia, como sitio de testeo, con dos extraccionistas y consejeras. Firma de consentimiento informado. Análisis de datos epidemiológicos tomados. Colaboraron personas viviendo con el virus, de distintas O.N.G y promotoras barriales.

**Resultados:** Se testearon 379 personas, 239 sexo femenino (63%) y 140 sexo masculino (37%). El promedio de edades fue de 30 años con un rango comprendido entre 4-74 años. El 12% del total se habían hecho el test alguna vez, 32% primera evaluación, 56% no contestó o no se le consultó. Dos casos dieron positivo (0.52%), se citó para confirmación diagnóstica. Resultados positivos entregados por médicos infectólogos. Porcentaje importante no retiró los resultados. Alto número de no utilización de preservativo. **Conclusiones:** Predominio testeo de sexo femenino y edades comprendidas entre 20-35 años. Frente al porcentaje de no retiro de resultados, incorporación estrategia notificación telefónica e intensificación consejería. Número importante de gente concurrió para realizarse el test y/o informarse. Desconocimiento sobre la gratuidad y disponibilidad del test en hospitales públicos. Necesidad de información de la población en general. Complacencia y deseos de repetir experiencia en gran mayoría de los asistentes. Importante llegar con estas campañas a unidades sanitarias facilitando el acceso al test.

### ENCUESTA SOBRE EL EJERCICIO PROFESIONAL EN EL HOSPITAL INTERZONAL «Dr. JOSÉ PENNA» DE BAHIA BLANCA.

Giménez F, Espina C, Sánchez Bejarano ME, Marchessi G. Asociación de Profesionales Universitarios del Hospital Interzonal General «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina. asocpenna@bvconline.com.ar

**Introducción:** El ejercicio de las profesiones en Salud en el ámbito público, es un tópico poco investigado. El desarrollo del Recurso Humano profesional, los sentimientos y necesidades del hombre, hacen que tenga una incidencia en el ejercicio diario de la tarea humana. Preguntar directamente al profesional cuál es su opinión en el ejercicio de la profesión en su ámbito público específico, es uno de los temas del que existe poca información. **Objetivo:** el cuantificar el grado de satisfacción en el ejercicio profesional en un hospital público, de clasificación interzonal, de la provincia de Buenos Aires.

**Materiales y Métodos:** Se realizó una encuesta anónima y voluntaria, destinada a profesionales del Hospital Interzonal General «Dr. José Penna» de Bahía Blanca, entre los meses de octubre y noviembre de 2007. Las preguntas fueron de opción múltiple. Respondieron 101 profesionales, entre ellos 68 profesionales de planta permanente, representando el 30% del padrón de la Asociación de Profesionales (225), y el 23% de los profesionales del hospital (295). Además, participaron 16 profesionales residentes, 11 concurrentes y 6 becarios.

**Resultados:** El 87% de los encuestados considera que nunca o sólo a veces es reconocida su tarea. Sólo el 17% considera adecuada su remuneración. El 91% no encuentra motivación para su crecimiento en el hospital, o sólo de vez en cuando. El 78% considera que toma decisiones esporádicamente o nunca. El 67,6% cree que hay falta de personal y/o recargo de trabajo. El 58,8% piensa que existe falta de materiales para su ejercicio. El 41,1% considera que existe falta de trabajo en equipo, estrés en la atención al público (39,2%) y maltrato por parte de personal jerárquico en el 24,5% de los encuestados. El 78,21% contestó que hay personal en riesgo. Sólo el 4% de los encuestados creen que la comunicación de los objetivos y organigramas del hospital son claros. El 68% no se encuentra identificado con los cargos jerárquicos. El 65% de los encuestados le preocupa siempre, o en forma temporaria su estabilidad laboral. **Conclusiones:** Esta presentación permite observar que la población profesional en un hospital interzonal de la provincia de Buenos Aires se encuentra insatisfecha, y que por lo tanto se encuentra en riesgo. Al no existir programas oficiales preventivos, se necesita crear espacios de reflexión, donde se pueda abordar este tipo de patologías. Asimismo, las Direcciones de los hospitales, así como sus instancias superiores, deben organizar las medidas administrativas correspondientes con el objeto de proteger al agente de salud. Con estas medidas de autoprotección del Recurso Humano del Hospital, se optimizará su función, que se traducirá en una mejor atención en calidad del paciente.

## EPIDEMIOLOGIA DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS DR. LEONIDAS LUCERO (PERIODO 1999 – 2008)

Andreocci M, Zoratti M.

Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leonidas Lucero».

Bahía Blanca. Argentina

mazmed200@yahoo.com.ar

**Introducción:** Los accidentes de tránsito en Argentina constituyen la primera causa de muerte en personas menores de 35 años, y la tercera, si se considera la totalidad de la población. En nuestro país, mueren por esta causa aproximadamente 7500 personas al año, y otras 120.000 sufren heridas. En Bahía Blanca en el año 2008 sólo en el Hospital Municipal de Agudos Leonidas Lucero (HMA) se internaron, por causa de accidentes de tránsito, 435 personas. **Objetivos:** Analizar el perfil epidemiológico y el costo de los pacientes internados en el HMA desde el año 1999 hasta el año 2008 por causa de accidentes de tránsito, y analizar los resultados referidos a tipo de accidente, sexo, edad de las internaciones relevadas durante dicho período. **Materiales y Métodos:** Se revisaron en forma manual las historias clínicas de los pacientes que requirieron internación por causa de accidentes de tránsito de los años 1999 y 2000, y para el resto del período estudiado, a través del sistema informático. Se relevaron los siguientes datos: sexo, edad, tipo de accidente: auto (AA), moto (AM), bicicleta (AB), atropellado (A) y accidentes no especificados (NC). **Resultados:** La tendencia del año 1999 a 2008 muestra que del total de los pacientes internados, el 75% fueron hombres y el 25% mujeres. El tipo de accidente: AM (50%), AA (25%), AB (15%) y A (10%). La media de edad en ambos sexos se encontró entre los 16 y 35 años de edad y para el rango de menores de 40 años, el 77% fueron hombres y el 23% mujeres. Se observa un incremento de casos del 50% en el período analizado. **Conclusiones:** Los resultados referidos al perfil epidemiológico en los años estudiados, mantuvieron la misma tendencia. Analizando el sexo, el porcentaje de hombres accidentados que significativamente mayor. Respecto al tipo de accidentes, el mayor porcentaje de internaciones correspondió a AM seguidos por AA, luego AB y por último A. Considerando la edad, el grupo etáreo más afectado fue el rango de 16 a 35 años, rango de alta productividad económica, por lo que si bien las medidas preventivas y/o correctivas son para la población en general, estas deben ser dirigidas y con mayor énfasis a la población detectadas como de mayor riesgo.

## LA IMPORTANCIA DEL REGISTRO DE CÁNCER DE BAHÍA BLANCA A NIVEL LOCAL Y REGIONAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER.

Laura EA, González MS, Laura JI, Lioncavallo P, Arnaudo C.

Registro de Cáncer del Sur de la Provincia de Buenos

Aires. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina. aapec1@criba.edu.ar

El Registro de Cáncer de Bahía Blanca inició sus actividades en 1989. Funciona dentro de la Unidad de Investigación del H. Penna y cuenta con el apoyo de la Asociación Argentina de Prevención y Educación del Cáncer: Para entonces no funcionaba ningún Registro de base poblacional en Argentina. Como consecuencia, la información que los profesionales de la salud podían utilizar estaba limitada a la mortalidad siendo esto insuficiente para evaluar el impacto global del cáncer. Era una creencia generalizada de los funcionarios de salud que la prevención del cáncer se llevaba a cabo con pruebas de Papanicolao la cual se ofrece de forma gratuita en los hospitales públicos. Después de las primeras publicaciones de los datos que se distribuyeron ampliamente en 1990 y 1991, era evidente que el cáncer de cuello uterino no era tan alto como se suponía, representando aproximadamente el 6% de los cánceres invasivos de las mujeres y el 3% considerando ambos sexos. En base a estos resultados, nuestra Asociación recomendó iniciar Programas de Control del Tabaco y educar a las mujeres para que después de los 50 años se realicen periódicamente mamografías. Un screening de cáncer de mama fue propuesto y se efectuó un estudio de factibilidad por encargo de la Municipalidad de Coronel Suárez aunque no se pudo llevar a la práctica por restricciones presupuestarias. También con el apoyo de AAPEC se iniciaron en el 2000 los Grupos de Autoayuda para Dejar de Fumar se efectuaron intervenciones en los profesionales de la Salud para que aconsejen a sus pacientes fumadores y se colaboró en la elaboración de las Guías Nacionales para el Tratamiento de la Adicción al Tabaco y en la de Cómo lograr Ambientes Libres de Humo. A nivel local se llevó a cabo el Programa H. Penna Libre de Humo y se colaboró en la creación de la Ordenanza 14254. Ahora, después de 20 años de recomendaciones, nuestra ciudad está libre de humo de tabaco en lugares públicos. Además de Bahía Blanca, otras 6 regiones vecinas han implementado las restricciones de consumo de tabaco en lugares públicos. Las continuas actividades del Registro de Cáncer se han enriquecido por la presencia de alumnos de Medicina a través del aprendizaje y las becas, que colaboran con la difusión de su importancia y las ventajas de un enfoque epidemiológico para el problema del cáncer.

# Hematología

## HEMATOLOGÍA: UTILIDAD DEL ERROR TOTAL (ET%) EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Reimer E, Martínez P, López G, Gilio J.  
Departamento de Hematología. IACA Laboratorios. Bahía Blanca. Argentina. hematologia@iaca.com.ar

**Introducción:** la planificación de la calidad requiere de la definición de los límites de tolerancia en términos del error que le es permitido a cada analito. Existen varias fuentes, tales como CLIA88 (Clinical Laboratory Improvement Amendments), Variabilidad Biológica (VB) o RCPA (Royal College of Pathologists Australasia) que establecen requerimientos de calidad con diferente jerarquía, expresados en términos de Error Total permitido (ETa). **Objetivo:** evaluar el desempeño durante el año 2008 en términos de ET% de los siguientes determinaciones: Recuento de Hematíes (RBC), Recuento de Leucocitos (WBC), Hematocrito (Hto), Hemoglobina (Hb) y Recuento de Plaquetas (PLT).

**Materiales y Métodos:** las muestras se procesaron en el autoanalizador hematológico Sysmex XT2000i y como control interno de calidad se utilizó el material e-Check, que es una muestra de sangre entera estabilizada provisto por Sysmex. Los controles internos de calidad se procesaron diariamente, en sus tres niveles de concentración y a partir de los datos obtenidos se calcularon los coeficientes de variación (CV%). El bias es el desvío entre el valor promedio obtenido y el valor promedio de consenso, y se obtuvo a partir del control de calidad interlaboratorio Sysmex Insight, programa que provee datos del desempeño en comparación con alrededor de 450 usuarios del resto de América. La fuente seleccionada para establecer los requerimientos de calidad fue la VB. Para el cálculo de Error Total se utilizó la fórmula  $ET\% = 1,65 \times CV\% + \text{bias}$ . **Resultados:** en el período evaluado, los resultados de ET% para RBC, WBC, Hto, Hb y PLT estuvieron por debajo de las especificaciones definidas como deseables. **Conclusiones:** los resultados obtenidos muestran de manera objetiva el muy buen desempeño de los procedimientos analíticos utilizados para determinar RBC, WBC, Hto, Hb y PLT. El ET% es una herramienta indispensable para evaluar la calidad, evidenciando así la importancia que tiene contar con un programa de control de calidad interlaboratorio internacional para realizar el seguimiento del desempeño.

## UTILIDAD DE LOS INDICES PLAQUETARIOS EN DESORDENES CORONARIOS

Bauzá S, Carral P, Zabala D.  
Laboratorio Central Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero». Bahía Blanca. Argentina. laboratorio@hmabb.gov.ar

**Introducción:** Las plaquetas están implicadas en la patogénesis de desórdenes cardiovasculares como la aterosclerosis

y sus complicaciones. Se ha visto que la hiperactividad y activación local plaquetaria desempeñan un papel importante en la causa de eventos coronarios agudos. **Objetivo:** Evaluar el recuento de plaquetas y los índices plaquetarios en pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo. Analizar si existe relación entre el evento infarto de miocardio (IAM) y los valores de los parámetros plaquetarios. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se recolectaron los datos de plaquetas, índices plaquetarios, CPK y Troponina T (TnT) de pacientes internados y que concurren a la guardia, en el período comprendido entre noviembre 2007 y septiembre 2008. Se confeccionó una planilla de cálculo Excel para el registro y análisis estadístico de los datos. La determinación de CPK se realizó con autoanalizador Selectra Vitalab y la de TnT con un autoanalizador de EQLIA Marca Elecsys 2010 de Roche. Los parámetros plaquetarios: Volumen plaquetario medio (VPM), Ancho de distribución del volumen de las plaquetas (PDW) y el recuento de plaquetas (RP) fueron medidos con Contador Hematológico Coulter MAXM tecnología láser. **Resultados:** La población analizada fue de 165 pacientes con pedido de CPK y TnT, de los que 60(36%) correspondieron al sexo femenino y 105(64%) al masculino, con una mediana de edad de 63 años, rango de 33 a 90 años. Se dividió la población en dos grupos: con IAM (CPK elevada y/o TnT positiva) y sin IAM (CPK normal y/o TnT negativa). Los resultados promedios fueron: RP  $232 \pm 76,8$ ; PDW  $16,7 \pm 0,7$  y VPM  $7,9 \pm 1,2$  y RP  $243 \pm 64,4$ ; PDW  $16,6 \pm 0,7$  y VPM  $7,6 \pm 1,0$  respectivamente. No se observaron diferencias estadísticamente significativas de estos parámetros entre los dos grupos. **Conclusiones:** A pesar de que se ha demostrado que el tamaño de las plaquetas refleja la actividad plaquetaria y que en pacientes con IAM se ha observado un aumento del VPM junto a un desplazamiento hacia la derecha de la curva de distribución del VPM, en este estudio no se observaron diferencias significativas entre los índices plaquetarios de los grupos analizados. Estudios prospectivos serían necesario para establecer tal asociación.

## EVALUACIÓN DE LAS INDICACIONES ANTITROMBÓTICAS EN PACIENTES INTERNADOS EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA CON FIBRILACIÓN AURICULAR (FA)

Percz D, Larrasolo F, Jouglard E, Atala H.  
Hospital de la Asociación Médica «Dr. Felipe Glasman». Bahía Blanca. Argentina. dpercz@gmail.com

**Introducción:** La fibrilación auricular (FA) es motivo frecuente de consulta en la práctica clínica. Puede tener consecuencias adversas relacionadas con la formación de trombos auriculares, por lo cual es necesario instaurar tratamiento antitrombótico, realizando una adecuada estratificación de riesgo. **Objetivo:** Comparar el tratamiento antitrombótico en pacientes con diagnóstico de FA internados en un servicio de clínica médica, y su adecuación a recomendaciones vigentes, estratificando el riesgo de eventos tromboembólicos. **Mate-**

**riales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, utilizando fuente de datos secundaria. Se relevaron historias clínicas (HC) consecutivas al ingreso entre el 1 de septiembre de 2008 y 28 de febrero de 2009. Se seleccionaron aquellas con diagnóstico de FA, constatada a través del registro electrocardiográfico, al ingreso o durante la internación. Utilizando el programa Microsoft Excel, se realizaron cálculos de proporciones y medias para variables cualitativas y cuantitativas respectivamente. Para evaluar riesgo tromboembólico se utilizó el Score de CHADS, y se analizó el tratamiento instituido en relación a las Guías de la NICE. **Resultados:** Sobre 800 HC analizadas, se constataron 47 FA, 25 mujeres y 22 varones. La edad media fue 77 años, con un rango entre 47 y 101 años. El promedio de días de estadía fue 3.4 días. Los motivos de ingreso fueron: FA 52%, accidente cerebrovascular (ACV) 19%, Neumonía 10%, insuficiencia cardíaca (IC) 15%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 2%, y neumonía e IC 2%. Se observaron como factores de riesgo: Hipertensión Arterial en el 75 % de los pacientes, FA 50%, IC 21%, ACV previo 10%, Cardiopatía Isquémica 8%, Diabetes 6%, Arteriopatía periférica 3% y Dislipemia 4%. La proporción de pacientes en cada categoría del Score de CHADS fue: 0 puntos el 6.4% de los pacientes, 1 punto 31.9%, 2 puntos 25.5%, 3 puntos 21.3%, 4 puntos 8.5% y 5-6 puntos 6.4%. Se constató que el 50% no cumplía con las recomendaciones actuales de tratamiento antitrombótico. **Conclusiones:** En un porcentaje considerable de pacientes el tratamiento destinado a la prevención de eventos tromboembólicos no se ajusta a las normas vigentes, lo cual puede responder a diferentes causas que escapan al objetivo de este estudio. A raíz de esta observación, surge la necesidad de generar sistemáticas de tratamiento aplicables en nuestra institución.

#### **EVALUACIÓN TRANSFUSIONAL: ¿QUÉ TRANSFUNDIMOS Y PORQUÉ?**

Brunner MC, Champion A, Reinhardt P, Pertecarini G, Brune AB.

Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero». Bahía Blanca. Argentina.  
tentonigonalez@gmail.com

**Introducción:** Para la OMS, la transfusión de sangre es clave para un sistema de salud moderno en el cual deben trabajar en conjunto los médicos, los técnicos hemoterapéutas y todos los integrantes del equipo de salud que prescriben hemocomponentes. La única fuente de obtención de sangre es el ser humano y la disponibilidad de la misma y sus componentes se transforma en un problema público de interés nacional por ser irremplazable y necesaria. El uso racional de la sangre y sus productos tiene como finalidad disminuir la sensibilización y el riesgo de infecciones y garantizar la accesibilidad y oportunidad de entrega de las unidades. Esto nos lleva a preguntarnos qué es lo que estamos transfundiendo y por

qué, para optimizar el tratamiento en cada paciente. **Objetivo:** Evaluar las características de las transfusiones realizadas en el Hospital Dr. L. Lucero en los distintos servicios. Comparar los parámetros hematológicos con las guías nacionales de uso apropiado de la sangre y sus componentes. **Materiales y Métodos:** Se revisaron los registros de transfusiones del 2008, de donde se tomaron los siguientes datos: servicio solicitante, diagnóstico, cantidad de unidades transfundidas, grupo y factor, y valor del hematocrito al momento de la solicitud. **Resultados:** Se transfundieron 1334 unidades de glóbulos sedimentados (73%), 277 unidades de plasma fresco congelado (12%) y 227 unidades de concentrados plaquetarios (15%). En relación a los grupos transfundidos 51% fueron 0(+), 28,2 % A(+), 6,9 % B(+), 2,3 % AB(+) y los negativos en conjunto constituyeron el 11%. La demanda por servicios fue para clínica médica 216 pedidos, clínica quirúrgica 106, consultorios externos 99, servicio de emergencias 102, terapia intensiva 155, quirófano 128 y pediatría sólo 6 pedidos. El hematocrito promedio fue de 21,5%. Si consideramos los diagnósticos con que se solicitaron las transfusiones el 27,6% fue para patologías oncohematológicas y cáncer, 13,4% para hemorragias digestivas, 10,8% postoperatorias, 9,8% politraumatismos graves, 8,8% fracturas de fémur, 6,3% anemia crónica, 5% insuficiencia renal, 4,7% enfermedad cardiovascular, 2,1% coagulopatías y 11% para otras patologías agrupadas. **Conclusión:** comprobamos un uso racional de la sangre y sus componentes durante el año 2008 y detectamos un porcentaje mayor de lo esperado en los pedidos de Clínica Médica, que deberá optimizarse para resguardar los escasos recursos disponibles.

#### **ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS POR TROMBOFILIA**

Tentoni J<sup>1</sup>, Larregina A<sup>1</sup>, Martínez P<sup>2</sup>, Polini N<sup>1</sup>, Bermúdez P<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Unidad de Hematología y Hemoterapia. Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero». <sup>2</sup>Servicio de Hematología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.  
tentonigonalez@gmail.com

**Introducción:** Los estados trombofílicos son alteraciones heredadas o adquiridas de la coagulación, que predisponen a trombogénesis en territorios arteriales o venosos. **Objetivos:** revisar la casuística de nuestra unidad, y analizar el aprovechamiento de los recursos de laboratorio. **Materiales y Métodos:** se revisaron las historias clínicas, de los últimos cuatro años; de 56 pacientes derivados a nuestra Unidad con sospecha de Trombofilia. Se realizaron los siguientes estudios de laboratorio: recuento plaquetario, Tiempo de protrombina, Tiempo parcial de tromboplastina activado, Fibrinógeno, Tiempo de trombina, PTT-LA, Tiempo de coagulación con caolín, Tiempo de veneno de víbora Russell diluido, Tiempo de protrombina recombinante diluido, corrección con plasma

normal y confirmación con lisado plaquetario, cuantificación de anticardiolipinas IgG e IgM. Se utilizaron equipos diagnósticos STAGO y un coagulómetro semiautomático CLOT-1A. Para el estudio de deficiencias en los inhibidores fisiológicos de la coagulación se utilizaron ensayos cromogénicos para la PC y ATIII (Chromogenix) y coagulométricos para la PS (Bioclot) y RPCa (Chromogenix). La homocisteína se valoró por Elisa en plasma con EDTA. **Resultados:** El 71% de la población estudiada fue femenina, con edades entre 17 y 63 años, y una mediana de 37. En los varones el rango fue de 11 a 79 años y la mediana resultó ligeramente superior (43). Las principales patologías observadas fueron: ACV 37,5%, TVP 23,2% y LES 8,9%; el 18% de las mujeres estudiadas sufrió 2 ó más abortos. Se hallaron como factores predisponentes: HTA 30,4%, tabaquismo 14,3%, dislipemia 12,5% y alteraciones del eje tiroideo 8,9%. Se observó una prevalencia de 20,4% de SAF, 18,2% deficiencia de ATIII, 15% FV Leiden, 9,7% hiperhomocisteinemia, 9,1% déficit de PC y 3,2% déficit de PS. En el 24,6% de los enfermos no se pudo determinar la causa. **Conclusiones:** observamos una buena correlación entre la derivación y la presencia de alguna alteración, lo que habla de un trabajo sistematizado en la pesquisa de las mismas. Esto permite un aumento en el número de determinaciones y mejora el tratamiento de nuestros enfermos minimizando los gastos debido a estudios innecesarios.

#### **PESQUISAJE DE PORFIRIAS EN HOSPITALES PUBLICOS DE BAHIA BLANCA**

González ML<sup>1</sup>, Larregina NA<sup>2</sup>, Bermúdez P<sup>2</sup>, Tentoni J<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Interzonal «Dr. José Penna». <sup>2</sup> Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero». Bahía Blanca. Argentina. tentonigonzalez@gmail.com

**Introducción:** Porfiria deriva del griego *porphyros* que significa rojo. Son un conjunto de enfermedades metabólicas del grupo hemo con polimorfismo sintomático. Se requiere de la sospecha clínica para solicitar las determinaciones de laboratorio que las caracterizan y permiten su clasificación. La prevalencia para Porfiria Cutánea Tarda (PCT) es de 1:36.000 personas, y para Porfiria Aguda Intermittente (PAI) es 5 a 10:100.000. **Objetivo:** alertar a la población médica local sobre la importancia de descartar estas metabolopatías ante síntomas inespecíficos. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio retrospectivo en los 2 Hospitales públicos con que cuenta la ciudad de Bahía Blanca durante el período 2003 a 2009. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes a los que se les solicitaron las determinaciones cualitativas de Porfirinas (Porf, método UV) y Porfobilinógeno (PBG, método de Watson-Schwartz) en orina recién emitida y protegida de la luz. Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos. **Resultados:** Se hallaron 39 pacientes en total, 23 del sexo femenino (59%) con edades comprendidas entre 16 y 56 años, mientras que en los 16 varones (41%) la dispersión etaria resultó entre

7 y 83 años. Los servicios que solicitaron los análisis se distribuyeron de la siguiente manera: 25% Dermatología, 19% Clínica Médica, 12% Pediatría, 11% Hematología, mientras que Cirugía, Gastroenterología, Guardia, Terapia Intensiva e Infectología no superaron el 5% en forma individual. Los principales síntomas encontrados fueron dolor abdominal en un 68% y lesiones cutáneas en un 26%. Encontramos un 23% de casos de PAI (Porf negativas/PBG positivo), y un 15% de PCT (Porf positivas/PBG negativo), que respondieron exitosamente al tratamiento con dieta hidrocarbonada y fotoprotectores respectivamente. El 75% de las PAI presentaron alguna alteración neurológica y el 82% cursó con ecografía abdominal normal. **Conclusión:** Los resultados obtenidos justifican la búsqueda de estos precursores y porfirinas en enfermos con síntomas erráticos y reiterados que deambulan por varios servicios. De esta manera se mejoraría el diagnóstico y tratamiento, que en algunos casos debe ser urgente. La mayor casuística de PAI hallada, se relacionaría al perfil agudo de la enfermedad. Actualmente en ambos Hospitales se han incorporado las cuantificaciones urinarias de ácido delta aminolevulínico, uroporfirinas y coproporfirinas que posibilitarán un diagnóstico más certero de estas esquivas patologías.

# Microbiología

## VIGILANCIA SOBRE PORTACIÓN DE ENTEROCOCOS RESISTENTES A VANCOMICINA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS DE LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA.

Calcagni S<sup>1</sup>, Chavez C<sup>1</sup>, Fernández G<sup>1</sup>, Gabbarini M<sup>1</sup>, Gallard C<sup>3</sup>, Matoso M<sup>2</sup>, Pérez S<sup>1</sup>, Rudolf G.<sup>2</sup>

<sup>(1)</sup> Departamento de Microbiología IACA Laboratorios

<sup>(2)</sup> Fresenius Medical Care S.A.

<sup>(3)</sup> INDIBA S.R.L. Bahía Blanca. Argentina.

microbiologia@iaca.com.ar

**Introducción:** La resistencia a glicopéptidos en Enterococos se ha incrementado mundialmente, desde su descripción en 1988. La portación intestinal de Enterococos resistentes a Vancomicina (EVR) es asintomática y puede permanecer largo tiempo, actuando como reservorio para diseminación. El alto nivel de resistencia transferible de tipos Van A y Van B, en *Enterococcus faecalis* y *E. faecium* y la colonización por *E. gallinarum*, naturalmente resistente a bajos niveles de Vancomicina, pero sensible a Teicoplanina; justifica el conocimiento del estado de portación en una población de riesgo como es la de los pacientes hemodializados, que reciben frecuentemente Vancomicina. **Objetivos:** 1) Conocer el índice de portación asintomática de EVR en una población de pacientes en hemodiálisis 2) Establecer protocolos que detecten bajos niveles de resistencia. 3) Identificar las especies de EVR aislados y determinar su perfil de resistencia. **Materiales y métodos:** Durante el período setiembre-diciembre 2008 se realizó un estudio de corte transversal entre pacientes en hemodiálisis de tres centros de Bahía Blanca para pesquisar portación intestinal de EVR; excluyendo los que recibieron tratamiento antimicrobiano en los 15 días previos. Se emplearon para enriquecimiento caldo VRE (Oxoid) + Ac. Nalidixico/Colistín y como medio selectivo y de aislamiento VRE agar esculina azida con 6 ug/ml de Vancomicina (Oxoid). Se controló el rendimiento de los medios con cepas de *Enterococcus faecalis* ATCC 29212 y *Enterococcus faecalis* NCTC 12201. **Resultados:** Previo consentimiento se cultivaron deposiciones de 75 pacientes adultos, 42 varones y 33 mujeres, cuya edad promedio fue 58,5 años (22 - 83); no aislándose Enterococos resistentes a Vancomicina y Teicoplanina. **Conclusión:** Si bien no se detectó portación de EVR en la población estudiada, la aplicación de un protocolo de investigación permitió implementar una metodología para vigilancia activa en grupos de riesgo, considerada la mejor estrategia para prevenir y controlar infecciones bacterianas y evitar transmisión de genes de resistencia a otros patógenos de impacto clínico, como estafilococos y la diseminación en ambientes hospitalarios.

## VALORES PREDICTIVOS DE LEUCOCITURIA, BACTE-

## RIURIA Y TINCIÓN DE GRAM PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN URINARIA EN PEDIATRÍA

Carral P, Pedersen D, Occhionero M, Carrica A. Laboratorio Central del Hospital Municipal de Agudos»Dr. Leónidas Lucero».

Cátedra de Bacteriología y Micología. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina. pilicarral@hotmail.com

**Introducción:** La infección urinaria constituye un problema frecuente y de gran importancia en la infancia. Un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado previenen el daño renal crónico. La posibilidad de emplear métodos basados en estudios microscópicos, permite un diagnóstico rápido y económico de la infección urinaria y además, puede influir en la toma de decisiones para un tratamiento temprano. **Objetivo:** Estimar valores predictivos de los métodos microscópicos rápidos, como leucocituria, bacteriuria y tinción de Gram, para el diagnóstico de la infección urinaria en Pediatría. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo observacional. Se analizaron muestras de orina de pacientes ambulatorios e internados, menores de 15 años, atendidos en el Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero» con sospecha de infección urinaria, entre septiembre de 2008 y mayo de 2009. Las muestras se obtuvieron por micción media espontánea y en cada una se realizó, sobre el sedimento urinario, una tinción de Gram y la investigación de leucocitos y bacterias. El estudio se completó con cultivo cuantitativo y cualitativo por métodos tradicionales. **Resultados:** De las 269 muestras estudiadas, en 49 (18,3%) los urocultivos fueron positivos, en 202 (75,1%) negativos y en 18 (6,7%) casos se solicitó nueva muestra. Este estudio arrojó una sensibilidad para leucocituria de 73%, para bacteriuria de 75% y para tinción de Gram de 98%. Una especificidad para leucocituria de 90%, para bacteriuria de 95% y para tinción de Gram de 86%. Los valores predictivos positivos fueron 65%, 86% y 63%, y los valores predictivos negativos 92%, 93% y 99% respectivamente. **Conclusión:** La tinción de Gram fue la prueba más sensible que ayudaría al diagnóstico de una infección urinaria. Los valores predictivos negativos, obtenidos para estos métodos microscópicos, permiten descartar una infección urinaria y evitar el tratamiento antibiótico empírico hasta el resultado del cultivo.

# Nefrología

## DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDAD RENAL Y SUS ASOCIACIÓN CON OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. INFORME PRELIMINAR.

Stassi V<sup>1</sup>, Martínez Zara R<sup>1</sup>; Perruzza F<sup>2</sup>, Fattura L<sup>2</sup>,  
Alvarez C<sup>1</sup>; Beneozzi S<sup>1</sup>, Pennacchiotti G<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Bioquímica Clínica I, Dpto. de BByF, Universidad Nacional del Sur. <sup>2</sup>Hospital Municipal de Agudos Dr. L. Lucero.  
grapen@uns.edu.ar

**Introducción:** la enfermedad renal (ER) constituye un importante factor de riesgo de morbi-mortalidad cardiovascular desde sus estadios incipientes. Es fundamental su detección precoz para disminuir la progresión de la enfermedad hacia niveles más graves. **Objetivo:** detectar la ER oculta a través de la estimación de la velocidad de filtración glomerular (VFG) en una población aparentemente sana. **Materiales y Métodos:** estudio epidemiológico observacional. Población estudiada: 715 sujetos, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 y 76 años. Se analizaron datos de filiación, hábitos tabáquicos, presencia de hipertensión (HTA), índice de masa corporal (IMC). Se determinó creatinina sérica (Cr<sub>s</sub>) y se estimó la VFG. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el programa SPSS 14.0. Los valores medios se compararon mediante t de Student y se realizó una regresión lineal multivariada. **Resultados:** de los 715 sujetos estudiados, 2 (0,3%) presentaron Cr superior a 1,40 mg/dl con una VFG < 60 ml/min; 55 (9,8%) presentaron una VFG estimada entre 61 y 90 ml/min con Cr<sub>s</sub> normal y 471 (89,9%) una VFG >90 ml/min. Dentro del grupo con deterioro aparente de la filtración glomerular (VFG 61-90 ml/min), observamos pacientes de mayor edad, mayor creatinina, mayor IMC y mayor frecuencia de HTA, dislipemia y diabetes. El 23% de los pacientes con VFG < 90 ml/min fueron hipertensos. **Conclusiones:** Los pacientes con deterioro de la VFG deben ser considerados grupo de alto riesgo de enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo deben ser evaluados y tratados intensivamente. En nuestro estudio observamos, a partir de la estimación de la VFG, que un 9,8% de la población presenta un deterioro de la función renal aún con valores de Cr<sub>s</sub> normales y posee, además, mayor frecuencia de otros factores de riesgo cardiovascular como ser diabetes, dislipemia e hipertensión. Es evidente la necesidad de implementar el uso de ecuaciones que permitan estimar la filtración antes que la utilización de la Cr<sub>s</sub> y faciliten la detección precoz de la enfermedad renal oculta, para poder identificar aquellos pacientes e iniciar tratamientos adecuados que detengan o disminuyan el desarrollo de la ER.

# Patología

## HERMAFRODITISMO VERDADERO - UN CASO 46 XY/46XX

Villafañe V, Blasco J.

Servicio de Patología del Hospital Interzonal «Dr. José Penna», Bahía Blanca. Argentina.

valentinavillafane@hotmail.com

**Introducción:** El fenotipo sexual se relaciona con la genética de un individuo. Sin embargo existen trastornos intersexuales, el menos frecuente es el hermafroditismo verdadero (HV), debido a esto presentamos el siguiente caso. **Objetivo:** es presentar un caso de HV con presencia de ovotestis y realizar una revisión de la literatura. **Materiales y Métodos (caso clínico):** En el año 2008, consulta un paciente de 13 años, de fenotipo femenino con ausencia de menarca. Antecedentes: ambigüedad genital al nacimiento, cariotipo 46XY/46XX, biopsia incisional previa de gónada derecha: tejido ovárico y de gónada izquierda: testículo inmaduro. A los 13 años se practica cirugía, la cual informa: 1) gónada derecha: aspecto de ovario, hemiútero, trompa de Falopio y hemivagina; 2) gónada izquierda: aspecto de testículo dismórfico u ovotestis. En el servicio de Patología se recibe la gónada izquierda de 4 x 2,5 x 1 cm. En la microscopía se observa parénquima gonadal con túbulos seminíferos y espermatogonias en su luz, sin maduración aparente; además presenta sector de estroma ovárico con estructuras foliculares en diferentes estadios madurativos. El diagnóstico histológico: ovotestis. **Resultados:** Existen desórdenes de diferenciación sexual con genitales externos ambiguos: pseudohermafroditismo, disgenesia gonadal y HV. Este último es el menos frecuente. Un hermafrodita posee tejido testicular y ovárico, sea en gónadas separadas o en una misma gónada (ovotestis). El cariotipo más frecuente del HV es 46XX, siendo otros: 46XX/46XY, 46XY, 46XXY, 45XO/46XY, 47XXY/46XX. En la macroscopía, la porción de ovario de un ovotestis es de superficie convolutada, firme y la testicular es lisa y blanda. A la histología, el segmento del testículo suele ser displásico, con fibrosis intersticial, túbulos esclerosados o inmaduros con espermatogénesis excepcional. En el sector de ovario se puede encontrar folículos primordiales maduros y a veces es posible la fertilidad. El riesgo de transformación maligna de estas gónadas es del 2,6 y 4,6%. El manejo quirúrgico consiste en la extirpación del tejido gonadal que no pertenece al sexo asignado y reemplazo hormonal a partir de 12 años. **Conclusión:** El HV es raro y se debe sospechar ante la presencia de un recién nacido con genitales externos ambiguos. En esta situación se debe trabajar con un equipo multidisciplinario. El diagnóstico solamente se confirma por el examen histológico de las gónadas, al encontrar tejido testicular y ovárico en el mismo individuo.

## TUMOR NEUROECTODERMICO PRIMITIVO DE CUELLO

## UTERINO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Panelli E, Fuentes V, Blasco JA.

Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina. elisa\_panelli@hotmail.com

**Introducción:** El tumor neuroectodérmico primitivo (PNET) es un tumor de células redondas y pequeñas derivadas de la de la cresta neural. Frecuentemente se encuentra en niños, en localización ósea, y se lo denomina Tumor de Ewing. Existen pocos casos publicados en tracto genital femenino. Presentamos un caso de PNET en cérvix y realizamos revisión de la literatura. **Objetivo:** Presentar un caso de PNET de ubicación extremadamente rara en cuello uterino y realizar una revisión de la literatura. **Materiales y Métodos: (Caso clínico).** Paciente femenina de 29 años con dispareunia y ginecorragia es derivada a este nosocomio para evaluación. Al examen ginecológico se observó una formación lobulada y sangrante en el cuello uterino. Con diagnóstico presuntivo de leiomioma y debido al sangrado que no cedía se decidió la histerectomía. En el servicio de anatomía patológica se recibió una pieza de histerectomía total. En el cuello se observó una lesión indurada, irregular, blanquecina y mal delimitada que infiltraba toda la circunferencia cervical sin comprometer la cavidad endometrial. El examen histológico del cérvix mostró una proliferación de células monomorfas, pequeñas, redondas y con escaso citoplasma basófilo que se disponían formando nidos, cordones y estructuras rosetoides. Se realizaron técnicas de inmunohistoquímica para determinar el origen de éstas. El diagnóstico fue Tumor Neuroectodérmico Primitivo periférico. **Resultados:** El PNET esta compuesto por una proliferación de células pequeñas, redondas y de citoplasma basófilo. Estos tumores pueden ser centrales o periféricos. La localización periférica en el tracto genital femenino es extremadamente rara y su incidencia no está establecida. Los casos descritos son en su mayoría en ovario, seguido de útero y muy pocos a nivel cervical. Encontramos 9 casos publicados en el cuello uterino. El diagnóstico se realiza con la morfología celular en el microscopio óptico, con técnicas de inmunohistoquímica y algunos proponen la confirmación genética por biología molecular de las alteraciones cromosómicas que caracterizan a los PNET. En nuestro caso la celularidad se corresponde con la de la literatura y fueron fuertemente positivas para CD99, marcador que se utiliza para diagnóstico de PNET, ya que se expresa en un 90% de los mismos. **Conclusión:** Creemos importante presentar un caso de PNET en cérvix debido a la rareza de esta localización, y considerarlo junto a sus diagnósticos diferenciales ante la presencia de un tumor de células pequeñas, redondas y basófilas.

## Pediatría

### SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIARIA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

Garat C, Ditondo J, Audisio J.

Servicio de Pediatría. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina. garatcesar@yahoo.com.ar

**Introducción:** La Fibrosis Quística (FQ) se caracteriza clínicamente por exacerbaciones pulmonares infecciosas (EP) e insuficiencia pancreática, llevando a un retraso grave de crecimiento. Los pacientes con infecciones frecuentes pueden experimentar insuficiencia nutricional progresiva, en este grupo la alimentación enteral continua nocturna mejora el estado nutricional e impide más deterioro. **Objetivo:** Cuantificar la factibilidad del soporte nutricional domiciliario enteral nocturno (SNPD) en pacientes con FQ. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en cuatro casos. **Caso 1:** niña 13 años, con FQ, con SNPD, por gastrostomía. Ingreso marzo 2006, peso 23 Kg, talla 129 cm adecuación peso / talla (AP/T), del 82%. Marzo 2009, peso 45 kg, talla 153 cm AP/T de 97%. Las EP hasta marzo 2006 5/año, desde marzo 2009, 2 episodios. **Caso 2:** niña 9 años con FQ, con SNPD, por gastrostomía, ingreso enero 2007 peso 18 kg, talla 119 cm, AP/T 80%. Marzo 2009, peso 34 kg, talla 134 cm, AP/T de 107%. Las EP hasta enero 2007 eran 2 anuales, luego 1 episodio hasta marzo 2009. **Caso 3:** niño 3 años y 10 meses, con FQ, SNPD, por Sonda nasogástrica, ingreso junio 2006, peso 5,95 kg, talla 64 cm AP/T de 87%. Marzo 2009, peso 16 kg, talla 100 cm AP/T de 100%. EP hasta 2006 4 episodios, luego dos hasta marzo 2009. **Caso 4:** niño 18 años, con FQ, SNPD, por gastrostomía, ingreso mayo 2006, peso 44 kg, talla 171 cm AP/T de 72%, marzo 2009 peso 59 kg, talla 184 cm AP/T de 80% EP hasta 2006, 4 anuales, luego 1 por año, hasta marzo 2009. **Resultados:** **Caso 1:** AP/T 97% (normal), 2 EP en 3 años; **Caso 2:** AP/T 107% (normal), EP 1 en 2 años; **Caso 3:** AP/T 100% (normal), EP 2 en 3 años; **Caso 4:** 80% AP/T (desnutrición leve), EP 1/año hasta marzo 2009. **Conclusiones:** Cuando no se logra mejorar el estado nutricional mediante técnicas no invasivas, el próximo paso es la nutrición enteral (consenso de FQ de la SAP). Los estudios demuestran que el SNPD nocturno mejora la composición corporal, aumento la fuerza muscular, sensación de bienestar, autocontrol de ganancia de peso, reducción del deterioro durante las EP y rehabilitación nutricional. Los resultados obtenidos se correlacionan con el consenso de FQ de la SAP.

### PAYAMÉDICOS EN LA SALA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL

### INTERZONAL «DR. JOSÉ PENNA».

Severini C, Antonini N, Etchegaray J, Marcos C.

Sala de Pediatría. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

antonini\_natalia@yahoo.com.ar

**Introducción:** Esta presentación gráfica tiene el principal propósito de dar a conocer a colegas del ámbito sanitario y demás miembros de la comunidad la actividad terapéutico-artística que se viene realizando desde enero de 2.009 en el H.I.G «Dr. José Penna» de la ciudad de Bahía Blanca. **Objetivos:** - Presentar la asociación civil «Payamédicos» y los objetivos de su actividad. -Mencionar las características del grupo que actualmente interviene en la Sala de Pediatría del H.I.G. «Dr. José Penna». -Describir las diferentes actividades que se realizan en la intervención con el paciente: terapéuticas, artísticas, lúdicas y/o humorísticas. -Ejemplificar lo anterior con la presentación de dos casos. **Materiales y Métodos:** Hemos escogido del total de los pacientes con los que hemos trabajado desde enero hasta julio de 2.009 en la Sala de Pediatría del H.I.G. «Dr. José Penna», dos pacientes en los que fue posible efectuar un trabajo de seguimiento por permanecer internados en dicha sala por más de dos semanas. Esto con el fin de poder ejemplificar la actividad concreta desempeñada por el grupo de Payamédicos de la ciudad de Bahía Blanca en este hospital, a través de la presentación de dichos casos con la siguiente estructura: descripción del caso clínico (diagnóstico, edad, tratamiento, pronóstico, estado de ánimo, requerimientos del equipo de salud a Payamédicos para el trabajo con ese paciente); descripción de algunas intervenciones de Payamédicos y relato de efectos observados en el paciente, familiares o miembros del equipo de salud. **Resultados:** Las intervenciones de Payamédicos tienen como objetivos: contribuir a la salud emocional del paciente hospitalizado; desdramatizar el medio hospitalario, su instrumental y la situación de internación misma; ofrecer momentos de distracción y reconexión del paciente con la parte sana de su subjetividad; propiciar mayor participación de la familia y mejor relación con el equipo de salud, estimular la catarsis. Los efectos observados son positivos en los integrantes de la Sala de Pediatría del H.I.G. «Dr. José Penna» en general (pacientes y equipo de salud); y en particular en los dos pacientes escogidos para este trabajo. **Conclusión:** El balance de la experiencia hasta el presente y teniendo en cuenta lo expuesto en este trabajo es satisfactorio, ya que consideramos cumplidos los objetivos principales de la tarea de Payamédicos en el hospital.

### «KAWASAKI ATÍPICO», UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

Teplitz E, Garat C, Díaz Argüello C, Blazquez J

Servicio de Pediatría del Hospital Italiano Regional del Sur. Bahía Blanca. Argentina. [pediatneo@yahoo.com.ar](mailto:pediatneo@yahoo.com.ar); [garatcesar@yahoo.com.ar](mailto:garatcesar@yahoo.com.ar)

**Introducción:** Se caracteriza por fiebre, conjuntivitis, erupción eritematosa difusa, enrojecimiento e inflamación de manos y pies, adenopatías cervicales y aneurismas coronarios. El diagnóstico se basa en criterios clínicos. Actualmente se utiliza el término «Kawasaki atípico» (KA) para describir a los que no presentan la descripción clásica pero sí alteraciones de laboratorio compatibles y ninguna otra explicación a su enfermedad. **Objetivos:** Arribar al diagnóstico de enfermedad de Kawasaki (EK), ante casos atípicos para evitar complicaciones cardíacas. **Materiales y Métodos:** Trabajo descriptivo retrospectivo de tres casos de KA donde se analizaron las historias clínicas. **Resultados:** *Caso 1:* Niño de 11 meses, fiebre de 11 días, inyección conjuntival bilateral, rash eritematomaculopapular a predominio de tronco, reactivación de la BCG y edema de manos. Ecocardiograma con aneurisma en coronaria izquierda y derecha. Tratamiento antiagregante. Ecocardiograma de control con mejoría de los aneurismas. *Caso 2:* Niño de 4 meses, fiebre de 3 días, exantema eritematomaculopapular en tronco, inyección conjuntival bilateral sin secreciones y reactivación de la BCG. Elevación de plaquetas y PCR 45 mg%. Ecocardiograma con insuficiencia de válvula mitral, sin aneurismas. Tratamiento con gammaglobulina endovenosa observándose remisión de los síntomas. Alta con tratamiento antiagregante. *Caso 3:* Niño de 10 meses, fiebre de 7 días, rash morbiliforme en tronco y miembros, conjuntivitis bulbar no supurativa, eritema palmo plantar y edema de miembros inferiores. Elevación de plaquetas y ERS 40 mm. Ecocardiograma sin alteraciones. Tratamiento con gammaglobulina endovenosa observándose remisión de los síntomas. **Conclusión:** Es una vasculitis sistémica aguda cuya causa permanece desconocida. Un 40% de los que desarrollan alteraciones coronarias tienen presentaciones atípicas. Estos presentan fiebre y menos de los cuatro síntomas requeridos para diagnosticar EK. A estos se les denomina KA o «Kawasaki incompleto». 10% de los casos de EK son KA. Son más frecuentes en lactantes, en donde el riesgo de aneurismas coronarios es mayor. Frente a un lactante febril, más allá del quinto día de fiebre, sin otra manifestación clínica evidente, se debe pensar en EK, ya que el diagnóstico es clínico y debe ser precoz, con el objetivo de instaurar el tratamiento adecuado y así prevenir compromiso coronario.

#### HEPATITIS B: «LA ESCUELA, UNA OPORTUNIDAD GANADA PARA LA VACUNACION»

Zárate S, Da Cruz N, Espejo E.

Unidad Sanitaria Villa Delfina. Municipalidad de Bahía Blanca.

ca. Escuela N° 59 de Villa Delfina. Bahía Blanca. Argentina. [silvia-zarate@argentina.com](mailto:silvia-zarate@argentina.com)

**Introducción:** En la práctica pediátrica ambulatoria se hace evidente, que con el correr de los años en la vida de los niños, la consulta se comienza a limitar sólo a los episodios de enfermedad. Esto genera que se pasen de 1/2 consultas mensuales a 2/3 consultas anuales. En esta situación es muy factible que cambios en el calendario de vacunación, como los ocurridos en los últimos años, que se incorporó la vacuna contra la Hepatitis B y la Triple Viral a los 11 años, sean desconocidos por un alto porcentaje de las familias de los niños mayores. Se vuelve imperiosa la necesidad de difusión de estos cambios. Pero aún en el mejor de los casos, es necesario además, contar con la disposición de la familia para concurrir a vacunar a los niños. En un intento de facilitar el contacto y promover y prevenir, surge la propuesta de acercar la Unidad Sanitaria a la escuela. **Objetivo general:** Evaluar el esquema de vacunación de los niños de 10 a 13 años de la Escuela N° 59 de Villa Delfina, y completar el esquema según la incorporación de la vacuna de Hepatitis B y Triple Viral a los 11 años. **Materiales y Métodos:** Se evaluaron las libretas sanitarias de los niños de 10 a 13 años de la matrícula de 5° A y B, y 6° A y B de la Escuela N° 59 de Villa Delfina, 84 alumnos en total. Detectados los niños no vacunados o con esquemas incompletos, según el calendario nacional de vacunación actual, se solicitaron por escrito las autorizaciones a los padres. En una visita posterior, se procedió a cumplir con la vacunación. **Resultados:** Se encontraron 37 niños sin vacunación para la Hepatitis B y Triple Viral, 12 niños con la vacunación completa y 30 niños para ser vacunados en los próximos 6 meses (al cumplir los 11 años). Hubo 4 niños que no trajeron la libreta sanitaria. Se colocaron además 3 DT y 1 BCG completando esquemas. **Conclusión:** Siendo el ámbito escolar un lugar tan próximo a la Unidad Sanitaria, es viable aprovechar esta cercanía física para acercar objetivos y cumplir con una premisa básica de la promoción y prevención de la salud: la vacunación.

# Residencias Médicas

## **RESIDENCIAS MÉDICAS: UN SISTEMA EN CRISIS**

Romano H, Gertiser C, Di Matteo F

Carrera de Medicina. Departamento de Ciencia Médicas.  
Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

**Introducción:** El sistema de Residencias Médicas se ha transformado en la base asistencial de distintas instituciones públicas en los distintos niveles (Nacionales, Provinciales, Municipales) y privadas. La oferta de vacantes para las distintas residencias no es organizada, como consecuencia, entre otras, de la anarquía (o la carencia) del sistema de salud público y privado. **Objetivos:** Realizar un análisis de las Residencias Médicas en la Argentina, respecto a vacantes publicadas en el año 2008, su relación con la cantidad de egresados de las Universidades Argentinas y la readjudicación en particular en la Pcia de Buenos Aires. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo observacional a través de la revisión de las publicaciones de los distintos Ministerios y Secretarías de Salud e información dada por publicaciones médicas o institutos de enseñanza, censo nacional e información disponible del Ministerio de Educación de la Nación. **Descripción y Resultados:** La cantidad de vacantes disponibles es de 3200 en todo el país. (Cifra estimativa, seguramente subestimada, ya que hay provincias que no han publicado o Residencias Municipales que no están consignadas). De éstas el 83% es público y el resto privado. El total de egresados anuales según estimaciones es de 4500 aproximadamente. La cantidad de Residencias Médicas son a nivel nacional 931 aproximadamente y abarcan 34 especialidades. En la Pcia. de Buenos Aires sobre 929 vacantes, quedaron sin cubrir 160 cargos, que fueron a llamados a readjudicación. Situación similar ocurrió en el NEA (Chaco, Corrientes, Misiones y Formosa), donde, si bien la cantidad de inscriptos fue similar al de vacantes, quedaron puestos sin cubrir. Existen especialidades como: Emergencia, Terapia Intensiva, Pediatría, Clínica Médica, Medicina General y Medicina de Familia que no cubren las vacantes. **Discusión:** Los datos sobre residencia son fragmentados, no hay bases de datos confiables, ni existe información de organismos gubernamentales. Si bien la oferta de residencias es importante en número y un alto porcentaje de los egresados universitarios ingresa al sistema, quedan vacantes sin cubrir. La formación de postgrado la cual no se ajusta a las necesidades actuales y mucho menos a las futuras, sobre todo en especialidades críticas que con el correr de los años va afectar la propia viabilidad como especialidad y como sistema de salud.

# Salud Familiar

## RIESGO DE FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR EN BARRIO BOULEVARD DE INGENIERO WHITE

Bisterfeld F, Curetti S, Landoni V, Sañudo N, Lamtzev S, Núñez D, Pino C, Pascual S, Grunfeld V, Bugatti F, Holzmann G, Lopez S.

Departamento de Salud Familiar y Comunitaria. Secretaria de salud Municipalidad de Bahía Blanca. Bahía Blanca. Argentina. fdbernasconi@yahoo.com.ar

**Introducción:** La identificación de ancianos frágiles y con riesgos de padecerlo constituye una parte esencial de la evaluación geriátrica. La fragilidad causa mayor riesgo de caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte. Ante la ausencia de datos en el sistema de salud de esta condición de los adultos mayores se decide realizar este trabajo, y conocer el riesgo de fragilidad para implementar estrategias de intervención y mejorar la calidad de vida de esta población. **Objetivo:** Describir la población de adultos mayores en riesgo de fragilidad en Boulevard, Ingeniero White, Bahía Blanca en el 2008.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo. Estuvo representado por hombres y mujeres mayores de 65 años que residen en el Barrio Boulevard. El test realizado fue el de Barber.

**Resultados:** Se realizaron 42 encuestas, el promedio de edad fue 74.62 años, un 42,86% fueron hombres y 57,14% mujeres. Se detectó un 52,38% de adultos mayores en riesgo de fragilidad. **Conclusión:** Dada la implicancia que tiene el estado de fragilidad en el adulto mayor, el rastreo de tal riesgo con un test como el de Barber nos resultó una herramienta útil y de uso práctico por parte del médico de familia.

## REPRESENTACIONES SOCIALES EN PLANIFICACION FAMILIAR Y MATERNIDAD

Núñez D, Bisterfeld F, Grunfeld V, Lamtzev S, Pino C, Pascual S, Bugatti F.

Departamento de Salud Familiar y Comunitaria. Unidad Sanitaria Boulevard. Ingeniero White. Bahía Blanca. Argentina. doloresnun@hotmail.com

**Introducción:** La planificación de la familia significa en principio lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que se desea tener además de propiciar la salud materno-infantil y la paternidad responsable. Se observó que la mayoría de las mujeres que consultaban en la Unidad Sanitaria solicitando anticonceptivos, lo hacían porque ya no querían tener más hijos dando la impresión de no reconocer a la planificación familiar como tal. **Objetivo:** Conocer las representaciones sociales de las mujeres con embarazo no planificado (previo o actual) atendidas en la Unidad Sanitaria Boulevard entre junio del año 2008 y mayo de 2009, acerca de maternidad y planificación familiar. **Materiales y Métodos:** Diseño: trabajo

de investigación cualitativa con entrevistas semiestructuradas. Lugar: Unidad Sanitaria del Barrio Boulevard, Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires. Participantes: mujeres con embarazo no planificado (previo o actual), que concurren a la Unidad Sanitaria durante el período de realización del estudio. Fueron seleccionadas por conveniencia y bola de nieve. **Resultados:** Para las entrevistadas la maternidad es muy importante. El conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos varía según la edad, y en general se acompaña de conceptos que no coinciden con los del equipo de salud. La responsabilidad sobre la anticoncepción de la pareja recae casi siempre en la mujer, aunque generalmente éstas no eligen el método anticonceptivo, sino que aceptan el propuesto por el médico. La mayoría relaciona el uso de anticonceptivos con la situación económica. **Conclusión:** No solamente la edad y la situación económica y familiar influyen sobre el conocimiento y la elección del método anticonceptivo; sino también la intervención del equipo de salud; que debería trabajar más en Salud Sexual y Reproductiva desde el seno familiar.

## SATISFACCIÓN DE LA PACIENTES MUJERES EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Pino C, Bisterfeld F, Pascual S, Grunfeld V, Bugatti F, Núñez M D, Lamtzev S.

Departamento de Salud Familiar y Comunitaria: Secretaria de Salud. Municipalidad de Bahía Blanca. cesarpino1@hotmail.com.ar

**Introducción:** Luego de observar la relación medico-paciente en los consultorios de Medicina Familiar se apreciaron diversas reacciones de las pacientes mujeres adultas, en diferentes momentos de la consulta, relacionadas con la satisfacción de éstas hacia la atención recibida. Sobre esto y considerando que este grupo etáreo es el que más consultó en este período, es que se decide llevar a cabo este trabajo. **Objetivos:** Describir el grado de satisfacción de las usuarias mujeres mayores de 18 años del Servicio de Medicina Familiar del Hospital Menor «Leonor Capelli» de Ingeniero White, Bahía Blanca durante los meses de Marzo a Mayo del año 2009. Conocer las representaciones sociales relacionadas a la satisfacción, que poseen estas mismas mujeres. **Materiales y Métodos:** Estudio de carácter cuantitativo y cualitativo. Se emplearon encuestas autoadministradas; previamente a la entrega de éstas, se randomizaron a los pacientes que la iban a recibir. Para la parte cualitativa, se realizaron entrevistas pautadas; para estimar el número de entrevistas se utilizó el criterio de saturación del discurso. **Resultados:** Se entregaron las encuestas en sobre cerrado y con numeración. A través de su análisis se observó un alto grado de satisfacción. Por otra parte, se llevaron a cabo entrevistas pautadas. Las mujeres que se entrevistaron, habían llenado las encuestas previamente. Se utilizó el criterio de saturación del discurso.

so. Se observó alta satisfacción de las pacientes y como principales representaciones figuran la mirada del médico, la amabilidad y la continuidad de éste en el seguimiento de los pacientes. **Conclusión:** La satisfacción de pacientes con la atención médica es una variable muy estudiada. En este trabajo la alta satisfacción mostrada por las participantes en la relación médico-paciente parece estar determinada por diversas percepciones que quizás no se hagan evidentes en las encuestas que habitualmente se utilizan. El conocimiento de esto, es de suma importancia ya que permitirá reformular la práctica clínica diaria, en son de una mejor satisfacción de los pacientes. Encontramos como limitación un posible sesgo de amabilidad.

#### ANÁLISIS DE SITUACIÓN INTEGRAL EN SALUD DEL BARRIO BOULEVARD JUAN B. JUSTO

Crescitelli F, Cruciani F, Etchegaray J, Ferro Moreno MB, Florio M, Fratantueno P, Grunfeld Baeza V. Carrera de Medicina. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina. mverogrunfeld@yahoo.com.ar

**Introducción:** En el año 2007 fuimos designados, como estudiantes de medicina, a realizar actividades curriculares pertenecientes al área de salud individual y colectiva en el Barrio Boulevard Juan B. Justo. Para efectuar nuestras actividades, era imprescindible conocer aspectos relevantes de la población: datos demográficos, socioeconómicos, culturales, históricos, epidemiológicos. Por este motivo se realizó un Análisis de Situación Integral en Salud (ASIS) por carecer de datos y antecedentes en el citado barrio. **Objetivo:** Describir la situación de salud del barrio Boulevard Juan B. Justo de Ingeniero White en el año 2007. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo. Para la recolección de los datos se realizó observación directa y participante; individual y en equipo, transectos, entrevistas abiertas y semiestructuradas, realizadas a actores sociales identificados a través de informantes claves. Se elaboró un censo de salud. Los datos fueron sistematizados mediante una base de datos de Access. **Resultados:** A través de los transectos, y las entrevistas con los distintos actores sociales, se vieron reflejadas aquellas instituciones que cumplen un rol fundamental dentro del barrio, como el Club Huracán, la Unidad Sanitaria, el Jardín N° 932 y la Escuela N° 21. En cuanto a la actividad económica, su principal protagonista es el sector portuario (pesqueros, dragado de canales y peladores de camarones). El censo efectuado cubrió el 89,5% de las viviendas, detectando que un 13% de la población no cumplió con el plan de vacunación; que la mitad de los pacientes que consultan al médico no reciben consejo antitabáquico, y que la tasa de mortalidad bruta detectada fue de 18,8 cada 1000 respecto al 7,7 / 1000 de la Argentina. Respecto a las pruebas de screening consideradas, un 59% de la población no realiza control de la presión arterial; el 52% y el 57% de la población femenina

no realizan PAP ni mamografías respectivamente, y el 81% de la población no realiza estudios de SOMF. **Conclusión:** El trabajo permitió una descripción cualitativa y cuantitativa de la situación de salud de la comunidad del barrio. Fueron detectados marcadores que reflejan deficiencia en el screening y prevención primaria de diversas enfermedades. Los resultados obtenidos superaron a las expectativas, debido a la repercusión de nuestra intervención en el barrio y a las mejoras producidas en la Sala Médica.

#### EXPERIENCIA COMUNITARIA EN NUEVA CENTENARIO

Méndez M, Duarte Sotelo L, Dalla Riva F. Área VI. Barrio Nueva Centenario. Bahía Blanca. Argentina. monica\_mendez\_9@hotmail.com

**Introducción:** Una desigual distribución en los aspectos económico, acceso a infraestructura básica y social entre la denominada Nueva Centenario y Centenario, permite diferenciar en la población que se atiende en la Unidad Sanitaria, dos realidades distintas. Por un lado en un ambiente urbano consolidado un grupo poblacional mayoritariamente adulto mayor, con obra social. Del otro lado, un 90% de casas de materiales en construcción, algunas aún muy precarias; calles de tierra que cuando llueve se transforman en pantanos intransitables; sin servicios de agua, cloacas y gas. Una población joven, de familias con niños de diferentes edades, que no termina de instalarse y que en la lucha por sobrevivir no encuentra tiempo ni espacio para pensar en la salud, en medio de la zozobra de los trabajos temporarios para los hombres y la salida laboral casi obligada del servicio doméstico para las mujeres. **Objetivos:** Promover la participación de la comunidad en el análisis de la problemática del sector. Identificar los problemas prioritarios para planificar acciones intersectoriales. - Propiciar la integración de los distintos actores sociales del barrio. **Materiales y Métodos:** Se trató inicialmente de realizar un relevamiento de las instituciones y organizaciones barriales, así se estableció contacto con Rosa Calderón, referente de los vecinos del sector de Nueva Centenario a través de la observación y entrevistas con representantes políticos y el delegado de Villa Rosas. Mediante entrevistas no estructuradas y conversaciones informales, se comenzó un acercamiento con la comunidad. Se organizaron charlas informativas en la casa de la referente barrial a pedido de los vecinos. Los temas tratados fueron sobre factores de riesgos posibles de contaminación por el sistema de calefacción utilizada, la falta de agua potable y los pozos ciegos. Se realizó un trabajo descriptivo. **Resultados:** Experiencia satisfactoria porque aprendimos que se debe trabajar según las necesidades de prioridad que evalúa la comunidad. A través de esta apertura la población solicitó mayor información y herramientas para poder mejorar su calidad de vida. Logramos trabajos en red y fomentar la participación comunitaria y su empoderamiento.

**Conclusión:** El posgrado nos incorporo un caudal de conocimiento y herramientas. Salimos a la comunidad (teniéndonos como referentes del CAPS), nos atrapo conocer una realidad que no nos imaginábamos. Interactuar con la comunidad y examinar que las problemáticas de salud que consideraban prioritarias diferían de las que nosotros evaluamos, lo que explica el fracaso de tantos proyectos en lo que se articulan en forma vertical. En el proceso de salud y enfermedad intervienen múltiples factores: sociales, culturales, políticos, económicos y psicológicos (que no debemos olvidar) lo que explica lo imprescindible del trabajo en equipo.

#### TALLER DE DANZA EXPRESIVA «MOVIMIENTO»

Guzmán C, Rausch J.

Unidad Sanitaria San Dionisio, correspondiente al Área Programática N°2. Bahía Blanca. Argentina.

mariamarrechea@yahoo.com.ar

**Introducción:** En un contexto social complejo de exclusión y marginalidad, desde la Unidad Sanitaria San Dionisio se busca trabajar con las mujeres del barrio Vista al Mar para contribuir a fortalecer su autoestima y ayudarlas a superar las limitaciones impuestas por su dura realidad, pudiendo luego pensar colectivamente en su entorno inmediato. **Objetivos:** Crear un espacio propio que permita a las mujeres conectarse con su cuerpo, a través de la música y la danza. - Promover hábitos saludables para mejorar la calidad de vida. - Adquirir conocimiento sobre medidas higiénico-preventivas. - Fomentar la integración comunitaria. **Materiales y Métodos:** Se convoca a través de afiches e invitación personalizada a las mujeres que concurren a la Unidad Sanitaria para la realización de clases de danza contemporánea y expresión corporal. La actividad, en la que se experimenta con el cuerpo a través de distintos ritmos y movimientos, es inmediatamente aceptada por las destinatarias. Como complemento de la actividad física se realizan controles periódicos de presión arterial y de peso corporal. El espacio de encuentro generado por el taller de danza, es propicio para charlas grupales en las que se trabajan temas preventivos sobre alimentación e higiene y otros según el interés de las participantes. Como cierre se elaboran pequeñas encuestas donde las mujeres expresan sus percepciones e inquietudes sobre su realidad cotidiana. **Resultados:** En el año 2008, por iniciativa del grupo que participa de dicho taller, se forma una cuadrilla de trabajo dedicada a la limpieza barrial, integrada por ocho mujeres que viven en el sector, generando su propia fuente de trabajo. Actualmente está conformado un grupo de danza, que presentó sus coreografías en eventos sociales-comunitarios del barrio. **Conclusiones:** Llegar con acciones de salud a toda la comunidad, requiere de los equipos de atención primaria, una gran dosis de creatividad para generar estrategias no convencionales pero de gran eficacia, como se ha

demostrado con este taller.

#### ANÁLISIS CUALI-CUANTITATIVO DE ENFERMERÍA EN LOS CAPS DE BAHÍA BLANCA

Balderas C, Arrechea MM.

Unidad Sanitaria Pedro Pico. Secretaria de Salud Municipalidad Bahía Blanca. Bahía Blanca. Argentina.

mariamarrechea@yahoo.com.ar

**Introducción:** La complejidad de las situaciones relacionadas con la salud que se afrontan en las Unidades Sanitarias, requiere contar con personal de Enfermería en cantidad suficiente para dar atención a las demandas y con la debida preparación para responder a ellas debidamente. La última década ha marcado un constante incremento cuanti-cualitativo del recurso humano, a partir del crecimiento de la ciudad, la apertura de nuevas unidades sanitarias y de un proceso formativo sostenido en el tiempo. **Objetivos:** - Evaluar la relación de niveles de formación del personal de enfermería de Unidades Sanitarias. - Comparar los niveles actuales de Unidades Sanitarias con lo establecido por las Normas Nacionales. - Analizar la evolución cualitativa del recurso humano de enfermería entre 1999 y 2009. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo- retrospectivo del personal de Enfermería de las Unidades Sanitarias de Bahía Blanca, comparando datos obtenidos de registros de la Secretaría de Salud desde 1999 y de un relevamiento actualizado del personal en actividad realizado en junio de 2009. En estos diez años, a partir de la entrada en vigencia de la Ley 12.245 se viene trabajando en la adecuación de los planteles a las incumbencias que establece la norma, a través del estímulo a la capacitación profesional y el otorgamiento de las facilidades correspondientes, además de priorizar la incorporación de personal con el máximo nivel de formación. **Resultados:** Se determinó a través del estudio realizado que de una relación de 10% nivel profesional 90% auxiliar en 1999 se pasó un 60% profesional, 40% auxiliar en 2009, variación cualitativa que puede calificarse como «Muy Buena», según los parámetros de las Normas Nacionales. **Conclusiones:** Los resultados del análisis muestran que la política sostenida a través del tiempo, acompañada por el esfuerzo y la solidaridad de todo el personal de enfermería ha permitido alcanzar buenos niveles de calidad, con perspectivas de lograr a corto plazo niveles de excelencia.

#### EL ARTE DEL CUIDADO EN LA PATAGONIA AUSTRAL: UN RELATO DE CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDAD

Firpo R, Triviño M, Jara A.

rosanaelisabet@gmail.com

**Introducción:** Se puede establecer una relación entre la filosofía y los cuidados enfermeros a partir de que éstos se enfocan en cuestiones que hacen a la trascendencia y la singularidad

de la vida de las personas que se ven afectadas por vivencias como la muerte, el dolor, la enfermedad, la incapacidad. El cuidado (de la salud) en tanto práctica cotidiana se revela a través del lenguaje de diversas expresiones artísticas. **Objetivos:** El presente proyecto se propone abordar, con un enfoque filosófico, aspectos del cuidado de la salud de la población de la Patagonia Austral que pueden rastrearse en imágenes pictóricas y fotográficas. Nuestra hipótesis de trabajo es que a través del análisis de las imágenes es posible inferir patrones de cuidados (de la salud) que se reflejan por ejemplo a través de los modos de vestirse, alimentarse, movilizarse -es decir de las actividades vitales- e incluso se pueden observar características del contexto como el clima, la convivencia entre distintas culturas, etc. **Materiales y Métodos:** La investigación se nutre de una metodología antropológica cifrada en el trabajo de campo y en la lectura e interpretación hermenéuticas de textos y obras de arte. El término hermenéutica proviene del verbo griego hermēneuein que significa declarar, anunciar, esclarecer y, por último, traducir. En el subproyecto, en este primer año se trabajará con las pinturas rupestres - Cuevas de Las Manos y fotografías del archivo de Walter Roil. Desde la filosofía, se incorpora la visión del pragmatismo de Richard Rorty y en cuanto a los cuidados enfermeros se trabaja con el modelo de Roper, Logan y Tierney.

**Resultados:** Al momento se procedió a la selección de pinturas y fotografías, se trabaja en la confección del protocolo para el abordaje de las mismas con las actividades vitales seleccionadas del modelo de Roper, Logan y Tierney y búsqueda bibliográfica para el contexto histórico. **Conclusiones:** Abordar el acto de cuidar desde disciplinas como la Antropología o la Filosofía contribuye a re-escribir las identidades de las personas involucradas en tanto actores sociales en el proceso salud-enfermedad-atención en el cual se configuran relaciones y posiciones de poder que determinan un contexto sociohistórico dinámico sujeto a múltiples variables. Se verifica la posibilidad de articular tres niveles: un marco filosófico, dado en este caso por la doctrina pragmatista de Richard Rorty, la teoría a través del modelo de enfermería y el trabajo concreto con el corpus de fotografías y pinturas.

# Tocoginecología

## ACRETISMO PLACENTARIO

Corti Dillmann MC, Guzmán E, Amato M, Fuentes V.

Residencia de Tocoginecología. Servicio de Tocoginecología  
Hospital Interzonal General Dr. José Penna. Bahía Blanca.  
elianacguzman@yahoo.com.ar

**Introducción:** El diagnóstico prenatal de acretismo placentario es indispensable para disminuir la morbimortalidad materna. Esta patología se asocia a hemorragia masiva, síndrome de Sheehan, falla renal aguda, coagulopatía, compromiso de órganos vecinos como la vejiga, entre otros. El adecuado abordaje quirúrgico es necesario para minimizar las complicaciones maternas. **Objetivos:** Presentar la importancia de diagnosticar acretismo placentario durante el embarazo con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

**Reporte:** Paciente multipara, con antecedentes de tres cesáreas abdominales y una laparotomía por embarazo ectópico; internada en dos oportunidades durante el embarazo por dolor abdominal inespecífico. Se realizaron ecografías obstétricas que informaron embarazo de implantación baja a las 15 semanas de gestación, placenta posterior previa oclusiva a las 22 semanas y placenta posterior a las 27 semanas. La paciente se retiró sin alta hospitalaria y sin diagnóstico de anomalía de inserción placentaria. Ingresó por emergencia a las 35.4 semanas de gestación con dinámica uterina y ruptura prematura de membranas. Se realiza cesárea abdominal. Durante el alumbramiento se diagnostica acretismo placentario con compromiso de la pared vesical. Histerectomía técnicamente dificultosa, con resección parcial de vejiga con sección de uréter izquierdo y reparación inmediata. Requirió anestesia general presentando enfisema pulmonar izquierdo y neumotórax izquierdo, por lo que ingresa a UTI en ARM durante 4 días, requiriendo transfusiones de sangre y plasma. Permanece en UTI 6 días. Al sexto día postoperatorio se relaparotomiza por fístula ureteral, colocándose catéter doble J. Alta institucional a los 4 días con sonda vesical y control ambulatorio. Únicos datos de seguimiento a largo plazo: se retiró catéter doble J a los 8 meses, infección urinaria documentada 1 mes posterior. **Discusión:** paciente que presenta morbilidad severa asociada con acretismo placentario. Dado que presentaba antecedentes relevantes (múltiples cirugías uterinas), síntomas clínicos compatibles con inserción placentaria anormal (dolor abdominal inespecífico persistente), estudios complementarios que podrían asociarse con esta patología: el diagnóstico durante el embarazo, podría haber evitado la morbilidad severa?.

# Traumatología

## AMPUTACIONES DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTES DIABÉTICOS

Weinmeister A, Santillán C, Sosa L, Mercado C.  
Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero».  
Bahía Blanca. Argentina. abelhosp@yahoo.com.ar

**Objetivo:** Evaluar en nuestro hospital la frecuencia de amputaciones de miembros inferiores (AMP) en pacientes diabéticos, la tasa de reamputaciones y la mortalidad luego de la 1ª amputación, durante un período de 8 años (1999-2006).

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de 205 historias clínicas con diagnóstico de amputación. Se registró: presencia de diabetes, causa de la AMP: traumática (Tx), infección (Inf), vascular (Vas), úlcera que no cura (Ulc); edad, sexo. En el grupo de Diabetes (DBT) se evaluó: tipo (1, 2, 2IR) y tiempo de evolución, insuficiencia renal crónica, factores de riesgo cardiovasculares, enfermedad cardiovascular (ECV), días de internación, reamputaciones a los 6, 12 y 24 meses, y mortalidad (incidencia acumulada a 6, 12 y 24 meses). Se utilizó software estadístico Epiinfo 2002. **Resultados:** 205 pacientes amputados. AMP Tx 33 (16.1%), no Tx 172 (83.9%). De las no Tx, los pacientes diabéticos fueron 126 (73.3%). Edad: DBT 66.4±9.7, no DBT 74±11.23 (p<0.05). Se analizó el grupo DBT. Masculino 86 (68.3%), edad 66.4 (44-88). Tipo 1: 1%, 2: 56.3%, 2IR: 42.8%. Tiempo de evolución: 19% menos de 5 años, 17% de 5 a 10 años y 64% más de 10 años. Tabaquismo: 45%, HTA 83%, Dislipemia 43%, IRC 14% y ECV 53%. La 1ª AMP fue a nivel: digital 17.5%, rayo 22.2%, transmetatarsiana 3.2%, Syme 0.8%, infrapatelar 30.5%, suprapatelar 26.2% (menores 43.3%, mayores 56.7%). Los motivos de la 1ª AMP fueron: Inf 60%, Vas 65%, Ulc 20%. Días de internación 12.4 ±11.7 (0 a 69 días). 13 AMP (10.3%) se realizaron en consultorio. Se realizaron las siguientes reamputaciones: Una reAMP en 57 ptes (45.2%). De estas el 61.4% se amputó dentro de los 6 meses, 17.5% al año y 21.1% a 2 años. AMP menores 20%, mayores 80%, ipsilateral 64%. Motivos: Inf 60%, Vas 82%, Ulc 6%. Días de internación: 15.3 ±13.8 (0 a 65 días). Dos reAMP en 13 ptes (10.3%) de las cuales 12 fueron mayores, Ipsilaterales en 39%. Motivos: Inf 69%, Vas 85%, Ulc 8%. Días de internación: 12.8 ±7.2 (6 a 26). Tres reAMP 0.8%, AMP mayor. La mortalidad acumulada luego de la primera AMP fue de 15.1% a 6 meses, 21.4% a 12 meses y 27% a 24 meses.

**Conclusiones:** Se registra una alta tasa de amputaciones no traumáticas, siendo DBT el 73.3%. Estos pacientes sufren la primera amputación de forma más precoz que los no DBT. Se observa una alta tasa de reamputación así como una alta tasa de mortalidad a los 6, 12 y 24 meses, comparable a la presentada en otros reportes.

# Índice por autor

Abadie J	74	Fernández P	84	Mercado C	102
Altaraz Morelli V	83	Ferrari A	83	Milstein J	76, 76
Alvarez C	74, 92	Ferro Moreno MB	98	Montero S	81, 84
Álvarez M	76	Firpo R	100	Montovani A	74
Amato M	101	Fittipaldi T	86	Muñoz Cruzado N	83
Andreocci M	87	Florio M	98	Mux M	85
Antista MS	84	Fratantueno P	98	Núñez D	97, 97, 97
Antonini N	94	Fuentes V	101	Occhionero M	91
Araoz JC	85	Gabbarini M	81, 91	Panelli E	93
Araujo S	77	Gallard C	91	Pariente Z	85
Arnaudo C	87	Garat C	94, 95	Pascual S	97, 97, 97
Arrechea MM	99	García Dieguez M	82	Pedersen D	91
Atala H	88	Gertiser C	96	Pennacchiotti G	74, 92
Audisio J	94	Gilio J	88	Percas D	88
Baccini JC	76	Giménez F	85, 86	Pérez S	91
Baccini L	84	Goncalvez Delgado MC	79	Pérez Teyseyre H	78
Balderas C	99	González ML	90	Perruzza F	74, 92
Basualdo P	76, 77	González C	85	Pertecarini G	89
Bauzá S	88	González E	85	Pezzutti G	76
Beneozzi S	92	González MS	87	Pino C	97, 97, 97
Benozzi S	74	Gregori G	84	Piñero G	83
Bermúdez P	89, 90	Grunfeld Baeza V	97, 97, 97, 98	Piussi V	77
Biaggioni M	79	Guimaraenz M	74, 74	Polini N	89
Bisterfeld F	97, 97, 97	Guinzburg M	84	Principe G	79, 79
Blasco J	93, 93	Guzmán C	99	Rausch J	99
Blazquez J	95	Guzmán E	101	Rausch R	77
Brune AB	89	Heine L	79	Reimer E	88
Brunner MC	89	Heredia V	74	Reinhardt P	89
Bugatti F	97, 97, 97	Holzmann G	97	Reyes J	83
Calcagni S	91	Iommi P	86	Rodolf G	78
Campion A	89	Jara A	100	Rolfo VE	78
Carral P	88, 91	Jouglard E	88	Romano H	82, 96
Carrica A	91	Lamtzev S	97, 97, 97	Rudolf G	91
Cermesoni R	74	Landoni V	97	Sánchez Bejarano ME	86
Chavez C	91	Larrasolo F	88	Santillán C	85, 85, 102
Corti Dillmann MC	101	Larregina A	89	Santillán CA	85
Cragno A	82	Larregina NA	90	Saúdo N	97
Crescitelli F	98	Laura EA	87	Sarmiento MG	78
Crespo E	78	Laura JI	87	Schulz J	85
Cruciani F	98	Lemus S	79	Severini C	94
Curetti S	97	Lifsitz A	77	Sofio MP	79
Da Cruz N	95	Lioncavallo P	87	Sosa L	102
Dalla Riva F	98	López AC	78	Stassi V	92
De Dios A	86	López G	88	Stork G	76, 77
Del Valle M	82, 84	Lopez S	97	Tentoni J	89, 90
Di Chiara M	84	Lucazevich M	79	Teplitz E	95
Di Matteo F	96	Mainardi S	85	Tolosa R	85
Díaz Argüello C	95	Maldonado O	76	Toscana N	81
Ditondo J	94	Mañanes G	76, 76, 77	Triviño M	100
Duarte Sotelo L	98	Marchessi G	86	Villafañe V	93
Espejo E	95	Marcos C	94	Vuano E	84
Espina C	86	Martínez C	84	Weinmeister A	102
Estebanez MJ	74, 74	Martínez P	88, 89	Wrobel MR	78
Etchegaray J	94, 98	Martínez Zara R	92	Yañez C	85
Fattura L	92	Maruenda MM	78, 79, 79	Zabala D	88
Fernández G	91	Matoso M	91	Zárate S	95
Fernández Keller P	83	Méndez M	98	Zoratti M	87

# REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA DE BAHÍA BLANCA

Secretaría y Redacción: Asociación Médica de Bahía Blanca - Castelli 213 (B8000AIE)-Bahía Blanca

prensa@ambb.com.ar - <http://www.ambb.com.ar>

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

Revista de la AMBB, es el órgano oficial de difusión de la Asociación Médica de Bahía Blanca. En ella se invita a publicar a todos sus asociados y a profesionales de ramas cercanas a la medicina. Es una publicación trimestral que acepta trabajos inéditos. De no ser así, los autores deberán contar con el consentimiento de los directores de ambas revistas. El director a cargo de la segunda revista deberá tener un ejemplar de la primera publicación. El Comité Editor se reserva el derecho de juzgar los trabajos y remitirlos a árbitros anónimos e imparciales designados para cada caso, así como de efectuar correcciones literarias o de estilo.

### Normas Generales de Publicación:

Las indicaciones para la preparación de los manuscritos se han adecuado a los requerimientos establecidos por el *International Committee of Medical Journal Editors* (N Engl J Med 1997; 336:309-15). Los manuscritos serán escritos en español, a doble espacio, en páginas sucesivamente numeradas, en el ángulo superior derecho, tipo UNE A4 (210x297 mm). Serán enviados a la Sección Prensa de la AMBB (Prof. Dra. Marta Roque, Castelli 213, 8000 Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aries, Argentina), acompañados por un disquete correctamente etiquetado, con dirección electrónica del primer autor. Se acepta la sugerencia de dos árbitros que evalúen el trabajo presentado. En la primera página, deben figurar: título del artículo, nombre y apellido de los autores, dirección completa y dirección para la correspondencia. El envío de un trabajo deberá ser acompañado por una nota firmada por todos los autores, con la indicación de la sección a que corresponderá el manuscrito.

**Ética.** Cuando se describan los métodos efectuados sobre pacientes indicar que todos los procedimientos siguen las pautas éticas de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1975). Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en seres humanos, 52 ° Asamblea General de Edimburgo. Año 2000.

**Protección de la privacidad del paciente.** Los pacientes tienen derecho a la privacidad y no podrá ser infringida. Los autores deberán incluir el consentimiento escrito de pacientes o familiares. En su defecto incluirán por escrito que este requerimiento se ha cumplido. Toda información que identifique al paciente (nombres, iniciales, información escrita, fotografías, imágenes) no deberá ser publicada a menos que dicha información sea esencial para el trabajo científico.

Informar por escrito el consentimiento de todos los autores sobre el contenido del manuscrito. Informar los datos del autor responsable de la revisión y aprobación final del manuscrito (nombre, dirección, teléfono).

Cuando se trate de estudios multicéntricos, los participantes deberán figurar como autores debajo del título o bien al pie de página. Cuando no respondan a ese criterio, serán mencionados en «Agradecimientos». Cuando se describan los métodos efectuados sobre pacientes, deberá precisarse que ello fue posibilitado por el consentimiento informado de aquellos. Las tablas serán numeradas, en caracteres romanos, tituladas y en hoja aparte. Las figuras serán presentadas en blanco y negro (dibujos o fotografías). Serán numeradas en caracteres arábigos, al dorso

y con una leyenda explicativa, en hoja aparte. La bibliografía correspondiente a todo tipo de sección será presentada en hoja aparte. Las citas serán numeradas por orden de aparición en el texto e incluirán todos los autores, cuando sean seis o menos; si fueran más, el tercero será seguido de *et al.* Los títulos de las revistas serán abreviados según el estilo del *Index Medicus*, para lo cual se puede consultar la *list of Journals Indexed*, o a través de internet: <http://www.nlm.nih.gov>.

Se deberán adaptar las referencias a los publicado en los requisitos de uniformidad (N Engl J Med 1997;336:309-15). A su debido tiempo, se enviarán a los autores las pruebas de imprenta para su corrección. Éstas deberán revisarse con premura y ser devueltas al Editor. Toda demora obligará a postergar la publicación del trabajo presentado.

Trabajos aceptables para su publicación:

Artículos originales: deben incluir :

- Resumen en el idioma del texto y en inglés, con no más de 250 palabras, sin tablas ni figuras; en la misma página, se anotarán 3-6 palabras clave;
- Introducción que incluya antecedentes y propósito del trabajo;
- Materiales y métodos, con suficiente información como para reproducir los experimentos u observaciones;
- Resultados, expresados sucintamente y sin repetir los detalles en tablas y figuras, y viceversa. Las imágenes deberán ser enviadas en formato TIF (blanco y negro) con una resolución de 600 dpi o superior;
- Discusión, la que debe comentar los resultados y no, recapitularlos;
- Bibliografía.

Adelantos en medicina y artículos especiales: tratarán temas cuya actualización resulta pertinente y deberán fundamentarse en una actualizada revisión bibliográfica.

Comunicaciones breves: corresponden a resultados preliminares, que por su interés merecen difusión temprana. No podrán exceder ocho páginas. Se prescindirá de las subdivisiones, aunque manteniendo la secuencia habitual, con hasta quince referencias y no más de dos tablas o figuras.

Casística: formada por introducción, caso clínico y discusión, en un manuscrito que no exceda las ocho páginas y dos tablas y figuras, con no más de quince referencias.

Ateneos de Casos Clínicos de Actualización continua: formada por introducción, descripción del caso clínico, discusión y conclusiones.

Imágenes de medicina: no necesariamente excepcionales, pero sí ilustrativas y acompañadas de una leyenda explicativa. No deberán exceder, en su conjunto, la superficie de la página impresa.

Editoriales: están a cargo del Editor responsable, del Comité de Redacción o bien de profesionales invitados especialmente.

Cartas al Editor: son comentarios respecto de artículos aparecidos en la revista. No excederán las tres páginas y pueden incluir una tabla o figura, y hasta seis referencias.