



REVISTA de la Asociación Médica de Bahía Blanca

Volumen 15, número 1. - Extraordinario
Abril de 2005.

Índice:

AUTORIDADES DE LA REVISTA		
<i>DIRECTOR</i> Dr. FERNANDO CARIGNANO	Editorial Picorel J.	2
<i>EDITOR ASOCIADO</i> Dra. MARTA ROQUE	Primeras Jornadas Científicas de los Hospitales Gremiales de la AMBB (Posters)	
<i>COMITÉ DE REDACCIÓN:</i> Dr. ERNESTO ALDA Dr. MARCELO GARCÍA DIÉGUEZ Dr. JORGE PICOREL Dr. GUSTAVO TRÓCCOLI	Cardiología Cirugía Clínica Médica Diagnóstico por Imágenes Endocrinología Hematología Infectología Medicina Preventiva Neonatología	5 9 11 15 17 18 19 20 21
<i>DISEÑO GRÁFICO:</i> CECILIA B. STANZIANI FERNANDO SUÁREZ	XII Jornadas Científicas del Hospital Interzonal Dr. José Penna (Comunicaciones Orales/Posters)	
ISSN 1515-8659 Prop. Intelectual 253758	Anestesiología Cardiología Cirugía Clínica Médica Diagnóstico por Imágenes Educación Médica Hematología Infectología Medicina Preventiva Nefrología Neonatología Oncología Ortopedia y Traumatología Patología Pediatría Terapia Intensiva	24 25 27 28 34 35 36 38 40 46 47 48 50 52 55 57
Esta publicación es propiedad de la Asociación Médica de Bahía Blanca Pers. Jurídica N° 243	Indice de Autores	58

Este número de la Revista Científica de la Asociación Médica de Bahía Blanca (RCAMBB), está destinado a la publicación de los resúmenes de los trabajos científicos de las jornadas organizadas por el Hospital Interzonal «Dr. José Penna» y por los hospitales gremiales de la AMBB, «Dr. Felipe Glasman» y Privado del Sur. Hubiéramos querido publicarlos junto con el resto de los trabajos presentados en jornadas de otros hospitales, públicos y privados, pero no fueron remitidos a nuestra editora.

Vemos aquí reflejada una importante producción científica de la comunidad médica y del equipo de salud en general. En especial nos produce una grata sensación ver a muchos residentes y médicos jóvenes hacer sus primeras armas en esto tan particular que es publicar. Como decía el Dr. Mario Aggio, editor primigenio de la revista, este ámbito, nuestra revista, también es el adecuado para guiar a noveles médicos en la publicación de trabajos científicos. Nuestra editora asociada dedica increíbles esfuerzos y tiempo en la corrección de trabajos.

Debemos reconocer que en nuestra formación académica, en general, la publicación de trabajos científicos no tiene la dedicación adecuada. Nos guía, la mayor parte de las veces, las ganas de dar a conocer lo que estamos haciendo o ese caso raro que nos tuvo en vilo hasta que logramos resolverlo.

Dentro de las funciones de la RCAMBB, está también, el servir de guía para escribir un trabajo, que no es otra cosa que traducir aquellas ganas de que habláramos antes, a estándares aceptados por la comunidad médica.

Por ello, alentamos a quienes deseen orientación en el armado de un trabajo científico que no duden en acercarse a la revista, pues la AMBB invierte recursos para ello, ya sea en personal, suscripciones de revistas, búsquedas para bibliografía, enlaces con otras hemerotecas, espacio físico para Biblioteca, etc.

Por otra parte, muchos de estos resúmenes han sido volcados en trabajos ya estructurados que podrían publicarse completos en esta revista, para comunicar a todos, que estamos haciendo en nuestra ciudad.

También, la producción de trabajos científicos que hoy plasma la RCAMBB, nos lleva a otra reflexión. Durante años, cada hospital, público o privado, hizo sus propias jornadas donde, como parte de las mismas, se dedicaba una importante porción de la misma, a la presentación de trabajos científicos en sus diferentes modalidades. Me ha tocado estar, por virtud del paso de los años, en muchas de ellas y en varias de las posibilidades de participación: desde ser un simple autor de trabajo, organizando jornadas como Jefe de

Comité de Docencia, presidiendo alguna de ellas o en esta etapa de Secretario Científico de la AMBB.

Hemos notado como en un mundo tendiente a la globalización, nos aferramos a seguir mostrándonos, a nosotros mismos, lo que hacemos diariamente, en un casi mirarse el ombligo. Así vemos que, trabajos de real valía o conferencias enriquecedoras, son presenciados por escaso número de concurrentes, haciendo que el disertante y los encargados de la mesa, se sientan en una posición incómoda, y muchas veces, decepcionante.

Pensamos que el realizar actividades en conjunto produce un efecto multiplicador por varios motivos: conocemos lo que hacen otros colegas ajenos a nuestra institución, podemos compararnos a fin de superarnos si alguien tiene mejores resultados que los nuestros, actúa como estimulador positivo *per se*, al hacernos revisar nuestro trabajo sabiendo que va a ser examinado por personas que no pertenecen a nuestro entorno, se comparten recursos económicos y se fomenta además, la comunicación informal.

Es así, que uno de los planes de acción de la Secretaría Científica de la AMBB será estimular la actividad entre todos los que forman parte de la salud, ya sean sociedades científicas, hospitales, instituciones intermedias, etc.

Nuestra idea es ir paso a paso, generando espacios donde converjan nuestras ganas comunes de hacer, con los medios donde se hagan operativos.

Allí esperamos, poder encontrarnos.

Jorge Picorel
Secretario Científico de la AMBB.

PRIMERAS JORNADAS CIENTIFICAS DE LOS HOSPITALES GREMIALES DE LA AMBB

60° ANIVERSARIO DEL HOSPITAL PRIVADO DEL SUR

IV JORNADAS DEL HOSPITAL DR. FELIPE GLASMAN
III JORNADAS DEL HOSPITAL PRIVADO DEL SUR
EN MEMORIA DEL «DR. FELIPE GLASMAN

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS CIENTIFICOS

19 de noviembre de 2004
Biblioteca de la AMBB

AUTORIDADES

Presidentes Honorarios
Dr. RAMON PEREZ FONTAN †
Enf. CARMEN BENITEZ

Presidentes Hospitales
Dr. RUBEN MATOSO
Dr. MARIO SARDIÑA

Secretaria Ejecutiva

Dra. MARIA JOSE ESTEBANEZ

Comité Ejecutivo

Dr. SERGIO BOERO
Dr. RICARDO DE LOREDO
Dr. MARCELO GUIMARAENZ
Dr. DANIEL ANTONIO VIVES

Secretario Científico

Dr. FEDERICO CONRADI

Comité Científico

Dr. PABLO CASAS
Dr. MARCELO GARCIA DIEGUEZ
Dr. GUILLERMO LIZARRAGA
Dr. ALEJANDRO ALVAREZ
Dr. RAUL CERMESONI
Dra. ADELFA GUINSBURG
Dr. GABRIEL EGUIDI
Dr- NESTOR PIAGGIO
Lic. SILVIA STEPANOSKY
Lic. JUAN C. CORTEJARENA

Secretario de Finanzas

Dr. ANTONIO GIULIANO

Comité de Finanzas

Lic. ANA LOPEZ PAZ
Dr. FERNANDO SIERRA
Lic. LAURA VAZQUEZ
Dra. LILIANA FERRER

Secretaria de Prensa

Dr. DANIEL FAINSTEIN
Dra. ANA PARIS de BAEZA

Secretaria Organización

PATRICIA VEGA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS DE LA EVOLUCIÓN DE 26 PACIENTES CON CORONARIAS NORMALES ASISTIDOS EN LA UNIDAD CORONARIA DEL HPS.

Etchandy M, Montovani A, Estebanez MJ, Guimaraenz M, Cermesoni R.

Unidad Coronaria. Hospital Privado del Sur (HPS). Bahía Blanca. Argentina. uco@hps.com.ar

Introducción: El angor en pacientes con coronarias normales es una patología cada vez más frecuentemente diagnosticada en Unidades Coronarias (UCO) Objetivos: Describir: a) las características socio-demográficas, factores de riesgo cardiovasculares (FRC) y antecedentes de enfermedades previas; b) la frecuencia y tipo de estudios diagnósticos empleados así como drogas utilizadas previamente al ingreso y durante la internación; c) el tipo y frecuencia de complicaciones observadas en la evolución. Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional en pacientes que ingresaron en la UCO con diagnóstico de angor y coronarias normales. Se recolectaron datos sobre características sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular antecedentes de enfermedades previas, drogas administradas; estudios realizados y complicaciones. Resultados: Se incluyeron 26 pacientes, edad $57 \pm 9,68$ años, 20/26 (77%) fueron mujeres, de las cuales el 90% eran postmenopáusicas (18/20; 90%). El FRC más frecuente fue hipertensión arterial (18/26); seguido por dislipemia (9/26), tabaquismo (7/26), antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (2/26) y obesidad (2/26). En un paciente se diagnosticó IAM y en 24 Angina Inestable (10 alto riesgo, 15 moderado riesgo, 1 bajo riesgo). La PCR y la troponina T fueron negativas en todos los casos. 14 pacientes presentaron cambios en ECG (8 en el ST y 6 en la onda T). Las caras más afectadas fueron la lateral y anterior. Todos recibieron AAS y una elevada proporción de β -bloqueantes, nitroglicerina y heparina. La fracción de eyección promedio fue $71\% \pm 7\%$. 5 pacientes se estudiaron con estudios de perfusión miocárdica con talio. Siendo 4 positivos. La estadía en UCO fue $3 \pm 1,59$ días. Ninguno falleció. Tres 3 presentaron complicaciones: insuficiencia cardíaca derecha (1); fibrilación auricular (1); fibrilación ventricular (1). Conclusiones: El síndrome de angor con coronarias normales se observó mayoritariamente en mujeres, hipertensas y postmenopáusicas. No se observó compromiso de la función ventricular en la población estudiada. Las complicaciones durante la internación fueron infrecuentes, presentando todos los pacientes una evolución favorable, aún aquellas con una estratificación de riesgo inicial alto.

ESTUDIOS DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA SPECT COMO EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y PRONÓSTICA DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: CASUÍSTICA DE NUESTRO SERVICIO

Zukerman W, Bualo P, Etchebarne J, Jiménez M
Medicina Nuclear. Hospital Privado del Sur (HPS). Bahía Blanca. Argentina. camaragama@hps.com.ar

Introducción: Los estudios de perfusión miocárdica (PM) tomográficos con emisión fotónica simple (SPECT) han adquirido gran importancia en el diagnóstico, y aún más, en la estratificación de riesgo de la cardiopatía isquémica. Objetivos: Mostrar la casuística de nuestro servicio de los estudios de PM SPECT. Materiales y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva de nuestra base de datos los pacientes (p) que realizaron estudios de PM SPECT desde 1/2/98 a 1/6/04. Resultados: El total de p fue 3105 con promedio edad de 59 años. Sólo se realizaron estudios a 98 p internados (3.15%) y resto fueron pacientes ambulatorios. Derivados de la Zona 888 p (28.60%) y de Bahía Blanca 2217 p (71.40%). Se realizaron sólo 155 estudios con apremio farmacológico (5%) y 2950 (95%) con prueba ergométrica graduada (PEG) de las cuales se consiguió un promedio al máximo esfuerzo de 7,8 METS. De las PEG, 548 fueron positivas (308 por angor y 240 por cambios del segmento ST). El motivo del estudio fue diagnóstico en 1317 p (42.41%) y evaluativo en 1788 p (57.59%). La probabilidad pretest (PPreT) promedio fue 59.13, siendo 1609 de alta (51.81%), 660 de intermedia (21.25%) y 836 de baja PPreT (26.94%). Entre los Factores de Riesgo de la población figuraban: 557 obesos (17.93%), 1617 hipertensos (52.07%); 1547 dislipémicos (49.82%); 1129 tabaquistas (36.36%); 436 diabéticos (14.04%); 728 tenían antecedentes familiares de coronariopatía (23.44%). Los P tenían Infarto Agudo de Miocardio (IAM) previo en 490 casos (15.78%) de los cuales, 205 eran anteriores, 266 inferiores y 19 laterales. Tenían cinecoronariografía previa 428 p, angioplastia coronaria previa 327 p (10.53%) y cirugía de re vascularización miocárdica 349 p (10.53%). Encontramos bloqueo completo de rama izquierda en 105 p (3.38%) y PEG previa en 425 p (13.68%), de las cuales 197 fueron negativas y 228 positivas. Con respecto a los resultados de los estudios, encontramos 1155 p con isquemia (37.19%), 842 p con necrosis (27.11%) y 344 con ambas (11.07%). Sólo en 25 p (0.8%) evidenciamos captación pulmonar del radiotrazador (CPR) y en 61 P (1.9%) dilatación transitoria del ventrículo izquierdo (DIVI). El total de estudios normales fue de 1182 p (38.06%), de riesgo bajo (B) 1065 p (34.29%), de riesgo moderado (M) 529 p (17.03 %) y de riesgo alto (A) 329 p (10.59%). Se compararon los datos con seguimientos de datos de grupos internacionales con resultados similares. Conclusiones: 1) Escaso uso del método en pacientes internados; 2) Se evalúan pacientes de moderado y alta

probabilidad de enfermedad coronaria (más graves) muchas veces sin PEG previa; 3) Se realizan pocos estudios como evaluación post-angioplastia; 4) Baja utilización de estrés farmacológico; 5) Muy pocos pacientes tuvieron CFR y DIVI.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y ANTECEDENTES PREVIOS ASOCIADOS A LA READMISIÓN Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES ASISTIDOS EN LA UNIDAD CORONARIA DEL HPS

Etchandy M, Montovani A, Estebanez MJ, Guimaraenz M, Cermesoni R.

Unidad Coronaria .Hospital Privado del Sur (HPS). Bahía Blanca. Argentina. uco@hps.com.ar

Introducción: La readmisión y la mortalidad de los pacientes en Unidad Coronaria (UCO) constituyen dos de los principales parámetros de evaluación de resultados. **Objetivos:** a) describir la frecuencia de readmisión y mortalidad observada en (UCO) en el período 2000-2003; b) identificar variables sociodemográficas y antecedentes previos que al momento del ingreso del paciente en la UCO, determinan un mayor riesgo de readmisión y/o muerte durante su internación. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional, se utilizó una base de datos de todos los ingresos consecutivos en la UCO desde julio del año 2000 hasta diciembre del 2003. Para la identificación de factores predictores de readmisión y/o muerte en UCO, la unidad de observación fueron los pacientes. Se definió que hubo readmisión cuando el paciente presentó 2 o más re-ingresos a la UCO en el período de seguimiento. Se analizaron como variables independientes características sociodemográficas y antecedentes previos registrados al momento de la admisión. Para establecer la significación estadística de la asociación entre distintos tipos de variables categóricas se utilizó el Test del χ^2 y para identificar los predictores independientes de readmisión y muerte en UCO la regresión logística múltiple. **Resultados:** Se identificaron 2557 ingresos, de los cuales 2022 (83.8%) fueron primeros ingresos a la Unidad y 391 (16.2%) reingresos. La edad promedio fue 67.8 ± 13.8 años; 60 % eran de sexo masculino. En promedio, ingresaron a la UCO 707 pacientes por año y 59 por mes. La tasa de mortalidad anual observada en los pacientes ingresados a UCO fue de 3.5%. Los factores predictores de readmisión fueron poseer PAMI y el antecedente de miocardiopatía dilatada y/o IAM mientras que la edad, la presencia de insuficiencia renal crónica e infarto agudo de miocardio previo fueron factores de riesgo independientes de morir durante la internación en la Unidad. **Conclusiones:** Los pacientes ancianos, aquellos que tienen como seguro social PAMI y poseen un IAM previo, miocardiopatía dilatada o insuficiencia renal crónica constituyen variables que deberían ser priorizadas al momento mismo de la admisión del paciente a la UCO, dado que identifican a un grupo de alto riesgo por su mayor mortalidad y/o probabilidad de readmisión futura.

GRUPO DE TRABAJO E INVESTIGACIÓN EN PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR: DATOS PRELIMINARES.

Zukeman W, Bualó P, Villalba W, Godoy M, Alvarez J, Brion G, Peidro R.

Centro de Prevención y Rehabilitación Cardiovascular (CEPREC). Hospital Privado del Sur (HPS). Bahía Blanca. Argentina. ceprec@speedy.com.ar

Introducción: El GIRE se ha formado con la finalidad de conocer las características poblacionales de pacientes que concurren a centros de prevención y rehabilitación cardiovascular en diferentes puntos geográficos de Argentina y países vecinos. Favorecer la adhesión a medidas de prevención secundaria. Generar corrientes de opinión en torno al desarrollo de programas de prevención y rehabilitación cardiovascular (PyRCV). El GIRE está integrado por 23 centros PyRCV de la Argentina y 2 de Uruguay. **Objetivos del GIRE:** Describir las características de la población con enfermedad aterosclerótica o con riesgo de padecerla que concurre a los Centros PyRCV. Evaluar la adherencia a los programas de Rehabilitación Cardiovascular. Determinar cumplimiento de metas en prevención secundaria. **Métodos GIRE:** Se incluyen en forma prospectiva pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica o con riesgo de padecerla que concurren a la consulta a un centro de PyRCV. El registro se realiza en base de datos común interconectada vía Internet. Las metas óptimas a alcanzar en los programas así como pautas generales a implementar para su cumplimiento fueron fijadas previamente. **Datos Preliminares del GIRE.** **Objetivos:** Analizar los factores de riesgo predominantes y cumplimiento de metas y de tratamiento en pacientes (p) que consultan a centros de PyRCV del GIRE. **Métodos:** pacientes ingresados por 23 centros (Argentina y Uruguay) entre 01/09/2003 y 29/05/2004. La comparación de los 56 P de nuestro Centro (CEPREC) con la población total del GIRE fue equivalente. Se analizaron factores de riesgo, hábitos y cumplimiento de metas. **Estadística descriptiva.** **Resultados:** Población: 431 pacientes consecutivos, 349 (81%) hombres, Edad: 57.98 ± 11.21 . **Eventos previos:** 342 (79.5%), Dislipidemia 342 p (79.35%), Hipertensión Arterial 283 p (65.66%), Diabetes 89 p (20.64%), Tabaquismo 61 p (14.15%), Extabaquismo 190 p (44.08%), Sedentarismo 327 p (75.87%), Antecedentes familiares 128 p (29.6%), Sobrepeso y obesidad 340 p (78.88%), Sobrepeso (BMI $25 \leq A < 29.9$ Kg/m²) 199 p (46.17%), Obesidad (BMI ≥ 30) 199 p (32.71%). Tomaban estatinas el 73.9 % de los P con LDL >100 mg/dl y del grupo de pacientes DBT el 46 % tenían HTA descontrolada con valores mayores de 135 mmHg de sistólica. **Conclusiones:** La mayor parte de los pacientes que ingresaron son hombres. Los factores de riesgo de mayor prevalencia son: dislipemia, hipertensión arterial y sedentarismo. El sobrepeso y la obesidad son variables de alta frecuencia en esta población. Escaso control de factores de riesgo con bajo cumplimiento de metas y subutilización de tratamientos farmacológicos. Lo pacientes diabéticos tenían menor control de sus factores de riesgo.

EXPERIENCIA INICIAL CON LA IMPLANTACIÓN DE STENT CON DROGAS EN UN CENTRO DE MEDIANO VOLUMEN

Alvarez A, Ordóñez F, Alvarez Iorio C.

Servicio de Hemodinamia. Hospital Privado del Sur (HPS). Bahía Blanca. Argentina. ferord@arnet.com.ar; caiorio@hemodinamiadelsur.com.ar

Objetivos: Analizar las indicaciones clínico-angiográficas y los resultados intrahospitalarios y a corto plazo de nuestra experiencia inicial del mundo real en la implantación de stent con drogas (SID). Materiales y Métodos: Se analizaron 19 angioplastias (a) con SID (23) en 19 pacientes (p) consecutivos; edad 64 años (46-79), masculinos 13 (68,4%), hipertensos 16 (84,2%), dislipémicos 13 (68,4%), tabaquistas 5 (26,3%), diabéticos 8 (42,1%), infarto previo 6 (31,6%), angioplastia previa 5 (26,3%), cirugía coronaria previa 2 (10,5%); consultaron por angina inestable 18 p (94,7%), con función ventricular normal 17 (89,5%). enfermedad de múltiples vasos 6 p (33%). Se trataron 20 vasos, tronco de coronaria izquierda (tci) 1, descendente anterior (da) 10, circunfleja 3, coronaria derecha 5 y rama marginal 1. Hubo 23 lesiones (L) tipo a 1, bl 4, b 25 y c 13. La relación stent/p fue 1,2/1. La longitud promedio fue 20 mm (12-28). Las indicaciones fueron por: reestenosis intrastent difusa 2, obstrucción total 2, L mayor de 20 mm en vasos pequeños 6, tci 1, ostium 2, diabetes 8, lesión proximal de da 8. Se colocaron 23 SID, TAXUS 14 (60,8%) y CYPHER 9 (39,1%), 6 de 2,5 mm (26%), 11 de 3,0 mm (47,8%) y 6 de 3,5 mm (26%). La longitud promedio fue de 23,9 mm (12-33). En 2 p con L en tandem y un p con L muy larga se colocaron 2 stent en el mismo vaso con «overlapping». Se obtuvo un seguimiento clínico en el 100% de los casos con una media de 5 meses (2-12). Resultados: Se obtuvo éxito angiográfico y del procedimiento en todos los casos. No hubo eventos mayores intrahospitalarios ni en la evolución. Dos p con enfermedad de múltiples vasos continuaron sintomáticos, sin variar su clase funcional. Conclusiones: A pesar de ser una experiencia inicial con reducido número de p la angioplastia con std en una población con alta incidencia de diabetes y L muy complicadas resultó un procedimiento seguro, con alta tasa de éxito inicial (100%), sin trombosis subaguda y sin eventos mayores en el seguimiento a corto plazo.

SUPRADESNIVEL DEL SEGMENTO ST EN ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO

Calvo A, Carrasco G, Yáñez C, Alvarez Iorio C, Ordóñez F, Alvarez A.

Servicios de Hemodinamia. Hospital Privado del Sur (HPS). Bahía Blanca. Argentina. alegalvo@argentina.com

Introducción: El supradesnivel del segmento ST (supra ST) en electrocardiograma de esfuerzo en derivaciones sin onda Q, excluidas aVr y V1, es un hallazgo raro (0,1%, o uno cada mil estudios) pero con muy alta sensibilidad (S) y especificidad (E) para diagnóstico de isquemia transmural (causada por lesión crítica, oclusión con isquemia residual o espasmo). En contraste con el infradesnivel, es muy arritmogénico

y localiza el vaso culpable. Objetivos: Conocer la correlación de nuestros hallazgos con lo descripto. Materiales y Métodos: Se realizaron 5100 electrocardiogramas de esfuerzo entre 09/99 y 08/04. El 10 (0,2%) presentaron supraST, dos asociados a ondas Q y los otros ocho no (0,16%). De estos ocho, 6 eran diagnósticos y dos evaluativos. A los ocho, les fue practicada cinecoronariografía (CCG). Resultados: En los ocho casos, lesión crítica (estenosis mayor 90%) u oclusión coronaria de la arteria culpable fueron detectadas (S 100%, E 100%), coincidiendo con las derivaciones donde supraST ocurrió. En los dos evaluativos, lesión de puente arterial y reestenosis de stent respectivamente fueron detectadas en la CCG. En los otros seis casos, tres oclusiones y tres lesiones críticas de la arteria culpable fueron detectadas. En los ocho casos, revascularización miocárdica fue realizada, tres quirúrgicas (dos con enfermedad de múltiples vasos y uno con reestenosis precoz de puente mamario) y cinco endoluminales, cuatro con implante de stent y una convencional con balón (la reestenosis del stent). Conclusiones: La ocurrencia de supraST fue muy infrecuente pero ligeramente mayor que lo descripto. En coincidencia con lo conocido, el supraST identificó con S y E del 100% y bajo costo la arteria culpable, detectando pacientes de alto riesgo de eventos coronarios que deben ser estudiados y tratados invasivamente

ANGIOPLASTÍA PRIMARIA EN EL INFARTO AGUDO. TRATAMIENTO PRECOZ VS. TARDIO. RESULTADOS INICIALES Y ALEJADOS.

Alvarez A, Montovani A, Etchandi M, Guimaraenz M, Estebanez MJ, Ordóñez F, Cermesoni R, Alvarez Iorio C. Servicio de Hemodinamia. Hospital Privado del Sur (HPS). Bahía Blanca. Argentina. ferord@arnet.com.ar; caiorio@hemodinamiadelsur.com.ar

Objetivos: Evaluar en nuestra población si la angioplastia primaria (AP) precoz (PZ) (antes de las tres horas) modifica los resultados iniciales del procedimiento (pr) y la evolución a largo plazo. Materiales y Métodos: Se analizaron 55 pacientes (p) sometidos a (AP) (PZ) a 24 (P) (43,6%) y tardía a 31 p (56,3%). edad 57 años (37-80), masculino 46 p, hipertensos 32 p, dislipémicos 35 p, tabaquista 41 p, diabéticos 10 p, infarto (iam) previo 10 p, AP previa 3 p, cirugía coronaria previa 2 p, (JAM) anterior 24, trastornos de conducción 14, Killip I 40, y mayor de I 15, enfermedad de múltiples vasos 27, Timi 0 pre (AP) 47, medicación anti IIB-IIIa 3. Ambas poblaciones no tienen diferencias demográficas. Se obtuvo el seguimiento de 46 p (100%), con una media de 18 meses (6-36). Resultados: Se obtuvo éxito angiográfico y del procedimiento en 46 p (83,6%), no registrándose complicaciones en el (PR). Hubo 9 fracasos (16,4%) por Timi 0 en 4 (ptes), y Timi II en 5 p. Se registró una resolución del ST en 36 p (65,5%), 26 p tuvieron Blush III (47,3%), Blush II y III (72,8%). La mortalidad hospitalaria fue de 8 p (14,5%), sin significación estadística pero con una tendencia a favor de los resultados en los JAM (PZ) habiendo una disminución en: utilización de balón de contrapulsación (3 p vs 5 p) (37,5/62,5%). Empleo de inotrópicos (4 p vs 10

RESECCIONES HEPÁTICAS. EXPERIENCIA INICIAL DEL HOSPITAL DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA «DR. FELIPE GLASMAN».

Cristobo JP, Cantarelli S, Egidi G, Sidorkewicj A, Mazzieri O. Cirugía. Hospital de la Asociación Médica (HAM) «Dr. Felipe Glasman». Bahía Blanca. Argentina.

jcristobo@intramed.net.ar

Introducción: Las resecciones hepáticas se han consolidado como la terapéutica estándar de las lesiones benignas y malignas del hígado a partir del descenso significativo de su morbilidad. Objetivos: Analizar la experiencia inicial del Servicio de Cirugía del HAM. Materiales y Métodos: Se analizaron 11 resecciones hepáticas. Tres por lesiones benignas, seis (6) por metástasis y dos (2) por cáncer de vesícula. Resultados: La mortalidad perioperatoria fue de 9% (un paciente con cáncer de vesícula). La morbilidad fue de 27.3 % (un paciente con fístula biliar postoperatoria, un paciente con síndrome de Ogilvie y un paciente con infección de la herida). Ningún paciente debió ser reoperado. Conclusiones: La resección hepática es una práctica segura que ofrece los mejores resultados en supervivencia y calidad de vida para el tratamiento de ciertos tumores benignos y malignos.

HEMORROIDECTOMÍA Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO MUCOSO DE ANO CON SUTURA MECÁNICA CIRCULAR NÚMERO 34.

Mazzieri OO, Cantarelli SO, Egidi GA, Cristobo JP, Sidorkewicj AN.

Cirugía General. Hospital de la Asociación Médica (HAM) «Dr. Felipe Glasman». Bahía Blanca. Argentina. omazzieri@speedy.com.ar

Introducción: Existen diversas técnicas para el tratamiento quirúrgico de la patología hemorroidaria. Objetivos: Modificación de la técnica de Longo utilizando sutura mecánica circular número 34. Materiales y Métodos: Diseño: Registro prospectivo de datos. Análisis observacional retrospectivo. Población: Desde al 07-02-03 hasta el 07-04-04 fueron intervenidos 30 pacientes, 18 mujeres y 12 hombres, con edad promedio de 52 años (rango de 25 a 81). Se realizó profilaxis antibiótica en la inducción anestésica. Se utilizó sutura mecánica circular número 34 de USSC y jareteador descripto por Longo, modificado para permitir el pasaje de la máquina. Se realizó una jareta por encima de la línea pectínea y otra uno a dos centímetros distales a esta (doble jareta). Resultados: Se obtuvo una resección de mucosa de entre 4 y 5 centímetros. Los pacientes fueron externados dentro de las 24 horas. No se observaron complicaciones mayores adjudicables al procedimiento. Dos pacientes presentaron dolor persistente durante la primera semana del post-operatorio. Un paciente se reoperó por plicomas dolo-

rosos que se resecaron en la segunda cirugía. El seguimiento se realizó a los 10 días con tacto rectal y a los 30 y 90 días con tacto rectal y anoscopia para evaluar la anastomosis. Todos fueron re-examinados a los 6 meses (excepto los últimos 3) con resultados satisfactorios. No hubo estenosis en ésta serie. Conclusiones: La sutura mecánica circular número 34 es una muy buena opción para el tratamiento definitivo de esta patología, obteniéndose buenos resultados con escasa morbi-mortalidad.

EVOLUCIÓN ALEJADA DE LOS PACIENTES OPERADOS POR FISURA ANAL CON ESFINTEROTOMÍA LATERAL INTERNA.

Laura E.

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

Introducción: La fisura anal es una patología frecuente en la práctica proctológica. Objetivo: presentar los resultados a largo plazo de la esfinterotomía lateral interna como tratamiento de las fisuras anales. Materiales y Métodos: Se presentan 149 pacientes operados entre el 01/01/93 y el 31/12/02 en la práctica privada del autor, en la ciudad de Bahía Blanca. La metodología corresponde a un análisis retrospectivo en base a las historias clínicas y el seguimiento telefónico, para lo cual se elaboró un formulario especial. Los pacientes que no se pudieron ubicar por teléfono, fueron visitados en sus domicilios. El método estadístico utilizado fue el test de Chi-Cuadrado de Pearson (significación 5%). Resultados: De los 130 contactados, 117 están asintomáticos (90%), 11 tienen síntomas esporádicos afirmando estar mejor que antes de operarse (8,5 %) y 2 (1,5 %) igual que antes. Sangrado ocasional: 4 (en 1 caso asociado a ardor durante la menstruación y otro asociado a constipación y nervios); un paciente refiere ensuciamiento a los cuatro años de operado en forma esporádica; 2 refieren incontinencia a gases en los esfuerzos, 1 refiere molestias moderadas sin caracterizar, 2 prurito esporádico y 1 tenesmo. De los 13 pacientes sintomáticos, sólo 2 presentaron complicaciones post operatorias: 1 consignado como dolor persistente, que corresponde actualmente al que refiere dolor esporádico, y otro, presentó supuración y fístula y refiere actualmente prurito esporádico. Conclusiones: La esfinterotomía lateral interna constituye el tratamiento de elección de las fisuras anales, que no responden al tratamiento médico. Las complicaciones post operatorias en esta serie no correspondieron mayoritariamente con pacientes sintomáticos en la evolución alejada.

AMPUTACIONES EN LA MANO

Harguindeguy D.

Traumatología. Hospital Privado del Sur (HPS). Bahía Blanca. Argentina. diegoeh@ciudad.com.ar

Introducción: Las amputaciones en la mano pueden resultar de un trauma, una decisión electiva en ciertas malformaciones congénitas, lesiones tumorales o por disturbios psicológicos del paciente. Objetivos: Mostrar los criterios y el manejo de las amputaciones en la mano que deben surgir en función de la etiología, la actividad del paciente y su actitud frente a la amputación. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo en 28 pacientes amputados que pudieron ser controlados hasta el alta (máxima recuperación obtenida luego de la rehabilitación). Pulgar:3; Índice:3; Medio:3; Anular:5; Meñique:3; Dos dedos: 4; Tres dedos: 2;Cinco dedos:1; mano:2; brazo:2. Las causas fueron: tumorales: 2; infecciosas:3; psicológicas:1;traumáticas:22. Fueron excluidas las amputaciones secundarias a malformaciones congénitas y aquellas distales a la articulación interfalángica distal. Resultados: Todos los pacientes mostraron una buena adaptación a la nueva situación. No hubo neuromas de amputación ni retracciones. Un paciente presentó defectos de rotación que le afectaba parcialmente el trabajo manual. Los pacientes que presentaron amputación de un rayo manifestaron disminución de la fuerza de puño que no les imposibilitaba su actividad habitual. Ninguno de los pacientes manifestó estar arrepentido de su decisión. Conclusiones: Las amputaciones en la mano merecen un análisis profundo antes de ser propuesta a los pacientes. Sin embargo, es una buena indicación ante lesiones complejas que requieren múltiples reconstrucciones complejas de dudosa funcionalidad.

RECONSTRUCCIÓN DEL MIEMBRO INFERIOR CON COLGAJOS

Harguindeguy D.

Traumatología. Hospital Privado del Sur (HPS). Bahía Blanca. Argentina. diegoeh@ciudad.com.ar

Introducción: Las grandes pérdidas de sustancia del miembro inferior asociadas a exposición vascular o nerviosa, fracturas, seudo-artrosis o implantes, plantean situaciones complejas al momento de decidir su tratamiento que oscila entre la amputación y la reconstrucción. Objetivos: Mostrar la efectividad de la detención biológica de los colgajos y algunas de sus indicaciones en el miembro inferior. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo sobre 10 colgajos en 7pacientes (3 se les realizaron dos colgajos). Dos de estos pacientes, eran diabéticos tipo I, cuatro (4) masculinos con un promedio de edad de 46 años. Todos presentaban heridas con cultivos positivos para gérmenes comunes. Las causas fueron: úlcera por decúbito: sacra y trocánterea (2); seudo-artrosis de tibia (2); (uno con un implante endo-medular); fascitis necrotizante proximal de muslo; fractura de tibia y prótesis de rodilla expuesta. Se realizaron los siguientes colgajos: cutáneo: 2; fascio-cutáneo: 1; músculo-cutáneo: 4; muscular: 3. En el mismo acto operatorio se realizó injertos de piel sobre el mismo colgajo

en 4 casos; en uno de los cuales además se realizó injerto de hueso esponjoso. Resultados: Todos los colgajos cubrieron la zona expuesta; un caso presentó necrosis de la parte distal que demoró el cierre definitivo de la zona. Los injertos de piel y el de hueso esponjoso prendieron en forma completa. La contaminación fue solucionada en todos los casos, permaneciendo en dos casos fístulas residuales. Los 2 casos que presentaban implantes, no fueron retirados. Conclusiones: El uso de colgajos en el miembro inferior demuestra ser un método seguro para cerrar grandes zonas expuestas; aportan vascularización a zonas infectadas y desvitalizadas; ayudan a la consolidación ósea en fracturas o seudo- artrosis; evita la constante pérdida de sangre y proteínas de la zona cruenta permitiendo la pronta rehabilitación y adaptación social del paciente.

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOS PROBLEMAS DE SALUD REGISTRADOS Y CODIFICADOS EN UN SISTEMA DE ATENCIÓN GERENCIADO.

Arribas A, Vázquez S, Martínez E.

Servicio de Clínica Médica. Hospital de la Asociación Médica (HAM) «Dr. Felipe Glasman». Bahía Blanca. Argentina. betoarribas@yahoo.com.ar.

Introducción: Es importante que los trabajadores de salud estén consustanciados con el proceso de codificaciones para que sea fiel reflejo de los problemas y necesidades que la comunidad padece. Dicha información será utilizada para elaborar políticas públicas sanitarias adecuadas. El propósito del presente trabajo es evaluar si en la práctica diaria los profesionales de la salud son conscientes de la importancia del proceso de codificación. Objetivos: Comparar el grado de concordancia entre la codificación registrada por los médicos de cabecera y los problemas de salud detectados en la historia clínica, en el período de estudio establecido. Materiales y Métodos: Se efectuó una revisión de historias clínicas de todas las consultas ambulatorias de los médicos de cabecera del Servicio de Clínica Médica del HAM durante el mes de agosto de 2001. El estudio fue procesado entre Julio de 2003 y Marzo de 2004. Se analizaron 1152 consultas. Se registraron los problemas de salud detectados por el médico de cabecera (escrito en hoja de evolución) y se volcaron a una base de datos. En dicha base de datos se registraron, además, las codificaciones realizadas (*) y se analizó la concordancia entre ambos. (*) Las codificaciones realizadas por el médico se extrajeron de los registros que posee el personal administrativo del hospital. El estudio fue llevado a cabo por tres investigadores. Inicialmente, se efectuó una prueba piloto y se evaluó el grado de concordancia (tabla para tres observadores), aplicando el Índice Kappa que tuvo un valor de 0.81. Para el análisis global de los resultados se utilizó el programa estadístico SPSS versión 11°. Resultados: De las 1152 consultas analizadas, el 46,9 % de los códigos registrados por los médicos estuvieron hechos correctamente. Además, se detectó un 66,1% de problemas constatados en la historia clínica que no fueron codificados. Conclusiones: De los ocho médicos analizados, sólo uno codificó correctamente el 74,7% de las consultas realizadas. Los restantes no superaron el 50% de codificaciones correctas. Hubo un alto porcentaje (66,1%) de problemas de salud que no fueron codificados. Se constató una alta tendencia a registrar un sólo código por visita realizada. Este subregistro pone en evidencia un rasgo previsible en el ámbito ambulatorio: en general, se detectan varios problemas de salud por consulta realizada.

INTERNACIÓN DOMICILIARIA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PRIVADO

Maroun C, Sardiña M, Cragno A, Stepanosky S, Martínez S. Servicio de Clínica Médica. Hospital de la Asociación Médica (HAM) «Dr. Felipe Glasman». Bahía Blanca. Argentina. dto-clinica@hambb.com.ar

Introducción: La Internación Domiciliaria (ID) es una modalidad de atención que existe desde hace varias décadas tanto en Estados Unidos de América como en el resto del mundo, como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. Objetivos: Presentar la experiencia de pacientes en Internación Domiciliaria, iniciada en el mes de febrero del 2001 en el HAM. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo en el cual se revisaron las historias clínicas de los pacientes que se internaron en SID durante el período 2001-2004. Las variables que se analizaron fueron: días de estada en internación convencional e internación domiciliaria, promedio de visitas médico-enfermería, promedio de edad de los pacientes y evolución clínica de los mismos. Resultados: Se realizaron 441 internaciones correspondientes a 386 pacientes. Promedio de edad 75 años, rango 16-97. La relación hombres/ mujeres fue 1.50 (265/176). El promedio de días en ID fue 7,21días (1/53). El promedio de visitas de enfermería fue 5.51 y el promedio de visitas médicas fue 0.60. Sobre un total de 386 pacientes, el 11,39% (44/386) corresponden a óbitos. Sobre un total de 441 internaciones, el 12,47% (55/441) corresponden a re-internaciones. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Neumonías (79/441,18%) y Patologías Oncológicas (61/441,14%). Conclusiones: Los diagnósticos más frecuentes coinciden con los descriptos en la bibliografía. El rol de enfermería es fundamental para el seguimiento y contención del paciente y la familia.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y VIAJES EN AVIÓN: EL SINDROME DE CLASE TURISTA.

Boero S.

Servicio de Clínica Médica. Hospital de la Asociación Médica (HAM) «Dr. Felipe Glasman». Bahía Blanca. Argentina. saboero@bblanca.com.ar

Introducción: Es conocida la asociación entre los viajes en avión y los eventos tromboembólicos o síndrome de la clase turista (economy class síndrome). Se consideran dentro de este síndrome a los eventos tromboembólicos (TVP) producidos durante o después de un viaje en avión. Este síndrome ha ganado importancia debido al incremento del número de vuelos y de pasajeros. Hay factores referidos a la cabina del avión, como la corta distancia entre los asientos que provoca estasis venoso, la flexión de las piernas con la compresión de la vena poplítea, la deshidratación, agravada por el efecto diurético de consumir bebidas alcohólicas o fumar durante el

vuelo y factores personales como el sexo femenino, uso de anticonceptivos orales o de terapia de reemplazo hormonal y trastornos hematológicos que favorecen la trombosis y predisponen a este síndrome, pudiendo producir TV pulmonar que puede ser fatal. Materiales y Métodos: Paciente 1: mujer de 52 años no fumadora, menopáusica en tratamiento con terapia de reemplazo hormonal, que a las 48 horas posteriores a un viaje de 6 horas en avión comienza con dolor intenso en la cara interna de muslo derecho. Paciente 2: mujer de 68 años no fumadora, hipertensa arterial medicada con atenolol, que entre 48-72 horas posteriores a un vuelo de 6 horas de duración, desarrolla dolor en muslo izquierdo, con un trayecto indurado: Resultados: Paciente 1: Ecografía doppler del sistema venoso de miembro inferior derecho confirmando una trombosis venosa de la safena interna desde el cayado y trombosis en la poplítea (siendo este móvil al flujo) y trombosis en la vena peronea. Se anticoagula con buena respuesta. Paciente 2: Estudio doppler venoso de miembro inferior izquierdo, se confirma trombosis en la vena safena interna y poplítea. Se inició tratamiento anticoagulante y se recanalizó el tronco. Conclusiones: Siendo un cuadro de baja incidencia teniendo en cuenta la cantidad de personas que viajan en avión anualmente, pero de alta morbimortalidad, el síndrome de la clase turista debe ser tenido en cuenta para su prevención. Se debe tener en cuenta que la posición sentada por largo tiempo con las piernas flexionadas, el tipo de asientos y el espacio entre los mismos, son los factores causales más importantes de este síndrome. Es importante interrogar a los pacientes sobre factores predisponentes, para la prevención del SCT. Se debe aconsejar: la buena hidratación, moverse regularmente durante el vuelo, hacer respiraciones profundas, no fumar o consumir alcohol y recomendar medias elásticas sobretudo en pacientes con antecedentes de trombosis, cirugías recientes o cáncer, en embarazadas o mujeres que consumen anticonceptivos o terapia de reemplazo hormonal.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ¿OBLIGATORIEDAD O DERECHO DEL PACIENTE?

Arribas A, Cragno A, Martínez E, Vázquez S.

Servicio de Clínica Médica. Hospital de la Asociación Médica (HAM) «Dr. Felipe Glasman». Bahía Blanca. Argentina. betoarribas@yahoo.com.ar

Introducción: El consentimiento informado (CI) es una herramienta importante para respetar la autonomía de los pacientes. En nuestro hospital existe un modelo escrito de CI que es entregado y firmado por los pacientes o familiares en el momento de la internación. Un aspecto interesante es saber si los profesionales del hospital comprenden el modelo de CI que se usa con los pacientes en la práctica diaria. Objetivos: Determinar el grado de comprensión de la población de profesionales del hospital del modelo de CI. Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal. Se diseñó una encuesta de diez ítems para uso auto-administrado. Para construirla, se utilizó el modelo de CI de uso diario. Se hizo una separación textual en diez oraciones, y de cada oración

se confeccionaron cuatro opciones (oraciones alternativas) que intentan explicar el significado de la oración textual, pero existiendo sólo una opción válida. Se hizo un pretesteo del instrumento y una prueba piloto a diez profesionales. Se modificaron ocho términos. Se estudió la población entera (n=42) de los Servicios de: Clínica, Cirugía, Radiodiagnóstico, Oncología, Laboratorio, Fonoaudiología y Kinesiología. Resultados: De las 42 encuestas contestaron correctamente los diez ítems el 50% (n=21) de los profesionales. De los restantes, el número de ítems acertados fue: 23,8%: 9; 4,7%:8; 9,5%:7; 4,7%:6; 7,1%:4. Conclusiones: Sólo la mitad de los profesionales acertaron correctamente la encuesta. Se desprende de esto que la comprensión del CI ofrecido a los pacientes no parece resultar óptima, pudiendo comprometer su autonomía.

HIDROTÓRAX HEPÁTICO RECIDIVANTE: COMPLICACIÓN DE HIPERTENSIÓN PORTAL.

Ferraro C, García Pacho P, Mitilli G, Modello R, Vázquez S, Gentilucci S, Cragno A.

Servicio de Clínica Médica. Hospital de la Asociación Médica (HAM) «Dr. Felipe Glasman». Bahía Blanca. Argentina. aleysu@infovia.com.ar; cragno@criba.edu.ar

Introducción: El hidrotórax hepático es definido como un derrame pleural, usualmente mayor a 500ml, en pacientes con cirrosis sin enfermedad primaria cardíaca o pulmonar. La prevalencia es del 4 al 10 % en pacientes con cirrosis. Por lo general, es de escasa magnitud. El de gran volumen y recidivante representa una complicación seria y de gran dificultad terapéutica. El manejo inicial de estos pacientes consiste en restricción de sodio, diuréticos. La toracocentesis alivia los síntomas pero no está exenta de complicaciones. El Shunt Portosistémico Intrahepático Transyugular (TIPS) es una de las opciones más eficaces de tratamiento en la actualidad. Materiales y Métodos: Paciente de 69 años de edad, sexo femenino, con diagnóstico de cirrosis criptogénica y síndrome ascítico edematoso en plan de trasplante hepático. Comenzó en agosto de 2003 con dolor retroesternal, dorsal derecho y disnea de instalación rápida. Resultados: La placa de tórax evidenció derrame pleural derecho masivo y la ecografía abdominal certificó la desaparición de la ascitis. Se realizó toracocentesis evacuadora. El líquido era un trasudado y con diagnóstico de hidrotórax hepático comienza con plan diurético y restricción salina. Se realizó una segunda punción evacuadora y evoluciona sin disnea y con escaso derrame. En agosto de 2004 comienza nuevamente con síntomas y se constata derrame pleural derecho con características de trasudado requiriendo punciones evacuadoras reiteradas. Se decide colocación de TIPS. Conclusiones: El hidrotórax hepático recidivante es una complicación poco frecuente de la cirrosis e hipertensión portal y ascitis. Su presencia implica gravedad. El tratamiento definitivo en estos pacientes es el trasplante hepático

SITUACIÓN DE LOS MÉDICOS FRENTE A LA ALIMENTACIÓN DE PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL PRIVADO DEL SUR

López Paz A, Zapico A.

Servicio de Clínica Médica. Servicio de Nutrición. Hospital Privado del Sur (HPS). Bahía Blanca. Argentina.

fourcade@bblanca.com.ar.

Introducción: El departamento de Alimentación es un organismo Técnico-Administrativo del Hospital, responsable de la alimentación de toda la población hospitalaria, tanto enferma como sana. Insume el 5% del presupuesto de la Institución. Es a partir de la correcta prescripción dietética por parte de los médicos, que se realiza una tipificación de planes de alimentación, totalización de raciones, adquisición, preparación y distribución de los mismos. **Objetivos:** Homologar la terminología de prescripción entre profesionales médicos del H.P.S y conocer el grado de interés de las distintas especialidades en la planificación alimentaria del paciente hospitalizado y su vínculo con el Servicio de Nutrición. **Materiales y Métodos:** Estudio de tipo descriptivo a través de cuestionario estructurado y auto administrado con 10 preguntas abiertas y cerradas a una población de 50 médicos de distintas especialidades del HPS seleccionadas al azar, clínica médica (7), cirugía general (12), ginecología y obstetricia (15), urología (3), pediatría (2), terapia intensiva (5), cardiología (4), traumatología (2). **Resultados:** P1, P4, P5 y P10: 77,5% considera importante la alimentación y controla la misma en internación, y al alta, P2 y P3: 85,5% utiliza los términos dieta o régimen y no plan alimentario. P6: 73,3% definen correctamente dietas estándar y P9: 38% revela alerta para modificar parámetros nutricionales ante distintas patologías. **Conclusiones:** La mayoría de los médicos consideran importante la alimentación intrahospitalaria de sus pacientes y sostienen la indicación nutricional al alta como una prescripción terapéutica más. Gran parte revelo conocimiento de indicación y composición de dietas estándar y alerta para cambiar uno o más parámetros nutricionales sobre el plan. En base a estos datos, y cotejándolos con el enfoque del Servicio de Nutrición, es importante el uso de terminología de prescripción común en la Institución.

EVALUACIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO.

Stepanosky S, Sardina M.

Servicio de Clínica Médica. Hospital de la Asociación Médica (HAM) «Dr. Felipe Glasman». Bahía Blanca. Argentina.

msardina@ambb.com.ar

Introducción: Instrumentar un programa de control del dolor postoperatorio se justifica por ser este un problema sanitario de alta prevalencia e impacto en la evolución de muchos pacientes.

Objetivos: Evaluar el grado de dolor postoperatorio (GDP) y correlacionarlo con sexo, especialidad quirúrgica, tipo de anestesia y analgesia usada. Nuestras hipótesis son gran variabilidad en el uso de drogas y que el uso de drogas opiáceas no era práctica frecuente. **Materiales y Métodos:**

Estudio prospectivo observacional, utilizando la escala visual analógica para determinar GDP, incorporada a un instrumento que preveía controles hasta el alta del paciente o hasta 48 hs. del postoperatorio. Las posibles diferencias estadísticas se testearon mediante test de Student y análisis de la varianza (ANOVAS). **Resultados:** Se analizaron 247 cirugías. El GDP no superó 3 puntos (dolor leve) en ninguno de los 6 controles preestablecidos. No se encontraron diferencias significativas por sexo, especialidad quirúrgica y tipo de anestesia. Resultó mayor cuando la droga fue indicada por intervalos establecidos que cuando fue indicada según la demanda del paciente ($p < 0.01$). En el 60% de los esquemas terapéuticos estuvo presente el diclofenac. En los esquemas con dos o más drogas (indicados en el 45% de las cirugías) los opiáceos fuertes se utilizaron como medicación de rescate, en el 96% de las asociaciones. El GDP fue significativamente mayor en los pacientes que recibieron opiáceos en el postoperatorio ($p < 0.01$). El GDP resultó significativamente menor en los controles 5 y 6, con respecto a los controles 1, 2, 3 y 4 ($p < 0,05$ y $p < 0,01$). **Conclusiones:** Fue satisfactorio el control del dolor postoperatorio «leve» y no se vio correlación entre GDP y condiciones del huésped, tipo de cirugía o anestesia. La estimación preoperatoria del GDP que iba a ocasionar la intervención condicionó la indicación respecto a la elección de la droga analgésica, vía y forma de administración. Hubo dos esquemas terapéuticos predominantes: diclofenac, sólo en más de la mitad de los pacientes y diclofenac con opiáceos fuertes, como drogas de rescate, en los casos en que se utilizó más de una droga analgésica. La disminución del GDP en los sucesivos controles, fue significativa luego de 36 horas de postoperatorio; amerita insistir en la necesidad de conseguir adecuada analgesia en forma más precoz. Queda pendiente un diseño adecuado que permita evaluar la eficacia de los distintos esquemas terapéuticos usualmente utilizados. Su adopción institucional corregirá la variabilidad en las prescripciones médicas para el manejo del dolor postoperatorio.

COMPARACIÓN DE BÚSQUEDA MANUAL Y EN BASES DE DATOS DE TRABAJOS CLÍNICOS PUBLICADOS EN REVISTAS ARGENTINAS INDIZADAS.

*García Dieguez M, *Esandi ME, Khoury M, Nishishinia MB, **Arribas A.

*Hospital de la Asociación Médica (HAM) «Dr. Felipe Glasman». Bahía Blanca. Argentina. *Centro Argentino de la Red Cochrane Iberoamericano. gdieguez@criba.edu.ar

Objetivos: Comparar la búsqueda manual con una estrategia básica de búsqueda en MEDLINE y LILACS para identificar Trabajos Clínicos Controlados (TCC) y Trabajos Clínicos Randomizados (TCR) en revistas argentinas indizadas. **Materiales y Métodos:** Cinco revistas publicadas en la Argentina, indizadas en MEDLINE, se han buscado retrospectivamente en forma manual hasta 1980. La búsqueda manual (BM), que se realizó acorde al «Manual de Búsqueda Manual de la Colaboración Cochrane» por 4 revisores entrenados, fue considerada como «regla de oro». La identifica-

ción y clasificación de los trabajos fue hecha de acuerdo a la Guía de la Colaboración Cochrane para Búsqueda Manual. La búsqueda MEDLINE fue hecha en PubMed y LILACS por la interfaz BIREME. Resultados: Se encontró un número total de 97 probable TCC por BM. Diez de ellos, fueron clasificados TCR; sólo uno de los 97 artículos identificados, fue clasificado como metaanálisis (MA). La búsqueda MEDLINE identificó 64 probables TCR y en LILACS, 40 probables TCC. Con ambos, MEDLINE y LILACS, se identificaron 7 de 10 TCR identificados por BM. Ninguna de las bases de datos identificaron MA. La sensibilidad de la estrategia en MEDLINE para probables TCRs fue de 54.6% (53/97) y su especificidad de 82.8% (53/64). La sensibilidad de LILACS fue de 32% (31/97) y su especificidad 77% (31/40). Sólo 31 de 97 (32%) de probable TCR fue identificado por BM en ambas bases de datos. Conclusiones: Se encontró bajo acuerdo entre búsqueda manual y bases de datos electrónicas.

LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA MÉDULA CERVICAL EN NIÑOS SIN ANORMALIDAD RADIOLÓGICA (SCIWOR A)

Vives DA y Bauni CE.

Servicio de Tomografía Computada y Resonancia Magnética del Centro de Diagnóstico Médico «Dr. José Pérez Ibáñez». Hospital Privado del Sur (HPS). Bahía Blanca. Argentina. consutac@infovia.com.ar

Introducción: Mientras que en adultos la lesión medular rara vez ocurre sin fractura o luxación, en niños cuya columna en crecimiento es intrínsecamente inestable, existe una innata predisposición a lesión medular en ausencia de lesión ósea. El término SCIWORA, cuyas iniciales corresponden a Spinal Cord Injury Without Radiographic Abnormality, se da casi exclusivamente en niños. La incidencia que describen los distintos autores es muy variable, del 4 al 67%, fundamentalmente a la hora de incluir a los pacientes, debido a los criterios y al intervalo de edad pediátrica. Materiales y Métodos: Se presentan cuatro pacientes en edad pediátrica con antecedentes de trauma cervical, con clínica neurológica y examen radiológico normal. Se evaluaron con RMI en un equipo de 1 Tesla con secuencias T1 y T2, en los planos de perfil y transversal. Resultados: Se demostraron tres SCIWORA y un falso SCIWORA. Conclusiones: Ante un antecedente traumático en un niño con clínica neurológica y examen radiológico negativo (Rx y TAC), debe realizarse una RMI en la búsqueda de lesión medular.

ELASTOFIBROMA DORSI: INFORME DE UN CASO.

Vives DA, Bauni CE.

Servicio de Tomografía Computada y Resonancia Magnética del Centro de Diagnóstico Médico «Dr. José Pérez Ibáñez». Hospital Privado del Sur (HPS). Bahía Blanca. Argentina. consutac@infovia.com.ar

Introducción: El Elastofibroma Dorsi, recibe este nombre por su localización más característica (dorsal). Es un tumor raro, benigno, no encapsulado del tejido conectivo, con colágeno y grasa, y de lento crecimiento. Ocurre con mayor frecuencia en la región subescapular en mujeres de más de 50 años, pero se han reportado en otras localizaciones. Se presenta como una tumoración profunda sub- o infraescapular que la hace prominente. Puede causar dolor, malestar y limitar la movilidad. Se presenta un caso típico y revisión de la literatura. Los aspectos clínicos y los resultados característicos de la imagen por resonancia magnética (IRM) y la tomografía axial computada (TAC) se discuten para resaltar que estos tumores son benignos y no necesitan, necesariamente, ser extirpados. Materiales y Métodos: Mujer de 52 años que se presentó a la consulta por una tumoración palpable que era más evidente con los movimientos de abducción en región subescapular izquierda. Tenía una

consistencia dura, márgenes mal definidos y estaba fijo a los tejidos profundos. Los diagnósticos diferenciales incluyeron: lipoma, hemangioma, sarcoma primario o secundario, etc. Los análisis hematológicos rutinarios y las radiografías eran normales. Resultados: Se avalúa la lesión con IRM, observando que la masa medía 68 mm de longitud y 20 mm de espesor. Está ubicada en la región subescapular, en íntimo contacto con la pared torácica, pero sin erosionar a las costillas ni a la escápula, respetando a los músculos vecinos. Su señal era isointensa con el músculo en T1 y T2 con pequeñas áreas hiperintensas en ambas, debidas a la presencia de escaso tejido adiposo. No tiene cambios con la inyección del gadolinio. Ante la duda diagnóstica, se realiza punción biopsia bajo la guía de la TAC, cuyo resultado fue confirmatorio. Conclusiones: Creemos que el comportamiento característico en IRM y TAC, la edad, sexo y la ubicación permiten establecer el diagnóstico con certeza. El tratamiento es quirúrgico en casos de dolor o limitación de los movimientos. Si no hay clínica, puede ser necesaria la biopsia para descartar que se trate de un sarcoma.

OSTEOPOROSIS TRANSITORIA DE CADERA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POR IRM.

Vives DA, Bauni CE.

Servicio de Tomografía Computada y Resonancia Magnética del Centro de Diagnóstico Médico «Dr. José Pérez Ibáñez». Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Argentina. consutac@infovia.com.ar

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia, en un ensayo icónográfico, a propósito de las imágenes vistas en la osteoporosis transitoria de cadera (OTC), fundamentalmente con la imagen por resonancia magnética (IRM). Materiales y Métodos: Se evaluaron retrospectivamente las imágenes obtenidas en 10 pacientes (9 varones y 1 mujer) con diagnóstico de OTC. En todos se efectuaron estudios de IRM ponderando los tiempos de relajación T1 y T2 con pulsos de spin eco, turbo spin eco y técnica de supresión grasa (STIR) en todos los planos. En algunos hay registros radiográficos y centellogramas óseos. Clínicamente presentaban dolor con irradiación distal e impotencia funcional. Resultados: Se muestran las imágenes características y de la evolución que hacen al diagnóstico. También se muestran imágenes de necrosis ósea avascular, artritis séptica, inflamatoria y sinovitis velloso-nodular pigmentaria, que contribuyen a aquel por exclusión. Conclusiones: Se comentan los caracteres de las imágenes en la IRM, que se consideran virtualmente patognomónicos.

TORSIÓN DE UN APÉNDICE EPIPLOICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Urquiola C, Gómez Giménez ER, Picorel JE, Haise MR. Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Italiano Regional del Sur. Bahía Blanca. Argentina. cecigust@ciudad.com.ar

Introducción: El infarto de un apéndice epiploico produce un proceso inflamatorio que se localiza en la región del colon afectada y en la porción correspondiente del omento mayor. La apendicitis, llamada apendicitis epiploica o epiploitis aguda, tiene hallazgos ecográficos y tomográficos característicos que contribuyen al diagnóstico rápido y ayudan con el manejo del paciente. **Objetivos:** Mostrar la utilidad diagnóstica prequirúrgica del hallazgo radiológico en un caso de apendicitis. **Materiales y Métodos:** Paciente femenina de 27 años que fue referida a nuestro servicio con un cuadro de dolor abdominal localizado en fosa ilíaca izquierda (FII), de 48 horas de evolución. No presentó fiebre, pérdida del apetito, náuseas, vómitos, diarrea y hemorragia digestiva. Sólo manifestaba un dolor exquisito a la palpación de la FII. **Resultados:** La ecografía mostró una imagen de aspecto nodular, ovoide, de ecoestructura similar a la grasa, de 32 mm. de diámetro, localizada en relación con la pared antero-medial del colon descendente. La tomografía mostró una lesión ovoide de 29 mm con valores de atenuación correspondientes a grasa, con una importante reacción inflamatoria a su alrededor y sin colecciones; justo en la zona explorada ecográficamente y coincidente con el punto de mayor dolor en la paciente. En la exploración quirúrgica se encontró un apéndice epiploico de colon izquierdo volvulado, violáceo, con signos de sufrimiento vascular. **Conclusiones:** Rara vez se diagnostica antes de la cirugía a pesar que se resuelve espontáneamente. El conocimiento de esta entidad y, de sus hallazgos radiológicos específicos, nos permite hacer el diagnóstico preciso evitando otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN GEMELAR.

Fernández S, De Loredó R, Carpio R, Ochua G. Servicio de Ecografía. Hospital Privado del Sur (HPS) .Bahía Blanca. Argentina. silvinafernandez_75@hotmail.com

Introducción: El Síndrome de Transfusión Gemelar es el resultado de una comunicación arteriovenosa entre los sistemas circulatorios de gemelos monocoriónicos. Generalmente son biamnióticos. El gemelo donante deriva sangre al gemelo receptor. El donante presenta hipovolemia, retardo del crecimiento simétrico y oligoamnios. Puede presentar muerte intrauterina o hipoplasia pulmonar secundaria al oligoamnios. El receptor es hipervolémico, su diuresis está aumentada lo que determina polihidramnios. Puede presentar insuficiencia cardiaca congestiva, hidrops y muerte. El índice de resistencia de la arteria umbilical de ambos aumenta. **Materiales y Métodos:** Mujer de 34 años embarazada de 27 semanas por FUM, se internó por contracciones y polihidramnios; embarazo gemelar que presentó síndrome de transfusión gemelar. **Resultados:** Datos ecográficos: embarazo gemelar monocorial biamniótico. Feto1: CC:

271mm, CA: 251mm, LF: 51mm, polihidramnios. Se evidenció ascitis e imagen sólida ecogénica de 47mm en el hemisferio cerebral derecho. Peso: 1303gr. Doppler de arteria umbilical: diástole reversa y vena umbilical pulsátil. Feto 2: CC: 251mm, CA: 203mm, LF: 51mm, oligoamnios. Peso: 915gr. Doppler de arteria umbilical: sin diástole, vena umbilical normal. Edad ecográfica de acuerdo al feto mayor: 27 semanas. Se realizó cesárea. Nació primero el de mayor peso. Apgar: 2 y 5. Peso: 1220gr. Hidrópico, se extrajeron 60cm3 de ascitis, presentó enfermedad hialina grave y hemorragia cerebral grado IV. Falleció a los 9 días siempre con asistencia respiratoria mecánica. El otro nació con 860gr, Apgar: 5 y 8. Presentó membrana hialina leve y su evolución fue favorable. **Conclusiones:** Los hallazgos ecográficos de polidramnios/oligoamnios en embarazo gemelar con las alteraciones del doppler fetal es el método diagnóstico que permite decidir conductas terapéuticas y da el pronóstico de la salud fetal.

COMPROMISO INTESTINAL EN SIETE CASOS DE ENFERMEDAD DE CROHN.

Tentoni U, Penna V, Siri N. Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina. utentoni@yahoo.com.ar

Introducción: La enfermedad de Crohn también conocida como enteritis regional es una enfermedad de etiología desconocida. Se caracteriza por lesiones segmentarias granulomatosas no continuas con compromiso de la pared intestinal. El ileon terminal y el ciego son los sitios que más se comprometen. El tránsito de Intestino Delgado (TID) y el colon por enema son usados para el estudio del compromiso de estos órganos. Se buscaron los signos radiográficos de la enfermedad: aplanamiento, engrosamiento, distorsión de los pliegues, saculación, ulceración, fistulas, estenosis, abscesos, asas intestinales rodeando masas. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo de 4 estudios de TID y 3 colon por enema con diagnóstico quirúrgico e histopatológico de enfermedad de Crohn, realizados en el HPS y en el Hospital Interzonal Penna, desde 1986 a 2003. Los exámenes fueron realizados en un equipo Philips Super 70, 750/125 (HPS) y equipo Dinan 500/125. El registro se realizó en placas 24 x 30 y 35x 35. Como contraste se usó sulfato de bario en preparación oral o suspensión para enema. La edad de los pacientes entre 18- 49 años, media de 35 años (6 mujeres y 1 varón). **Resultados:** De los cinco estudios TID, uno se presentó como abdomen agudo obstructivo. Tres casos mostraron zonas de disminución del calibre con irregularidad del contorno, separación de asas y discontinuidad de las lesiones. Un caso mostró recidiva en la anastomosis. Se realizaron 2 colon por enema, encontrándose en uno deformación del fondo cecal y en otro disminución del calibre e irregularidad de la pared. **Conclusiones:** El TID y el colon por enema son métodos vigentes para el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes. Hubo un franco predominio de mujeres (6/1). Las lesiones que predominaron fueron la disminución del calibre y la irregularidad de la pared.

UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE TIROTROFINA (TSH) PARA LA VALORACIÓN DE PATOLOGÍA TIROIDEA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

Antista MS, del Valle MP.

Laboratorio del Hospital de la Asociación Médica (HAM) «Dr. Felipe Glasman». Bahía Blanca. Argentina.

laboratorio@hambb.com.ar

Introducción: La enfermedad general, moderada o grave y las drogas utilizadas en pacientes hospitalizados pueden alterar el eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo y dar valores altos o bajos de TSH sin repercusión tiroidea, por lo que se cuestiona la utilidad de su determinación en estos casos. Los cambios incluyen además disminución de la T3 y modificación de las hormonas transportadoras por lo que solo la tiroxina libre (T4L) mantiene valores normales en ausencia de enfermedad tiroidea y es la que mejor se correlaciona con el verdadero estatus tiroideo del paciente. **Objetivos:** Evaluar la utilidad de TSH en pacientes hospitalizados, comparándola con la determinación de T4L y sugerir una conducta diagnóstica. **Materiales y Métodos:** Se evaluaron 42 pacientes internados. Se determinaron las concentraciones de TSH y T4 libre por IMX de Abbott. Se analizó la concordancia diagnóstica de los resultados a través del coeficiente kappa para variables categóricas de tres niveles. Se determinó la discriminación diagnóstica de la TSH por medio del cálculo de los valores predictivos (VP). **Resultados:** En 23 pacientes (54%), los valores de TSH encontrados se correlacionaron con el estado tiroideo. El coeficiente kappa de acuerdo entre T4L y TSH fue igual a 0.34 con $p < 0.001$. Las patologías que mostraron mayor discordancia fueron: insuficiencia renal, sepsis, accidente cerebrovascular, enfermedad autoinmune, cirugías mayores y tratamiento con psicofármacos. Los VP positivos de TSH para hipotiroidismo e hipertiroidismo fueron de 54% y 50%, respectivamente. El VP negativo fue 40%. **Conclusiones:** Debido a que la disminución de las hormonas tiroideas tiene un valor pronóstico para agravamiento y mortalidad, resulta indispensable que el médico clínico pueda diferenciar las alteraciones del enfermo eutiroideo de aquellas propias de una disfunción tiroidea o hipofisiaria. La escasa concordancia diagnóstica y los bajos VP encontrados para la TSH limitan su utilidad como prueba de elección para descartar patología, tal como se la recomienda y utiliza en pacientes ambulatorios. Para la valoración de estos pacientes sugerimos en su lugar la determinación de T4 libre.

COMPARACIÓN ENTRE MICROHEMATOCRITO MEDIDO Y EL INFORMADO POR UN CONTADOR HEMATOLÓGICO AUTOMATIZADO

Jouglard E, Benvenuti ML

Laboratorio del Hospital de la Asociación Médica (HAM) «Dr. Felipe Glasman». Bahía Blanca. Argentina.

laboratorio@hambb.com.ar

Introducción: Si bien la concentración de hemoglobina (Hb) es la que define la anemia, las necesidades de transfusión y los posteriores controles, es frecuente observar en situaciones de emergencia la toma de decisiones a partir del valor del hematocrito (Hto). Según las variaciones del volumen corpuscular medio (VCM) y la distribución morfológica de la población de eritrocitos (DRW), el plasma retenido entre las células durante la centrifugación puede ser significativamente alto y modificar el valor del Hto medido. Esta modificación, no ocurre con los contadores automáticos que lo calculan a partir del recuento de eritrocitos y el VCM. **Objetivos:** Comparar el Hto obtenido por técnica de microhematocrito y el informado por el contador hematológico. Analizar las diferencias encontradas para distintos valores del VCM y DRW a fin de establecer con que grado de confianza es válido aceptar indistintamente el valor de uno u otro sin cambiar las decisiones médicas. **Materiales y Métodos:** Se procesaron muestras obtenidas con EDTA2K por los dos métodos (centrifugación de microhematocrito por duplicado a 10.000g y Contador Coulter modelo JT3) y se calcularon las correlaciones de ambos para distintos valores de VCM y DRW. Se estableció como diferencia inaceptable un valor > 2. **Resultados:** Fueron evaluadas 220 muestras. El rango de las diferencias inaceptables fue de 2.1 a 5.8 puntos, siendo más altas en aquellas muestras donde estaban presentes conjuntamente ambos índices alterados. Se demostró que a partir de valores de VCM <80 y de DRW >6, las diferencias entre ambos métodos fueron inaceptables ($p < 0.01$ en ambos casos). Estas diferencias no tuvieron correlación con los valores del Hto sino con las variables propuestas para el análisis. **Conclusiones:** El valor del Hto «verdadero» sigue siendo aún un tema de controversia y no se discute la importancia de la determinación de Hb para la toma de decisiones, pero es preciso tener presente el posible error que se comete cuando se utiliza uno u otro método, en la determinación del Hto para el seguimiento de un paciente con alteraciones de la morfología y/o tamaño eritrocitario.

EVALUACIÓN DE PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL

Jouglard E, Lobo M.

Laboratorio del Hospital de la Asociación Médica (HAM) «Dr. Felipe Glasman». Bahía Blanca. Argentina.

laboratorio@hambb.com.ar

Introducción: diferentes patologías como fibrilación auricular (FA), trombosis venosa profunda (TVP), infarto agudo de miocardio, etc., tienen indicación para la utilización de drogas antagonistas de la vitamina K. La terapia anticoagulante oral debe tener un control y un seguimiento periódico debido al riesgo de complicaciones tanto hemorrágicas como trombóticas. **Objetivos:** evaluar el grado de control terapéutico en un grupo de pacientes con anticoagulación oral que concurren al servicio, en el período de Enero a Agosto de 2004 y detectar eventos hemorrágicos y/o trombóticos relacionados. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo analizando las historias clínicas de estos pacientes. El control se realizó mediante la determinación de la Razón Internacional Normalizada (RIN), usando una trombolastina cálcica con Índice Internacional de Sensibilidad (ISI) de 1.03. **Resultados:** Fueron evaluados 33 pacientes, 14 mujeres y 19 hombres. Rango de edad: 66-86 años, mediana: 77. **Diagnósticos más frecuentes:** FA y TVP. Se realizaron 123 controles: a) RIN > 3.0: 33.3%; b) RIN 2.0-3.0: 36.6%; c) RIN 1.5-2.0: 23.6%; d) RIN 1.0-1.5: 6.5%. Se detectaron 14 eventos hemorrágicos en 12 pacientes (36%) destacándose en mayor porcentaje la hematuria (50%, seguida de hematomas en miembros, epistaxis y hemorragia digestiva alta en menor proporción) y un evento trombótico que correspondió a accidente cerebrovascular de tipo isquémico. La proporción de eventos hemorrágicos fue mayor en el grupo con RIN>3 con respecto al grupo con RIN<3 ($p<0.01$). Los eventos trombóticos no pudieron relacionarse por la baja ocurrencia. **Conclusiones:** Encontramos un alto porcentaje de pacientes fuera del rango óptimo y un número importante de complicaciones, como hematuria. La edad de los pacientes hace pensar en un bajo cumplimiento de las prescripciones recomendadas por sus médicos y a la posibilidad de interacciones medicamentosas entre varias drogas.

PERFIL DE RESISTENCIA DE LOS MICROORGANISMOS AISLADOS CON MAYOR FRECUENCIA EN EL HOSPITAL «Dr. FELIPE GLASMAN».

Paniccia L, Rossi G, Pedersen D, Jouglard E
Laboratorio del Hospital de la Asociación Médica (HAM) «Dr. Felipe Glasman». Bahía Blanca. Argentina.
laboratorio@hambb.com.ar

Introducción: Es importante conocer la prevalencia de los agentes etiológicos más frecuentes en muestras de pacientes ambulatorios (PA) e internados (PI), así como también, los perfiles de resistencia (R) a los antibióticos más usados, para disminuir costos y evitar la aparición de cepas resistentes. Objetivos: Conocer los microorganismo más frecuentes en las distintas muestras clínicas, tanto en PI como PA y evaluar su perfil de R a los antimicrobianos. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de las muestras recibidas en el sector de Bacteriología durante el período mayo 2003-julio 2004 para analizar los microorganismos hallados con mayor frecuencia y su perfil de R. El análisis de los datos se hizo con un programa aprobado por la OMS para la vigilancia de la R a los antimicrobianos denominado WHONET 5.0. Resultados: Se procesaron 808 muestras de urocultivos de PA y 269 de PI. En ambos grupos, el total de cultivos positivos fue del 24%. El germen más frecuente correspondió a E.coli. Cuando se comparó la sensibilidad de los aislados urinarios de PI y PA se observó una diferencia en los perfiles de actividad (porcentajes de microorganismos R aislados en PI respecto a PA) de la gentamicina (5% frente a 1%) y la ciprofloxacina (10% frente a 5%). El total de hemocultivos procesados fue de 320, encontrándose un 15% de positivos. Los principales microorganismos aislados fueron S. aureus, S. epidemidis, (no presentando meticilino resistencia), E coli, S pneumoniae (solo uno con R intermedia a penicilina). De los materiales respiratorios en PI se aislaron: P. aeruginosa (40% de R a gentamicina, 50% R a ciprofloxacina, 0% de R a imipenem, amikacina, y ceftazidima.), S. Pneumoniae, S. Aureus y Acinetobacter spp. Conclusiones: En nuestro medio, los microorganismos hallados con mayor frecuencia fueron los esperados para las distintas muestras recibidas y no presentaron variaciones significativas en la R con respecto a años anteriores. Es importante conocer el perfil de R de cada microorganismo para no usar de forma indiscriminada los antibióticos y establecer una terapia adecuada.

POLICONDRITIS RECIDIVANTE POST-INFECCIÓN A LEGIONELLA.

de la Sota ME, Pérez S.
IACA Laboratorios. Bahía Blanca. Argentina.
merlendelasota@intramed.net

Introducción: La policondritis es una enfermedad de carácter autoinmune, recidivante y autolimitada. Puede presentarse como causa primaria o asociarse a desórdenes hematológicos, otras enfermedades autoinmunes, infecciones, etc. Causa inflamación de los cartílagos auricular, nasal, traqueobronquial, articular, etc. y a veces avanza hasta la destrucción. La enfermedad por Legionella es una infección predominantemente del tracto respiratorio, pero puede ingresar por otras vías y por diseminación hematológica localizarse en diferentes órganos. La legionelosis, tanto esporádica como epidémica, es de distribución mundial, con mayor frecuencia en USA, Europa, Japón. Materiales y Métodos: Paciente de 36 años, que en septiembre de 2003, al arribar de España, presentó fiebre con escalofríos, tos seca, lo que fue interpretado como una neumopatía a pesar de RX de tórax normal y eritrosedimentación elevada. Se indicaron diferentes ATB. Resultados: Al continuar con síndrome febril prolongado, se solicitó nueva rutina, pancultivos, anticuerpos: antimycoplasma, chlamydia y legionella, TAC de tórax y de cuello, broncoscopia y espirometría. Se descartó TBC. El título de anticuerpos para Legionella IgG en muestras seriadas dio 1:1024, que se interpretó como marca serológica. A fines de enero de 2004, presentó compromiso de pabellón auricular, episcleritis, se diagnosticó Policondritis Recidivante; se indicó prednisona (50kg) 1mg/kg/d más azatioprina 3mg/kg/d y se suspendió ATB. Regresó a España, persistió con severa dificultad respiratoria, se colocó prótesis de silicona en tráquea pero la rechazó por gran edema de glotis; se realizó traqueostomía. Se mantuvo igual medicación con muy buena respuesta de todos los parámetros clínicos y de laboratorio, excepto su compromiso traqueal. En julio del 2004, después de otro control broncoscópico, se intentó con una prótesis de Montgomery, con resultados no totalmente favorables. La paciente permanece nuevamente con traqueotomía, a la espera de una prótesis a medida. Conclusiones: 1) Consultada la literatura, es el primer caso de asociación de Policondritis Recidivante con Legionelosis o posible factor desencadenante; 2) Dado el fácil intercambio humano favorecido por la globalización, es importante, ante un síndrome febril prolongado, investigar microorganismos poco frecuentes.

EVALUACIÓN DE ACCIDENTES LABORALES EN EL HOSPITAL DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA «Dr. FELIPE GLASMAN»

Lobo MM, del Valle MP.

Laboratorio del Hospital de la Asociación Médica (HAM) «Dr. Felipe Glasman». Bahía Blanca. Argentina.

laboratorio@hambb.com.ar

Introducción: Uno de los capitales más importantes que tiene un hospital en el desarrollo de sus actividades es su personal. Por las características del trabajo que realiza, éste se encuentra en riesgo a sufrir accidentes que en la mayoría de las ocasiones pueden ser evitados. Conocer dónde y cómo se producen es importante para la prevención. **Objetivos:** Analizar la situación de los accidentes de trabajo notificados por el personal del HAM durante el período comprendido entre enero 2000 a junio 2004. **Materiales y Métodos:** Recolección de datos del registro de notificaciones de denuncia. Se evaluó lugar, tipo de accidentes, mes, día y hora de ocurrencia, categoría ocupacional, antigüedad en el cargo. Se calcularon los índices anuales específicos de incidencia (II), frecuencia (IF) y gravedad (IP y B) de cada sector durante los años de estudio y total del período. El análisis de los datos se realizó a través de técnicas de estadística descriptiva por medio del programa Epi info v: 6.04. **Resultados:** Se evaluaron 92 accidentes. La distribución según lugar fue en el trabajo 87% y en trayecto 13%. El tipo más frecuente: cortopunzante (46%), seguido de traumatismo (31%). Los días de mayor registro fueron los hábiles y no se encontró diferencia significativa en las distribuciones por mes y horario de ocurrencia. La antigüedad en el cargo no estuvo relacionada. Los mayores II y IF se encontraron en el 2003 con 25.4 y 3.2, respectivamente. Las cifras nacionales correspondientes a esos índices fueron 4.44 y 0.21, en ese año. Según la categoría ocupacional, el más elevado correspondió a auxiliares de limpieza con 100, seguido de enfermería con 24.4. De los accidentes cortopunzantes, el 83% se realizó serología inicial, y menos del 10%, seguimiento de control. **Conclusiones:** El lugar y tipo de accidentes coinciden con trabajos similares de otros centros. Los días de mayor ocurrencia concuerdan con un elevado ritmo de trabajo. Los indicadores calculados son muy elevados en relación a las estadísticas nacionales, pero el sector al cual pertenece el hospital, incluye otros servicios por lo que pueden estar subestimadas. Es necesario planificar medidas de vigilancia para accidentes con riesgo biológico dada la alta ocurrencia y el bajo índice de control serológico de estas exposiciones.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD-ÁREA FONOAUDIOLÓGICA-UEDEF-HAM

Bekerman I, Bekerman S, Cragno L, Karaivanoff M, Koerner C, Lusarreta M.

Unidad de Especialidades Fonoaudiológicas. Hospital de la Asociación Médica (HAM) «Dr. Felipe Glasman». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La Unidad de Especialidades Fonoaudiológicas del HAM, tiene implementado desde 1996 un programa anual de salida a la comunidad que ha denominado: Semana de Consultorio Abierto. El mismo se ha ido modificando según el cumplimiento de los objetivos. **Objetivos:** Promover las distintas áreas de la incumbencia fonoaudiológica abriendo las puertas del hospital a la comunidad, detectar precozmente alteraciones en la voz, lenguaje y audición, acompañar a los padres en el proceso de maduración de sus hijos. **Materiales y Métodos:** Se implementan desde el año 1996 al 1999 una semana anual de atención y orientación. Desde el 2000 al 2004, cuatro semanas anuales de atención gratuita distribuidas de la siguiente manera: Primera semana: se efectúa durante el mes de marzo y está destinada a la detección de hipoacusias en niños que ingresan al primer año de EGB. mediante screening audiométrico. Segunda semana: se efectúa durante el mes de agosto, consistente en la evaluación y orientación del lenguaje en niños de 3 y 4 años que no hablan o hablan poco. Tercera semana: se efectúa durante el mes de septiembre, destinada a la realización de talleres de voz hablada, para aquellas personas que utilicen su voz como herramienta de trabajo. Cuarta semana: se efectúa durante el mes de octubre, destinada a la evaluación de la fluidez del lenguaje en niños de 3 y 4 años de edad. **Resultados:** Desde 1996 a 1999 fueron atendidas 200 consultas de diferentes áreas del quehacer fonoaudiológico. Desde el 2000 al 2004 fueron atendidos 331 niños, en la primera semana. En la segunda semana, fueron atendidos 197 niños. En la tercera semana, asistieron 99 personas a los talleres. En la semana de tartamudez, se atendieron 27 niños, durante el 2003. **Conclusiones:** El objetivo de promoción se ve ampliamente cumplido. Con el fin de ampliar y enfatizar los objetivos propuestos en cuanto a prevención, se está revisando la metodología a implementar para el próximo.

ADMINISTRACIÓN DE CORTICOIDES PRENATALES Y MORBIMORTALIDAD EN RECIÉN NACIDOS <33 SEMANAS DE GESTACIÓN.

Covas M, Sica A, Alda E.

Servicio de Neonatología. Hospital Privado del Sur (HPS). Bahía Blanca. Argentina.

neonatologia@hps.com.ar

Introducción: La administración de corticoides prenatales (CP) como inductor a la maduración pulmonar en embarazos con amenaza de parto prematuro, se ha generalizado entre las 24 y 34 semanas de gestación. **Objetivos:** Analizar en forma retrospectiva, la administración de CP en embarazos cuya finalización fue antes de las 33 semanas de gestación. **Materiales y Métodos:** Diseño: Observacional, analítico, retrospectivo. Población: La totalidad de los recién nacidos asistidos en la Institución (HPS) desde el 1-1-94 al 31-12-03. **Criterio de inclusión:** Recién nacido vivo con peso >500gr y <33 semanas de gestación. Embarazo simple o múltiple. **Criterio de exclusión:** Malformados incompatibles. Se comparó la administración de CP en bienios y la morbilidad neonatal entre el grupo de niños que habían recibido CP (Grupo A), cualquiera hubiera sido la cantidad de dosis o series administradas, con el grupo que no había recibido CP (Grupo B) **Resultados:** Total de recién nacidos <33 semanas: 191 (1,5%). En el grupo A n=108; en el grupo B n=83. En el bienio 1994-95 la administración de CP fue 38% y en 2002-03 fue 82%: +116% (p<0.001). Al analizar la morbilidad respiratoria, la incidencia de enfermedad de membrana hialina fue menor en A (45%) comparado con B (59%) como también su gravedad: 22% y 39%; la asistencia respiratoria mecánica (ARM) fue menor en A: 56%, que en B: 76% (p<0.01); la permanencia en ARM fueron 2,5 días menos en el grupo A. La incidencia de displasia broncopulmonar fue también menor en A (4%) comparado con B (16%) (p<0.01). La mortalidad neonatal fue 19% en A y 39% en B (p<0.01); también hallamos diferencias cuando analizamos según grupos por peso: < ó >=1300gr y por edad gestacional: <= ó >29 semanas (p<0.01). La mortalidad general en la población estudio (<33 semanas) entre los bienios extremos (1994-95 y 2002-03) presentó un descenso del 29%. **Conclusiones:** La administración de CP resultó beneficiosa para los recién nacidos <33 semanas de gestación. Tanto la morbilidad respiratoria como la mortalidad neonatal, fueron inferiores en el grupo que había recibido CP. Interpretamos que el descenso de la mortalidad en un tercio, entre 1994-95 y 2002-03 se debió, en gran parte, a la posibilidad de administrar CP en los embarazos con amenaza de parto prematuro.

VARIACIÓN DEL PESO DURANTE EL PRIMER MES DE VIDA EN RECIÉN NACIDOS DE TÉRMINO CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Covas M, Alda E, Ventura S, Braunstein S, Serralunga G, Yañez L.

Servicio de Neonatología. Hospital Privado del Sur (HPS). Bahía Blanca. Argentina. neonatologia@hps.com.ar

Introducción: La variación del peso en recién nacidos sanos resulta de interés clínico para el pediatra y es motivo de preocupación en el grupo familiar, principalmente, en aquellos recién nacidos con lactancia materna exclusiva. **Objetivos:** Determinar el cambio relativo del peso al nacimiento (porcentaje de descenso o incremento) durante el primer mes de vida, en recién nacidos de término sanos alimentados al pecho exclusivo. **Materiales y Métodos:** Cohorte de recién nacidos asistidos en el HPS, entre Septiembre de 2000 y Noviembre de 2001. **Diseño:** Observacional; tipo cohorte. **Prospectivo.** **Criterio de inclusión:** Recién nacidos de término (>=37 semanas de gestación); remitidos precozmente con su madre (internación conjunta); más de tres controles de peso, incluido el del mes. Alimentados con pecho exclusivo al mes de vida. **Criterio de exclusión:** Recién nacidos gemelares; requerimiento de internación en la primera semana de vida, exceptuando las ictericias bajo lumino-terapia. **Controles:** Nacimiento; alta institucional; 5-7° día; 10-15° día; 20-25° día y 30-35° día. Durante el puerperio se entregó folleto informativo sobre las características del estudio. **Resultados:** De los 1669 recién nacidos asistidos en ese período, 1479 ingresaron al momento del nacimiento; 1202 cumplieron los criterios de inclusión (deserción 3,7% - pecho exclusivo al mes 85%). Se graficaron los cambios relativos del peso al nacimiento durante el primer mes; el descenso máximo se registró al 3° día (promedio -8%), la media de recuperación del peso de nacimiento fue al 8° día y el promedio de incremento al mes fue del 30%. Al considerar la edad gestacional (<39- 39 y > 39 semanas) y el peso al nacimiento (<3000gr - 3001-3500gr y >3500gr) no se hallaron diferencias significativas. Las dificultades iniciales en la alimentación se asociaron con un mayor descenso de peso e internación (ictericia, deshidratación). Los nacidos por parto vaginal presentaron un incremento de peso superior a los nacidos por cesárea. Los alimentados con pecho exclusivo al mes mostraron un aumento de peso superior a los alimentados con fórmula láctea total o parcialmente. El sexo no mostró diferencias. **Conclusiones:** El conocimiento de los cambios relativos del peso al nacimiento, expresados como porcentajes de descenso o incremento, nos permitió ratificar conductas principalmente en el fomento y difusión de la lactancia materna exclusiva.

INCIDENCIA DE RETINOPATIA DEL PREMATURO (ROP)
EN <33 SEMANAS DE GESTACIÓN. PERÍODO 1994-2003.

Alda E.

Servicio de Neonatología. Hospital Privado del Sur (HPS).
Bahía Blanca. Argentina. eralda@criba.edu.ar

Introducción: En nuestro país, la retinopatía del prematuro (ROP) es la causa más frecuente de ceguera en la infancia. El control oftalmológico en los recién nacidos con riesgo de padecerla (<33 semanas de gestación y/o <1750gr de peso al nacimiento) resulta prioritario en los Servicios de Neonatología. Objetivos: Determinar la incidencia de ROP en recién nacidos <33 semanas de gestación. Comparar la morbilidad neonatal entre los niños con y sin ROP. Materiales y Métodos: Diseño: Observacional; descriptivo; retrospectivo. Población: La totalidad de los recién nacidos <33 semanas de gestación al nacimiento, durante el período comprendido entre 010/194 y 31/12/03. Criterio de inclusión: <33 semanas de gestación y peso >500gr; alta vivo del HPS. Criterio de exclusión: Malformados incompatibles. Método: Oftalmoscopia indirecta por neonatólogo entrenado en el procedimiento diagnóstico, a partir de la cuarta semana de vida o 32 semanas de gestación en los nacidos antes de las 28 semanas. Se utilizó la Clasificación Internacional de ROP (1986). No se incluyó ROP grado I. Seguimiento conjunto con oftalmólogo en los casos de ROP > grado II o «plus». Laserterapia en grado III «plus». Durante dicho período (1994-2003) se mantuvo estricto control (nunca suficiente) en la administración de oxígeno, mediante saturometría de pulso. Comparación de antecedentes perinatales (peso, edad gestacional, corticoides prenatales) y morbilidad neonatal (EMH, ARM, HEC, DBP, días de internación) entre los grupos de niños con ROP y sin ROP. Resultados: Recién nacidos <33 semanas de gestación asistidos: 191. Supervivencia: 72% (n=138) Total de ROP grado II o mayor: 14 (10%). Grado II: 8; grado III: 3; grado III «plus»: 3. El peso al nacimiento y la edad gestacional fueron menores en el grupo ROP (1082gr, 28semanas) comparados con el noROP (1300gr-29,5semanas); no hallamos diferencias con la administración de corticoides prenatales; la morbilidad neonatal fue mayor en el grupo ROP: EMH (p<0.05), ARM (p<0.01), HEC (p<0.01), DBP (p<0.001); siendo mayor los días de internación promedio: 88 días en grupo ROP y 42 días en no ROP. Conclusiones: Pese a una controlada administración de oxígeno, la ROP se presentó mayoritariamente en los recién nacidos <=30 semanas de gestación; la morbilidad neonatal en el grupo ROP fue mayor, resultando recién nacidos más graves, con prolongado soporte respiratorio e internación.

XII JORNADAS CIENTIFICAS DEL HOSPITAL INTERZONAL Dr. JOSÉ PENNA «Dr. Juan Carlos Plunkett»

Comité de Docencia e Investigación:

Dr. Luis Ángel Morán
Dr. Jorge Alejandro Blasco
Dra. Rosa Ana De Fino
Sr. Osvaldo López
Lic. Mónica Comi
Lic. Marisa Zapata

Comité de Investigación:

Dr. Juan Eduardo Pérez
Dr. Carlos Oscar Wisniowski
Dr. Germán Ramallo
Dra. Laura Giordano
Dr. Roberto Keegan

Presidente de las XII Jornadas Científicas:

Dr. Carlos Oscar Wisniowski

Secretaria de las XII Jornadas Científicas

Lic. María del Carmen Martí

Auspicios:

UNS, UBA, UNLP, Región Sanitaria I,
Municipalidad de Bahía Blanca,
Colegio de Médicos distrito X,
Colegio de Odontólogos Distrito X.
Colegio de Kinesiólogos distrito X,
Colegio de Psicólogos Distrito I,
Centro de Analistas Clínicos Distrito X,
PRO.CI.SA,
Sociedad de Medicina Interna Bahía Blanca,
Sociedad Argentina de Pediatría.
Comité de Docencia de los Hospitales: Municipal Leónidas Lucero, Italiano Regional del Sur,
Militar, Naval Puerto Belgrano y "Dr. Felipe Glasman"

Lugar de realización:

Hospital Penna Bahía Blanca- Salón de Actos Dr. Edgard Marcilese
Desde el 29 de noviembre al 3 de diciembre 2004

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ESTRATEGIA ANESTÉSICA EN PACIENTES CON ARTROGRIPOSIS MÚLTIPLE CONGÉNITA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Palacios S, Benozzi M, Dominella M, Torresi S, Cardinale M. Servicio de Anestesiología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La artrogriposis múltiple congénita es una enfermedad neurológica y/ o miopática de etiología desconocida, no progresiva, con una frecuencia de 1 cada 3000 nacidos vivos. Cursa con pobre desarrollo muscular, deformidades articulares severas en los cuatro miembros y rigidez capsular y periarticular, por lo cual los pacientes que la padecen requieren múltiples intervenciones quirúrgicas, generalmente bajo anestesia general con intubación orotraqueal. Se trata de pacientes con probable intubación dificultosa por presentar micro y/o retrognatía y riesgo de desarrollar hipertermia maligna al entrar en contacto con fármacos utilizados en anestesia. Ambas situaciones ponen en riesgo la vida del paciente. En nuestro medio no contamos con dantrolene sódico que es el fármaco utilizado para el tratamiento de la hipertermia maligna. **Objetivos:** destacar la importancia de la planificación previa de la estrategia anestésica a implementar en pacientes con artrogriposis múltiple congénita. **Materiales y Métodos:** Se describe el caso de un paciente de tres meses de edad que es admitido para el tratamiento quirúrgico de rodilla (cuadriceoplastia). El paciente presentaba micro y retrognatía y difícil acceso venoso. Se coloca parche con anestésico local 90 minutos previos al ingreso a quirófano para colocación de acceso venoso periférico, se administra una benzodiacepina para sedación y se realiza un bloqueo regional (anestesia raquídea). **Resultados:** Luego de la evaluación y planificación anestésica adecuada al paciente se logró analgesia y bloqueo motor sin cambios hemodinámicos. La cirugía se realizó en el tiempo previsto (40 minutos) y el paciente no presentó complicaciones. **Conclusiones:** La planificación de la estrategia anestésica a utilizar en pacientes con artrogriposis múltiple congénita es perentoria por el riesgo elevado de complicaciones debido a maniobras inherentes a la práctica anestesiológica y la exposición a drogas de uso habitual que pueden poner en peligro la vida del paciente.

COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN EL SÍNDROME DE KAWASAKI

*Comezaña C, *Valatti E, **Garat C, **Teplitz E, *Ramallo G.
* Servicio de Cardiología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». **Servicio de Pediatría Hospital Italiano. Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El Síndrome de Kawasaki es de presentación infrecuente, se caracteriza por presentar lesiones de perivascularitis y vasculitis que comprometen microvasos y arterias pequeñas. La miocarditis, los aneurismas coronarios y eventualmente el infarto de miocardio son las complicaciones más severas. Fiebre de más de 5 días, conjuntivitis no purulenta, exantema maculopapular, edema indurado de manos y pies con descamación posterior, cambios en mucosas y adenopatías cervicales de más de 1.5 cm. son criterios clínicos que permiten el diagnóstico. Objetivos: Mostrar la formación de aneurismas coronarios en dos pacientes con Síndrome Kawasaki y revisar la bibliografía. Materiales y Métodos: M.B. (Fem.) de 7 meses. de vida con fiebre, exantema, estomatitis y conjuntivitis de 12 días de evolución, tratada con corticoides y antihistamínicos. Se sospechó una virosis y posteriormente fueron detectadas 770000 plaquetas diagnosticándose Kawasaki. Recibe tratamiento con gammaglobulina y AAS, a pesar de la medicación desarrolló aneurismas de ambas arterias coronarias. I.R. (Masc.) 17 m. de vida luego de 21 días de evolución y por los antecedentes referidos se diagnostica Kawasaki, los criterios clínicos eran concluyentes. Las plaquetas se elevaron a 2.000.000. Recibió AAS y se detectó miocarditis, pericarditis y aneurismas de ambas arterias coronarias. Conclusiones: En diagnóstico tardío aumenta el riesgo de complicaciones. Las gammaglobulinas deben indicarse antes del 10º día. Los corticoides incrementan el riesgo. El AAS está indicado primero como antiinflamatorio y luego como anti-agregante. El diagnóstico temprano y el tratamiento permiten disminuir la incidencia de aneurismas. El 25 % de los que no reciben tratamiento desarrollan afectación coronaria y a pesar de la involución de los aneurismas la pared continuara afectada. Al 4º día están presentes la mayoría de los criterios clínicos que permiten el diagnóstico

ENFERMEDAD DE EBSTEIN: DIAGNÓSTICO FETAL.

*Comezaña C, *Keegan R, *Barrio J, **Díaz Argüello C, **De-guer C, *Ramallo G.

*Servicio de Cardiología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». **Servicio de Neonatología. Hospital Italiano Regional del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La Enfermedad de Ebstein, consiste en una malformación congénita de la Válvula Tricúspide caracterizada por adherencias de la valva septal al septum ventricular y elongación de la valva posterior con movimiento redundan-

te, cierre apical y déficit en la coaptación de diverso grado que genera regurgitación tricúspidea. Mediante Ecocardiografía Fetal es posible el diagnóstico y el manejo perinatólogico. Objetivos: Correlacionar el diagnóstico fetal de Enfermedad de Ebstein con los hallazgos ecocardiográficos en el Recién Nacido. Materiales y Métodos: Paciente de 29 años embarazada de 28 semanas con antecedente de un Feto Muerto. Resultados: Se efectúa Ecocardiografía Fetal diagnosticándose Enfermedad de Ebstein. Se realizó control semanal brindándose información acerca de la posibilidad de muerte fetal. En la evolución no se detectan otras alteraciones y al término del embarazo se decide practicar cesárea. Confirmado el diagnóstico en el Recién Nacido, ingresa a Asistencia Respiratoria Mecánica falleciendo a las 23 hrs. de vida. Conclusiones: Es posible el diagnóstico fetal de Enfermedad de Ebstein en cualquiera de sus formas de presentación. La malformación cardiaca detectada intraútero es luego reconfirmada en el Recién Nacido. La Enfermedad de Ebstein en grado severo tiene altísima mortalidad y es de muy difícil manejo médico en el periodo neonatal. En los primeros días de la vida no es posible el abordaje quirúrgico y la terapéutica esta apuntada a disminuir la presión pulmonar y mantener una oxigenación adecuada, si sobreviven a esta etapa se indica cirugía paliativa. El conocimiento de las malformaciones cardíacas fetales permite la interrelación de un equipo perinatal y como resultado la toma de decisiones más adecuadas para el manejo del Feto y del Recién Nacido. En este caso la información suministrada a partir de la detección, permitió la contención familiar y el manejo obstétrico.

ABLACIÓN TRANSCATÉTER POR RADIOFRECUENCIA: 2 AÑOS DE EXPERIENCIA EN BAHÍA BLANCA

Keegan R, Ramallo G, Tomassini L, Rocha S, Albornoz G, Comezaña C.

Sección Electrofisiología. Servicio de Cardiología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La Ablación Transcatéter por Radiofrecuencia (ARF) ha demostrado ser un procedimiento efectivo y seguro para el «tratamiento curativo» de las arritmias cardíacas, siendo la experiencia del grupo tratante un factor determinante de los resultados. Objetivos: mostrar los resultados de la experiencia acumulada en los primeros 2 años en ARF realizada por nuestro grupo. Material y Métodos: Se realizaron 62 procedimientos de ARF (Septiembre 2002-Octubre 2004). Se utilizó un polígrafo marca Feas® con capacidad de registro de 8/12 canales intracavitarios y 12 de superficie, un generador de radiofrecuencia marca Medtronic® modelo Atakr I y catéteres de mapeo y ablación marca Cordis Webster® con control de temperatura (TC) con tip de 4 mm y 5 mm «irrigado».

Resultados:

Pacientes	57
Procedimientos	62 (1º año 27; 2º año 35)
Sexo (M/F) (%)	29/33% ; (47/53%)
Edad (X - rango)	46 (14-79)
Indicación Clínica	
TPSV	24
AA	19
Wolff-Parkinson-White	14
Palpitaciones paroxísticas inexplicadas	1
TSV incitante	2
TPSV/AA/FA	1
FA paroxística recorrente	1
Procedimiento	
Institución: H.G. "Dr J. Penna"	49 (79%)
Hospital Privado del Sur	11 (18%)
Hospital Italiano	2 (3%)
Solicitante: Electrofisiólogo	38 (61%)
Solicitante: Cardiólogos	24 (39%)
Tiempo de procedimiento (X - rango)	161 (80-335)
Tiempo de radioscopia (X - rango)	24 (5-66)
Aritmia ablacionada	
Vías accesorias	24 (38%)
Manifiestas:	16 (W PW) Oculas 8; Múltiples 1
Izquierdas:	15 (62%) Anterolateral 1 Lateral 7 Pósterolateral 7
Derechas:	9 (38%) (Pósteroseptal 7 Anterolateral 1 Anteroseptal 1)
Aleteo auricular típico	20 (32%)
RNAV típica	18 (28%)
Nodo AV	1 (2%)
Resultados	
Éxito	57 (92%)
Fracaso	5 (8%)
Aleteo auricular típico: (1 inconveniente técnico)	2
Vías accesorias: (1 acceso retrógrado dificultoso -1 derecha para H isiana)	3
Complicaciones	1 (1.5%)
Fibrilación ventricular	1
Mortalidad	0
Seguimiento (meses)	11 (0-25)
Recurrencia	4 (6%)
RNAV típica	1/18 (5%)
Aleteo auricular típico	3/20 (15%)

TPSV: taquicardia paroxística supraventricular; TSV: taquicardia supraventricular-RNAV: taquicardia por reentrada nodal AV; AA: aleteo auricular; FA: fibrilación auricular.

Conclusiones: Los resultados de nuestra experiencia en los primeros 2 años de ARF (tasas de éxito inicial, complicaciones y recurrencia) son comparables a los reportadas en la literatura. En el segundo año de experiencia se observó un incremento en el número total de procedimientos, en el número de procedimientos solicitados por Cardiólogos y en el número de procedimientos realizados en instituciones privadas.

TUMOR GIGANTE DE OVARIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Carignano F, Medori A, Rodríguez JI, Delmas F, Donato F. Servicio de Clínica Quirúrgica. Hospital Interzonal General «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

fcarignano@ambb.com.ar

Introducción. En los ovarios pueden desarrollarse tumores benignos o malignos, quísticos o sólidos, epiteliales, conjuntivos o teratogénicos, de tamaño variable. En edades tempranas, predominan los cistadenomas serosos y mucinosos, los teratomas y los quistes lúteos. Se consideran tumores quísticos gigantes aquellos que pesan más de 5 kg, hallándose en la literatura casos de hasta 70kg. **Objetivos:** Presentar un caso de un cistoadenoma mucinoso gigante de ovario y analizar retrospectivamente los tumores de ovario operados entre Septiembre de 2003 a Septiembre de 2004. **Materiales y Métodos:** 1. Paciente femenino de 13 años que consulta por distensión abdominal generalizada de 8 meses de evolución, de crecimiento progresivo. Menarca a los 8 meses previos a la consulta y amenorrea de 6 meses de evolución. **Examen físico:** abdomen distendido, tenso e indoloro. **Ecografía:** masa quística multilobulada, heterogénea. Dilatación pielocalicial bilateral. **TAC:** imagen quística con tabiques que ocupa todo el abdomen. **Operación:** laparotomía y resección de tumor quístico del ovario izquierdo de 8 Kg de peso y de 34x24x14 cm. 2. Adicionamos a la presentación un análisis retrospectivo de 50 casos de ooforectomías realizadas en un año. **Resultados:** El caso presentado correspondió al de mayor tamaño y en la paciente de menor edad en la serie analizada. De las 50 pacientes, en 12 casos fueron por tumores neoplásicos(24%), los cistoadenomas serosos fueron los más frecuentes (41.6%), seguidos por los mucinosos (25%) y los teratomas quísticos (16.6%). El resto de las ooforectomías se realizaron por: quistes (50%), embarazo ectópico (10%), abscesos (6%), salpingo-ooforitis (4%) y endometriosis (2%) Los tumores de ovario de mayor tamaño y más frecuentes fueron los quísticos, siendo en su mayoría benignos. **Conclusiones:** Los quistes gigantes de ovario son raros en la actualidad debido al incremento en los cuidados médicos institucionales y a un mayor nivel de educación de las pacientes. Sería importante realizar un protocolo adecuado en el diagnóstico de tumoraciones ováricas por su gran diversidad, el tamaño que pueden alcanzar y para llevar un seguimiento adecuado en el tratamiento de un cáncer ovárico.

DETERMINACIÓN DE FACTORES PREDICTIVOS DE ÉXITO EN LA REALIZACIÓN DE FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS PARA HEMODIÁLISIS

Carignano F, Medori A, Rodríguez J, Delmas F, Escudero S, Román T, Donato F, Skliar F, Rodríguez S.

Servicio de Cirugía. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina. fcarignano@ambb.com.ar

Introducción: Las complicaciones de los accesos vasculares son la causa principal de morbimortalidad en los pacientes con IRC en fase terminal tratados con hemodiálisis, las FAVs primarias y protésicas son el más seguro de los accesos vasculares definitivos. **Objetivos:** Establecer la relación entre distintas variables obtenidas al momento de la cirugía y la probabilidad de éxito en la realización de una FAV para hemodiálisis. **Exponer los resultados de la serie longitudinal prospectiva en sus primeros 6 meses de seguimiento.** **Materiales y Métodos:** Entre el 08/04/04 y el 20/09/04 se realizaron consecutivamente 25 FAVs a 25 pacientes (7 mujeres, 28%; 18 varones, 72%), entre 15-77 años (valor medio 49). Se consideraron las variables: patología de base; tiempo previo en hemodiálisis; DBT (16%); HTA (68%); urea; creatinina; K; tipo de FAV; anastomosis; presencia de prótesis; semiología de la fístula; tiempo de maduración. Se excluyeron 2 pacientes que no consintieron la realización del procedimiento. Se considera éxito a la FAV permeable a las 4 semanas o a la que permite una primera diálisis satisfactoria. **Resultados (número; % pacientes):** 1) no fue posible realizar FAV por fibrosis venosa (1/25); 2) no fue posible contactarlo en el seguimiento (1/4%); 3) obitó antes del mes por causas ajenas al procedimiento (1/4%) (c/FAV permeable). Se registraron fracasos (2/8%) con oclusión antes del mes (ambos hipertensos). Se registran 21/25 éxitos (84%), 20 permeables al momento de la presentación, 1 oclusión tardía. Según el tiempo en diálisis el éxito es del 100% en pacientes con menos de 5 meses (16) y en 66% en pacientes con más de 5 meses (6). Sin fracasos en los DBT, sin correlación entre el laboratorio y el éxito de la FAV. El frónto al final de la cirugía mostró una correlación positiva del 100% y su ausencia una negativa del 50%. Cuando se interrumpió la maduración antes del mes no se afectó el resultado. **Conclusiones:** La probabilidad de éxito de una FAV disminuye con la demora en su realización, la agresión repetida al sistema venoso puede inutilizar definitivamente un sitio de acceso. La fase preterminal es el momento óptimo para la realización de la FAV.

SÍNDROME DE CUSHING SECUNDARIO A TUMOR CARCINOIDE BRONQUIAL

Spadaro ML, Wisniowski C, De Pedro S, Ciccola F.

Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. Penna». Bahía Blanca. Argentina. cwisniowski@infovia.com.ar.

Introducción: El síndrome de Cushing comprende los signos y síntomas que resultan de los excesivos niveles de glucocorticoides. La secreción ectópica de ACTH es 10 veces más común en hombres y representa el 15% de los casos en varones adultos. En el 50% de los casos se trata de carcinomas pulmonares de células pequeñas. Otros tumores que pueden presentarlo son: timomas, tumor de páncreas, cáncer medular de tiroides, feocromocitomas, neuroblastomas, paragangliomas, carcinoide bronquial y cánceres de otras localizaciones. **Materiales y Métodos:** Paciente de 26 años que consultó por pérdida de peso, debilidad, cuadro depresivo y diabetes. Presentó hipopotasemia severa, hiperglucemia e hipoxemia constatándose elevación del cortisol plasmático y de la ACTH, y prueba de inhibición con dexametasona que arrojó un resultado intermedio. La resonancia magnética de encéfalo fue normal y la tomografía de tórax evidenció engrosamiento pleural izquierdo y un patrón intersticial de tipo retículo-nodulillar bilateral. Presentó convulsiones y progresivo deterioro del sensorio con posterior óbito. **Resultados:** En la necropsia se observó: sepsis por *Cryptococcus neoformans* con meningoencefalitis y afectación multiorgánica; carcinoide pulmonar con metástasis ganglionar; hiperplasia suprarrenal; depresión linfóide esplénica y ganglionar. **Conclusiones:** La relevancia del caso presentado reside en que es una patología poco frecuente y en destacar la importancia de la inmunodepresión como una de las complicaciones de este síndrome. El carcinoide pulmonar causa el 1% de los casos de SC, ocurriendo en esta localización en el 5% de los casos y representando el 2% de los tumores primarios de dicho órgano. Las complicaciones graves del hipercortisolismo son las alteraciones óseas, diabetes, hipertensión, trastornos electrolíticos y mayor riesgo de infecciones. La enfermedad cardiovascular es la causa más frecuente de muerte.

SARCOMA SINOVIAL BRONCOPULMONAR PRIMARIO EN VÍA AÉREA CENTRAL

Lamot G, Mené J, Acrogliano P, Abarca J, Bettini J, Romero S, Piumatti F, Parrotta G.

Servicio de Neumotisiología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El sarcoma sinovial primario de pulmón es extremadamente raro: El 90% de los casos se sitúa a nivel paraarticular, en las extremidades. **Materiales y Métodos:** Paciente de 16 años, sexo femenino, consulta por DCF II- III,

tos y hemoptisis leve. **Antecedentes:** tos y expectoración mucopurulenta, astenia. **EFR:** patrón restrictivo leve. **TAC:** hemitórax izquierdo: imágenes en vidrio esmerilado. A los 3 días reincide la hemoptisis, expectoración purulenta, y roncus sobre la vía aérea central. **Resultados:** TCAR: lesión exofítica, redondeada, nodular en pared lateral derecha de traquea y BFD, sin adenomegalias. Se deriva a Htal María Ferrer. **Biopsia:** sarcoma fusocelular (sarcoma sinovial monofásico) y resección con anastomosis bronquial termino terminal. **ECO abdominal,** TAC de abdomen y pelvis y centellografía ósea: normales. No recibió tratamiento oncológico. **Conclusiones:** De los pocos casos documentados en la bibliografía la mayoría coincide en la presentación con síntomas inespecíficos y cuadro catarral al que luego se le suma hemoptisis en diferentes grados. Dado lo infrecuente de la histología no es lo primero en pensarse por lo que su diagnóstico se hace por biopsia.

Presentamos este caso por su dificultad diagnóstica. Afecta a adultos jóvenes, en extremidades, paraarticulares. Localizaciones no articulares: 10% (pulmonar < frecuente, menos de 50 casos en la bibliografía). **Histología:** proliferación desordenada de células fusiformes atípicas, con lesiones quísticas y necrohemorrágicas. Invade estructuras vecinas. **Formas primarias:** característica la aparición de lesiones únicas, crecimiento lento, sin preferencia de localización. **Diagnóstico diferencial:** sarcomas. **Supervivencia a los 5 años:** 40-57% y 30% a los 10 años, evolución lenta y elevado riesgo de recidiva local (60%). **Factores de mejor pronóstico:** tamaño < 5 cm, localización periférica, histología predominantemente epitelial, jóvenes, actividad mitótica o necrosis tumoral limitadas. Este caso llama a la reflexión por la forma de presentación: cuadro asmatiforme en adulto joven por obstrucción de la vía aérea central.

REDUCCIÓN VOLUMÉTRICA PULMONAR

Lamot G, Mené J, Acrogliano P, Abarca J, Bettini J, Romero S, Piumatti F, Parrotta G.

Servicio de Neumotisiología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La reducción volumétrica pulmonar (RVP) en pacientes con incapacidad funcional por enfisema pulmonar puede mejorar la mecánica respiratoria y la calidad de vida. Nuestro caso presenta esta indicación por enfermedad bullosa enfisematosa extensa con parénquima circundante relativamente normal. **Materiales y Métodos:** Paciente de 49 años, masculino, tabaquista (60 paquetes/año), DCF III-IV, EPOC Gold IV, cor pulmonar. **Resultados:** Ingresó por NAC que una vez resuelta por valores gasométricos y cor pulmonar se indica oxigenoterapia crónica domiciliaria. Dada la edad del paciente, deterioro funcional, heterogeneidad de

las lesiones con sectores parenquimatosos indemnes y competencia para llevar a cabo programa de rehabilitación pulmonar, se decide evaluación para cirugía. Se realiza bullectomía por esternotomía mediana anterior (5/03/04). El 24/08/04: EFR: VEF₁ 69%, gasometría dentro de parámetros de referencia (Gold II). DCF I. Conclusiones: Se presenta un EPOC severo que la RVP (bullectomía) mejora los parámetros fisiológicos, funcionales y de calidad de vida. Debemos evaluar la posibilidad quirúrgica en todo paciente EPOC que cumpla los criterios de preselección.

QUEMADOS. NUESTRA CASUÍSTICA

Barrientos I, Payllalef C, Maidana G, Valdevenito Z, Caballin D, Peralta A, Valenzuela R, Dalinger G, Spigariol V, Manzilla Z

Servicio de Emergencias. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Según la Asociación Argentina de Quemados, se queman en el país alrededor de 100.000 personas al año. De esta cantidad de casos, 10.000 requieren internación, 800 mueren, 1200 son niños y que quedan con importantes secuelas y 300 de ellos mueren. Objetivos: Presentar estadísticas de quemados atendidos en nuestro hospital. Evaluar la incidencia de infecciones en pacientes tratados por consultorio externo y la influencia de distintos tratamientos relacionados con el manejo de la lesión. Materiales y Métodos: Entre el 01/09/03 al 01/03/04 se registraron 143 pacientes. Se realizaron curaciones por consultorio externo con una frecuencia de 3 veces por semana y durante 2 horas por 6 meses. Se analizaron las siguientes variables: edad, tipo de lesión, superficie corporal afectada, tratamiento indicado. Resultados: El número de casos ingresado fue de 143 y de consultas 456. Las lesiones se clasificaron: 1) Líquidos calientes: 68 casos; 2) Fuego: 26 casos; 3) Exposición al sol: 12 casos; 4) Contacto con caño de escape: 7 casos; 5) Pirotecnia: 4 casos; 6) Contacto con cáusticos: 2 casos; 7) Electrocución: 5 casos; 8) Contacto con órganos fosforados: 2 casos. Otras consultas: 17 casos de curaciones, úlceras, escaldaduras. Tipos de Lesiones. Grupo A: 71; Grupo AB: 51; Grupo B: 4. Edades: 0 A 3 años: 44 (30,55%), 4 a 7 años: 14 (9,72%), 8 a 11 años: 7 (4,86%), 12 a 15 años: 8 (5,55%), 16 a 22 años: 22 (15,28%), 26 a 40 años: 28 (19,48%), 50-60 años: 13 (9,1%), > de 60 años: 7 (4,86%). Paciente de mayor edad: 93 años. Paciente de menor edad: 14 días. Pacientes derivados a un centro de mayor complejidad: 1, Intento de suicidio: 1, Sospecha de maltrato: 1, Fallecimiento: 1, Internaciones: 10. Otros pacientes (11) recibieron tratamiento con nitrofurazona por más de 15 días, 3 presentaron queloides y resecaimiento de la piel. La sulfadiazina de plata se utilizó en todos los tratamientos ambulatorios. Se observó que en los tratamientos prolongados por más de un mes, la piel toma coloración oscura que tarda entre 4 meses y un año en borrarse. La vitamina A siempre se utilizó después de tres días de producida la lesión. Dos pacientes presentaron un cuadro alérgico, un niño de 8 meses y un adulto de 73 años. Conclusiones: Hallamos una alta prevalencia de quemados menores de 7 años: 58 (40,55%). En pacientes menores de 1 año las lesiones

fueron producidas por descuido o negligencia de padres o mayores. No se produjo ningún caso de infección. Ingresaron pacientes que habían colocado en sus lesiones aloe vera, huevo, grasa de carro, manteca.

ANÁLISIS DE PACIENTES CON FOCO NEUROLÓGICO DE RECIENTE COMIENZO

Valera N, Andre S, Strazzere A, De Pedro S, Wisniowski C.

Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

cwisniowski@infovia.com.ar

Objetivos: 1) Registrar las características de los pacientes que ingresan al Servicio de Emergencias con foco neurológico de reciente comienzo; 2) Identificar la incidencia de pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico; 3) Evaluar la factibilidad de realizar tratamiento trombolítico en dichos pacientes. Materiales y Métodos: Estudio prospectivo protocolizado de pacientes que ingresaron al servicio de emergencias, desde los meses de enero a julio del año 2004. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años que presentaron asimetría facial y/o disminución de la fuerza del miembro superior y/o lenguaje anormal de menos de 24 horas de evolución. Resultados: Se analizaron 63 pacientes. La Tomografía Axial Computarizada de encéfalo (TAC) reveló hemorragia intracraneana en 14 casos (22%); masa tumoral en uno de los casos (1,6%). En 2 de los casos (13%) no se realizó TAC por presentar hipoglucemia y convulsión. El resto presentó una TAC compatible con isquemia. En 46 pacientes (73%) se diagnosticó ACV isquémico. Dentro de este último grupo, las variables analizadas no modificables fueron: 1) residencia a menos de 200 Km. del hospital: 40 (87%); 2) 4-22 puntos en la escala NIH: 16 (35%); 3) antecedentes que contraindicaban el tratamiento trombolítico: 2; 3) sin pruebas de laboratorio: 4 casos (9%); 4) alteración de la coagulación: 1 caso. Teniendo en cuenta las variables modificables presentaron tensión arterial sistólica (TAS) mayor de 185 mmHg, 16 pacientes (35%) y TA diastólica mayor de 110 mmHg, 13 (28%). Dentro de las variables que estudiaron, la demora en la evaluación médica, el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la primera consulta fue indeterminado en 8 casos (17%) y mayor a 3 horas en 20 (43%), el tiempo transcurrido desde la primera consulta hasta la llegada al hospital fue mayor a 3 horas en el 54% de los casos, la tardanza entre el inicio de los síntomas y la llegada al hospital fue mayor de 3 horas en el 69% de los casos; la demora desde el ingreso al hospital y la realización y evaluación de la TAC de encéfalo fue mayor a 45 minutos en el 41% de los pacientes. Teniendo en cuenta las contraindicaciones para la realización de tratamiento trombolítico, 34 pacientes fueron excluidos por causas irreversibles, 11 por causa reversible y solo 1 paciente (2%) hubiese estado en condiciones de recibirlo. Conclusiones: La causa más frecuente de ingreso por foco neurológico nuevo fue el ACV isquémico. La mitad de los pacientes con ACV isquémico presentaron déficit neurológico leve. La demora en la llegada al hospital fue la contraindicación más frecuente de tratamiento trombolítico.

NEFROPATÍA LÚPICA. COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

Spadaro L, De Pedro S, Ciccola F, Wisniowski C.

Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna» .Bahía Blanca. Argentina.

cwisniowski@infovia.com.ar

Introducción: El 70% de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) cursan su enfermedad con evidencia de lesión renal. En la glomerulonefritis proliferativa difusa el síndrome nefrótico se presenta en las dos terceras partes de los casos, la hipertensión en el 30% y la uremia en el 50%. La insuficiencia renal es causa de muerte en el LES y es responsable del 2,5% de los casos que requieren diálisis y trasplante. La terapéutica está dirigida hacia el mecanismo patogénico autoinmune. La terapéutica inmunosupresora agresiva está indicada en la glomerulonefritis rápidamente progresiva, en los pacientes con biopsias que presentan necrosis fibrinoide y semilunas epiteliales y en aquellos con sedimento nefrítico asociado a síndrome nefrótico con insuficiencia renal. **Objetivos:** Destacar la importancia del seguimiento estrecho de las complicaciones del tratamiento clásico de la nefropatía lúpica difusa. **Materiales y Métodos:** Paciente de 22 años que fue internada por edemas generalizados e hipertensión, pancitopenia, eritrosedimentación acelerada, deterioro de la función renal, hipertrigliceridemia, hipocomplementemia y en orina proteinuria en rango nefrótico y microhematuria; el factor antinuclear fue positivo en título alto. **Resultados:** En la biopsia renal se encontró glomerulonefritis lúpica difusa aguda tipo IV global y activa realizándose terapéutica con glucocorticoides y ciclofosfamida. Luego del primer pulso del quimioterápico se observó una mejoría de la función renal y se suspendió la hemodiálisis. Un mes después, desarrolló un cuadro convulsivo requiriendo internación en Terapia Intensiva; evolucionó en forma estable durante los siguientes dos meses. Luego del tercer pulso de ciclofosfamida, presentó fiebre, demorándose en la consulta; se constató posteriormente neumonía y neutropenia severa presentando mala evolución y requiriendo asistencia respiratoria mecánica y drogas inotrópicas, produciéndose el óbito luego de cinco días de internación por falla multiorgánica. **Conclusiones:** El seguimiento de las complicaciones del tratamiento clásico de la nefropatía lúpica difusa se basa en la combinación de ciclofosfamida y corticoides. Se encuentran en desarrollo nuevas terapéuticas inmunosupresoras con el objetivo de lograr el control de la afección renal y minimizar el espectro y la severidad de los efectos adversos. Estudios comparativos utilizando mico-fenolato mofetil muestran una disminución del riesgo de infecciones severas en un 50%, aunque aún, faltan evidencias para poder extraer conclusiones definitivas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE CONN EN UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL E HIPOKALEMIA.

Valera N, De Pedro S, Ramallo G, Wisniowski C.

Hospital Interzonal «Dr. José Penna» .Bahía Blanca. Argentina. cwisniowski@infovia.com.ar

Introducción: Se denomina síndrome de Conn al adenoma cortical suprarrenal productor de aldosterona. Representa entre el 66-88% de las causas de hiperaldosteronismo primario. Su presencia se infiere por el hallazgo de hipertensión arterial (HTA) asociado a hipopotasemia, astenia muscular o parálisis periódica. **Objetivos:** Destacar la importancia de la búsqueda de enfermedad de Conn en pacientes hipertensos con hipopotasemia. **Materiales y Métodos:** Paciente masculino de 58 años con antecedentes de HTA de 25 años de evolución y fibrilación auricular que se internó en nuestro servicio por presentar accidente cerebro vascular de 24 horas de evolución y HTA severa. **Resultados:** Al examen físico se halló paresia braquial izquierda, tensión arterial de 220/120 mmHg y el resto del examen fue normal. Al ingreso presentó: Urea: 1.06 g/L (vr 0.1-0.4 g/L); Creatinina: 34.6 mg/L (vr 7-12 mg/L); K: 2.9 mEq/L (vr 3.5-5.5mEq/L). La Tomografía Axial Computada (TAC) de encéfalo fue normal. Durante la internación retrogradó el foco motor. Potasemia: 2.5-3 mEq/L (3 dosajes). Se indicó espironolactona por falta de respuesta a amlodipina, atenolol y enalapril y por la presunción de aldosteronismo primario. Posteriormente, se normalizaron la hipopotasemia y la HTA. Dos meses después del alta, y con el paciente tratado con amlodipina (indicado tres semanas previas al estudio), se realizó dosaje de aldosterona urinaria: 76 ug/24h. (vr17-44 ug/24h), aldosterona plasmática (AP): >1200 pg/mL (vr10-120 pg/mL) y de renina plasmática (ARP): 8.7 pg/mL (vr 3.5-65 pg/mL) (AP/ARP > 50). Se solicitó TAC de abdomen y se observó una imagen hipodensa de 30 mm en la glándula suprarrenal izquierda. Se realizó suprarrenelectomía. El clearance de creatinina fue 14 mL/h. La ecografía abdominal informó riñones con diámetro longitudinal de 89 mm. Actualmente, el paciente no toma antihipertensivos y es controlado por el Servicio de Nefrología, que indicó la realización de fístula arterio-venosa. **Conclusiones:** Los datos de laboratorio confirmaron el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario (K < 3.0 mEq/L (sin diuréticos: 3.5 mEq/L; con diuréticos 3.0 mEq/L); AP/ARP > 50). La cirugía permitió el diagnóstico de adenoma suprarrenal y la resolución de la HT. La importancia de este trabajo fue destacar la importancia del diagnóstico de enfermedad de Conn, en pacientes hipertensos con hipopotasemia, antes de que presenten daño en órganos blanco.

MALACOPLAQUIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ciccola F, De Pedro S, Wisniowski C, Spadaro L.

Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

cwisniowski@infovia.com.ar

Introducción: La malacoplaquia es una enfermedad inflamatoria crónica poco frecuente, más común en mujeres de edad media con infección del tracto urinario crónica; se asocia a un estado de inmunosupresión que afecta la función de los macrófagos y monocitos. Generalmente, la vejiga es el órgano que se afecta con mayor frecuencia, pero se han descrito afecciones de otros órganos como colon y piel. *Escherichia coli* es la bacteria más común, además de otras

de origen entérico. Objetivo: Presentar un caso de Malacoplaquia, enfermedad de baja frecuencia y primer caso diagnosticado en nuestro hospital. Materiales y Métodos: Paciente de 43 años con antecedentes de nefroangioesclerosis, trasplantada en 2 oportunidades, quedando en tratamiento con ciclosporina (200 mg/d), azatioprima (25 mg/d) y prednisona (16 mg/d). En el año 1996 presentó nocardiosis pulmonar y en 1997, criptococcosis cutánea y del Sistema Nervioso Central. Reingresó por deterioro de la función renal, anemia severa y urocultivo positivo para *Escherichia coli*, debiendo ingresar a plan de diálisis (marzo de 2002). Resultados: A través de una punción biopsia renal se obtuvieron 2 fragmentos que contenían hasta 4 glomérulos, con aumento de células y matriz mesangial. Una muestra fue de esclerosis segmentaria y otra adherencia de la cápsula del 50% de la luz, evidenciándose en el sector tubular túbulos dilatados con material necrótico y bacteriano basófilo en la luz y sectores reemplazados por playas de histiocitos con citoplasma amplio, PAS positivo y Von Kossa positivos en su interior. En el intersticio, mostró fibrosis, histiocitos y células inflamatorias siendo la inmunofluorescencia negativa para IgG, IgA, IgM y C3; concluyéndose en el diagnóstico de Malacoplaquia. La paciente fue dada de alta con deltisona (16 mg/d), ciclosporina (25 mg/d), ciprofloxacina (500 mg/d) y controles de función renal por nefrología. La paciente reingresa seis meses después, por síndrome febril, interpretándose el cuadro como infección a punto de partida de catéter de diálisis con hemocultivos positivos para enterococo de evolución tórpida, y falleciendo 20 días más tarde. Conclusiones: La importancia de este trabajo reside en presentar una enfermedad de baja frecuencia, siendo primer caso de Malacoplaquia diagnosticado y tratado en nuestro hospital.

SÍNDROME DE GOODPASTURE. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

André S, De Pedro S, Strazzere A, Wisniowski C, Valera N. Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna. Bahía Blanca. Argentina. cwisniowski@infovia.com.ar

Introducción: El Síndrome de Goodpasture es un trastorno por hipersensibilidad de etiología desconocida caracterizado por anticuerpos contra membrana basal glomerular en sangre y por el depósito de inmunoglobulinas y complemento a lo largo de la membrana basal. Cursa con hemorragia pulmonar y glomerulonefritis grave y progresiva. Materiales y Métodos: Paciente de 53 años con antecedente de tabaquismo y úlcera duodenal que ingresa por síndrome urémico presentando en su evolución deterioro del sensorio, paresia braquio-cubital izquierda e insuficiencia respiratoria por lo que es trasladado a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Resultados: Estudios: HIC (25%); Hb (8,6 g/L); leucocitos (14.600/mm³, neutrófilos 71%); plaquetas (123.000 / mm³); Tiempo de Protrombina TP (15,8 s; 59%); glucosa (1,54 g/L); urea (2,15 g/L); creatinina (64 mg/L); Na (119 mEq/L); K (5,2 mEq/L); C3 normal; C4 bajo; Na urinario (55 mEq); K urinario (11 mEq). Líquido cefalorraquídeo: incoloro, límpido, red de fibrina ausente, 5 células, 80% de mono-

morfonucleares, 20% polimorfonucleares, glucosa 0,61 gr/L, proteínas 0,61 gr/L; Hemocultivos: negativos; Ecocardiograma: normal; Tomografía Axial Computada de encéfalo: zonas hipodensas difusas bilaterales; Radiografía de Tórax: infiltrados algodonosos en los cuatro cuadrantes; Ecografía Nefrourológica: riñones con aumento de la ecogenicidad cortical. En la UTI requirió asistencia ventilatoria mecánica, falleciendo posteriormente. Estudio de anatómo-patológico: hemorragia pulmonar masiva como consecuencia de un Síndrome de Goodpasture. Glomerulonefritis rápidamente progresiva, necrosis tubular aguda, ulceración traqueal y signos histológicos de isquemia a nivel de la protuberancia. Conclusiones: Se presenta este caso por ser una patología poco frecuente y para destacar la importancia de sospechar el diagnóstico de Síndrome de Goodpasture en un paciente con insuficiencia renal y hemorragia pulmonar. El Síndrome Goodpasture es responsable del 1-5 % de todas las glomerulopatías, y si bien, puede ocurrir en personas de todas las edades es más frecuente entre los 20 y 50 años, siendo prevalente en pacientes de raza blanca.

MIELINOLISIS PONTINA. PRESENTACIÓN DE UN CASO. Strazzere A, De Pedro S, André S, Valera N, Wisniowski C. Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal. Dr. José Penna. Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La mielinolisis pontina es una rara afección neurológica, de etiología desconocida, que se observa con mayor frecuencia en pacientes enolistas crónicos o con enfermedades crónicas acompañadas de desnutrición o desequilibrios hidroelectrolíticos. La causa más frecuente es el tratamiento de la hiponatremia, cuando la reposición es demasiado rápida. La lesión básica consiste en la destrucción de las vainas de mielina con cilindros relativamente indemnes y afecta parte o toda la protuberancia en forma simétrica, si bien, el diagnóstico de certeza de esta entidad es anatomopatológico. La RM permite efectuar el diagnóstico en pacientes con clínica compatible, no existiendo un tratamiento efectivo. Materiales y Métodos: Mujer de 34 años, con antecedentes de glomerulopatía a cambios mínimos, en tratamiento con prednisona, espironolactona, furosemida y ciclofosfamida que ingresa en anasarca presentando durante la internación episodio de convulsiones, deterioro del sensorio y déficit motor del hemicuerpo izquierdo, transitorio. Resultados: Evoluciona con deterioro neurológico progresivo, con afección de pares craneales en forma intermitente, disartria y bradipsiquia y en una Tomografía Computada de Encéfalo se observan lesiones hipodensas bilaterales a nivel de los ganglios de la base. Laboratorio: Na: 116 mEq/L, K: 5.5 mEq/L. Albúmina: 1.6 gr/L. pH: 7.21. pCO₂: 45.9 mmHg pO₂: 18.3 mmHg CO₃H⁻: 18 mEq/L. Colesterol total: 3.91 g/L, Colesterol LDL: 2.60 g/L, Clearance de creatinina: 88 ml/min. Proteinuria /24hs: 10.8 g. Se repone Na y presenta nuevo episodio convulsivo con Glasgow: 10/15; se efectúa RM de encéfalo: comprometiendo el tronco cerebral desde el bulbo hasta los pedúnculos cerebrales se advierte una alteración de la señal habitual, reemplazada por una lesión hiperintensa en fair y T2 e hipointensa en T1, y no

cambia con la administración de contraste paramagnético con alteraciones similares que comprometen ambos tálamos, cápsulas, externas y antenuros, y observándose focos de similar comportamiento de señal de ubicación periférica y asimétrica en ambas regiones paracapsulares siendo de mayor tamaño la del lado izquierdo: compatible con mielionisis pontina. Conclusiones: Se presenta este caso por su infrecuencia, y porque hay que tener en cuenta su prevención al momento de hacer una reposición de Sodio en un paciente hiponatremico. La mielionisis pontina central es una grave enfermedad que si no produce la muerte del paciente, lleva a secuelas neurológicas permanentes. Se recomienda que la reposición de Na sea de 12 mEq/L en las primeras 24 hs y no más de 20 mmol/L en las primeras 48 hs.

AMILOIDOSIS SECUNDARIA ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDEA: DOS CASOS.

Strazzere A, De Pedro S, Wisniowski C.

Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

cwisniowski@infovia.com.ar

Introducción: La amiloidosis es una enfermedad que se produce por depósitos de una sustancia amorfa, denominada amiloide, pudiendo ser localizada o generalizada y esta a su vez puede ser clasificada en primaria, secundaria o hereditaria. La Amiloidosis secundaria se relaciona con la formación de la proteína SAA, que es producida en respuesta a procesos inflamatorios o infecciosos crónicos y forma parte principal de la fibrilla de amiloide. Materiales y Métodos: Caso I: Mujer de 53 años, con antecedentes de Artritis Reumatoidea (AR) de 8 años de evolución, y reemplazo total de cadera, con infección de la herida quirúrgica, la que motivó su internación hallándose también insuficiencia cardíaca. Estudios: HCT: 25.4%. Hb: 8.0 g/L. TP: 27.4 s (29%), Albúmina: 1.4 g/L. Ecografía abdominal: derrame pericárdico, derrame pleural bilateral hígado aumentado de ecogenicidad; Ecocardiograma Transtorácico: hiperdinamia, función sistólica conservada, derrame pericárdico leve, derrame pleural importante. Se realizó toilette de la herida quirúrgica siendo los cultivos positivos para *Stafilococo Aureus*, sensible a cefalosporinas de 1ºG presentando mala evolución clínica con posterior óbito y Autopsia: pleuritis y pericarditis crónica, y amiloidosis sistémica secundaria. Caso II: Mujer de 54 años con antecedentes de Artritis Reumatoidea de 18 años de evolución, HTA y reemplazo total de cadera izquierda, postrada que ingresa por deterioro del sensorio y convulsiones teniendo al ingreso: Glasgow 10/15, absceso subglúteo derecho, edemas de miembros inferiores y sacro 3/6, deformidad de manos y pies con impotencia funcional y dolor, hipotonía e hipotrofia muscular generalizada; se constató: HIC: 22.0%, Hb: 7.4 g/L, Albúmina: 1.1g/L, Urea: 0.52mg/dL. Creatinina: 9.3mg/dL. ERS: >120 mm, Bicarbonato: 15.0mEq/L, Proteinuria 24/hs: +++++, Urocultivo y hemocultivos positivos para *S. aureus* sensibles a cefalosporinas de 3º generación; ECG: Microvoltaje; Ecocardiograma Transesofágico: Endocarditis mitral e insuficiencia mitral leve; y una biopsia renal informada como amiloidosis glomerular y vas-

cular, aterosclerosis, vasculitis focal. Conclusiones: En nuestro Servicio ingresan aproximadamente entre 3 y 5 pacientes por año con AR. En los últimos 3 años hemos diagnosticado 2 casos de amiloidosis secundaria en pacientes con AR. Para la AR se ha descripto una incidencia de amiloidosis sistémica de hasta un 30%. Su complicación más temida es la afección renal.

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA Y NEOPLASIAS MÚLTIPLES

André S, De Pedro S, Wisniowski C.

Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

cwisniowski@infovia.com.ar

Introducción: Las neoplasias malignas son causa frecuente de morbilidad grave y mortalidad. El Sarcoma de Kaposi es una neoplasia endotelial de origen capilar o linfático; más frecuente con la aparición del SIDA; multicéntrica que puede afectar estructuras viscerales y presentando lesiones típicamente nodulares pigmentadas violáceas o rojas. El Linfoma no Hodgking es el segundo proceso maligno más común asociado al HIV. Materiales y Métodos: Paciente de 53 años HIV positivo (diagnosticado hace 2 meses en tratamiento con Lamivudina, Estavudina, Nevirapina y Leucovorina) que consultó por presentar formación duro pétrea supraclavicular derecha de 7 por 7 cm de bordes irregulares adherida a planos subyacentes no dolorosa de 15 días de evolución y lesión en piel redondeadas menores de 1 cm nodulares violáceas dispersas en región anterior y posterior del tronco con mayor cantidad en región inguinal, escroto y lengua. Resultados: La biopsia de la formación fue informada como Linfoma no Hodgking T de células grandes; y la biopsia de piel como Sarcoma de Kaposi. Posteriormente el paciente recibió quimioterapia con protocolo CHOP teniendo una buena evolución. Conclusiones: se remite el presente caso por la baja frecuencia de dos neoplasias concordantes en pacientes con HIV.

NEUROCISTICERCOSIS: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Ciccola F, De Pedro S, Wisniowski C, Spadaro L.

Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

cwisniowski@infovia.com.ar

Introducción: La cisticercosis representa la infección tisular con quistes larvarios de cestode de tenia solium, en la que el paciente funciona como huésped intermediario para el parásito al ingerir el huevo. La enfermedad tiene características endémicas en México, América Central y del sur, Filipinas y Sudeste Asiático, en donde el riesgo de infección acumulativa crece con la edad, el consumo de carne de cerdo y la higiene doméstica deficiente. La enfermedad grave es rara, excepto cuando compromete sistema nervioso central y cardíaco, dependiendo el cuadro clínico y la terapéutica de la localización del mismo, pasando de formas asintomáticas u oligosintomáticas hasta cuadros de meningitis y cerebritis. Materiales y Métodos: Paciente de 24

años, nacido en Bolivia, sin antecedentes patológicos conocidos que fue derivado de zona rural por cuadro de cefaleas, vómitos, pérdida de conocimiento y convulsiones tónico-clónicas generalizadas, según refiere de 4 años de evolución. Al ingreso Al Servicio de Clínica Médica se encontraba lúcido, en buen estado general con un examen físico normal. Se le realizó laboratorio que informó: leucocitos 20900 (1/90/0/0/6/3), serología para HIV negativa, punción lumbar: líquido cefalorraquídeo cristal de roca, incolora, red de fibrina ausente, glucorraquia 0,65, 1 célula; y TAC cerebral donde se observaban múltiples imágenes bilaterales hipodensas, con lesiones puntiformes de densidad cálcica en su interior. Se realiza interconsulta con servicio de Neurocirugía, interpretándose el cuadro, Teniendo en cuenta la epidemiología, clínica y lesiones tomográficas como así también la Interconsulta con Neurocirugía se arriba al diagnóstico de Neurocisticercosis. Fue dado de alta con Albendazol 200 mg cada 12 horas y Prazicuantel 600 mg cada 12 horas por 30 días con buena evolución.

COINCIDENCIA DE INFORMES ELECTROCARDIOGRÁFICOS ENTRE CARDIÓLOGOS Y MÉDICOS RESIDENTES DE CLÍNICA MÉDICA

De Pedro S, Ramallo G, Keegan R, Ciccola F, Spadaro L, Wisniewski C.

Servicio de Clínica Médica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

cwisniewski@infovia.com.ar

Introducción: El Electrocardiograma (ECG) es una herramienta fundamental que brinda una información útil en la detección de enfermedad cardíaca, no concibiéndose una evaluación cardiovascular, aún la más elemental, que no incluya un ECG. En nuestro servicio la primera Evaluación Electrocardiográfica, y a veces la única, es realizada por los médicos residentes. **Objetivos:** Conocer si existe coincidencia entre los informes de ECG efectuados por los médicos residentes de un Servicio de Clínica Médica y los Cardiólogos. **Material y Métodos:** Es un estudio prospectivo en el que se analizaron 71 ECGs de 71 pacientes que ingresaron al SCM entre el 15 de junio y 30 de julio del 2004. Los ECGs fueron realizados en el Servicio de Emergencias antes del ingreso al SCM siendo excluidos los ECGs de pacientes que ya traían un informe previo. En el análisis de los ECGs se tuvieron en cuenta los siguientes datos: ritmo, frecuencia, eje eléctrico, onda P, PR, QRS, ST, T, QT corregido; y si el ECG era normal o anormal y el diagnóstico final; dicho análisis fue efectuado primero por los médicos residentes y luego por 2 cardiólogos del hospital. Se utilizó prueba T para analizar eje eléctrico y frecuencias cardíacas. **Resultados:** En los 71 ECGs existió una correlación altamente significativa ($r=0.93$) entre las frecuencias cardíacas reportadas por residentes y cardiólogos y no se detectaron diferencias significativas entre ambas mediciones ($p=0.96$), existiendo también una correlación altamente significativa ($r = 0.77$) entre los ejes cardíacos reportados por residentes y cardiólogos y no detectándose diferencias significativas entre ambas mediciones ($p=0.44$). Hubo una coincidencia

en la regularidad del ritmo en 65 ECGs (91.5%), y en 71 ECGs (100%) en lo referente a si el ritmo era sinusal siendo la coincidencia en los otros datos del ECG: onda P 51 ECGs (72 %), PR 70 ECGs (98.5 %), QRS 43 ECGs (61%), ST 53 (75%), T 56 (79%), QT medido 67 (94%). En 52 ECGs (73%) se coincidió entre normalidad o no del ECG, y en 49 ECGs (69%) se coincidió en el diagnóstico final. **Conclusiones:** Hubo una alta coincidencia en el informe ECG entre médicos residentes y cardiólogos en cuanto al Eje, Frecuencia, ritmo, PR y QT, observándose también una coincidencia significativa en el diagnóstico final. El informe del ECG efectuado por el médico residente es confiable. El análisis detallado del ECG evita errores diagnósticos.

TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS CEREBRAL CON TOXINA BOTULÍNICA

Sánchez S, Lucero J.

Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La toxina botulínica tipo A (BIX A) es usada en el tratamiento de pacientes espásticos pediátricos. La BIX-A produce denervación muscular, y como consecuencia, una reducción funcional en la espasticidad que trae aparejado un mejor equilibrio motor mejorando la deambulación y la función del miembro superior. La colocación de la BIX-A se realiza mediante inyección local en el músculo espástico. Esta presentación describe la aplicación de BIX-A en pacientes pediátricos con parálisis cerebral espástica y su evolución posterior. **Objetivos:** Evaluar los efectos de la BIX-A administrados a niños con parálisis cerebral y la función de las articulaciones involucradas con estos músculos. **Materiales y Métodos:** Se aplicó de BIX-A a 10 pacientes, 4 mujeres y 6 varones con espasticidad por parálisis cerebral, dipléjicos y hemipléjicos, con espasticidad dinámica. La edad promedio fue de 5.5 años (3 -11 años). Todos fueron evaluados, previos a la aplicación, con el Score de Ashwort. Luego fueron evaluados a los 7, 15 días, 30 días durante un periodo de 1 año. La aplicación de la BIX-A se realizó por identificación manual del músculo espástico. En ningún caso se utilizó electromiografía, ecografía o método alternativo de identificación de músculos. A todos se aplicó la toxina a una dosis de 12UI/Kg. La dosis máxima por punto de aplicación en músculo fue de 50UI y la mínima de 10UI. Los pacientes fueron inyectados en miembro superior y/o inferior en forma conjunta o independiente. **Resultados:** Los pacientes evaluados presentaban mayor movilidad de las articulaciones que manejan los músculos involucrados, mejor control motor de la marcha y del miembro superior. **Conclusiones:** El resultado funcional y la accesibilidad en la aplicación de toxina botulínica tipo A en los músculos, permiten posponer las intervenciones quirúrgicas hasta que la marcha sea madura.

EMBARAZO GEMELAR, CORIONICIDAD Y AMNIOCIDAD.

Tentoni U, Moya Maldonado M, García A.

Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El diagnóstico prenatal de embarazo gemelar, de la amniocidad y de la corionicidad es importante porque estos embarazos en especial los monocoriónicos tienen una morbimortalidad mayor que la de la gestación simple. Objetivos: Distinguir entre monoamnióticos y biamnióticos. Tratar de deducir la corionicidad por el grosor de la membrana amniótica. Materiales y Métodos: Se estudiaron 44 embarazos gemelares entre el 17/11/2000 al 12/6/2003. La mayor parte de los estudios fueron realizados con un ecógrafo marca Toshiba Capase con un transductor de 3,7 Mhz. Se buscó la amniocidad (numero de sacos amnióticos) y la corionicidad (numero de placentas) Presencia y el grosor de la membrana amniótica y cuando fue visto el signo de la lambda. Resultados: De los 44 embarazos múltiples 43 fueron bigemelares y 1 trigemelar. De los 43 bigemelares en cinco no se especificó la corionicidad. De los 39 tabulados 2 fueron monoamniótico monocorial lo que representa el 5,12% y el resto 94,88% fueron diamnióticos. En todos los casos fue identificado el septo por lo que el porcentaje de la amniocidad fue del 100%. El grosor de la membrana amniótica en las formas mono y bicorial fue. De los 37 biamnióticos 19 fueron bicorial biamniótico 51,35%, 16 monocorial biamniótico 43,24% y en 2 no se determinó 5,40%. El signo de la lambda fue visto en 5 casos y todos fueron bicorial biamniótico. Conclusiones: La observación de la membrana amniótica es posible en prácticamente todos los casos. Cuando observamos el signo de la lambda la totalidad corresponde a la forma biamnio bicorial. El grosor de la membrana amniótica no es útil para diferenciar la corionicidad.

MAMELONES PREAURICULARES Y ANOMALÍAS DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS.

Tombesi MM*, Alconcher LF** .

*Servicio de Medicina por Imágenes. **Unidad de Nefrología Infantil. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La indicación de la ecografía renal y vesical frente al hallazgo de una malformación menor del pabellón auricular es una práctica habitual. Existen controversias en cuanto a la validez de la misma. Objetivos: Determinar la asociación entre mamelones preauriculares y malformaciones del tracto urinario. Materiales y Métodos: Setenta y ocho niños sanos entre 1 día y el año de vida con mamelón preauricular u hoyuelo sin otra malformación congénita asociada, fueron estudiados prospectivamente con ecografía renal y vesical entre junio de 1996 y septiembre de 2004 en el Hospital Penna de Bahía Blanca. La incidencia de malformaciones del tracto urinario fue comparada con un grupo control de 300 lactantes sanos sin malformaciones preauriculares estudiados con ecografía en la misma institución entre 1989 y 1992. Resultados: Tres pacientes (3.8%) con mamelones preauriculares aislados presentaron alteraciones del tracto urinario. En 1 de ellos la ecografía prenatal alertó sobre una anomalía, caracterizada al nacer como ectopia renal derecha con hidroureteronefrosis. En otro se constató una agenesia renal izquierda, existiendo antecedentes familiares de malformaciones renales y en el tercero un quiste cortical en riñón izquierdo. Entre los 300 lactantes sanos del grupo control se detectaron 2 (0.7%) pacientes con malformaciones: uno con una estenosis pieloureteral severa y otro con un riñón ectópico. La incidencia de malformaciones del tracto urinario entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa ($p=0.15$). Conclusiones: Dada la baja incidencia de malformaciones renales asociadas a mamelones aislados, la indicación sistemática de la ecografía renal y vesical no estaría indicada, a menos que la ecografía prenatal y/o los antecedentes familiares alerten sobre posibles anomalías urinarias.

HABILIDADES DE ENSEÑANZA CON LOS PARES EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

Bugatti F, López S, Silberman P.

Unidad de Medicina Familiar y Salud Comunitaria. Bahía Blanca. Argentina. pedrosilberman@data54.com

Introducción: Se estima que los residentes emplean un 20% de su tiempo en actividades de enseñanza. A pesar de esto, muchos residentes no reciben instrucción formal en cuanto a cómo deben enseñar efectivamente. Objetivos: Cuantificar las habilidades de enseñanza que tienen los residentes. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo. La población evaluada fue de 4 residentes (2 de 1º año y 2 de 2º año) de la Unidad de Medicina Familiar de Ingeniero White y 4 de los mismos niveles de la Unidad de Medicina Familiar del Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata. Criterios de inclusión: Residentes de Medicina Familiar de Ingeniero White y Mar del Plata de los primeros 2 años de residencia. Criterios de exclusión: aquellos residentes que no tuvieran interés en colaborar con el trabajo. El instrumento que se utilizó fue el OSTIE (Objective Structured Teaching Examination) que consta de ocho casos a resolver; donde mediante una escala tipo Lickert de 1 a 5 estandarizada se calificó al residente. La muestra se formó con 8 residentes (5 mujeres/ 3 varones), de edades comprendidas entre 27-30 años. El trabajo se realizó durante 8 semanas (Mayo-Junio/2004), con un encuentro semanal. Resultados: Los resultados obtenidos fueron (DE): Orientando el aprendizaje: 3.09 (0.6). Presentando un paciente ambulatorio: 2.58 (0.32). Enseñando al lado del paciente internado 2.56 (0.43) Feedback al residente con dificultades 2.92 (0.54). Presentando paciente internado 2.70 (0.51). Feedback confección de historia clínica 2.49 (0.62). Enseñando un procedimiento 3.30 (0.6) Realizando una mini exposición 2.54 (0.49). Promedio general: 2.77 Conclusiones: Los resultados obtenidos en esta primera etapa no difieren en gran medida con los reportes de la bibliografía. Es de importancia remarcar que la realización de intervenciones breves ha demostrado la mejoría de estos valores por lo que proponemos la implementación en las residencias de una capacitación formal en enseñanza.

ANÁLISIS INMUNOFENOTÍPICO DE LAS CADENAS VARIABLES DEL RECEPTOR DEL LINFOCITO T (TCR-V β) EN EXPANSIONES DE LINFOCITOS T.

Agriello E^{1,2,3}, Pombo P¹, Kaiser R¹, Di Paolo D¹, Brandt M¹, Fernández V¹, Garbiero S¹, Martínez P¹, López Romero A³.
¹Servicio de Hematología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna», ²Cátedra de Fisiología Humana. UNS. ³IACA Laboratorios. Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El diagnóstico de Leucemia de Linfocitos Grandes Granulares (LLGG) se basa en la determinación de la monoclonalidad de la población expandida de linfocitos T. La morfología y la clínica pueden mimetizar condiciones benignas (infecciones virales, cambios reactivos post medicamentos) o enfermedades no hematológicas. **Objetivos:** Evaluar la utilidad del inmunofenotipo en pacientes con linfocitosis persistente CD4+ o CD8+/CD3+, buscando patrones aberrantes de los marcadores y el repertorio de las cadenas variables del Receptor del Linfocito T (TCR V). **Materiales y Métodos:** Se estudiaron 6 pacientes con linfocitosis persistente mediante inmunomarcación y análisis por citometría de flujo de sangre periférica y/o médula ósea, usando marcadores panT en determinadas combinaciones y marcadores adicionales (activación, coestimulación): CD2, CD4, CD8, CD7, CD3, CD5, CD56, CD57, CD11c, CD25, CD38, HLA DR, CD45, CD45ra, CD45ro, TcR α , TcR β . Para evaluar el repertorio de los TcR se usaron anticuerpos monoclonales para 12 familias del TcR. Aplicando igual método a 6 controles normales. **Resultados:** Se descartó en todos los pacientes enfermedades autoinmunes y el perfil serológico para HIV, HBV, HCV, HTLV, CMV fue negativo en todas las muestras. Tres pacientes presentaron neutropenia asociada. En 3 de 6 se determinaron expansiones CD4 y en los restantes CD8. En 2 de 3 cuya expansión era CD4 se pudo constatar la expresión monoclonal de las familias testeadas: TcR V β 5.1 y b2, y en el otro no estaba representada en el panel de anticuerpos usado. En los tres pacientes con expansiones CD8 se determinó policlonalidad de las TCR V β , en concordancia con la expresión de marcadores de activación (expresión de HLA DR, CD38, disminuida expresión de CD7), y no existía evidencia de fenotipos aberrantes. **Conclusiones:** Los patrones aberrantes de expresión fenotípica y el análisis del repertorio de los TcR V analizadas por citometría de flujo es una poderosa herramienta para determinar la clonalidad T en expansiones de IGG persistentes. Es una herramienta rápida que permite evaluar las poblaciones residuales normales como controles internos.

ESTADOS HIPERCOAGULABLES EN PACIENTES CON ISQUEMIA CEREBRAL

Martínez P, Echevarría G, Brandt M, Di Paolo H, Fernández V, Garbiero S, Agriello E.

Hematología y Oncología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Se define como estado hipercoagulable (EHi) a la predisposición individual de padecer episodios trombóticos, estas alteraciones predisponentes no causan enfermedad permanente, sino que debilitan la capacidad de hacer frente a factores desencadenantes de dichos episodios. Estos estados pueden ser de origen primario (hereditarios), secundarios (adquiridos), o una combinación de ambos. **Objetivos:** Evaluar la hipercoagulabilidad en individuos de ambos sexos hasta los 70 años, con al menos un episodio isquémico cerebral (ACVi) de carácter idiopático, que habitan en la Región Sanitaria I de la Provincia de Buenos Aires. **Materiales y Métodos:** En el período 1/7/00 al 31/5/03 se realizó un estudio prospectivo, descriptivo en pacientes menores de 70 años, que presentaron al menos un ACVi sin factores de riesgo vascular conocido ni patología cardíaca potencialmente embolizante, con imágenes positivas en tomografía axial computada o resonancia magnética nuclear. Los parámetros estudiados para establecer un EHi fueron: Proteína C (PC), Proteína S (PS), Factor V Leiden (FVL), Hiperhomocisteinemia (HHCis), Síndrome Antifosfolípido (SAF) y Antitrombina III (ATIII). **Resultados:** Se incluyeron 58 pacientes (32 mujeres y 26 hombres), con edades comprendidas entre 6 y 68 años, representando un 10-15% del total de ACVi. Las frecuencias observadas fueron: SAF 46.6%, HHCis 5.2%, FVL 5.2%. Los restantes parámetros mostraron los siguientes resultados: PC 1.7 %, PS 3.4 % ATIII 0 % e Indeterminados 34.5%. Dos pacientes presentaron SAF e HHCis. **Conclusiones:** En los resultados obtenidos, si bien es importante la cantidad de indeterminados, se observa un franco predominio del SAF y en menor proporción HHCis y FVL, lo que sugiere la orientación de los estudios a la evaluación de estos parámetros.

ANÁLISIS DE PATRONES DE MADURACIÓN HEMATOPOYÉTICOS NORMALES Y EVALUACIÓN DE ENFERMEDAD MINIMA RESIDUAL (EMR) EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA (LMA).

¹Agriello E, ²Fernández Giménez C, ²Quijano S, ²Flores J, ²Felici C, ²Ciudad J, ²Lopez A, ²Rivas R, ²Orfao A. ¹Cátedra de Fisiología Humana, UNS, y Área de Citometría de Flujo Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina. ²Servicio de Citometría de Flujo, Hospital Universitario de Salamanca. España.

Introducción: La médula ósea (MO) es un tejido complejo compuesto de células de diferentes linajes en distintos

estadios madurativos. Hasta un 80% de las IMA muestran un inmunofenotipo aberrante que puede ser usado para la identificación específica de EMR luego de la remisión morfológica. Estos fenotipos se pueden agrupar en: 1) asincronismo madurativo (80% de los casos); 2) expresión antigénica asociada a línea linfoide (25-30% de los pacientes); 3) sobreexpresión o ausencia de antígenos (20% de los casos).
Objetivos: 1) Evaluar la diferenciación hematopoyética normal; 2) Identificar fenotipos aberrantes en las células leucémicas (LAP) que no se observan habitualmente en médulas óseas normales; 3) Aplicar nuevas estrategias de análisis para incrementar la sensibilidad y especificidad en la búsqueda de EMR por citometría de flujo multiparamétrica.
Materiales y Métodos: Se analizaron 10 MO normales y 23 MO patológicas (8 de diagnóstico de novo y 15 de pacientes tratados con IMA en remisión morfológica completa). Se marcaron con un panel con combinaciones de 4 colores. Cada combinación incluía CD45PerCP-Cy5.5 y CD34APC junto a Tdt/MPO, CD15/CD16, CD11b/CD13, CD36/CD64, CD65/7.1, HLA DR/CD123, HLA DR/CD117. Se adquirió un mínimo de 50.000 eventos y luego se seleccionó un «living gate». El uso de combinaciones adicionales en 5 MO normales contribuyó al estudio de la ontogenia de las células dendríticas plasmocitoides (CDP).
Resultados: Se graficó la secuencia exacta de expresión antigénica en la maduración medular normal de neutrófilos y CDP. En los 8 casos de IMA estudiados al diagnóstico se identificó, por lo menos 1 fenotipo aberrante. De los 15 casos de EMR analizados se obtuvieron los siguientes resultados: 1) 7 se consideraron en recaída, presentaron EMR por criterios inmunofenotípicos; 2) los restantes, se consideraron en remisión inmunológica. En estos últimos, la sensibilidad alcanzada por la CF fue: 1) < 0.1% en 5 casos, 2) < 0.01% en 3 casos y; 3) < 0.001% en sólo un caso.
Conclusiones: el conocimiento de la secuencia de expresión antigénica en la diferenciación hemopoyética normal es el pilar para la búsqueda de EMR en IMA. La disponibilidad de anticuerpos y las combinaciones que identifiquen, en el diagnóstico los fenotipos aberrantes (LAP) serán las sondas para la búsqueda de EMR.

PERFIL DE TROMBOFILIA EN PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE FABRY.

Aggio MC, Martínez P A, Garbiero SN.

Servicio de Hematología y Oncología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Adefa (Asociación de Difusión y Estudio de la Enfermedad de Fabry en Argentina)

Introducción: La enfermedad de Anderson Fabry (AFD) es un desorden panétnico, ligado a X, con una frecuencia estimada de 1/117,000 varones, aunque cabe agregar que las mujeres portadoras también pueden padecerla. Ha sido descripta una elevada incidencia de eventos trombóticos arteriales y venosos en pacientes con AFD. Objetivos: Evaluar la prevalencia de trombofilia en pacientes hemicigotas y heterocigotas. Materiales y Métodos: Se estudiaron 25 pacientes, 11 hemicigotas and 14 heterocigotas, provenientes de 3 familias. Resultados: El perfil de trombofilia incluyó: Sistema de la Proteína C (PCSys), Antitrombina

(AT), Proteína C (PC), Proteína S (PS), Resistencia a la Proteína C activada (APCR), Anticoagulante lúpico (IA), Homocisteína plasmática (tHcy), Anticuerpos anticardiolipina (ACA), y anticuerpos antifosfatidilserina (APA). Resultados: La actividad funcional de PC, PS y AT fue normal en todos los pacientes, al igual que el PCSys, la APCR y los APA. Se hallaron niveles elevados de tHcy en un 20.0% de los pacientes (n=5) y diferentes grados de positividad para IA 32.0% (n=8) y ACA 12.0% (n=3). Conclusiones: Nuestros resultados coinciden con los datos provenientes de la literatura que reportan una elevada prevalencia de hiperhomocisteinemia en pacientes con la enfermedad de AF. Deficiencias nutricionales, falla renal y disturbios metabólicos son probables agentes etiológicos. Observamos en nuestra población una prevalencia muy alta de IA y ACA. La acumulación de lípidos puede contribuir a la generación de autoanticuerpos, los cuales pueden formar inmunocomplejos, como en la enfermedad de Gaucher, la presencia de glucocerebrósidos puede provocar una inmunestimulación crónica, siendo este el mecanismo que podría explicar la asociación entre AFD y autoanticuerpos tales como IA y ACA.

MENINGITIS INFECCIOSA EN PACIENTES SOMETIDOS A NEUROCIRUGÍA

Santi A, Alvarez P, Fernández ML, Micucci N, Razuc G, González ML, Rizzo M, Dolcemasclo N, Lunardini G. Laboratorio Central. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Las infecciones en cirugía neuroquirúrgica representan un problema diagnóstico y están frecuentemente asociadas con alta morbilidad y mortalidad, además constituyen una de las complicaciones más frecuentes dentro de estos procedimientos. **Objetivos:** Estimar la prevalencia de meningitis infecciosa en los pacientes con sospecha clínica, sometidos a neurocirugía en nuestro hospital. Determinar la frecuencia de agentes etiológicos. Determinar la sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos del estudio fisicoquímico comparado con los resultados microbiológicos del líquido cefalorraquídeo (LCR). **Materiales y Métodos:** Se estudiaron, en forma retrospectiva, 304 episodios de infección de 128 pacientes sometidos a neurocirugía. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y de registros archivados en el Laboratorio Central. Se dividieron a los pacientes en tres grupos etarios: neonatos; pediátricos y adultos. Las 304 muestras fueron sembradas en los medios adecuados. Se les realizó el estudio fisicoquímico a 153 de ellas. **Resultados:** El 20,4% del total de las muestras analizadas arrojaron un estudio microbiológico positivo. Resultaron meningitis bacterianas el total de los cultivos positivos a excepción de uno donde se aisló una levadura, siendo el *Staphylococcus coagulans* negativo el microorganismo más frecuentemente hallado (45,2%). Le sigue en importancia el *S. aureus* (16,1%). Si discriminamos los cultivos positivos según los grupos estudiados observamos los siguientes resultados: neonatos: 12,0%, pediátrico: 16,7% adultos: 32,0%. Si relacionamos los resultados obtenidos en el cultivo con las características del estudio fisicoquímico se deduce que el 93,9% de los LCR analizados con estudio fisicoquímico normal resultaron con cultivo negativo, mientras que el 25,3% de los que arrojaron un estudio fisicoquímico patológico tuvieron cultivo positivo. Con estos datos se estimó la S, E y valores predictivos del análisis fisicoquímico. La S y E halladas fueron 0,85 y 0,49 respectivamente. El VPN fue 93,9% (62/66) y el VPP 25,3% (22/87). **Conclusiones:** Tanto la prevalencia de meningitis infecciosa como la frecuencia de los microorganismos aislados en pacientes sometidos a neurocirugía determinados en este estudio coinciden con la bibliografía.

UNIDAD CENTINELA DE HEPATITIS VIRALES. PERÍODO 2003-2004

Barzola S, Bonano A, Tafetani M. Servicio de Gastroenterología. Servicio de Hemoterapia. Laboratorio de Análisis Clínicos. Hospital Interzonal Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina. **Introducción:** La Unidad Centinela Pampeana funciona en nuestro hospital desde 1997, forma parte de un grupo de unidades distribuidas en distintas provincias del país coordinadas por un Centro Nacional de Referencia que funciona en el Instituto Malbrán, con fines epidemiológicos, de prevención, control y tratamiento de las Hepatitis Virales en Argentina. **Objetivos:** Evaluar en forma retrospectiva, durante el período de un año los casos de hepatitis A, B, C, clasificándolas según edad, sexo y comparar con el período 2002-2003. **Materiales y Métodos:** Se analizaron durante Julio del 2003 a Junio del 2004, 168 pacientes con signos clínicos de hepatopatía crónica (criterios de inclusión) a los que se les realizaron los marcadores: HBsAg y antiHBc para Hepatitis B y antiHCV para Hepatitis C y 198 pacientes con evidencias clínicas de Hepatopatía aguda (criterios de inclusión) fueron estudiados con los marcadores IgM antiHAV e IgM antiHBc. En todos se usó como metodología Elisa de 3ª generación. **Resultados:** Del grupo de los pacientes crónicos se obtuvieron 76 (46%) con serología positiva, de los cuales 35 fueron antiHCV (edad media 39 años, 62 % masculinos), 7 HBsAg (edad media 37 años, 90% masculinos) 34 antiHBc pos. De los pacientes agudos resultaron positivos 123 (62%), de los cuales 118 (96%) resultaron IgM antiVHA pos. (Edad media 13 años, 55 % masculinos), 4(3%) IgM antiHBc pos (edad media 26 años, 100 % masculinos). **Conclusiones:** Durante el período Julio 2003-Junio 2004 se observó un incremento del 50% aproximadamente en las hepatitis agudas confirmadas por laboratorio comparándolas con el mismo período del año anterior. En cuanto a las Hepatitis crónicas, tanto B como C, el número de casos se mantiene sin variaciones significativas, siendo la mayoría de los casos nuevos en Hepatitis C coinfecciones con HIV.

SEROLOGÍA DE HEPATITIS VIRALES EN HEMOTERAPIA: 5 AÑOS

Tafetani M, Barzola S, Bonanno A. Hemoterapia. Gastroenterología. Laboratorio. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina. **Introducción:** Las transfusiones de sangre pueden transmitir un número importante de infecciones, entre las que se encuentran las hepatitis virales B y C, que pueden evolucionar a cronicidad ocasionando gran morbilidad al paciente, costos elevados en los tratamientos que no siempre son inocuos y con la respuesta esperada, por lo tanto la detección en donadores de sangre implica una fuente importante de datos

epidemiológicos que permiten detectar portadores asintomáticos y accionar en consecuencia. Objetivos: Analizar la prevalencia de marcadores de Hepatitis B y C en dadores en los últimos 5 años, comparando resultados. Materiales y Métodos: Se analizaron entre Julio 1999-junio2004 30.399 dadores y se realizaron los marcadores HBsAg, antiHbc y antiHCV ELISA 3° generación. Resultados: Se obtuvieron en este periodo de 5 años: HBsAg pos: 1,15%, AntiHbc pos: 0,16% AntiHCV pos 0,41%.

de las muestras, 75% (671/892) fueron de pacientes ambulatorios y un 25% (221/892) a internados. Se obtuvo cultivo monomicrobiano en un 98.5% (879/892), siendo E. coli el microorganismo más frecuentemente hallado: 66,8% (587/879). Conclusiones: Tanto la distribución general de los distintos microorganismos hallada en nuestro estudio como la mayor prevalencia en las niñas concuerda con la bibliografía.

Período	HBs Ag	AntiHbc	AntiHCV
1999-2000	0,25	2,08	0,57
2000-2001	0,15	1,49	0,49
2001-2002	0,16	1,91	0,64
2002-2003	0,13	1,44	0,18
2003-2004	0,09	1,43	0,17

Conclusiones: Comparando resultados observamos una tendencia negativa en las 3 determinaciones, lo que probablemente corresponda a un mayor tamizaje por un interrogatorio médico más excluyente. Datos similares se encuentran en otros centros Nacionales de Hemoterapia.

INFECCIONES URINARIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

García C, Dolcemascolo N, González ML, Micucci N, Razuc G, Santi A.

Laboratorio Central. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: las infecciones urinarias constituyen una de las patologías más importantes debido a su prevalencia creciente a partir de los primeros días de vida. Se considera uno de los problemas médicos de mayor importancia debido a la inespecificidad de las manifestaciones clínicas con que se presentan en pacientes pediátricos y a su asociación a complicaciones tales como cicatrices e insuficiencia renal. Más del 95% de las infecciones urinarias son monomicrobianas y Escherichia coli es sin duda la bacteria que predomina. Objetivos: 1) Estimar la prevalencia de urocultivos positivos sobre el total de urocultivos solicitados en pacientes pediátricos entre los años 2000-2004. 2) Determinar la distribución de los diferentes gémenes. 3) Determinar la prevalencia de patógenos discriminando entre pacientes internados y ambulatorios. 4) Determinar la prevalencia de infección urinaria según el sexo. Materiales y Métodos: Se estudiaron 3597 urocultivos provenientes de pacientes pediátricos ambulatorios e internados que concurren al H.I.G. «Dr. José Penna» entre los años 2000-2004. Se consideró como paciente pediátrico a aquel menor de 16 años. El procesamiento de las muestras y las caracterizaciones se realizaron por técnicas convencionales. Las orinas procesadas fueron obtenidas por las técnicas de chorro medio, punción suprapúbica y punción proximal de sonda. Resultados: De las 3597 muestras analizadas, el 25% (892/3597) resultaron positivas, correspondiendo un 72% (643/892) a niñas y un 28% (249/892) a varones. Cuando se analizó la procedencia

ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO PARA EL RETRASO DEL CRECIMIENTO.

Badr P, López S, Bugatti F, Príncipe N, Urriaga G, Dana A, Grunfeld V, Salas M. Hospital Menor de Ingeniero White, Unidad de Medicina Familiar y Salud Comunitaria. Bahía Blanca. Argentina. pedrosilberman@data54.com

Introducción: Existen factores asociados al retraso del crecimiento infantil. Ponderar los mismos podría ser útil para valorar el riesgo nutricional de los niños y activar de esta manera estrategias de prevención primaria en la población más vulnerable. Objetivos: Analizar los factores de riesgo asociados al desarrollo de retraso del crecimiento en menores de 5 años de Ingeniero White. Realizar un score para evaluar el riesgo de retraso del crecimiento. Materiales y Métodos: Estudio de casos y controles. Relevamos las historias clínicas de menores de 5 años del Hospital de Ingeniero White y Unidad Sanitaria de Boulevard con registro antropométrico realizado durante un control de salud. Consideramos como casos los niños con peso/edad, talla/edad y peso/talla en percentilo <10 según las Gráficas de Crecimiento y Desarrollo 2003 de la SAP, y controles con dichos parámetros en percentilo >10, en relación 2:1 con los casos y tomados en forma randomizada respetando la distribución por sexo y edades. La muestra incluyó 50 casos y 100 controles. Analizamos mediante encuestas domiciliarias factores asociados al niño, al medio familiar ambiental y socioeconómico y la accesibilidad al sistema de salud. Analizamos la asociación mediante tablas de 2x2, estimamos el poder estadístico mediante el método de chi cuadrado. Resultados: encuestamos hasta la fecha al 60% de los casos y el 64 % de los controles. Encontramos diferencias clínicamente significativas en: Peso al nacimiento < 2.500 grs. OR 2.83 (IC 95% 0.43-20.5), madre con primario incompleto OR 6.27 (IC 95% 1.03-17.6), barreras de accesibilidad OR 2 (IC 95% 0.57-6.78), madre sin pareja (OR 1.98), diarrea en el primer semestre de vida OR 2,36 (IC95% 0.70-7.86), más de 3 hermanos OR 13.25 (IC 95% 0.83-12.50). Conclusiones: Hallamos varios factores clínicamente significativos asociados al retraso del crecimiento. Esperamos lograr significancia estadística ampliando la muestra con todos los casos registrados en Bahía Blanca.

VIOLENCIA FAMILIAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL MENOR DE INGENIERO WHITE.

Urriaga G, Salas M, Príncipe N, López S, Grunfeld V, Dana A, Bugatti F, Badr P, Silberman P. Unidad de Medicina Familiar y Salud Comunitaria de Ingeniero White. Bahía Blanca. Argentina. pedrosilberman@data54.com

Introducción: Actualmente no contamos con datos sobre la magnitud de la violencia familiar en nuestra población, por lo

que decidimos realizar este trabajo para desarrollar luego un Programa de Formación para Profesionales y Líderes Comunitarios. Objetivos: Estimar la magnitud del problema de la violencia familiar que afecta a la población que asiste a los consultorios de Medicina Familiar del Hospital Menor de Ingeniero White. Materiales y Métodos: estudio descriptivo de corte transversal. Se realizó una encuesta auto-administrada, voluntaria y anónima a todas las mujeres que asistieron a los consultorios de Medicina Familiar durante el mes de junio del corriente año. Resultados: Se entrevistaron 104 mujeres, de las cuales 18% son o han sido maltratadas por su pareja en algún momento de su vida, más del 90% en la etapa de extensión. Conclusiones: Se observó una prevalencia que se asemeja a los datos disponibles. Consideramos que es necesario seguir adelante con la investigación en materia de violencia, en particular desde la percepción que de ella tienen los diferentes miembros de una familia y las consecuencias que este fenómeno tiene sobre la salud.

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN JÓVENES ESCOLARIZADOS DE INGENIERO WHITE

Príncipe N, López S, Polla S, Bugatti F, Speroni M, Urriaga G, Badr P, Dana A, Grunfeld V, Salas M. Silberman P. pedrosilberman@data54.com

Unidad de Medicina Familiar y Salud Comunitaria de Ingeniero White. Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Las tasas de prevalencia del consumo de alcohol, de tabaco y de otras drogas deberían ser motivo de preocupación para los encargados de formular políticas en la mayoría de los países, puesto que constituyen importantes factores que afectan a la salud y el bienestar de la población. Objetivo: estimar el uso de drogas por los jóvenes en Ingeniero White, siguiendo estrategias recomendadas por la OMS. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Se encuestaron 201 jóvenes, de 13 a 19 años de edad, durante el mes de Julio del 2004. Encuesta escolar utilizada por las Naciones Unidas, auto-administrada y voluntaria. Resultados: Se visitó la Escuela Secundaria Mosconi y se entregaron 201 encuestas en los grados 8º, 9º EGB, 1º y 2º polimodal. Tabaco: el 38% fumó alguna vez, el 30% comenzó entre los 11 y 13 años. Alcohol: el 55% consumió cerveza y el 50% vino. Drogas: el 8% consumió marihuana, el 3% pegamento, el 2% cocaína y el 1% tranquilizantes. Conclusiones: La prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillos es alta y su comienzo a edades tempranas. Los jóvenes entre 13-16 años han oído hablar de drogas como cocaína, marihuana, tranquilizantes, pegamento, anfetaminas y éxtasis con una alta frecuencia y creen que sería bastante a muy fácil conseguir las.

CONSUMO DE CIGARRILLOS EN MUJERES UNIVERSITARIAS.

Pérez Verdera P^{*,#}, Pérez JE^{*,##}, Gandini NA^{*}, Bertón P^{*}, Lang C^{*}, Ullua N^{*}, Gigola G^{*}, Oresti GM^{*}, Melatini G^{*}, Fermento ME^{*}, Peñin AE^{*}, Delmas AF^{*,#}, Zwenger A^{*,#}, Lofrano HC^{*}, Lombán V^{*}.

* Cátedra de Anátomo-Histología. Biología, Bioquímica y Farmacia. Universidad Nacional del Sur (UNS).^{*,#} Hospital Interzonal «Dr. José Penna». ^{*,#}GOCS. Grupo Oncológico Cooperativo del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El consumo de tabaco es una de las principales causas prevenibles de muerte en el mundo. Un número creciente de mujeres jóvenes está adquiriendo el hábito de fumar cigarrillos. La preponderancia del tabaquismo es tres veces mayor entre las mujeres que no han alcanzado educación secundaria al compararlas con aquellas que han alcanzado un nivel universitario. Casi todas las mujeres que fuman comenzaron con este hábito en su adolescencia. Objetivos: Evaluar el consumo de cigarrillos entre mujeres universitarias. Materiales y Métodos: Se entrevistaron 100 mujeres de diferentes carreras de la UNS. Resultados: El 30% de las mujeres universitarias fuma. El consumo de cigarrillos diario es menor a 20/día en el 76.66%, seguido de 20/día en el 16.66% y el resto, 6.68%, fuma más de 20/día. El 66.66% comenzó a fumar entre los 16 a 21 años, en segundo lugar se encuentran aquellas que comenzaron con más de 21 años de edad; el 20% y el 13.34% restante inició su hábito con menos de 16 años de edad. Conclusiones: Aproximadamente un tercio de las mujeres universitarias son fumadoras. La edad de comienzo prevalente de esta adicción fue entre los 16 a 21 años de edad. Resulta alarmante el incremento en el consumo de cigarrillos en mujeres, especialmente en los grupos más jóvenes. La mayor aceptación social del cigarrillo, el cambio del rol de las mujeres en la sociedad, la falta de campañas de educación apropiadas y la efectividad publicitaria de las tabacaleras, serían factores que contribuirían a esta tendencia. Esto, debería ser tenido en cuenta por los organismos, gubernamentales y no gubernamentales, para diseñar campañas de educación, que aborden este problema desde un punto de vista focalizado hacia las edades y los grupos más vulnerables.

CONDUCTA PREVENTIVA DEL CÁNCER DE CERVIX EN DOS GRUPOS DE MUJERES UNIVERSITARIAS.

Peñin AE^{*}, Zwenger A^{*,#}, Pérez JE^{*,##}, Bertón P^{*}, Lang C^{*}, Ullua N^{*}, Gigola G^{*}, Oresti GM^{*}, Melatini G^{*}, Fermento ME^{*}, Delmas AF^{*,#}, Lofrano HC^{*}, Pérez Verdera P^{*,#}, Lombán V^{*}, Gandini NA^{*}.

* Cátedra de Anátomo-Histología. Biología, Bioquímica y Farmacia. Universidad Nacional del Sur (UNS).^{*,#} Hospital Interzonal «Dr. José Penna». ^{*,#}GOCS. Grupo Oncológico Cooperativo del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El cáncer es una de las causas principales de muerte en todo el mundo. La OMS estima que cada año 450.000 mujeres son diagnosticadas por primera vez con cáncer de cérvix y que 240.000 mujeres mueren de esta

enfermedad. En la Argentina, entre los cánceres ginecológicos, el cáncer cervical ocupa el segundo lugar, luego del de mama. Hacerse la prueba de Papanicolaou es una importante estrategia para las mujeres ya que la mayoría de las veces, esta prueba puede prevenir el desarrollo del cáncer cervical. Objetivos: Evaluar la conducta preventiva de cáncer de cérvix por medio de la realización del Test de Papanicolaou en dos grupos de jóvenes universitarias. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio tipo descriptivo para el cual se adaptó un cuestionario de la UICC que no fue entregado a las encuestadas. Las entrevistas fueron realizadas por personas previamente instruidas. Se entrevistaron 100 mujeres, entre 20 y 30 años, 50 pertenecientes a carreras biológicas y 50 a ciencias no biológicas. Resultados: El 42% de las mujeres de ciencias Biológicas y el 66% de otras ciencias afirmaron haberse hecho alguna vez el test de PAP, de las cuales el 90% y 79% respectivamente se lo habían realizado en el último año. Conclusiones: Estos resultados no indican que las mujeres de ciencias biológicas, a pesar de su conocimiento, se realicen el PAP con mayor frecuencia que las del otro grupo. Sabemos que por concepciones erróneas, mitos culturales y hábitos equivocados, gran parte de las mujeres no solicitan un estudio de Papanicolaou, y de las que sí lo solicita, no lo hacen con la periodicidad recomendada. Por lo tanto, consideramos que una mayor inversión en información, educación, prevención y detección temprana del cáncer de cervix podría ayudar a diagnosticar a un mayor número de pacientes en etapas tempranas de la enfermedad.

CONOCIMIENTO DE ALUMNAS UNIVERSITARIAS SOBRE LAS ONG QUE LUCHAN CONTRA EL CÁNCER

Gigola G^{*}, Gandini NA^{*}, Pérez JE^{*,##}, Bertón P^{*}, Lang C^{*}, Ullua N^{*}, Oresti GM^{*}, Melatini G^{*}, Fermento ME^{*}, Peñin AE^{*}, Delmas AF^{*,#}, Zwenger A^{*,#}, Lofrano HC^{*}, Pérez Verdera P^{*,#}, Lombán V^{*}.

* Cátedra de Anátomo-Histología. Biología, Bioquímica y Farmacia. Universidad Nacional del Sur (UNS).^{*,#} Hospital Interzonal «Dr. José Penna». ^{*,#}GOCS. Grupo Oncológico Cooperativo del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Existen medidas de prevención eficaces para reducir sustancialmente el número de nuevos casos y prevenir muchas muertes por cáncer. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) instan a las organizaciones internacionales, gobiernos, instituciones públicas y privadas e individuos de todos los sectores a una acción concertada para prevenir y tratar el cáncer en todo el mundo. Objetivos: Comparar conocimiento respecto a las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que luchan contra el cáncer en dos grupos de mujeres universitarias, uno perteneciente a carreras relacionadas con ciencias de la salud y un segundo grupo de otras ciencias. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio tipo descriptivo para el cual se adaptó un cuestionario de la UICC que no fue entregado a las encuestadas. Las entrevistas fueron realizadas por personas previamente instruidas. Se entrevistaron un total de 100 mujeres universitarias al azar

separándolas en dos grupos. Resultados: El 18% del grupo de ciencias de la salud y el 12% del grupo de otras ciencias no sabe si existe en la ciudad ONGs que luchan contra el cáncer y las que dicen que si saben, no conocen sus nombres (el 25% del primer grupo y el 37% del segundo grupo). La organización más conocida es LALCEC, 59% y 45% respectivamente. Conclusiones: Más de la mitad de las alumnas universitarias de Bahía Blanca no conocen las ONGs que luchan contra el cáncer. Visto que el grupo encuestado pertenece al grupo educativo más alto de nuestra población y que el 50% de los individuos no conocen a las ONGs dedicadas a la lucha contra el cáncer de su ciudad, consideramos importante que el Estado debería ocuparse con mayor énfasis en la prevención de esta enfermedad.

ACTITUD PREVENTIVA CONTRA EL CÁNCER EN MUJERES UNIVERSITARIAS

Gandini NA*, Pérez JE **#, Bertón P*, Lang C*, Ullua N*, Gigola G*, Oresti GM*, Melatini G*, Fermento ME*, Peñin AE*, Delmas AF*, Zwenger A*, Lofrano HC*, Pérez Verdera P **#, Lombán V*.

* Cátedra de Anatómo-Histología. Biología, Bioquímica y Farmacia. Universidad Nacional del Sur (UNS).[‡] Hospital Interzonal «Dr. José Penna». #GOCS. Grupo Oncológico Cooperativo del Sur. Bahía Blanca. Argentina. ngandini@uns.edu.ar.

Introducción: Actualmente el cáncer es causa de muerte del 12% de la población mundial. En todo el mundo se han desarrollado campañas dirigidas a la educación preventiva. En la Argentina, existen distintas organizaciones no gubernamentales que desarrollan su actividad en todo el país. Sin embargo, expertos de la organización mundial de la salud han delineado un panorama preocupante; en los próximos 20 años el número de muertes por cáncer aumentará anualmente a razón de 4 millones. Objetivos: Estudiar a dos poblaciones de mujeres universitarias en su actitud frente a la visita precoz al médico y su tendencia a la visita especializada. Materiales y Métodos: Se adaptó un cuestionario realizado para la UICC. Se entrevistaron 50 mujeres pertenecientes a carreras de ciencias biológicas y 50 a carreras de ciencias no biológicas de la UNS. Resultados: El 46% de las entrevistadas del grupo de ciencias biológicas manifestaron haber ido al médico alguna vez aun encontrándose perfectamente, mientras que, el 66% de las mujeres pertenecientes a ciencias no biológicas manifestó que habían concurrido al médico en una situación semejante. Ambos grupos mostraron su tendencia a la consulta de su médico de cabecera. El 60% de las mujeres encuestadas de las ciencias biológicas admitió haberse sometido a reconocimiento o pruebas para averiguar si padece cáncer, mientras que, el 54% del grupo de ciencias no biológicas manifestó una situación similar. Conclusiones: Los estudios de evaluación son absolutamente vitales en todo programa de educación pública, sin ellos se trabajaría a ciegas contentándonos con esperar que nuestro trabajo fuese útil y eficaz. Consideramos que el trabajo presentado puede ser utilizado como objeto de análisis de los esfuerzos realizados por profesio-

nales de la salud, ONG dedicadas a la lucha contra el cáncer y el Estado para replantear las estrategias de educación preventiva.

ADOLESCENCIA Y POBREZA: COMO TRANSITAN POR ESTA ETAPA LOS Y LAS ADOLESCENTES QUE VIVEN EN CONDICIONES DE EXTREMA POBREZA.

Bolo G, Milano D.

Secretaría de Salud Municipalidad de Bahía Blanca

Introducción: El presente trabajo aborda: La adolescencia, como momento clave en la existencia del hombre que reviste características propias y el estrato socioeconómico del cual provienen los/las adolescentes. Existe relación entre el contexto socioeconómico y la forma en que los sujetos tramitan su existencia concreta. Por lo tanto, existen diferencias entre aquellos cuya adolescencia transcurrió en un contexto socioeconómico con movilidad social ascendente y los adolescentes de hoy. Objetivos: Señalar los aspectos socio-históricos que dan cuenta de los niveles de pobreza actuales en el país. Conocer las características que adopta la adolescencia en un contexto de exclusión en diferentes coyunturas históricas. Analizar las ideas de los/las adolescentes de los sectores pauperizados en relación a su futuro. Materiales y Métodos: En una primer etapa del trabajo se siguió un diseño exploratorio, donde se exploraron las categorías conceptuales de las variables sociológicas adolescencia y exclusión social. En una segunda etapa, se desarrolló la técnica de entrevista. El tamaño de la muestra fue de 20 entrevistas, cuyo universo muestral comprendió adolescentes de ambos sexos entre 13 y 18 años de edad, pertenecientes a barrios periféricos de la ciudad de B. Blanca. Se relacionaron los datos recabados con las categorías conceptuales en el marco de un diseño descriptivo. Conclusiones: La adolescencia en contextos urbanos críticos se encuentra asociada a complejos fenómenos vinculados a la producción social de exclusión, a una cultura de la segregación, que da lugar a la conformación de grupos marginados socialmente. La pertenencia a los mismos está asociada a la transgresión a leyes y normas. En sus estrategias de supervivencia se evidencia una ruptura de los mecanismos de producción y reproducción social. Los adultos del mismo estrato socioeconómico que vivieron la adolescencia en otra coyuntura, sin las profundas diferencias de hoy, poseen otro registro histórico. A partir de esta situación se establecen diferencias entre ambos fragmentos generacionales.

UN ANÁLISIS DE LAS POSIBLES RUPTURAS DE ESTRATEGIAS DE CONTROL SOCIAL Y DISCIPLINAMIENTO EN EL ÁMBITO PÚBLICO DE SALUD.

Juarez K, Giraud M, Biera A, Simi G, Ftulis N, Martí M.

Equipo de Residencia de Trabajo Social. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: No implica un hallazgo teórico pensar las prácticas del sector salud en el ámbito público desde la perspectiva de control social. Situándonos en el espacio de las instituciones y deteniéndonos en la relación entre los

membros de los equipos de salud y los sujetos atendidos, podemos subrayar dos cuestiones: a- la suerte de reproducción de los discursos y prácticas de control social por parte de los agentes institucionales; b- la interiorización con carácter histórico de esos discursos y prácticas en los sujetos usuarios de la institución. No obstante, este planteo no debe obnubilar el develamiento de episodios de ruptura de prácticas hegemónicas por parte de los miembros de los equipos de salud y de ruptura de estrategias de disciplinamiento en los sujetos atendidos. Desarrollo: Nos detenemos en el análisis empírico conceptual de «experiencias de quiebre», en el marco de los servicios públicos de salud, en relación a estrategias de control social instrumentadas por los agentes institucionales y en relación a estrategias de disciplinamiento interiorizadas por la población atendida. Conclusiones: El concepto de hábitos de Pierre Bourdieu, que en palabras de Alicia Gutiérrez (1994) podría definirse como «disposiciones a actuar, percibir, valorar, sentir, pensar de un cierta manera más que de otra, disposiciones que han sido interiorizadas por el individuo en el curso de su historia», algo así como «una segunda naturaleza, una naturaleza socialmente constituida», y el recorrido a través de la obra de Bourdieu en relación a la posibilidad de modificación de los hábitos permite introducirnos en posibles explicaciones acerca del desmoronamiento de estrategias de control y disciplinamiento establecidas, fundamentalmente situándonos en la idea de la mutación de hábitos impulsada por un cambio de condiciones. Cambio de condiciones que puede estar representado por la esencia de la relación entre los agentes institucionales y los sujetos de atención.

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN ADULTA DE INGENIERO WHITE.

López S, Ruggero S, Polla S, Buggatti F, Speroni V, Silberman P, Urriaga G, Principe N, Vázquez S, Martin M. Unidad de Medicina Familiar y Salud Comunitaria, Hospital Menor de Ingeniero White. Bahía Blanca. Argentina. pedrosilberman@data54.com

Introducción: Las disfunciones familiares son capaces de generar problemas de salud en algunos miembros de la familia, obligándolos a demandar atención en los servicios sanitarios.

Diferentes estudios realizados, muestran que un elevado porcentaje de los motivos de consulta en atención primaria (30 a un 60%) se debe a disfunciones familiares. Objetivos: 1) Estimar la prevalencia de disfunción familiar en la población adulta, en el periodo de 01/07/2003 al 31/09/2004; 2) Describir las características de los motivos y el número de consultas, estructura familiar y la etapa del ciclo vital en que se encuentran las familias disfuncionales. Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que concurren a los consultorios externos de Medicina Familiar por demanda espontánea. Finalizada la consulta, se les solicitó que contestaran el cuestionario de Apgar que nos permitió clasificar las familias. Posteriormente, se obtuvieron de la historia clínica datos como: edad, sexo, nivel de instrucción, estructura familiar número de consultas en el

año previo a la consulta actual y el motivo de consulta actual. Los datos obtenidos se analizaron estadísticamente con el programa Stata. Resultados: Del total de las personas encuestadas (130), hemos encontrado disfunción familiar en un 20.93%, de los cuales 14.73% correspondieron a una disfunción moderada y 5.43% severas. De las familiar disfuncionales, la media de números de consulta fue de 5.14 (IC: 4.05-6.23 y en los normofuncionales de 2.99 (CI 95%:2.3-3.6), P:0.0000. El 44.45% consultó por problemas relacionados con salud mental o mal definidos. El 40.74% correspondió a una familia NO nuclear y el 68% se encontró en la etapas IIA, IIB y III del ciclo vital. En ninguna de estas variables hemos encontrado diferencias significativas con respecto a las familias normofuncionales. Conclusiones: Creemos que la prevalencia de familias disfuncionales en nuestra muestra es elevada (20.93%) y coincide con datos encontrados en la bibliografía.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE INGENIERO WHITE: BARRIO VIALIDAD

Dana A, Badr P, López S, Bugatti F, Príncipe N, Urriaga G, Grunfeld V, Salas M, Silberman P.

Unidad de Medicina Familiar. Hospital Menor de Ingeniero White. Bahía Blanca. Argentina.

pedrosilberman@data54.com

Introducción: El análisis de la situación representa un instrumento científico-metodológico-aplicativo para identificar, priorizar y encarar los problemas comunitarios de salud, siendo el primer paso en la planificación en salud. Su enfoque a nivel local y comunitario favorece: el trabajo interdisciplinario, la priorización de problemas y la participación social y comunitaria en la solución de los mismos. Objetivos: Analizar cuali-cuantitativamente los determinantes del proceso salud-enfermedad para iniciar la planificación de estrategias de salud con orientación comunitaria. Materiales y Métodos: Este trabajo tiene un diseño descriptivo observacional. El análisis se realizará en todos los barrios de Ingeniero White, desde junio a diciembre de 2004. La información se obtuvo a través de encuestas realizadas por referentes de barrio y de manzana (técnica cualitativa de informante clave) en el Barrio Vialidad, zona referencial de planificación. Resultados: Se registraron 750 habitantes, 206 casas encuestadas, obteniéndose los siguientes resultados. Tasa bruta de natalidad: 28 0/00-Tasa bruta de mortalidad: 10.6 0/00-Tasa de inmigración: 18.66 0/00-Tasa de emigración: 32 0/00-Saldo migratorio: 13.3 0/00-Tasa de crecimiento anual: 4 0/00-Total de nacimientos: 21-Tasa bruta de natalidad: 28 0/00-Tasa de mortalidad infantil: 0 0/00-Total de niños con bajo peso al nacer: 5-Tasa de bajo peso al nacer: 21%-Menores de 1 año con vacunación completa: 95.2 % -Edad promedio de las madres: 23años-Porcentaje de madres < de 20 años:13%-Promedio de controles de salud: 6.27-Porcentaje de embarazadas con menos de 5 controles: 23 %-Enfermedades prevalentes: Tabaquismo, HTA, DBT-Problema principal a nivel comunitario: Inseguridad a nivel Familiar: Falta de Trabajo-Realización de PAP:61% lo realizó en los últimos 2 años-Control

de Salud:67% últimos 2 años-Conformidad en la guardia: El 38,48% se registraron como muy conforme.Conformidad en el consultorio: muy conforme un 41,5%. Conclusiones: Con este análisis se obtuvieron indicadores de mucha utilidad tanto demográficos, como de salud del niño, control de embarazo, acceso al sistema de salud y sus principales obstáculos. Estos datos serán utilizados como punto de partida para futuras planificaciones con orientación comunitaria.

COMPORTAMIENTOS Y PERCEPCIONES DE LOS ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON DISTINTAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Nigro A, Cohen A, Dolccini M, Ipiña A,Liberti C, Olivera Sousa M.

Introducción: Conocer el comportamiento y percepción que tienen los adolescentes de su propia realidad para elaborar programas de prevención. Objetivos: 1) Describir los comportamientos y percepciones de los adolescentes en relación a su vida;2) Describir la relación entre estos comportamientos y percepciones y distintas variables sociodemográficas. Materiales y Métodos: Encuesta en una muestra por conveniencia de 795 adolescentes de Bahía Blanca y Puán, por medio de un cuestionario auto-administrado diseñado por el Comité de Adolescencia de la SAP en 1997. Se consideraron: problemas percibidos, la familia, independencia, satisfacción y valoración de su vida personal. Para el presente estudio se utilizaron los métodos de Chi²;t-student y Mann-Whitney Resultados: Escuchar música y estar con los amigos fueron las actividades más frecuentes en el uso del tiempo libre. 56%; Consumir alcohol y cigarrillos: 30%; Haber probado marihuana: 7%. Los interlocutores más frecuentes fueron la madre y los amigos. El tipo de problema más mencionado fue el problema económico. El 36%, desea una familia diferente a la propia; siendo esto más evidente entre adolescentes de hogares no completos que entre sus pares de hogares completos. Un 11% no está conforme con su vida. La percepción negativa del modelo de hogar paterno; no creer en Dios, se asociaron con una mayor frecuencia de insatisfacción. La familia fue el aspecto más valorado de la propia vida, independientemente de las condiciones objetivas del hogar. Conclusiones: Los elevados índices de adolescentes que fuman y consumen alcohol pone de manifiesto la importancia de la prevención de este grupo. La valoración familiar de los adolescentes destaca la necesidad de reforzar su rol.

UNA MIRADA A LA INVESTIGACIÓN EN SALUD UNA VEZ MÁS DESDE LA PERSPECTIVA DEL DEBATE CUALITATIVO- CUANTITATIVO. LA MEDICINA Y LAS CIENCIAS SOCIALES.

Ftulis N

Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La realidad de los procesos de salud-enfermedad-atención es compleja, por lo tanto su captación en el

marco de procesos de investigación científica, no puede quedar reducida a una única perspectiva de análisis en términos cualitativos o cuantitativos. -Cuando las orientaciones cualitativas o cuantitativas adoptan posiciones de «absolutismo excluyente» (Ortí 1995), se conducen hacia búsquedas estériles. -Ambos enfoques a los que J. Breilh (2003) llamaría intensivo y extensivo, cobran distinta significación puestos en marcha en el marco de posiciones teórico-epistemológicas diferentes. -El debate cualitativo- cuantitativo a pesar de parecer estar resuelto en términos de poder ser pensado desde la complementariedad, sigue despertando elucubraciones epistemológicas en ámbitos académicos y profesionales.-Si bien es un debate que da mayores muestras de vitalidad al interior de las ciencias sociales, la física contemporánea no ha escapado al tratamiento teórico de esta aparente dicotomía.-A nivel del mundo de la salud, las ciencias sociales han transferido este debate y/o la posibilidad de adopción de dimensiones cualitativas de investigación en un camino de reformulaciones teóricas, al tipo de medicina con la que comparten espacios en las líneas de medicina social latinoamericana, epidemiología crítica, y movimiento de salud colectiva. La medicina hegemónica, es decir la biomedicina, y las ciencias sociales de orientación positivista se encuentran posicionadas en la legitimidad exclusiva del cuantitativismo. Desarrollo: Este trabajo persigue fundamentar que: a) abrir el análisis de la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención requiere de la adopción de posiciones teóricas que rescaten la historicidad de estos procesos y en ese marco, debe inscribirse la opción por orientaciones cualitativas y/cuantitativas. b) la opción por el uso de enfoques cualitativos y/ o cuantitativos en investigación en el ámbito de la salud, no debe ser definida por el carácter de la disciplina de la que parte la investigación, sino por la naturaleza del recorte que se cristaliza en una problematización. Conclusiones: Avanzar en el quiebre de reduccionismos en relación al abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención, implica replanteos teóricos en los que se enmarquen los debates metodológicos.- En el marco de un proceso de investigación, la imposibilidad de distinguir cuál es el enfoque en términos cualitativo y/cuantitativo que exige la problematización y su derivación en una elección metodológica inoportuna, puede implicar desvirtuaciones de carácter metodológico, y de más está decir, resultados poco serios.

LA MORTALIDAD INFANTIL COMO INDICADOR DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN EN EL PARTIDO DE VILLARINO.

Verdera G[#], Pérez Verdera P*, Pérez Verdera G[^], Bianchi G[#].

[#]Universidad Nacional del Sur. *Hospital Interzonal «Dr. José Penna».Bahía Blanca. [^]Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Las condiciones de salud en un país son uno de los indicadores más significativos de su grado de desarrollo. Difícilmente se logre medir la calidad de vida humana si se atiende al conjunto total de valorización que produce el bienestar humano en el proceso de vivir. La salud de los

seres humanos condiciona el desarrollo de sus potencialidades y se asocia a la distribución del ingreso, situación habitacional y formación educativa. La salud como indicador de la calidad de la vida es tan importante que por sí solo la hace mensurable. La mortalidad infantil pone en evidencia las deficiencias en calorías, en el acceso a los servicios básicos, educativos, médicos y sanitarios. Una baja tasa de natalidad infantil traduce una más alta calidad de vida. Objetivos: Detectar, analizar y visualizar las variables relacionadas con la mortalidad infantil del partido de Villarino como indicadores de calidad de vida. Materiales y Métodos: recopilación de datos. Elaboración y ordenamiento de la información estadística relativa a la población. Se efectuaron proyecciones, estimaciones y cálculos de indicadores demográficos y sanitarios del período 1999-2001. Resultados: La tasa bruta anual de natalidad: ha sido descendente los dos primeros años de análisis, aunque en el 2001 se presenta superior. Tasa anual de mortalidad infantil: ha disminuido marcadamente en el año 2001. El mayor número de defunciones se da en madre de los rangos más jóvenes de edad y con menores estudios alcanzados. Conclusiones: Se detectó una disminución de la mortalidad infantil tras la implementación de diferentes campañas de prevención y educación sexual sumadas a la de los planes maternos. Se trata de un trabajo preliminar del proyecto «El Ámbito Territorial Bahiense como Espacio de Migraciones». Los desplazamientos de población chilena y boliviana.

EVALUACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS PRENATALES EN PUÉRPERAS EN EL HOSPITAL «DR. JOSÉ PENNA» DE BAHÍA BLANCA.

Lucero R, Brescia S, Risolía M, Damaglia A, Della Chiara L. Residencia Medicina General y Familiar. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El control prenatal constituye una valiosa oportunidad para la promoción, prevención y detección temprana de patologías. No hemos podido identificar estadísticas oficiales que evalúen la casuística y el cumplimiento de algunos parámetros del control prenatal definidos por las normativas CLAPS/OMS. Tampoco, han sido incluidas en el registro del control prenatal intervenciones preventivas recientes de probada costo/eficacia. Objetivos: Evaluar el cumplimiento de algunos parámetros de salud de la consulta prenatal de acuerdo a la Normativa Perinatal Nacional y medidas preventivas en la población puerperal inmediata. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo transversal, mediante encuesta tipo cerrada, con parto realizado en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de nuestro hospital, en el período 2003-2004. Se evaluó realización de PAP, control buco dental, técnicas de lactancia, suplementación con Ácido Fólico, accesibilidad geográfica y nivel de atención. Se incluyeron puérperas en internación conjunta, con embarazos controlados (3 o más controles) según registro CLAP. Resultados: Se obtuvieron 561 encuestas, con los siguientes datos: 1) Embarazos no planeados (59%); 2) Residentes en Bahía Blanca (83%); 3) Control prenatal en unidades APS (33%); 4) Atención hospitalaria (29%); 5) Residencia cercana del centro de control (30min.)(76.3%); 6). Nunca realizó

papanicolau (37.6%); 7) Instrucción en técnicas de lactancia y preparación de pezones (33.3%); 8) Suplementación con Ácido Fólico preconcepcional (1.7%) y postconcepcional (27%); 9) Carecen de control bucodental (68.1%). Conclusiones: Más del 50% de las encuestadas no realizó Papanicolau, control bucodental y suplementación con Ácido Fólico. De acuerdo a los desalentadores resultados, para disminuir la morbimortalidad materno infantil, nos parece importante fortalecer todas las medidas preventivas normatizadas por el CLAP y aquellas no incluidas actualmente en los controles prenatales.

SOPORTE NUTRICIONAL INTRADIÁLISIS: DOS CASOS
Audisio J, Pierdominichi M, Alconcher L, Rudolf G, Barreneche M, Amado P, Mele P.

Centro de Diálisis. Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La malnutrición calórica-proteica es una complicación común de los pacientes en hemodiálisis con insuficiencia renal crónica terminal y es un predictor de la morbi-mortalidad. La disminución de la ingesta proteica y el aumento del catabolismo proteico son los factores más importantes que predisponen a la desnutrición de estos pacientes. Diversas técnicas de soporte nutricional han sido descritas. La nutrición parenteral intradiálisis (NPID), consiste en la infusión de una fórmula nutricional durante la sesión de diálisis, a modo de suplemento. **Materiales y Métodos:** se presentan 2 pacientes con desnutrición severa, evaluada de acuerdo a las guías nutricionales (normas K/DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) y de Fresenius Medical Care) para pacientes en hemodiálisis que recibieron NPID. **Resultados:** Caso 1: paciente con 2 años de hemodiálisis, con amiloidosis, diabetes 2 insulino-requeriente y diarreas crónicas malabsortivas. Peso: 65,5kg, talla: 1,7 m, índice de masa corporal (IMC): 22,6, valoración global subjetiva (SGA): 2; Albúmina 3,38 g/L. Comienza con NPID el 2/10/03. En septiembre del 2004, la valoración nutricional es normal; peso 66,5 kg, IMC 23; Albúmina 4,14 g/L. Caso 2: paciente que luego de 8 años de DPCA, en diciembre de 2003 presentó una peritonitis esclerosante requiriendo hospitalización prolongada, perdiendo 7 Kg (19,4). Peso 29 Kg, talla 1,41 m, IMC 14,6, SGA: 3. Albúmina 3,4 g/L. La debilidad extrema por su caquexia y desnutrición le impedía la deambulación, pasando a hemodiálisis en enero de 2004. El 22/6/04 se decide empezar con NPID. El 09/10/04, su peso fue 31,5 Kg, IMC 16, albúmina 3,8g/L, sin caquexia, mejorando francamente sus actividades. **Conclusiones:** La NPID aplicada en estos 2 pacientes logró la recuperación del estado nutricional. La NPID ha sido ampliamente usada en otros países, existiendo criterios bien establecidos para su aplicación y se debe considerar en todo paciente con alto riesgo nutricional. Persisten controversias acerca de la utilidad de esta técnica en Argentina, no se han determinado criterios para la aplicación de la NPID, algunos antecedentes internacionales son los criterios de Medicare (USA) y los de FME conocidos como criterios de Lazarus.

RELACIÓN ENTRE PIELONEFRITIS AGUDA, DAÑO RENAL Y REFLUJO VESICoureTERAL.

Alconcher L*, Tombesi M**

*Unidad de Nefrología Infantil. **Servicio de Medicina por Imágenes. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La pielonefritis aguda (PNA) puede ser causa de daño renal, con consecuencias tales como hipertensión, toxemia e insuficiencia renal crónica. **Objetivos:** 1) la prevalencia de daño en pacientes con PNA; 2) la relación entre daño y reflujo vesicoureteral (RVU), edad al diagnóstico de la 1ª PNA y número de recurrencias; 3) el valor predictivo de la ecografía en la detección de daño y RVU; 4) Evaluar la evolución alejada. **Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo de 95 pacientes con PNA, 73 mujeres, estudiados con ecografía renal y vesical, cistoureterografía miccional y centellografía 6 meses después de la PNA. Se consideró daño a la presencia de defectos focales y/o una función renal diferencial <40 %. De acuerdo a la edad de presentación de la 1ª PNA los pacientes se dividieron en <2 años: 63 y mayores: 31. Se excluyeron pacientes con obstrucción de la vía urinaria y anomalías detectadas intraútero. En la evolución se evaluó la tensión arterial, proteinuria y clearance de creatinina. Se aplicó el test de Student, considerándose significativa una $p < 0,05$. **Resultados:** En 67 pacientes se detectó RVU (70,6%) y en 42 (44%) daño renal. El 41% de los pacientes con RVU y el 50 % de los no reflucentes tenían daño ($p=0,47$). El 35% de los < de 2 años tenían daño vs. el 62,5% de los > de 2 años ($p=0,011$). El daño se detectó en el 26, 41 y 55% respectivamente de los pacientes con 1, 2 y 3 o más episodios de PNA. El valor predictivo de la ecografía para la detección del RVU y daño fue 0.62 y 0.89, respectivamente. Siete pacientes con daño presentaron hipertensión, 14 proteinuria y 1 deterioró la función renal. **Conclusiones:** 1) La prevalencia de daño es elevada en pacientes con PNA; 2) La ausencia de RVU no descarta la presencia de daño; 3) La probabilidad de daño aumenta con la edad y el número de PNA; 4) Una ecografía normal no descarta la presencia de RVU y de daño; 5) El 16% de los pacientes con daño presentó hipertensión y el 33% proteinuria, lo que resalta la importancia del seguimiento a largo plazo.

IMPLEMENTACION DE NORMAS PARA EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO MENOR DE 1000 GRAMOS. SU IMPACTO EN LA SOBREVIDA.

Manzo G, González Yebra AA.

Servicio de Neonatología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Históricamente la expectativa de supervivencia de los recién nacidos (RN) con peso ≤ 1000 g en nuestro servicio ha sido extremadamente baja ($< 10\%$). Más allá de la carencia de recursos disponibles para atender adecuadamente a esta población de muy alto riesgo, las decisiones médicas claramente influyen en los resultados. Por lo tanto, elaboramos normas de manejo y tratamiento basadas en la evidencia que se implementaron a partir de septiembre del 2003. **Objetivos:** Evaluar el impacto en la supervivencia de los RN con peso ≤ 1000 g a partir de la implementación de normas basadas en la mejor evidencia disponible, privilegiando revisiones sistemáticas (Cochrane Neonatal Collaborative Review) y Trials randomizados controlados, para su manejo y tratamiento. **Materiales y Métodos:** Ingresaron en el estudio en forma prospectiva todos los RN con peso ≤ 1000 g nacidos en nuestro hospital desde el 01/09/03 hasta 30/08/04 (n=27), y en forma retrospectiva todos los RN con peso menor o igual de 1000g nacidos en este Hospital desde el 01/07/02 hasta el 30/08/03 (n=25). Se compararon los antecedentes obstétricos y las variables demográficas entre los dos grupos utilizando el t test o Fisher Exact Test (FET). Se comparó la tasa de supervivencia al Alta de los RN con peso ≤ 1000 g en un período de 12 meses antes y después de la implementación de las normas de manejo y tratamiento. **Resultados:**

Conclusiones: La supervivencia de los RN con peso ≤ 1000 g a partir de la implementación de las normas elaboradas en nuestro servicio aumentó de un 8% a un 22,2%. Si bien este aumento no alcanza significación estadística, podemos concluir que la expectativa de supervivencia para los menores de 1000g cambió de 1/12,5 pacientes a 1/4,5 pacientes.

	Gpo. Control- Pre Norm as (n=25)	Gpo. Estudío-Post Norm as (n=27)	Vabrde p
Cesárea	9 (36%)	10 (37%)	1.0 FET
RPM ≥ 24 hs	4 (16%)	8 (29,6%)	0.5 FET
Esteroides Prenatales	1 (4%)	3 (11,1%)	0.615 FET
Edad Gestacional	26,5+/-DE 3.19	26,35 +/-DE 2.33	0.846 t test
Peso Nacimiento	797,5 +/- DE129	776,5+/-DE 162	0.618 t test
Sexo Masculino	11 (44%)	12 (44,4%)	1.0 FET
Apgar 5to minuto	4,66 +/-DE 2.5	4,14+/-DE 2.6	0.521 t test
Surfactante	12 (48%)	13 (48,1%)	1.0 FET
ARM	12 (48%)	13 (48,1%)	1.0 FET
Sobrevivencia al Alta	2 (8%)	6 (22,2%)	0.276 FET

METÁSTASIS CEREBRAL DE UN HEPATOCARCINOMA: UN CASO REPORTADO CON REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Zwenger A, Pérez J, Ferro A, Luffi C, Pérez Verdera P. Servicio de Oncología Clínica. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El carcinoma hepatocelular (HCC) está relacionado con cirrosis en 50%-80% de los pacientes; sólo 5% de los cirróticos desarrollan cáncer. Entre las metástasis extrahepáticas, que se relacionan más con el estadio IV A, se encuentran: pulmón 55%, ganglios linfáticos abdominales 41% y hueso 28%. La metástasis en cerebro constituye un hallazgo, y generalmente, ocurre luego que se hayan percibido las anteriores. **Materiales y Métodos:** Se realizó una búsqueda por la Internet encontrándose con 5.175 artículos con metástasis de carcinoma hepatocelular en cerebro («brain metastases of hepatocellular carcinoma»), de estos sólo 6 casos de metástasis cerebral de un HCC como metástasis secundarias luego del hallazgo de metástasis en sitios comunes. Paciente masculino de 44 años con antecedentes de alcoholismo y tabaquismo consulta por primera vez en 1997 por hepatomegalia. **Resultados:** La PAAF mostró como resultado compatible con cirrosis micronodular. En el 2003 una RMN de tórax que informa: formaciones nodulares sólidas a nivel de las bases de ambos pulmones. Se solicita TAC de encéfalo que evidencia lesión en hemisferio izquierdo. Se realiza biopsia estereotáxica infomándose como: hepatocarcinoma bien diferenciado. **Conclusiones:** Cuando hay una lesión extrahepática, las terapias quirúrgicas curativas tales como trasplante o resección del hígado no pueden ser ofrecidas y dejarán al paciente solamente para la paliación. Estudios realizados muestran una distensión entre las primeras metástasis perceptibles. Los pulmones eran el sitio más común de metástasis y el sitio más frecuente de la primera metástasis perceptible. Inversamente, los sitios menos comunes (cerebro, vejiga, aparato gastrointestinal, etc.) casi nunca representaron la manifestación inicial de HCC extrahepático pero si ocurrieron solamente después que la metástasis fue documentada en sitios más comunes. De hecho, algunos sitios como el cerebro y el aparato gastrointestinal son tan poco probables que su hallazgo obliga a considerar otros tumores primarios.

EVOLUCION DE PACIENTES CON MAS DE 4 GANGLIOS POSITIVOS TRATADOS PARA CANCER DE MAMA.

Luffi C, Pérez J, Ferro A, Pérez Verdera P, Zwenger A. Servicio de Oncología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El cáncer de mama es el tumor maligno más

frecuente de la población femenina y representa entre el 23-28% de todos los tumores. Su incidencia varía entre 40 y 75 por 100.000 mujeres, según los datos obtenidos por los distintos registros de cáncer de base poblacional. **Objetivos:** Evaluar evolución clínica de pacientes con cáncer de mama con más de 4 ganglios positivos para carcinoma y determinar otros factores pronósticos. **Materiales y Métodos:** Se evaluaron en forma retrospectiva un total de 2587 historias clínicas en nuestro servicio durante el periodo comprendido entre 03/04/92 al 05/05/04 donde se hallaron 72 pacientes con mas de 4 ganglios metastáticos. El promedio de edad fue entre 30-83 con una media de 57,6 años, las pacientes tuvieron cirugía (Madden, cuadrantectomía, mastectomía), el tamaño tumoral fue de 1-12 cm con una media de 3,95 cm. La evaluación histopatológica incluyo tamaño tumoral, grado nuclear, índice mitótico, receptores hormonales, *cerb2* y números de ganglios se realizó tratamiento con FAC o CMF más TMX. **Resultados:** Se realizaron 34 cirugías tipo Madden, 16 cuadrantectomías, 20 mastectomías y 2 tumorectomías. El tamaño tumoral promedio fue de 3,95 cm; Grado Nuclear (G I 7,GII 25,GIII 18 y en 22 pacientes no fueron evaluados); Índice Mitótico (GI 5, GII 20,GIII 23; no evaluados 22). Se hicieron estudios inmunohistoquímicos en 42 pacientes (RE + 24, RE- 17, RP + 14, RP-19) tuvieron *cerb2* en 30 pacientes (2+, 6++, 6+++, 16 -), ganglios con metástasis de 4-8 (46), 8-12 (11), > 12 (15). Se realizaron quimioterapia con FAC a 55 pacientes, CMF en 14, en 3 no se realizó. **Conclusiones:** En nuestro trabajo observamos una sobrevida libre de enfermedad de 31,99 meses, hubo 35 óbitos, 34 pacientes tuvieron metástasis, siendo mas frecuentes estas en hueso, hubo 28 pacientes sin evidencia de enfermedad. Demostramos que el numero de ganglios es un factor de mal pronóstico. Otros factores pronósticos no pudieron ser evaluados por falta de datos.

ANÁLISIS RETROSPECTIVO: SOBREVIDA DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO, SALA DE ONCOLÓGICA CLÍNICA DEL H.I.G. DR. PENNA DE BAHÍA BLANCA.

Pérez Verdera PV, Pérez JE, Ferro AM, Luffi C, Zwenger A. Servicio de Oncología. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El cáncer cervical es el segundo cáncer mas frecuente entre las mujeres en todo el mundo. Aproximadamente se diagnostican cada año 450.000 nuevos casos, siendo atribuibles a la enfermedad cerca de 200.000 muertes. Se calcula que 13.000 mujeres desarrollarán cáncer de cervix en EE.UU. para el 2004. **Objetivos:** Analizar nuestra casuística y evaluar sobrevida según tratamiento, factores pronósticos, histología y estadio al diagnóstico. **Materiales y Métodos:** Se evaluaron en forma retrospectiva y transver-

sal, 2360 historias clínicas desde el año 1980 hasta el año 2004 de la Sala de Oncología y se seleccionaron 61 correspondientes a pacientes portadoras de cáncer de cervix. Resultados: Casi la totalidad de los casos fueron carcinoma epitelial, la edad media al diagnóstico fue de 49.4 años (29-81), menos de la mitad de ellas refirió fumar, el promedio de embarazos por mujer fue de 5.1, más del 50% de las mujeres presentaron al momento de diagnóstico estadios IIIB. Conclusiones: Fueron evaluados 61 pacientes. Nuestro análisis demuestra que la sobrevida fue peor en aquellas mujeres que presentaban factores de mal pronóstico, independientemente del tratamiento instaurado; como estadio avanzado, ser fumadoras y múltiples parejas sexuales. El cáncer de cuello del útero es una enfermedad potencialmente curable, su pronóstico cambia rotundamente de acuerdo al estadio inicial. El método estándar de diagnóstico screening continúa siendo PAP.

INFORMACIÓN SOBRE BIOSEGURIDAD EN LA PREPARACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y ELIMINACIÓN DE DROGAS ANTINEOPLÁSICAS QUE POSEE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, SEGÚN NIVELES DE FORMACIÓN, EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA

Buonaventura S.

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

Introducción: Las características carcinógenas de las drogas antineoplásicas se han estudiado extensivamente en animales y en poblaciones de pacientes.

La orina de las enfermeras de oncología tiene más mutágenos que el personal administrativo.

Los agentes citostáticos pueden causar cáncer y daño letal en animales y existe evidencia que algunos actúan en humanos. Rutas principales de exposición ocupacional: Ingestión (comida, bebida, cigarrillos, cosméticos); inhalación, aerosoles; absorción dérmica, derrames; parenteral, pinchazo, heridas. Objetivos: Determinar que tipo de información sobre preparación, administración y eliminación de citostáticos posee el personal de Enfermería en una institución pública seleccionada. Comparar los resultados según nivel de formación. Materiales y Métodos: Investigación descriptiva transversal. Población compuesta por 278. Cuestionario escrito, respondido por los enfermeros voluntariamente, anónimo, individual y autoadministrado. Método para el análisis estadístico de los datos. Análisis cuantitativo de acuerdo a las variables en estudio y sus dimensiones. Resultados: Información sobre bioseguridad en la preparación: menor diferencia entre los diferentes niveles de formación. 1/4 de los Auxiliares seleccionaron la respuesta más incorrecta. Información sobre bioseguridad en la administración: La mayoría de los Licenciados, Enfermeros Universitarios y Enfermeros Profesionales contestaron correctamente. El 60% de los Auxiliares lo hicieron correctamente, el 25% seleccionó la respuesta más incorrecta. Información sobre bioseguridad en la eliminación: porcentaje de respuestas correctas siguió un escalonamiento creciente con el nivel de

fomación. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones de respuestas correctas entre los grupos. Diferencias significativas entre el grupo de Licenciados y los Auxiliares ($p < 0.01$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de Licenciados, Enfermeros Universitarios y Profesionales, pero si se hallaron estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre el grupo de Licenciados y el grupo de Auxiliares, como así también entre los Enfermeros Universitarios y los Auxiliares y entre los Enfermeros Profesionales y los Auxiliares ($p < 0,001$). Conclusiones: El personal de enfermería de los hospitales públicos, independientemente del nivel de formación, posee escasa información sobre bioseguridad de drogas antineoplásicas. Existe relación entre la información y el nivel de formación.

TEST DE PAPANICOLAOU: ESTÁN CONSCIENTES NUESTRAS MUJERES DE SU IMPORTANCIA?

Peñin AE*, Zwenger A[§], Pérez JE ^{*#}, Bertón P*, Lang C*, Ullua N[†], Gigola G[†], Oresti GM[†], Melatini G[†], Fermento ME[†], Delmas AF[§], Lofrano HC[†], Pérez Verdera P ^{*#}, Lombán V*, Gandini NA*.

[†] Cátedra de Anátomo-Histología. Biología, Bioquímica y Farmacia. Universidad Nacional del Sur (UNS). [§] Hospital Interzonal «Dr. José Penna». [#]GOCS. Grupo Oncológico Cooperativo del Sur. Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El cáncer es una de las causas principales de muerte en todo el mundo. La OMS estima que cada año 450.000 mujeres son diagnosticadas por primera vez con cáncer de cervix y que 240.000 mujeres mueren de esta enfermedad. En la Argentina, entre los cánceres ginecológicos, el cáncer cervical ocupa el segundo lugar, luego del de mama. Hacerse la prueba de Papanicolaou es una importante estrategia para las mujeres, ya que la mayoría de las veces, esta prueba puede prevenir el desarrollo del cáncer cervical. Objetivos: Evaluar la conducta preventiva de cáncer de cervix por medio de la realización del Test de Papanicolaou en dos grupos de jóvenes universitarias. Materiales y Métodos: Se adaptó un cuestionario realizado para la UICC. Se encuestaron 50 mujeres pertenecientes a carreras de ciencias biológicas y 50 a carreras de ciencias no biológicas de la UNS. Conclusiones: El 42% de las mujeres de Ciencias Biológicas y el 66% de otras ciencias indicaron los resultados de su último PAP, entre las cuales sólo 90% y 79%, respectivamente, se lo han realizado en el último año. El conocimiento que pudieran tener las mujeres de Ciencias Biológicas al estar relacionadas con la salud, no implicó una mayor importancia al test respecto al grupo de otras ciencias. Sabemos que por concepciones erróneas, mitos culturales y hábitos equivocados, una buena parte de nuestras mujeres no solicitan un estudio de Papanicolaou, y la mayoría de las que lo solicita, no lo hacen con la periodicidad recomendada. Por lo tanto, consideramos que una mayor inversión en información, educación, prevención y detección temprana del cáncer de cervix podría ayudar a diagnosticar a un mayor número de pacientes en etapas tempranas de la enfermedad.

QUEMADURAS DE LA MANO. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS.

Harguindeguy D, Tulli A.

Cirugía de la Mano y el Miembro Superior. Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Interzonal General «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Las quemaduras de la mano requieren de un enfoque específico para evitar grandes secuelas y mutilaciones. Desde el inicio del tratamiento debe comenzarse con analgesia, prevención de infección, prevención de posturas viciosas, técnicas quirúrgicas adecuadas, rehabilitación precoz. Objetivos: Jerarquizar la prevención y el tratamiento de las secuelas en la mano quemada. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo sobre 14 pacientes (8 masculinos y 6 femeninos) con un promedio de edad de 24 años. Las causas fueron: térmicas (9); eléctricas (4) y biológicas (1). Los pacientes se dividieron en grupos. Grupo A: quemaduras agudas (n= 6, 42,86%); A1: sin lesiones asociadas (n= 4; 28,57%); A2: con lesiones asociadas (n=2; 14,29%); Grupo B (secuelas): (n=8; 57,14%). Las técnicas quirúrgicas empleadas: 1) Grupo A: epitelización dirigida, injertos de piel, colgajos cutáneos; 2) Grupo B: similar al grupo anterior ciertas veces asociado a: artrolisis, liberación de nervios periféricos, osteodesis, aponeurectomía, fasciotomía y tenolisis. Un paciente decidió no operarse (7,14%). Resultados: Grupo A1: curaron sin secuelas; A2: se logró una mano funcional (secuelas) aunque condicionada por las lesiones concomitantes. Grupo B: los pacientes operados (n: 7; 50%) mejoraron notablemente sus capacidades funcionales. En este grupo los procedimientos quirúrgicos empleados fueron más complejos, con un tiempo de rehabilitación y ferulización más prolongado. Conclusiones: El tratamiento específico inicial mostró eficacia en la prevención de secuelas. Las lesiones crónicas pueden mejorarse para brindar una mejor funcionalidad de la mano

FRACTURA PATOLÓGICA DE FÉMUR SECUNDARIA A HIDATIDOSIS ÓSEA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Mutti L, Lucero M, Giuliano G, Casini L, Zwenger A, Vallejo L, Carli A, Delucchi L, Guerriero G.

Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Interzonal General «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La equinocosis (hidatidosis) es una enfermedad zoonótica causada por cestodos larvarios (tenias) del género *Echinococcus*. Es más común en hígado, pero también afecta al pulmón y, con menos frecuencia, al encéfalo, riñón, bazo, músculo, tejidos blandos y huesos. Materiales y Métodos: Paciente adulto joven, con residencia en el sudoeste de la provincia de Buenos Aires, que ingresa a nuestro servicio con fractura en tercio proximal de fémur izquierdo sobre imagen osteolítica en radiografías conven-

cionales. No refiere antecedentes patológicos al ingreso. Resultados: Presentó fractura lateral de cadera posterior a traumatismo durante práctica deportiva, constatándose imagen osteolítica a nivel de la fractura en radiografías iniciales. Se diagnostica como fractura patológica (sobre hueso no sano), y estudia la etiología y el tratamiento correspondiente. Se realizan estudios de imágenes, laboratorio y punción biopsia ante la sospecha de enfermedad oncológica. El informe anatómo-patológico indica quiste hidatídico intraóseo. Se instaura tratamiento inmovilizador de la fractura con yeso pelvipédico y tratamiento antiparasitario con mebendazol. Se observa buen resultado con consolidación de la fractura pese a la poca colaboración del paciente. Conclusiones: Es un caso de hidatidosis ósea, localización poco habitual de una enfermedad característica de nuestra región. Se realiza una revisión de los diversos aspectos de la enfermedad, concluyendo en consideraciones confrontadas de la experiencia del caso con la bibliografía consultada.

OSTEOCONDRIITIS DISECANTE DE RODILLA TRATADA MEDIANTE CIRUGIA VIDEOARTROSCOPICA. PRESENTACION DE UN CASO

Maccio C, Mutti L, Lucero M, Giuliano G, Casini L, Zwenger A, Vallejo L, Carli A, Lucero J.

Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Interzonal General «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: La osteocondritis disecante es un proceso en el cual un segmento de cartilago junto con el hueso subcondral se separa de una superficie articular. Puede encontrarse en muchas articulaciones pero es más común en la rodilla. Es la causa más común de presencia de cuerpos libres intrarticulares en la persona joven. El fragmento puede permanecer en su cráter sin dar síntomas o bien puede causar dolor, inestabilidad, tumefacción y ocasionalmente bloqueo. La causa de separación del fragmento ha sido tema de mucha discusión, existiendo dos teorías principales: una lesión y una insuficiencia vascular asociada con infarto óseo. Objetivos: Evaluar el resultado a corto plazo del tratamiento quirúrgico mediante videoartroscopía en un paciente con osteocondritis disecante de rodilla. Materiales y Métodos: Paciente masculino, 24 años de edad, con gonalgia derecha de 3 años de evolución, con diagnóstico de osteocondritis disecante localizada en el cóndilo femoral interno (localización más frecuente), que fue evaluado y tratado el servicio de Ortopedia y Traumatología. Resultados: El tratamiento instaurado fue la cirugía a través del uso del videoartroscopio, con técnica adecuada para el caso (paciente y estadio de la patología). Conclusiones: Se elige la cirugía videoartroscópica como tratamiento de elección de la osteocondritis disecante de rodilla, ya que presenta un porcentaje elevado de óptimos resultados post-quirúrgicos,

con desaparición de la sintomatología clínica, rápida reinserción a actividades laborales y deportivas, e ínfimo porcentaje de complicaciones y efectos adversos luego de la cirugía.

FRACTURA DE CADERA: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.

Carli A, Mutti L, Lucero M, Giuliano G, Casini L, Zwenger A, Vallejo L, Sánchez S, Tulli A, Ramallo A, Canova C.

Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Interzonal General «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: Las fracturas del fémur proximal están entre las que encuentra más comúnmente el cirujano ortopédico. Estudios epidemiológicos han sugerido que la incidencia de fracturas del cuello femoral está aumentando, puesto que las expectativas vitales generales de la población han aumentado en las últimas décadas. Es una patología que se asocia a gran morbilidad y mortalidad, con importante impacto económico y social en el sistema de salud. Objetivos: 1-Presentar la experiencia de los últimos 10 años en el servicio de Ortopedia y Traumatología. Es un estudio epidemiológico retrospectivo sobre pacientes con fractura de cadera, diagnosticados y tratados en nuestro servicio en un período comprendido entre enero 1994 y diciembre 2003. 2-Analizar la incidencia de las fracturas proximales de fémur, teniendo en cuenta variables como sexo, edad, tipo de fractura, tratamiento instaurado y total de días de internación. Material y Métodos: Se analizaron 564 pacientes que requirieron internación y tratamiento por presentar fractura de cadera, en nuestro servicio, en la última década. Resultados: Se trataron 564 pacientes, 258 masculinos (45,75%) y 306 femeninos (54,25%), con un promedio de edad de 70,3 años. Se incluyeron 235 fracturas mediales o intracapsulares (41,66%) y 329 fracturas laterales o extracapsulares (58,33%). Las técnicas quirúrgicas fueron implementadas según la necesidad del paciente y acorde a protocolos universales. Los pacientes fueron tratados mediante artroplastía total de cadera: 96 casos (17%), mediante artroplastía parcial: 135 (24%), a través de osteosíntesis mínima con tornillos y/o clavos percutáneos: 36 (6,45%), con osteosíntesis con clavo-placa: 287 (50,90%) y por artroplastía por resección: 10 pacientes (5,65%). El promedio de días de internación fue de 10 días. Conclusiones: Las fracturas de cadera se producen fundamentalmente en pacientes ancianos con osteoporosis, con predominio en mujeres y ocurren habitualmente por una caída simple. En jóvenes son menos frecuentes y se asocian a traumatismos de alta energía. Debido a la gran morbimortalidad que presenta este tipo de patología, es importante tener en cuenta la instauración de un tratamiento rápido y adecuado, a fin de reinsertar precozmente a los pacientes a sus actividades habituales, para disminuir las complicaciones secundarias a excesivo tiempo de internación y prolongado reposo.

XANTOASTROCITOMA PLEOMORFO. PRESENTACIÓN DE UN CASO. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Gómez LC, Smit RE, Lespi PJ.

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Interzonal General «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El xantastrocitoma pleomorfo (XAP) es una neoplasia cerebral primaria de origen astrocítico localizada frecuentemente a nivel supratentorial. Afecta habitualmente a niños y adultos jóvenes. Describimos el caso de un varón de 73 años que consultó por cefalea progresiva de tres meses de evolución y hemiparesia izquierda y su diagnóstico fue un XAP ubicado en el lóbulo parietal derecho. **Materiales y Métodos:** Estudios histológicos por la técnica de hematoxilina-eosina. Estudios inmunohistoquímicos usando paneles de marcadores para la proteína glio-fibrilar-ácida (PGFA), proteína S-100, sinaptofisina, CD68 y CD34. **Resultados:** La tomografía computada mostró una lesión de 3 cm de diámetro ubicada en el lóbulo parietal derecho. El examen histológico evidenció una proliferación de células atípicas de gran tamaño, con abundante citoplasma eosinófilo microvacuolado y núcleo con marcado pleomorfismo, rodeadas por estroma fibrilar. El inmunofenotipo de las células neoplásicas evidenció positividad para PGFA y CD68. **Conclusiones:** El XAP es un astrocitoma de bajo grado que generalmente se ubica a nivel de la corteza temporal y parietal. También, se lo puede encontrar en el lóbulo frontal y occipital, en cerebelo o asociado a neurofibromatosis y a displasia cortical perilesional. El tumor puede recidivar y la mortalidad oscila entre un 15 a 20%. Aunque la transformación maligna es infrecuente, se han descrito casos aislados que oscilarían entre el 15 al 20%. En relación a la histogénesis del XAP se postula un origen astrocítico. El inmunofenotipo puede mostrar positividad focal para S-100, sinaptofisina, CD68 y CD34, lo que demuestra que las células tumorales podrían originarse de células precursoras multipotenciales con diferenciación monocítica-macrofágica. En relación a nuestro caso, en la literatura se han descrito pocos casos de XAP en pacientes de edad avanzada, lo que sugiere en una lesión supratentorial y por su aspecto pleomórfico el diagnóstico diferencial con gliomas de alto grado y sarcomas meníngeos por presentar mejor pronóstico. El tratamiento quirúrgico de escisión es curativo y su remoción evita además el riesgo potencial de transformación maligna.

ADENOCARCINOMA MUCINOSO ORIGINADO EN UN DIVERTÍCULO DE URETRA.

Salvarezza DMC, Smit R, Gregorini D, Lespi P.

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Interzonal General «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El adenocarcinoma de uretra (ACU) representa el 16% de los carcinomas uretrales. Presentamos un caso de

AC mucinoso originado en un divertículo con mucosa gástrica e intestinal. **Materiales y Métodos:** Mujer de 43 años que consultó por disuria. Al tacto vaginal se constató una masa indurada periuretral. El cuadro se interpretó como un divertículo uretral y se le realizó una biopsia quirúrgica. **Resultados:** En el examen macroscópico se observaron 3 fragmentos de tejido grisáceo y firmes, uno de ellos con una dilatación sacular. El estudio histológico evidenció una formación diverticular revestida por epitelio urotelial típico que por sectores presentaba mucosa de tipo antral e intestinal, ésta última con displasia epitelial de alto grado. En relación a la misma se apreció un AC mucinoso que comprometía toda la pared uretral y diverticular. El epitelio de revestimiento con mucosa intestinal mostró positividad para PAS y AA. La zona con diferenciación antral sólo fue positiva para PAS. La inmunomarcación fue positiva para EMA, CEA, K7 y K20 en el revestimiento glandular intestinal y en las glándulas atípicas. **Conclusiones:** El ACU es un tumor infrecuente. La mayoría de los tumores uretrales son carcinomas uroteliales y escamosos. Los 2 tipos histológicos predominantes son de células claras y mucinoso (Murphy, Dodson, Blaustein). En cuanto al origen, se ha postulado la secuencia: irritación crónica, metaplasia glandular, displasia y adenocarcinoma. De los AC mucinosos de uretra informados en la literatura hallamos que la mayoría se los ha vinculado a metaplasia de tipo intestinal relacionada con procesos inflamatorios (Murphy, Dodson, Chan, Baldi, Kushima). En nuestro caso, la mucosa de tipo gástrica e intestinal podría también estar relacionada con restos del intestino posterior dada su localización en un divertículo de la uretra.

CONDROSARCOMA MIXOIDE EXTRAESQUELÉTICO PARAVERTEBRAL

Fracaroli C, Blasco J, Lespi P.

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

Introducción: El condrosarcoma mixoide extraesquelético (CME) es un tumor poco frecuente, localizado en los tejidos blandos de miembros inferiores. Representa el 2 % de los sarcomas de partes blandas. Se presenta con mayor frecuencia en varones entre 48 y 57 años. Son masas profundas de crecimiento lento. La localización habitual es en tejidos blandos de miembros inferiores. Se hallan en músculo esquelético, fascia tendinosa o tejido celular subcutáneo. Se describió un CME retroperitoneal y en la nasofaringe. Presentamos un caso de CME paravertebral, localización no descrita en la literatura. **Objetivos:** evaluar los distintos diagnósticos diferenciales que plantea el CME y la utilidad de la inmunohistoquímica. **Materiales y Métodos:** Mujer de 67 años con paraparesia a predominio izquierdo con diagnóstico presuntivo de tumor dorsal. **Resultados:** la

resonancia magnética nuclear (RMN) de columna que reveló una masa heterogénea de 5 cm de diámetro. Se realizó la exéresis quirúrgica. La microscopía mostró una proliferación de células atípicas con aislada megacariosis y escasas mitosis. Se hallaron extensas áreas mixoides con focos de aspecto condroide inmaduro que se extendían al tejido óseo. El estudio inmunohistoquímico para CD57 y b-tubulina fue positivo. A seis meses de la cirugía la paciente se encuentra asintomática. Conclusiones: El CME es un tumor de bajo grado compuesto por células condroides inmaduras con abundante matriz mixoide. En la macroscopía los CME son tumores nodulares, gelatinosos, con ocasionales focos de hemorragias. El tamaño oscila entre 1,5-25 cm. La microscopía evidencia una proliferación de células redondas o ahusadas con citoplasma eosinófilo, núcleo pequeño e hiper cromático, escasas mitosis. El perfil inmunohistoquímico habitual revela positividad para vimentina, S-100, Leu7 y b-tubulina. Presentan un 67% de positividad para vimentina y un 38% para proteína S-100. La tomografía computada o la resonancia magnética nuclear son útiles para establecer el origen en partes blandas. Se estudiaron 20 CME y 20 CM esqueléticos y establecieron un estudio comparativo, ellos sugieren que si estas lesiones son de localización extraósea deberían considerarse como tumores de partes blandas. Ellos solo vieron invasión ósea en 3 casos. Se observaron 4 casos con destrucción ósea secundaria, como en nuestro caso. Los diagnósticos diferenciales incluyen al cordona, mixoma, fibroma condromixoide, liposarcoma mixoide, histiocitoma fibroso maligno mixoide y sarcoma fibromixoide de bajo grado entre otros. La inmunomarcación ayuda al diagnóstico. La mayoría son de bajo grado, pero pueden recurrir y dar metástasis. Otros autores sugieren que es menos agresivo que el esquelético y que el condrosarcoma clásico de partes blandas. Otros estudios que la probabilidad de metástasis del CME es significativamente mayor que los esqueléticos. Presentamos este caso por su baja frecuencia, la localización inusual, sitio no descrito en la literatura consultada, los distintos diagnósticos diferenciales que plantea este tumor y la utilidad de la inmunohistoquímica para su diagnóstico.

MELANOMA MALIGNO DE VAGINA PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fracaroli C, Lespi P.

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

Introducción: El melanoma maligno (MM) de la vagina es un tumor poco frecuente que corresponde al 0,3% de todos los melanomas y representa menos del 3% de las neoplasias vaginales. Describimos un MM de vagina y realizamos una revisión de la literatura. Materiales y Métodos: Paciente femenina de 55 años con tumor vaginal de 7 cm que protruía por vulva. Resultados: La macroscopía evidenció un tumor vegetante y ulcerado de 7,5 x 3,5 x 3 cm que obliteraba la luz. La microscopía mostró mucosa vaginal ulcerada por una proliferación de células redondas atípicas que infiltraban todo el espesor de la pared y se extendían al tejido adiposo. Las células presentaban amplio citoplasma eosinófilo, núcleos hiper cromáticos, nucleolo prominente y numerosas

mitosis. No se halló pigmento melánico. La inmunomarcación reveló positividad para HMB45 y proteína S100. Conclusiones: El MM de vagina es poco frecuente, con una incidencia de 0,026/100.000 mujeres por año. Corresponde a menos del 0,3% del total de los melanomas y a menos del 3% de los tumores malignos de la vagina. Se describieron 26 casos de MM primario de la vagina en 30 años de revisión, 14 casos en un período de 14 años, 7 casos en un período de 30 años, 15 casos más en 24 años y 9 casos en 10 años Se presenta en mujeres entre 38 a 90 años y el síntoma mas común es el sangrado. Se sugiere que los melanocitos son los precursores del MM. Los melanocitos intraepiteliales de la vagina son raros y solo han sido informados en el 3% de las vaginas examinadas. El componente intraepitelial no se identifica si la mucosa está ulcerada y el pigmento melánico puede estar ausente, lo que dificulta el diagnóstico que se confirma con inmunohistoquímica. Otros autores describieron 4 MM amelanóticos y 3 casos más, como nuestro caso. Los melanomas mucosos difieren de los cutáneos y parecen tener un curso mas agresivo. Se ha descrito que edad, localización, profundidad de invasión, tipo histológico y conteo mitótico no son factores que influyen en el pronóstico del MM de vagina. Otros autores se refieren al tamaño tumoral como un factor pronóstico, ya que han visto que los tumores menores de 3 cm tenían mejor sobrevida que los mayores de 3 cm. Los diagnósticos diferenciales incluyen metástasis de melanomas de otros sitios, carcinoma escamoso, adenocarcinoma, carcinoma de células pequeñas, sarcomas y nevos azules. Presentamos un MM amelanótico de la vagina y enfatizamos la utilidad de la inmunohistoquímica en el diagnóstico diferencial con otros tumores malignos en esta localización.

CORRELACIÓN CITO HISTOLÓGICA EN 38 CASOS DE CARCINOMA MAMARIO

Spengler E, Fracaroli C, Smit R, Lespi P.

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

Introducción: La punción aspiración con aguja fina (PAAF) es un método sencillo, rápido y con baja morbilidad para la detección de patología mamaria. Objetivo: Evaluar el rol de la PAAF y correlacionar los hallazgos citológicos con el estudio histopatológico por diferido. Materiales y Métodos: Se analizaron 38 pacientes con diagnóstico histológico de carcinoma mamario. Todos los casos tuvieron sospecha clínica de patología maligna lo que motivó la realización de una PAAF previa a la biopsia. Resultados: De los 38 casos 29 tuvieron diagnóstico citológico positivo para células neoplásicas. Las muestras restantes resultaron en 2 citologías sospechosas, 3 falsas negativas y 4 no aptas. Conclusiones: Las ventajas de la PAAF son el bajo costo, la escasa morbilidad y la rapidez para obtener un diagnóstico. El diagnóstico citopatológico de la PAAF mamaria puede ser negativo para malignidad, sospechoso, positivo o no apto. Las posibles causas de resultados falsos negativos incluyen necrosis, fibrosis tumoral y lesiones de pequeño diámetro. Algunos autores recomiendan múltiples aspiraciones. Es incorrecto diagnosticar como negativa una muestra con material insuficiente. Los resultados falsos positivos incluyen

condiciones reactivas desde cambios inducidos por lactancia o radiación a hiperplasia ductal con atipia. Las citologías positivas halladas en nuestro trabajo evidenciaron características similares a las descritas en la literatura consultada. El diagnóstico de las citologías negativas, sospechosas o no aptas en nuestra revisión pudo estar condicionado por la presencia de hemorragia en gran parte del extendido, por superposición celular o por la escasez de material representativo. La falta de entrenamiento del observador, y/o los errores técnicos como aplastamiento celular, fijación, conservación y coloración inadecuada de las muestras pudo haber limitado la correcta interpretación. La PAAF es un elemento integral en el estudio de lesiones mamarias y sus hallazgos deben ser interpretados en el contexto del examen físico y la mamografía. Con la misma se pueden estudiar lesiones benignas, sospechosas o malignas. Por la presencia de resultados falsos positivos recomendamos la realización de una biopsia previa a un tratamiento más agresivo.

SINDROME UREMICO HEMOLÍTICO LEVE SEGUIMIEN- TO ALEJADO

Alconcher L, Argumedo A.

Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital Interzonal General «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El síndrome urémico hemolítico (SUH) es la causa más frecuente de insuficiencia renal aguda y la segunda causa de insuficiencia renal crónica en niños en Argentina. La mayoría de los pacientes que no requieren diálisis (SUH leve) se recuperan totalmente, existiendo pocos datos bibliográficos referentes a la evolución alejada de este grupo. Objetivos: Evaluar 1) la evolución alejada; 2) el valor de la urea inicial para predecir la evolución. Materiales y Métodos: Se incluyeron los pacientes con SUH leve y más de cinco años de seguimiento. Se evaluó el crecimiento, la tensión arterial, la función renal, la proteinuria y el tratamiento indicado al último control. Se analizó la relación entre máximo valor de urea en la internación y el hallazgo de proteinuria al seguimiento. Resultados: Desde enero 1987 a septiembre 2004, se asistieron 328 pacientes con SUH. El 40 % (131) tuvo un SUH leve, de estos 31 tenían más de 5 años de seguimiento. La edad media al último control fue 9 años(a) 9 meses (m) (r: 5a10m-15a15m). El tiempo medio de seguimiento fue de 8a3m (r: 5a-14a11m). El 58% presentó proteinuria y en el 22.5% fue significativa (>5mg/kg/d). La proteinuria fue detectada en promedio 7-4 m posetapa aguda. La mayoría de los pacientes con proteinuria no significativa la negativizaron con dieta, al igual que 2 de los 7 pacientes con proteinuria significativa. El resto requirió farmacoterapia. En 2 pacientes (6,5%) se detectó hipertensión arterial. El crecimiento y la función renal fueron normales. La probabilidad de tener proteinuria con ureas > 2g/L en la etapa aguda fue 0,72. Conclusiones: Aproximadamente un cuarto de los SUH leves tienen proteinuria significativa a 7 años de la etapa aguda, lo que justifica el seguimiento prolongado de estos pacientes al menos hasta la vida adulta. Valores de urea > 2 g/L puede predecir la presencia de proteinuria a largo plazo.

SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN.

Garat C, Audisio J, Gribaldo G, Gabarrrot C, de Lasa M.

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

Introducción: Los lactantes que sufren desnutrición aguda por diarrea prolongada que alteran su medio interno están en riesgo de desarrollar una malabsorción intestinal post-gastroenteritis. Cuando se inicia la recuperación nutricional, el mayor riesgo se atribuye al Síndrome de Realimentación, que puede favorecer la hipofosfatemia e hipokalemia marcadas con compromiso vital. Objetivos: Presentar un caso con Síndrome de Realimentación. Materiales y Métodos: Pa-

ciente de 8 meses de edad y de 8030 gr, ingresa con un cuadro de vómitos, diarrea sin sangre, con deshidratación moderada. Se agrega al cuadro de ingreso dificultad respiratoria, fiebre, hipocalcemia (de difícil manejo), descenso de peso del 11% y mal estado general. Reapareciendo las deposiciones líquidas. Resultados: Por su mala evolución pasa a UTI, presentando: poliuria, hipoalbuminemia marcada, hipocalcemia y urea alterada. Debido a su cuadro respiratorio se inicia tratamiento antibiótico y de sostén; persistiendo a pesar de ello la hipoalbuminemia y la hipotatemia. El cuadro de desnutrición aguda que presentó el niño requirió alimentación con aumento gradual de calorías. Se prueba tolerancia a leche entera, reapareciendo la diarrea y se reinstaura la alimentación con leche elemental. Posteriormente, presenta deposiciones diarreicas, con sangre y material mucoso; informándose por anatomía patológica una pseudomembrana. Conclusiones: Plantear el uso racional de antibióticos y la alimentación gradual postgastroenteritis para evitar el Síndrome de Realimentación.

ENFERMEDAD DE MOYA MOYA

Donari JD, Montero Carrión JC, Gutiérrez O, Matarrese P, Marzialetti M.

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

Objetivo: Presentación de un caso de enfermedad de Moya Moya y su diagnóstico. Materiales y Métodos: El niño ER fue internado en reiteradas oportunidades, desde el año de vida hasta los nueve años, por cuadros de hipotonía y desvanecimiento, estudiados con EEG, estudios cardiológicos y bioquímicos que no evidenciaban patología. Su última consulta fue por diarrea y mientras se lo examinaba presentó una crisis de hipotonía, movimientos mioclónicos y estepage izquierdo. Es derivado a nuestro Hospital. Se determina la relación directa de la hiperventilación con los episodios de hipotonía. Se realiza un TAC cerebral que informa sistema ventricular asimétrico, imágenes hipodensas en región frontoparietal derecha. EEG que en hiperventilación presenta enlentecimiento difuso. RNM con alteración supratentorial derecha, cambios involutivos, afectación de sustancia blanca parietooccipital con lesiones en FLAIR y T1 hipo e hiperintensas, asimetría ventricular. Estudio de trombofilia DLN. El neurólogo plantea el diagnóstico presuntivo de enfermedad de Moya Moya, la angiografía confirma el diagnóstico. Los neurocirujanos le practicaron una hemangioblastomiosinangiosis. Resultados: El niño reanudó sus tareas habituales y no volvió a repetir ningún episodio de hipotonía o desvanecimiento, incluso durante la hiperventilación, sí algunas parestesias. El niño tenía una tía que había fallecido por una hemorragia cerebral, referida por la familia como por violencia familiar. Se rastreó la historia clínica en el Hospital

Municipal, donde le diagnóstico es el de la enfermedad de Moya Moya. Conclusiones: Existe una clara relación entre la hiperventilación y las crisis del niño. Al aumentar los requerimientos cerebrales de oxígeno y el menor aporte sanguíneo cerebral por la patología, explican las crisis. Este caso, además, asocia claramente a dos familiares con la misma patología.

MIELOFIBROSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Saravia E, Meo M, Miotto C, Echegoyen M, Caferri H, Peralta M

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

Objetivos: presentar un caso de mielofibrosis, patología de baja incidencia en la población general y de excepcional aparición en la edad pediátrica. Materiales y Métodos: Caso clínico: varón de 3 meses de edad, que consulta por fiebre y llanto. Se constata hepatoesplenomegalia. Resultados: Laboratorio: Hto 23,8%, Hb 8,7, plaquetas (PL): 50000/mm³, leucocitos (GB) 5000/mm³, N25/E10/B1/L58/M6, ERS 70 mm, VDRL, serología para toxoplasmosis y Chagas negativos. Orina normal. Ingres a nuestro servicio a los 4 meses en regular estado general, febril, pálido, rash abdominal, candidiasis yugal. No se palpan adenomegalias. Leve quejido espiratorio. Abdomen globoso. Hepatoesplenomegalia, con aumento de consistencia. Otitis supurada derecha. Estudios complementarios: Hto 23%; Hb 7.4 g/L, GB 7400/mm³, N29/E0/B0/L67/M4, PL 27000/mm³. EAB, Glucemia y Uremia normal. Hepatograma: TGO 72U/L, TGP, FAL y Bilirrubina normal, Colesterol 0.90 gr/l, Colesterol HDL 0.10gr/l y Colesterol LDL no dosable, Trigliceridemia 4.34g/L y proteínas totales 7.4 g/L, albúmina 2,2 g/L, gammaglobulinas con marcado aumento. Punción de Médula Ósea :normocelular con hiperplasia megacariocítica. HIV negativo. Ecografía abdominal hepatomegalia homogénea y esplenomegalia. Ecografía cerebral normal. Radiografía de tórax, cráneo, huesos largos y columna normales. Fondo de ojo, Ecocardiograma y Electrocardiograma normal. Se hemocultiva y medica con CFX a 50 mg/kg/día (durante 7 días), hemocultivos negativos. Cultivo de secreción ótica negativo. Se realiza biopsia hepática que informa metaplasia mieloide y fibrosis difusa del hígado. Se repite biopsia MD que informa fibrosis medular grado II e hiperplasia megacariocítica. Conclusiones: El paciente se presenta con hepatoesplenomegalia y pancitopenia. Este síndrome clínico, plantea diagnósticos diferenciales como síndrome hemofagocítico, mielofibrosis, enfermedades oncohematológicas, enfermedades infecciosas, en que los estudios complementarios y la biopsia son de vital importancia para arribar al diagnóstico de certeza.

HIPOCALCEMIA SINTOMÁTICA E HIPOPARATIROIDISMO. REPORTE DE UN CASO.

Buschiazzo R, Abt N, Gallez I, Scoppa G, Martínez Iriarte M, Barros Contreiras S.

Servicio de Pediatría. Servicios de Endocrinología y Medici-

na Nuclear. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción : La pesquisa de pacientes con Hipocalcemia inexplicable, obliga a plantear diagnósticos diferenciales amplios, que incluyen: Déficit de hormona paratiroidea, deficiencia de magnesio, exceso exógeno de fosfato inorgánico, disturbios en la vitamina D, y las asociadas a Falla Renal, Pancreatitis, Enfermedades Malignas y a drogas. Objetivos: Presentar un episodio convulsivo, asociado a hipocalcemia, en una niña de 7 años de edad. Materiales y Métodos: Paciente de sexo femenino, 7 años de edad, que ingresa a la Sala de Pediatría por el antecedente de haber presentado 2 episodios convulsivos en el termino de 12 horas. En el primero, los padres la encuentran en la cama con trismus, desviación retroocular, flácida, sin relajación de esfínteres, pero sin respuesta a los estímulos externos. Durante el traslado a este Hospital experimenta una crisis tónica, con desviación retroocular. Se administra Diazepam intrarrectal. Ingres lucida, ubicada en tiempo y espacio, sin signos neurológicos focales. Resultados: Ca 5,3 mg%, P 8,1 mg%, Mg 1,61 mg%. Función Renal: Ionograma , EAB, glucemia, normales. Dosaje de PTH: 1 pg/ml (vr:15- 65pg/ml), fracción molecular. Calcio ionizado: 2,59 mg/dl, Proteionograma normal, Anticuerpos Antiperoxidasa 15,8 U/ml (vr.>60 U/ml). EEG, Ecografía Abdominal y Renal normales, TAC de craneo N, Rx de hueso N, ECG: prolongación del intervalo QT. Se realiza tratamiento con Carbonato de Calcio, no respondiendo al mismo, se indica Calcitriol. En los sucesivos controles persiste la hipocalcemia y la hiperfosfatemia, se indica Calcitriol aumentando progresivamente la dosis, hasta 5 cápsulas por día, normalizando posteriormente la calcemia y fosfatemia. Los dosajes de Ca, P y Mg de los padres son normales. Conclusiones : El dato relevante es la presentación no habitual de un episodio convulsivo en un paciente de 7 años, secundario a hipocalcemia con hiperfosfatemia, sin antecedentes personales previos. El caso clínico reportado, presenta un hipoparatiroidismo aislado, sin asociación a manifestaciones clínicas, ni de laboratorio, de Poliendocrinopatía Autoinmunitaria. De acuerdo a la bibliografía, un grupo de pacientes, con las características descritas, muestran una mutación activadora del receptor de calcio, con reducción subsiguiente de la secreción de Paratohormona. El diagnóstico de Hipoparatiroidismo Idiopático se debe reservar para un pequeño número de niños en quienes no se descubre, ningún mecanismo etiológico. El tratamiento con 1-25 dihidroxicoalciferol (Calcitriol) y Ca normalizan los parámetros de laboratorio.

INTOXICACIÓN CON LITIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO
Karlovic AF, Soria GA, Wallace WA, Real C, Parrondo MH,
Sola CA, Arias OA.

Unidad de Terapia Intensiva. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El carbonato de litio es un fármaco utilizado en patología psiquiátrica y neurológica. La mayoría de sus efectos secundarios están bien establecidos. La intoxicación aguda suele ser la consecuencia de ingesta accidental o de intentos de suicidio y la toxicidad crónica aparece durante la terapia de mantenimiento, siendo su instauración clínica más insidiosa. Puede afectar a cualquier órgano, pero afecta principalmente al Sistema Nervioso Central y riñones. En las formas severas aparece insuficiencia renal, convulsiones, shock y muerte. Materiales y Métodos: Paciente de sexo femenino, de 51 años, con antecedentes de diabetes tipo II, obesidad grado 3 y trastorno bipolar maníaco-depresivo. La paciente se encontraba internada en servicio de clínica médica por presentar descompensación diabética con cuadro gastrointestinal asociado. Resultados: Ingresó a UTI por deterioro del sensorio y de la función respiratoria, requiriendo asistencia respiratoria mecánica. El nivel de litio fue de 2.87 mEq/L (vr 0.5-1.15 mEq/L). Se inició tratamiento con pauta de diuresis forzada. Ante la falta de respuesta a las 12 horas, se comienza con hemodiálisis intermitente que disminuye el nivel de litio, que se normaliza al cuarto día. Recibe el alta 11 días después. Conclusiones: La intoxicación por Litio es una patología grave que requiere internación en UTI. La terapéutica con litio se ha asociado a IRA y estados de hiperosmolaridad. Los datos clínicos y las pruebas complementarias fueron categóricas para el diagnóstico. El tratamiento instaurado logró una evolución favorable en la paciente. Se presenta el caso por su baja frecuencia en nuestro servicio, ya que siendo una unidad polivalente y sobre un total de 2356 ingresos en el período entre el 01/01/2000 y el 30/09/2004 sólo se presentó el citado caso.

INTOXICACIÓN AGUDA CON GAS FOSFINA: NUESTRA EXPERIENCIA.

Parrondo M, Bernardis V, Karlovick A, Real C, Soria G, Sola C, Wallace W, Arias O, Rodríguez Vidal R, Venafri R, Zuain M.

Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Interzonal «Dr. José Penna». Bahía Blanca. Argentina.

Introducción: El gas fosfina es un compuesto derivado del fosforo de Aluminio (Al), uno de los fumigantes más usado como plaguicida y rodenticida, en nuestra región. Objetivos: comunicar nuestra experiencia con pacientes ingresados al servicio de UTI, en los últimos 2 años, y seguir alertando al personal hospitalario sobre la intoxicación con fosforo de Al. En las jornadas pasadas se comunicó un caso recibido en nuestro servicio. Materiales y Métodos: Presentación de cuatro casos clínicos, dos de curso fatal, otro con intoxicación leve y un tercero de carácter grave describiendo las complicaciones y secuelas. Conclusiones: Consideramos importante seguir alertando sobre la existencia de esta entidad, ya que presenta una alta letalidad, poniendo en evidencia la falta de apego a las normas de manipulación del producto, al escaso diagnóstico de los distintos grados de intoxicación y el desconocimiento del manejo general de estos pacientes. Al investigar sobre esta intoxicación notamos un importante grado de subdiagnóstico y una falta de normas de prevención y manipulación por parte del personal involucrado.

Índice de autores

Abarca J	28, 28	Casini L	50, 50, 51	García C	39
Abt N	56	Cermesoni R	5, 6, 7, 8	García Dieguez M	13
Acrogliano P	28, 28	Ciccola F	28, 30, 30, 32, 33	García Pacho P	12
Aggio M C	37	Ciudad J	36	Gentiluoci S	12
Agriello E	36, 36	Cohen A	44	Gigola G	41, 41, 41, 42, 49
Albornoz G	25	Comezaña C	25, 25, 25	Giraud M	42
Alconcher L	34, 46, 46, 55	Covas M	21, 21	Giuliano G	50, 50, 51
Alda E	21, 21, 22	Cragno A	11, 12, 12	Godoy M	6
Alvarez A	7, 7, 7, 8	Cragno L	20	Gómez Giménez ER	16
Alvarez Iorio C	7, 7, 7, 8	Cristobo JP	9, 9	Gómez LC	52
Alvarez J	6	Dalinger G	29	González ML	38, 39
Alvarez P	38	Damaglia A	45	González Yebra A A	47
Amado P	46	Dana A	40, 40, 40, 43	Gregorini D	52
Andre S	29, 31, 31, 32	de la Sota ME	19	Gribaldo G	55
Antista MS	17	de Lasa M	55	Grunfeld V	40, 40, 40, 43
Argumedo A	55	De Loredo R	16	Guerrero G	50
Arias OA	57, 57	De Pedro S	28, 29, 30, 30, 30, 31, 31, 32, 32, 32,	Guimaraenz M	5, 6, 7, 8
Arribas A	11, 12, 13		33	Gutierrez O	55
Audisio J	46, 55	Deguer C	25	Haise MR	16
Badr P	40, 40, 40, 43	del Valle MP	17, 20	Harguindeguy D	10, 10, 50
Barreneche M	46	DellaChiara L	45	Ipiña A	44
Barrientos I	29	Delmas AF	27, 27, 41, 41, 41, 42, 49	Jiménez M	5
Barrio J	25	Delucchi L	50	Jouglard E	18, 18, 19
Barros Contreiras S	56	Di Paolo D	36	Juarez K	42
Barzola S	38, 38	Di Paolo H	36	Kaiser R	36
Bauni CE	15, 15, 15	Díaz Argüello C	25	Karaivanoff M	20
Bekerman I	20	Dolccini M	44	Karlovic AF	57, 57
Bekerman S	20	Dolcemascolo N	38, 39	Keegan R	25, 25, 33
Benozzi M	24	Dominella M	24	Khoury M	13
Benvenuto ML	18	Donari JD	55	Koerner C	20
Bernardis V	57	Donato F	27, 27	Lamot G	28, 28
Bertón P	41, 41, 41, 42, 49	Echegoyen M	56	Lang C	41, 41, 41, 42, 49
Bettini J	28, 28	Echevarria G	36	Laura E	9
Bianchi G	44	Egidi GA	9, 9	Lespi P	52, 52, 52, 53, 53
Biera A	42	Esandi ME	13	Liberti C	44
Blasco J	52	Escudero S	27	Lobo MM	18, 20
Boero S	11	Estebanez MJ	5, 6, 7, 8	Lofrano HC	41, 41, 41, 42, 49
Bolo G	42	Etchandy M	5, 6, 7, 8	Lombán V	41, 41, 41, 42, 49
Bonanno A	38, 38	Etchebarne J	5	Lopez A	36
Brandt M	36, 36	Felici C	36	Lopez Paz A	13
Braunstein S	21	Fermento ME	41, 41, 41, 42, 49	Lopez Romero A	36
Brescia S	45	Fernández Gimenez C	36	López S	35, 40, 40, 40, 43, 43
Brion G	6	Fernández ML	38	Lucero J	33, 50
Bualó P	5,6	Fernández S	16	Lucero M	50, 50, 51
Bugatti F	35, 40, 40, 40, 43, 43	Fernández V	36, 36	Lucero R	45
Buonaventura S	49	Ferraro C	12	Luffi C	48, 48, 48
Buschiazzo R	56	Ferro A	48, 48, 48	Lunardini G	38
Caballin D	29	Flores J	36	Lusarreta M	20
Cafferri H	56	Fracaroli C	52, 53, 53	Maccio C	50
Calvo A	7	Ftulis N	42, 44	Maidana G	29
Canova C	51	Gabarrrot C	55	Manzilla Z	29
Cantarelli SO	9, 9	Gallez I	56	Manzo G	47
Cardinale M	24	Gandini NA	41, 41, 41, 42, 49	Maroun C	11
Carignano F	27, 27	Garat C	25, 55	Martí M	42
Carli A	50, 50, 51	Garbiero S	36, 36, 37	Martin M	43
Carpio R	16	García A	34	Martínez E	11, 12
Carrasco G	7			Martínez Iriarte M	56

Martínez P	36, 36, 37	Rodríguez JI	27, 27		
Martínez S	11	Rodríguez S	27		Yáñez C
Marzioletti M	55	Rodríguez Vidal R	57		Zapico A
Matarrese P	55	Román T	27		Zuain M
Mazzieri OO	9, 9	Romero S	28, 28		Zukerman W
Medori A	27, 27	Rossi G	19		Zwenger A
Melatini G	41, 41, 41, 42, 49	Rudolf G	46		
Mele P	46	Ruggero S	43		
Mené J	28, 28	Salas M	40, 40, 40, 43		
Meo M	56	Salvarezza DMC	52		
Micucci N	38, 39	Sánchez S	33, 51		
Milano D	42	Santi A	38, 39		
Miotto C	56	Saravia E	56		
Mitilli G	12	Sardiña M	11, 13		
Modello R	12	Scoppa G	56		
Montero Carrion JC	55	Serralunga G	21		
Montovani A	5, 6, 7, 8	Sica A	21		
Moya Maldonado M	34	Sidorkewicj AN	9, 9		
Mutti L	50, 50, 51	Silberman P	35, 40, 40, 43, 43		
Nigro A	44	Simi G	42		
Nishishinia MB	13	Siri N	16		
Ochua G	16	Skliar F	27		
Olivera Sousa M	44	Smit R	52, 52, 53		
Ordoñez F	7, 7, 7, 8	Sola CA	57, 57		
Oresti GM	41, 41, 41, 42, 49	Soria G	57		
Orfao A	36	Soria GA	57		
Palacios S	24	Spadaro L	30, 30, 32, 33		
Paniccia L	19	Spadaro ML	28		
Parrondo M	57, 57	Spengler E	53		
Parrotta G	28, 28	Speroni M	40		
Payllalef C	29	Speroni V	43		
Pedersen D	19	Spigariol V	29		
Peidro R	6	Stepanosky S	11, 13		
Peñin AE	41, 41, 41, 42, 49	Strazzere A	29, 31, 31, 32		
Peralta A	29	Tafetani M	38, 38		
Peralta M	56	Tentoni U	16, 34		
Pérez JE	41, 41, 41, 42, 48, 48, 48, 49	Teplitz E	25		
Pérez S	19	Tomassini L	25		
Pérez Verdera G	44	Tombesi M	34, 46		
Perez Verdera P	41, 41, 41, 42, 44, 48, 48, 48, 49	Torresi S	24		
Picorel JE	16	Tulli A	50, 51		
Pierdominichi M	46	Ullua N	41, 41, 41, 42, 49		
Piumatti F	28, 28	Urquiola C	16		
Polla S	40, 43	Urriaga G	40, 40, 40, 43, 43		
Pombo P	36	Valatti E	25		
Prenna V	16	Valdevenito Z	29		
Principe N	40, 40, 40, 43, 43	Valenzuela R	29		
Quijano S	36	Valera N	29, 30, 31, 31		
Ramallo A	51	Vallejo L	50, 50, 51		
Ramallo G	25, 25, 25, 30, 33	Vázquez S	11, 12, 12, 43		
Razuc G	38, 39	Venafri R	57		
Real C	57, 57	Ventura S	21		
Risolía M	45	Verdera G	44		
Rivas R	36	Villalba W	6		
Rizzo M	38	Vives DA	15, 15, 15		
Rocha S	25	Wallace W A	57, 57		
		Wisniowski C	28, 29, 30, 30, 30, 31, 31, 32, 32,		

Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca

Registro de la Propiedad Intelectual 37697.

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

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 Biblioteca de la AMBB, 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).

Quando 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 :

- a) 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;
- b) introducción que incluya antecedentes y propósito del trabajo;
- c) materiales y métodos, con suficiente información como para reproducir los experimentos u observaciones;
- d) resultados, expresados sucintamente y sin repetir los detalles en tablas y figuras, y viceversa;
- e) discusión, la que debe comentar los resultados y no, recapitularlos;
- f) 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.

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.