

PUNCIÓN CON BIOPSIA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL CON AGUJA FINA (PAAF) GUIADA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA
Bauni, C.; Abad, M.; Marchán, P.; Jagodnik, P.; Ozuna, M.; Díaz, C.; Urquiola, C.; Mussini, L.; Raino, S. (*)

INTRODUCCIÓN: este estudio muestra la experiencia del Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Municipal de Agudos *Dr. Leónidas Lucero*, de Bahía Blanca, en la práctica de punción aspirativa de glándulas suprarrenales con aguja fina.

MATERIALES Y MÉTODOS: entre el 25-04-89 y el 23-06-98 se estudiaron, mediante una planilla de recolección de datos, 29 punciones biopsias de masas adrenales, con aguja fina, guiadas por tomografía computada, sobre 26 pacientes. Un paciente requirió un segundo procedimiento, y otro fue punzado en tres oportunidades. El resultado fue de 23 punciones positivas (cuando en la muestra se encontraron células neoplásicas) o negativas (cuando el tejido obtenido fue normal o con apariencia de células corticales adrenales).

Ocho biopsias se realizaron a pacientes sin tumor primario conocido y 18 a pacientes con neoplasia maligna conocida. Ninguna de las masas adrenales de pacientes sin tumor primario conocido resultó maligna. De las 18 punciones a pacientes neoplásicos, 16 fueron metastásicas. El resto representó una serie de condiciones histológicas no neoplásicas. Fueron confirmados: 6 pacientes con PAAF positiva para células neoplásicas; 2, quirúrgicamente y 4, por seguimiento clínico y tomográfico. De los ocho pacientes sin neoplasia primaria conocida, se obtuvo confirmación quirúrgica de uno, y con seguimiento por imágenes en 3 pacientes. A un paciente con tres PAAF y tinción Ziehl Nielsen para BAAR negativo, se halló BAAR en el cultivo de adrenalectomía bilateral. La duración promedio del procedimiento fue de 38 minutos (rango: 15-65 minutos), y, luego de aquel, los pacientes no manifestaron malestar alguno al ser consultados. No se registraron complicaciones.

CONCLUSIÓN: la técnica utilizada es rápida, mínimamente invasora, con ausencia de complicaciones y aceptada por los pacientes. Los resultados obtenidos son comparables a los hallados en la bibliografía.

(*) *Servicio de Diagnóstico por Imágenes y Radiodiagnóstico del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

QUISTE HIDATÍDICO GIGANTE: A PROPOSITO DE UN CASO

Ibarola, C.; Marchán, P.; Jagodnik, P.; Urquiola, C.; Mussini, L.; Abad, M.; Fernández, S.; Ozuna, M.; Sigura, L.; Díaz, C. (*)

INTRODUCCIÓN: la equinococosis es una zoonosis producida por una tenia (*Echinococcus granulosus*). En estado adulto, habita en el intestino del perro y libera miles de huevos junto a las heces, que pueden permanecer en los vegetales y pasturas. Estos huevos, ingeridos por el huésped intermediario (ovinos, otros herbívoros, hombre), liberan el embrión hexacanto por acción digestiva de la bilis y de enzimas pancreáticas. El embrión penetra en la circulación portal y, en el hígado, se vesiculiza.

CASO CLÍNICO: tratamos a un paciente de sexo femenino, de 55 años, derivada de la zona por tumoración y dolor abdominal en flanco e hipocondrio derecho de 2 años de evolución, de características mal definidas y sin otros síntomas acompañantes. Presentaba un buen estado general, distensión abdominal generalizada, matidez percutoria, ruidos hidroaéreos alejados, lesiones ulcerosas y dermatitis ocre en miembros inferiores y arco V negativo.

Ecografía: masa de gran tamaño con ecos internos de difícil caracterización (sólido/líquido).

Tomografía: masa en el lóbulo hepático derecho de 280 por 290 mm, en sus diámetros máximos, con densitometría líquida; de paredes finas con calcificaciones curvilíneas, que se extendía desde la cúpula diafragmática hasta la pelvis, comprimía y desplazaba los órganos abdominales hacia la izquierda.

Tratamiento: quistectomía total. Fueron obtenidos, aproximadamente, 14 litros de líquido amarillento.

CONCLUSIÓN: motiva esta presentación las dimensiones poco habituales de un quiste hidatídico. Recordemos que debemos tener en cuenta esta enfermedad en todo paciente con dolor abdominal, dada la alta frecuencia de esta zoonosis en nuestro medio.

(*) *Servicio de Diagnóstico por Imágenes y Radiodiagnóstico del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Abad, M.; Fernández, S.; Jagodnik, P.; Marchán, P.; Díaz, C.; Ozuna, M.; Urquiola, C.; Mussini, L. (*)

INTRODUCCIÓN: la pielonefritis enfisematosa es una entidad aguda inusual, fulminante, que pone en peligro la vida del paciente. Se presenta en diabéticos añosos o en mujeres con infección del árbol urinario. El germen más común es *Escherichia coli*.

CASO CLÍNICO: se presenta a una paciente, de 60 años, diabética tipo II, con dolor en hemiabdomen derecho, náuseas y vómitos de una semana de evolución.

Durante el examen físico presentó puño percusión derecha positiva, peloteo lumbar positivo y puntos ureterales positivos.

Determinaciones de laboratorio: leucocitos, 15000 mm³; leucocituria, 70; hemocultivo, positivo para *Escherichia coli*.

Se realizó una ecografía abdominal cuyos hallazgos demostraron signos de colecistitis aguda y presencia de aire en el polo inferior del riñón derecho. La TAC de abdomen corroboró los hallazgos ecográficos.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente, se le realizó colecistectomía y nefrectomía derecha.

CONCLUSIÓN: por tratarse la pielonefritis enfisematosa de una enfermedad fulminante y aguda, requiere un diagnóstico precoz. Tanto la ecografía como la TAC son útiles. La presencia de aire en el parénquima renal y en la vía excretora confirman el diagnóstico de pielonefritis enfisematosa que posibilita un rápido tratamiento, limitado a la nefrectomía.

(*) Servicio de Diagnóstico por Imágenes y Radiodiagnóstico del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.

APORTE DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA HELICOIDAL (TCH) EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

Díaz, C.; Abad, M.; Fernández, S.; Marchán, P.; Jagodnik, P.; Ozuna, M.; Mussini, L.; Urquiola, C. (*)

INTRODUCCIÓN: el diagnóstico del TEP sigue siendo un problema controvertido con síntomas

signos inespecíficos y alta mortalidad.

El método diagnóstico ideal debería ser confiable, seguro, fácilmente disponible, adecuada relación costo-beneficio y amplia aceptación. En la actualidad, ninguno de los métodos disponibles reúnen todos estos criterios. La TCH es una técnica mínimamente invasora que ha demostrado ser promisorio para el diagnóstico de TEP.

Queremos presentar nuestra experiencia sobre el tema, dando a conocer las ventajas y desventajas de la TCH, a fin de que sea aceptada como alternativa confiable.

CASOS CLÍNICOS: caso 1: tratamos a un paciente femenino, de 53 años, que consultó por disnea y expectoración hemoptoica. Gases en la sangre: PO₂: 87 mmHg y PCO₂: 26.9 mmHg, con antecedentes de hipertensión pulmonar y TEP confirmado por angiografía pulmonar dos años antes. Se refirió a una cirugía de várices en miembros inferiores.

La TCH de tórax informó una falta de relleno en ambas arterias pulmonares principales y en sus ramas.

Caso 2: un paciente femenino, de 63 años, que consultó por dolor retroesternal y disnea de aparición brusca. Durante el examen, se constató taquicardia, broncoespasmo, roncus y rales crepitantes bibasales. La radiografía torácica mostró infiltrado nodular basal derecho. ECG y gases normales.

El ecodoppler reveló trombosis parcialmente recanalizada en la vena femoral superficial.

La TCH informó un defecto de relleno en las arterias segmentarias pulmonares.

CONCLUSIÓN: la TCH y el ecodoppler son dos métodos, como complemento, de información rápida y directa para el diagnóstico de TEP.

(*) Servicio de Diagnóstico por Imágenes y Radiodiagnóstico del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.

"ABDOMEN AGUDO": APORTES DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA HELICOIDAL

Abad, M.; Fernández, S.; Marchán, P.; Jagodnik, P.; Díaz, C.; Ozuna, M.; Urquiola, C.; Mussini, L.; Quiroga, A. (*)

INTRODUCCIÓN: el incremento del uso de la tomografía computada helicoidal (TCH) ha cambiado el manejo clínico y terapéutico de pacientes que presentan "abdomen agudo". Su valor radica en facilitar el diagnóstico para aquellos pacientes que requieren una intervención rápida.

CASOS CLÍNICOS: caso 1: paciente masculino, de 46 años, que consultó por distensión y dolor abdominal periumbilical e hipogástrico, fiebre (38°C), sudoración, vómitos de 10 días de duración; leucocitos: 16400/mm³. Ecografía: imagen hipoecóica en FID; TCH: plastrón en fosa ilíaca derecha, con alteración de la grasa y niveles hidroaéreos. Se realizó una hemicolectomía derecha.

Caso 2: paciente masculino, de 41 años, que consultó por dolor en el hipocondrio derecho, con defensa a la palpación de la pared abdominal, de 72 horas de evolución. Ecografía: apéndice engrosado. No se evidenció líquido libre, con abundante interposición gaseosa; TCH: plastrón apendicular, aire en retroperitoneo que llegaba hasta la región subhepática. Se realizó apendicectomía (apendicitis gangrenosa).

Caso 3: paciente masculino, de 51 años que consultó por dolor periumbilical y del hipocondrio derecho, de 72 horas de evolución. Presentó vómitos y falta de eliminación de materia fecal; TCH: cabeza del páncreas heterogénea, afinamiento de la tercera porción del duodeno; dilatación aneurismática de la arteria esplénica; colecciones peripáncreáticas. Se le efectuó una esplenectomía y se le ligó la arteria esplénica.

CONCLUSIÓN: la TCH es un método de gran sensibilidad para el diagnóstico del "abdomen agudo", como complemento de la ecografía.

Por su rapidez, aporta información que puede modificar la conducta terapéutica, sobre todo a pacientes críticos que necesitan un diagnóstico precoz.

(*) *Servicio de Diagnóstico por Imágenes y Radiodiagnóstico del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

ABSCESO PARAESPINAL TUBERCULOSO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO
Bertrand, R.; González, C.; Toledo, F.; Gómez, M. (*)

INTRODUCCIÓN: cuando la tuberculosis (TBC) osteoarticular afecta el raquis, se la conoce como "mal de Pott". Esta entidad es responsable de entre el 25 y el 50% de las TBC óseas. Afecta, predominantemente, la columna dorsal-lumbar y se presenta con mayor frecuencia entre niños, adolescentes y adultos jóvenes de países en desarrollo.

CASO CLÍNICO: se trata de un paciente de sexo femenino, de 26 años, que consultó por síndrome

febril y dolor dorsal-lumbar de 12 meses de evolución. Durante el examen físico, presentó limitación de la extensión de la columna, cifoescoliosis dorsal-lumbar con dolor ante la palpación de la columna y ante su movilización.

Estudios solicitados: Leucocitos: 12000 mm³; eritrosedimentación: 60 mm y PPD: 13mm. En la radiografía simple, se halló una lesión con densidad ósea paravertebral en el nivel dorso-lumbar de la columna (huso paraespinal).

La TAC de columna mostró una masa paravertebral que se extendía desde el séptimo disco hasta el duodécimo, con destrucción de los cuerpos vertebrales desde el octavo disco al décimo disco. La punción con aspiración de la lesión con aguja fina reveló material purulento; el examen bacteriológico mostró bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR). La RMN revela indemnidad del canal medular. Se inició el tratamiento antituberculoso y desaparecieron los síntomas.

DISCUSIÓN: se presenta este caso para destacar la importancia del diagnóstico y del tratamiento temprano del absceso pótico, ya que previene deformaciones óseas y daños neurológicos.

(*) *Servicio de Clínica Médica del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS MÉDICOS DE FARMACOTERAPIA DE USO FRECUENTE

García Diéguez, M.; Arribas, A.; Esandi, ME.; Silberman, P.; Vecchi, J.; Ortiz, Z.; Serralunga, G. (*)

INTRODUCCIÓN: se realiza una comunicación preliminar de resultados de un trabajo diseñado con el objeto de comparar el conocimiento farmacológico de los médicos del Hospital Municipal con un estándar de la bibliografía.

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO: estudio transversal con un interrogatorio autoadministrado sobre las dos drogas de mayor prescripción, por departamento, a todos los médicos que cumplan funciones asistenciales en el hospital, durante los seis meses anteriores al desarrollo de la encuesta. Se excluyeron a los que cumplen tareas relacionadas con la auditoría, compra de medicamentos, comités de farmacia, funciones jerárquicas. También, a quienes hubieran realizado actualización durante los

seis meses previos al desarrollo de la encuesta, o que asistieran en servicios complementarios. Se considerará el resultado de aciertos del cuestionario, acorde con un estándar construido con datos tomados de bibliografía, y se evaluará edad, tiempo de egresado, cargo en hospital, residencia o título de especialista. Los datos se resumirán por medidas de centralización y dispersión.

Se han realizado 62 encuestas (el 57% del total) en los Departamentos Clínico y Quirúrgico. De ellas, 10 fueron excluidas. Para la droga más prescrita en general – propoxifeno – en el departamento clínico, la media de aciertos fue de 2,65 y en el departamento quirúrgico la media fue de 2,28. Las preguntas más incorrectas fueron relacionadas con interacciones y contraindicaciones. Las fuentes de información más usadas, en ambos departamentos, fueron: en primer lugar, la propia experiencia, en segundo lugar (Departamento Clínico), libros y revistas biomédicas. El tercero (Departamento Quirúrgico), la experiencia de otros.

CONCLUSIONES: Se observa un desconocimiento de aspectos farmacológicos útiles para la prescripción de medicamentos.

(*) *Unidad de Medicina Preventiva del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

POLIMIALGIA REUMÁTICA: ¿DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN DE UNA MISMA ENFERMEDAD?

Dube, L.; Toledo, F.; Rodríguez Gil, G.; Príncipe, G. (*)

INTRODUCCIÓN: la polimialgia reumática es un síndrome relativamente frecuente en mujeres mayores de 60 años. La incidencia es, aproximadamente, de 50/100.000 personas de más de 50 años. Se caracteriza por dolor y rigidez muscular en la cintura escapular y/o pélvica. Existe una relación muy estrecha entre la polimialgia reumática y la arteritis de células gigantes, aunque no se sabe aún si tienen la misma causa o si son expresión de la misma enfermedad.

CASOS CLÍNICOS:

Caso I: mujer de 78 años, que consultó por síndrome de repercusión general, rigidez, artralgiyas y mialgiyas generalizadas con predominio axial de 2-3 semanas de evolución, con el agregado de cefaleas frontales pulsátiles, nódulos subcutáneos bitemporales dolorosos y claudicación mandibular

en los últimos días. Hto: 38%; ERS: 105 mm; alfa2 globulinas elevadas. Biopsia de nódulos subcutáneos: paniculitis eosinofílica con compromiso vascular. Biopsia de arteria temporal compatible con arteritis de células gigantes. Recibió un tratamiento con metilprednisona de 20 mg/día, con rápida evolución.

Caso II: mujer de 77 años, que consultó por síndrome febril, astenia, anorexia y dolores generalizados intensos que la llevan a la postración. Hto: 31%; ERS: 125 mm; leucocitos: 13.000/mm³. Radiografía de huesos largos y caderas: normal. Hipalbuminemia discreta, con hipogammaglobulinemia. Leve aumento de IgA. Recibió 8 mg/día de metilprednisona con rápida evolución.

CONCLUSIONES: presentamos dos casos con síntomas y signos clínicos similares en su inicio, que requirieron diferente dosis de corticoides cuyo pronóstico varió sustancialmente según se asocie o no con arteritis de células gigantes (riesgo de alteraciones oculares).

(*) *Servicio de Clínica Médica del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

OBSERVACIONES SOBRE EL SISTEMA DE TRAMITACIÓN DEL DOCUMENTO DE SALUD LABORAL (DSL)

Guzmán, G.; Esandi, ME.; Arribas, A.; García Diéguez, M. (*)

INTRODUCCIÓN: en 1997, se implementó un sistema de tramitación del DSL que dio prioridad a los cuidados preventivos y a la detección de factores de riesgo. Los solicitantes son sometidos a un interrogatorio, examen físico y determinaciones de laboratorio, de acuerdo con las prácticas preventivas corrientes, según grupos de edad. Las alteraciones son comunicadas verbalmente o por escrito por el médico. Se realizó una encuesta con el objeto de detectar la percepción de dichas recomendaciones entre los asistidos en la unidad de Medicina Preventiva.

DETALLE DEL TRABAJO: estudio observador, de corte transversal, entre el 1 y 31 de octubre de 1998. Se realizó una encuesta entre personas que concurrían por segunda vez, a cargo de una enfermera profesional. Se relevaron respuestas de satisfacción con respecto al nuevo sistema y percepción de consejos sobre tabaquismo, hipertensión, dislipemia, examen de citología cervical y mamografía,

lo que fue contrastado con los datos registrados en la planilla de identificación clínica. Se realizaron 119 encuestas a 76 varones y a 43 mujeres con un promedio de edad de 36,17 DS: +/- 12,83; (IC: 95% 33,8-38,5). El 91,5% consideró el sistema bueno o muy bueno, y un 37% reportó haber detectado algunos aspectos negativos. Sobre 24 personas con hipertensión detectada, recordaban haber recibido recomendaciones sólo 10; respecto a la mamografía entre mayores de 50 años, sólo 4 de 21 recordaban la sugerencia. Entre los tabaquistas, un total de 43, sólo 14 recordaban la recomendación.

CONCLUSIONES: la recepción del modelo por los usuarios es buena. Las recomendaciones para grupos de riesgo, en su mayoría verbal, son percibidas en una baja proporción.

(*) *Unidad de Medicina Preventiva del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

SÍNDROME DE KARTAGENER CON HIPOGAMMAGLOBULINEMIA

Martínez, E.; Urquiola, C.; Fiore, C. (*)

INTRODUCCIÓN: el síndrome de Kartagener se caracteriza por la alteración de la motilidad ciliar, dextrocardia, sinusitis, bronquiectasis e infertilidad. Presenta una transmisión autosómica recesiva o ligada al cromosoma x. Tiene una incidencia de 1/40000 entre personas de raza blanca.

CASO CLÍNICO: se trató a un paciente de sexo masculino, de 37 años, que consultó por infecciones bronquiales y de senos paranasales repetidas. Se encuentra en tratamiento por hipogammaglobulinemia congénita. Esterilidad sin causa conocida.

La mentonasa placa mostró opacificación de los senos maxilares y frontales. La radiografía de tórax demostró dextrocardia, bronquiectasias y lóbulo accesorio de la vena ácigos a la izquierda. La tomografía reveló, además, inversión topográfica de vísceras macizas como hígado y bazo.

CONCLUSIONES: los síntomas y antecedentes clínicos del paciente junto a los hallazgos radiológicos y tomográficos permiten diagnosticar este síndrome en forma rápida y eficiente antes del estudio histopatológico de biopsia nasal o bronquial.

Nuestro objetivo es ilustrar el papel protagónico de las imágenes y de la clínica para el diagnóstico de síndrome de Kartagener.

Motiva esta presentación la infrecuencia de

esta dolencia, su rara asociación con disgamaglobulinemias y su diagnóstico tardío.

(*) *Servicios de Clínica Médica y Diagnóstico por Imágenes y Radiodiagnóstico y Unidad de Neumotisiología del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

MIOCARDITIS POR *TRICHINELLA SPIRALIS*. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

Notta, S.; Cirone, O.; Rivadulla, M. (*)

INTRODUCCIÓN: la triquinosis es una zoonosis causada por el nematodo *Trichinella spiralis*, de infrecuente diagnóstico en seres humanos. La afectación cardíaca oscila entre el 10 y el 58%, según la bibliografía. Las alteraciones más frecuentes son los trastornos inespecíficos de la repolarización en el electrocardiograma (ECG). Generalmente, las manifestaciones clínicas de cardiopatía son subclínicas o leves.

CASOS CLÍNICOS: se presenta a dos pacientes adultos sin cardiopatía previa, afectados por triquinosis durante los dos brotes epidémicos de 1996-97, en nuestra zona.

Junto con el cuadro toxémico grave, con localización respiratoria severa, la miocarditis desarrollada fue de evolución hiperaguda, con muerte súbita en ambos casos. El cuadro toxémico enmascaró la gravedad de la afectación miocárdica de ambos pacientes, ya que no hubo evidencias previas de insuficiencia cardíaca.

La anatomía patológica reveló agresión severa del músculo cardíaco, con algunas diferencias entre los dos enfermos, que explican la evolución en cada caso.

CONCLUSIONES: los motivos de la presentación de estos casos de triquinosis con afectación miocárdica y evolución fatal son:

-Alta prevalencia de esta zoonosis en nuestra región.

-Afectación cardíaca frecuente, subclínica o de clínica leve.

-Evolución no habitual de los casos clínicos presentados, lo cual alerta a la población médica sobre la importancia de la prevención de esta zoonosis, ya que no siempre debe esperarse que los pacientes la padezcan sin riesgo de muerte, por causas cardíacas.

-Justificar el estudio cardíaco exhaustivo de todos los pacientes afectados por triquinosis con

ECG y ecocardiograma para determinar la evolución en un grupo de población de mayor envergadura.

(*) *Servicios de Cardiología y Anatomía Patológica del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

ENFERMEDADES REEMERGENTES EN BAHÍA BLANCA: REPORTE DE CINCO CASOS.

Maurizi, D.; Fainstein, D.; Giménez, R.; Bertolachini, S.; Ferrer, L.; Barberio, P.; Rusconi, M. (*)

INTRODUCCIÓN: en los últimos 20 años irrumpieron en el mundo enfermedades aparentemente extinguidas o circunscriptas a una región en particular. Así, se denominaron emergentes las enfermedades desconocidas hasta el momento: HIV-sida, Ébola, HCV, Hantavirus, *H. pylori*, *E. coli* 0157:H7, etc. Reemergentes son las enfermedades ya conocidas previamente que reaparecen en una zona o región: fiebre amarilla, dengue, cólera, tuberculosis resistente, etc. Diversos son los factores concurrentes para favorecer dicha situación: crecimiento poblacional sin desarrollo sanitario, viajes internacionales, falta de control de vectores, inadecuada implementación de planes de vacunación, guerras, campos de refugiados, inadecuado desecho de residuos sólidos, etc.

Se relatan cinco casos de enfermedades reemergentes diagnosticadas en Bahía Blanca.

MATERIAL Y MÉTODOS: en los últimos 10 meses, se asistieron en el HMALL y el HPS cinco casos de enfermedades reemergentes. Los casos fueron analizados retrospectivamente, a partir de las historias clínicas. Para arribar al diagnóstico se utilizaron técnicas estandarizadas por serología y examen en fresco de sangre realizadas en organismos oficiales.

CASOS CLÍNICOS:

Caso I: M.R.M. de 32 años, asesor financiero en Balcarce y Mar del Plata. Comenzó el 10-6-98 con síndrome gripal, tos, fiebre. Aparece luego erupción generalizada con enanema, sin adenopatías. Continúa el estado febril y presenta luego neumonía, que responde a ceftriaxona. Refirió que un compañero de trabajo tuvo una enfermedad eruptiva diez días antes. Se diagnosticó sarampión, por IgMELISA.

Caso II: J.C. de 50 años, médico, realizó un viaje a Buzios, a fines de abril. Comenzó el 23-4-98 con

síndrome gripal, escalofríos intensos acompañados luego de gran postración y erupción. Evolucionó, sin complicaciones, en 5-7 días. Refirió que fue intensamente picado por mosquitos. Ig M positiva para dengue por ELISA.

Caso III: A.P.V. de 30 años. Ingresó en el HMALL el 12-6-98 por fiebre de cuatro días de evolución. Reside en Ghana por razones laborales. Refiere como antecedentes haber padecido tres episodios de paludismo, en 1997. En el frotis de sangre periférica, se observan parásitos de plasmodios. Inició el tratamiento específico con adecuada respuesta. Se le dio el alta el 16-6-98.

Caso IV y V: Q.C., de 38 años, y B.M., de 37 años, oficiales de un buque tanque. Ingresaron al HPS el 16-11-97 por fiebre y hepatitis. Q.C. desarrolló un fallo multiorgánico y falleció el 21-11-97. B.M. tuvo enfermedad leve y fue dado de alta el 30-11-97. Ig M positiva para fiebre amarilla por ELISA.

CONCLUSIONES:

1) Existen condiciones suficientes para la aparición de enfermedades reemergentes.

2) Es posible arribar al diagnóstico con la participación conjunta de instituciones públicas y privadas.

(*) *Unidad de Infectología y Laboratorio del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero, Estomba 968, Bahía Blanca. Servicio de Terapia Intensiva y Laboratorio del Hospital Privado del Sur, Las Heras 164, Bahía Blanca. Región Sanitaria I, Moreno 267, Bahía Blanca.*

ENFERMEDAD DE KAWASAKI: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y DE LA TERAPÉUTICA

Peralta, M.; Díaz, G.; Vacas, A.; Piñero, G.; Comezaña, C. (*)

INTRODUCCIÓN: la enfermedad de Kawasaki es un síndrome vasculítico multisistémico de aparición aguda, de causa desconocida, que afecta preferentemente a lactantes y a niños pequeños. El diagnóstico se basa sobre elementos clínicos, pues no existe ningún examen de laboratorio que lo confirme. Su complicación más grave es el compromiso de las arterias coronarias en forma de arteritis y aneurismas que pueden evolucionar hacia trombosis o su ruptura. La inmunoglobulina endovenosa previene la formación de aneurismas cuando se inicia en forma temprana.

CASO CLÍNICO: un paciente de 18 meses, sexo masculino, que ingresa por síndrome febril de

tres semanas de evolución, con faringitis e inyección conjuntival (primera semana); erupción cutánea y edema de extremidades (segunda semana) y descamación perineal (tercera semana).

Por sospecha clínica de enfermedad de Kawasaki, se solicitó el recuento plaquetario (500.000 / mm³) y se confirmó la hiperplaquetosis descripta para este síndrome.

Ante la alta presunción de la enfermedad, se medicó con aspirina y, en busca de complicaciones coronarias, se realizó un ecocardiograma que permitió observar dos aneurismas coronarios, derrame pericárdico y miocarditis con disminución de la función ventricular.

DISCUSIÓN: de la presentación de este caso, se desea destacar la importancia del diagnóstico temprano de dicha enfermedad, ya que el tratamiento con inmunoglobulinas en forma precoz disminuye las complicaciones coronarias de la enfermedad. (*) *Servicio de Pediatría, Servicio de Medicina de Urgencia y Servicio de Cardiología Infantil del Hospital Interzonal General Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

TAMIZACIÓN DE AGUDEZA VISUAL DE NIÑOS DE EDAD ESCOLAR Silberman, P. (*)

INTRODUCCIÓN: la tamización oftalmológica de niños de edad escolar está dirigida a la detección de errores refractivos. El desmejoramiento visual no detectado y, por ende, no tratado a edad temprana puede afectar al niño en sus funciones mentales, sociales y desarrollo físico.

Los objetivos fueron determinar la prevalencia de problemas de agudeza visual, sobre una población de niños de entre 6 y 14 años que consulta por certificados de buena salud, y el porcentaje de niños que desconocían tener problemas de agudeza visual.

DETALLE DEL TRABAJO: diseño transversal, para un universo de niños de entre 6 y 14 años, sanos, que concurrieron al Servicio de Medicina Preventiva en busca de su certificado anual de salud. Se realizó una revisión de los datos obtenidos del examen físico. Se les determinó la agudeza visual a todos los niños. Para el segundo objetivo, se tomó una muestra no probabilística accidental de 200 personas dirigidas al adulto acompañante. Se les preguntaba si habían consultado al oftalmólogo alguna vez y si creían que el niño veía bien, para luego cotejarlo con el examen físico, que realizó el mis-

mo observador, sin leer el resultado de la encuesta previamente.

Resultados: se atendieron 788 pacientes, de los cuales fueron mujeres 402 (el 51%). Se encontraron, en el examen físico general, 247 pacientes con alteraciones previas no detectadas o en su período de latencia, de las cuales 141 estaban relacionadas con la agudeza visual, que no habían sido corregidas ni habían consultado al especialista. Se encuestó a 200 de los 788 acompañantes; de ellos, 75 habían consultado una vez al oftalmólogo; de los 125 restantes, 28 ni siquiera habían notado disminución de su agudeza visual, y 13 habían consultado más de 5 años antes.

DISCUSIÓN: sería importante implementar en el examen físico en atención primaria una tamización oftalmológica, ya que existe un importante número de niños que no advierte la disminución de la agudeza visual y que se beneficia con un examen exhaustivo del oftalmólogo.

(*) *Servicio de Pediatría del Hospital Municipal de Aguados Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

COLITIS ISQUÉMICA ASOCIADA AL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH) Argumedo, A.; Vanzini, D.; Alconcher, L. (*)

INTRODUCCIÓN: el SUH es un desorden multisistémico, caracterizado por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y falla renal aguda. Es la causa más frecuente de insuficiencia renal aguda en niños en la Argentina, correspondiendo además al 30% de las diálisis pediátricas. Varios reportes que involucran al tracto gastrointestinal han sido publicados. Ello incluye estenosis colónica, perforación, megacolon tóxico y colitis pseudomembranosa. La gangrena colónica es una seria lesión isquémica secundaria de trombosis vascular. El cuadro inicial de SUH es reconocido con relativa facilidad por los pediatras de nuestro país, con excepción de cuando se presenta con colitis isquémica (el 3,5%).

DESCRIPCIÓN DEL CASO: se presentó un paciente de 16 meses, sexo masculino, con diagnóstico de SUH, al que se indicó diálisis peritoneal precoz. Al quinto día se le diagnosticó peritonitis asociada con el catéter de diálisis. El paciente desmejoró su estado clínico. Se le diagnosticó presuntamente "abdomen agudo" perforado, el cual se confirmó en el acto quirúrgico, al encontrarse múltiples perforaciones a lo largo del colon, por lo

que se le realizó una colectomía total.

COMENTARIO: algunos datos, que coincidieron entre los de nuestro paciente y la bibliografía consultada, podrían asociarse con un alto índice de sospecha como edad, hematocrito, recuento leucocitario.

La importancia del diagnóstico precoz de esta forma de presentación radica en, al menos, dos circunstancias: el severo compromiso renal que muestra (anuria más prolongada) y la alta mortalidad (mayor que la tasa global para SUH).

(*) Servicio de Pediatría del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Servicio de Pediatría del Hospital Interzonal General Dr. José Penna. Bahía Blanca.

DIARREA AGUDA BACTERIANA DURANTE LA INFANCIA: ETIOLOGÍA Y SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA

Zárate, S.; Marlia, R.; Carrica, A.; Fernández, D.; Paniccia, L.; Rossi, G. (*)

INTRODUCCIÓN: la diarrea aguda constituye un serio problema de salud. Su causa más común son infecciones virales. Sin embargo, las bacterias enteropatógenas desempeñan un papel importante.

La presente revisión tiene como objetivo establecer los agentes bacterianos más frecuentes y conocer su sensibilidad antibiótica.

DETALLE DEL TRABAJO: se analizaron 616 coprocultivos entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de julio de 1998. Se obtuvieron 119 cultivos bacterianos positivos (el 19,3%). Se identificaron *Shigella flexneri*, en 76 muestras (el 63,8%); *Salmonella spp*, en 20 (el 16,8%) y *Escherichia coli* enteropatógena, en 18 (el 15,1%). Se observó que el 85,5% de *Shigella flexneri*, el 55,5% de *Salmonella spp* y el 77,7% de *Escherichia coli* fueron resistentes a la ampicilina, mientras que, para trimetropina-sulfametoxazol, fue del 67% de *Shigella flexneri*, 20% de *Salmonella spp* y 22% de *Escherichia coli* enteropatógena. No se registró resistencia a la gentamicina y a la cefalosporina de primera y de tercera generación.

CONCLUSIONES: alta prevalencia de *Shigella flexneri*, probablemente debida a una mayor solicitud de coprocultivos a pacientes con disenterías. Elevada resistencia de los gérmenes a la ampicilina y a la trimetoprima-sulfametoxazol, especialmente de *Shigella flexneri*, en contraste con la alta sensibilidad a la gentamicina y a la cefalosporina de primera y de tercera generación.

Se destaca la importancia de conocer la bacte-

riología y la sensibilidad antibiótica en nuestro hospital, como uno de los elementos para tener presente en el momento de decidir una conducta antibiótica.

Consideramos necesaria la realización de un estudio prospectivo que permita validar estos resultados y obtener una mayor información.

(*) Servicios de Pediatría y Laboratorio del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA AURICULAR EN LA URGENCIA

Recio, S.; Pezzutti, G.; Baccini, JC. (*)

INTRODUCCIÓN: los traumatismos del pabellón auricular pueden provocar lesiones de distinta gravedad. Su pérdida parcial o total, plantea un desafío para la cirugía reparadora. En algunas circunstancias, es posible comenzar con la reconstrucción, en el mismo momento de la admisión en el Servicio de Medicina de Urgencia (SMU).

Los objetivos para una reconstrucción auricular son: reconstruir ad íntegrum las irregularidades naturales, obtener un tamaño auricular semejante al contralateral, mantener la profundidad y el tamaño de la concha auricular, y conservar expedita la entrada en el conducto auditivo externo.

Para la amputación total, se describen, en la bibliografía, cuatro tipos de métodos más usados: reimplante de cartílago, injerto compuesto, microcirugía y uso de prótesis.

Para la amputación parcial, el colgajo retroauricular de Dieffenbach aparece como el método de elección.

CASOS CLÍNICOS: entre febrero y septiembre de 1998, en el SMU, se recibió a cuatro pacientes con distintos tipos de lesiones del pabellón auricular, que comprenden: desde herida con desprendimiento hasta la amputación total de pabellón. A dos pacientes con pérdida del tercio medio se les realizó un colgajo retroauricular. A un paciente con desprendimiento anterior se le efectuó cierre simple y al último paciente, que presentaba amputación total, se le reimplantó el cartílago desnudo en la región retroauricular. De todos los pacientes se logró la reconstrucción del pabellón auricular.

En el caso de amputación total, se logró una reparación funcional y se dejó para un segundo tiempo el aspecto estético.

DISCUSIÓN: se analiza la ventaja de realizar la reconstrucción inmediata, en lugar de la diferida,

dado que se reduce el tiempo de tratamiento, se reparan las heridas y se reducen los costos.

(*) *Servicio de Cirugía General del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero . Estomba 968. Bahía Blanca.*

RUPTURA DE ANEURISMA DE LA ARTERIA ESPLÉNICA

Tacchi, P.; Recio, S.; Ibarola, C.; Pezzutti, G. (*).

INTRODUCCIÓN: la ruptura de un aneurisma de una arteria visceral es una de las causas de abdomen agudo hemorrágico. El aneurisma de la arteria esplénica es el más frecuente, seguido del aneurisma de la arteria hepática y del de la mesentérica superior.

Se presentan tres casos de pacientes operados por abdomen agudo hemorrágico por ruptura de aneurisma de la arteria esplénica.

CASOS CLÍNICOS: entre marzo de 1993 y septiembre de 1998 ingresaron tres pacientes por cuadro clínico de hemorragia intraabdominal aguda por ruptura de aneurisma de la arteria esplénica, que requirieron laparotomía de urgencia. Se trató de dos pacientes de sexo masculino y uno de sexo femenino. En dos de los casos, se realizó diagnóstico preoperatorio por TAC abdominal. En todos ellos, se realizó la resección del aneurisma y esplenectomía. No hubo mortalidad.

DISCUSIÓN: si bien el aneurisma de la arteria esplénica es el más frecuente de los viscerales, su ruptura es infrecuente. Tanto es así, que las publicaciones bibliográficas no superan los cuatro casos. Un alto índice de sospecha es fundamental para el diagnóstico oportuno. El tratamiento quirúrgico es de elección.

(*) *Servicio de Cirugía General del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero . Estomba 968. Bahía Blanca.*

DIFICULTADES OBSERVADAS DURANTE EL MANEJO AGUDO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Colombo, O.; Iarlori, F.; Gogorza, R.; González, R.; Rapetti, D.; Curino, P.; Van Ooteghem, M. (*).

INTRODUCCIÓN: la enfermedad cerebrovascular es, neurológicamente, la más frecuente causa de discapacidad o muerte del adulto y, en la mayoría de los países, se ubica en el tercer lugar entre todas

las causas de muerte.

Las lesiones cerebrales de origen vascular son la segunda causa más frecuente del síndrome de demencia, hecho creciente frente a una población que incrementa su expectativa de vida.

DETALLE DEL TRABAJO: a partir de abril de 1998, se comienza a realizar la recolección de datos de pacientes internados con diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico con el objetivo de conocer la realidad local. Se realizó un seguimiento ulterior, basado en los procedimientos diagnósticos y normas de tratamiento emitidas por la American Heart Association.

Las muestras tomadas hasta el 10 de noviembre de 1998 fueron de un total de 45 internados a los cuales se le realiza una ficha personal, estudios diagnósticos, planillas de evaluación funcional y cognitiva. Se citó posteriormente para al control a los 30, 60, 90 y 120 días posteriores al alta.

CONCLUSIONES: hemos observado dificultades y falta de conciencia en los diferentes niveles de atención, promoción y prevención, recuperación y rehabilitación. Notamos disparidad de criterios diagnósticos y terapéuticos con respecto a los accidentes cerebrovasculares isquémicos, por lo que consideramos elaborar un protocolo de estudio a fin de uniformar criterios y optimizar la utilización de los recursos humanos y materiales.

(*) *Servicios de Neurología y Neurocirugía del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

ESTEREOTAXIA: APLICACIONES Y BENEFICIOS

Curino, P.; Van Ooteghem, M.; Rapetti, D.; Iarlori, F.; González, R. (*).

INTRODUCCIÓN: la estereotaxia es un método por el cual, a partir de un estudio complementario (tomografía computada, resonancia magnética, angiografía), se obtienen tres coordenadas espaciales, las cuales se utilizan para llegar con absoluta precisión a cualquier punto del encéfalo. En este trabajo, se discuten sus usos, indicaciones, resultados y complicaciones. Se presenta nuestra casuística.

CASOS CLÍNICOS: en el período comprendido entre el 1 de junio de 1998 y el 1 de octubre de 1998, se realizaron ocho biopsias estereotáxicas. La edad promedio fue de 50,5 años. Siete fueron de sexo masculino y uno femenino.

Los procedimientos fueron realizados con un marco estereotáxico isocéntrico Micromar modelo TM-03B (Hitchcock modified). A todos los pacientes se les realizó tomografía cerebral.

Los cálculos de las coordenadas espaciales fueron obtenidos por el sistema Micromar Software Assistance (MSA).

La totalidad de las biopsias se realizó bajo anestesia local y fueron dados de alta a las 24 horas. Todas presentaron resultados positivos, con un diagnóstico de 4 metástasis, 2 abscesos, un astrocitoma grado II y un hematoma. No hubo ninguna complicación durante los procedimientos realizados.

CONCLUSIONES: según nuestra casuística, coincidente con la bibliografía general, la biopsia estereotáxica fue un procedimiento con alto grado de resultados positivos, y bajo riesgo de complicaciones, por lo que se considera un método mínimamente invasor de gran utilidad para obtener diagnósticos de enfermedades quirúrgicamente inaccesibles.

(*) *Servicios de Neurocirugía del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

DISPLASIA FIBROSA MONOSTÁTICA DE MAXILAR INFERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Díaz, R.; Cabenko, G.; Sabbatini, D.; Cantarelli, G. (*)

INTRODUCCIÓN: la OMS la define como un proceso benigno de naturaleza probablemente malformativa, caracterizado por la presencia de tejido fibroso conectivo, con disposición arremolinada característica y en el que se encuentran trabéculas de hueso inmaduro, no laminar.

RELATO DEL CASO: paciente de sexo masculino, de 10 años, que presentaba aumento de tamaño del lado derecho de la mandíbula, sin dolor, con crecimiento progresivo, especialmente durante los últimos meses.

Se realizó un abordaje en la zona vestibular, lateral inferior, con bisturí frío. Obtenido el colgajo de mucosa y de periostio, encontramos que la pared vestibular de la tabla externa se encuentra sumamente debilitada y hasta con una pequeña comunicación. Se procedió a eliminar una masa de tipo fibroso, la cual se desprendió con cierta facilidad y se separó de ésta una muestra, para obtener el resultado histopatológico, el cual dio como conclu-

sión "displasia fibrosa monostótica", según informe de Patología.

DISCUSIÓN: basándonos en la patología benigna, ya que abunda la bibliografía de este punto, damos a criterio odontológico, una resolución del caso, por ser conservador y permitir que los elementos biológicos con que contamos ayuden a la remodelación y vuelta a la función normal del maxilar, al cual no tomamos como un hueso más, sino como un órgano del que dependen funciones básicas para la vida (masticatorias, fonéticas y estéticas).

Fue realizada una remoción quirúrgica conservadora, ya que es una lesión benigna que tiende a estabilizarse en la adolescencia. El criterio utilizado es dejar función mandibular para la remodelación de ese hueso.

(*) *Servicios de Odontología del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

OCHO AÑOS DE TRABAJO EN EQUIPO **Stacco, MC.; Mariscal, J.; Ríos, V.; Fernández, J.; Schimpf, A. (*)**

INTRODUCCIÓN: la formación de este grupo dio como resultado la atención gratuita de niños en las diferentes etapas desde su transcurso por la E.G.B., hasta la incorporación en noveno año. Después de un relevamiento que demostró el alto índice de extracciones, se fijó como objetivo conservar la mayor cantidad de piezas posibles, mediante la operatoria indicada. Se respetó el radio de acción de las unidades sanitarias con atención odontológica, con el HMA como centro de referencia.

DESARROLLO: en etapas sucesivas, se mejoró en cantidad y calidad la atención de pacientes menores. En algunas áreas, prevaleció la atención de adultos, debida a factores de tipo socioeconómico. Hoy hay una complementación entre las unidades sanitarias y el Hospital Municipal de Agudos.

La coordinación en el trabajo se ha logrado al hacer concurrir a los odontólogos que se desempeñan en las unidades sanitarias, al Servicio de Odontología del HMA un día por semana, que se emplea para unificar criterios en la forma de atención, en la actualización de temas clínicos, y en el intercambio de datos sobre las derivaciones producidas o por producirse entre las unidades y el HMA. Se pudo observar que, en 1990, por ejemplo, había un total de 254 extracciones contra 156 obturaciones. Esto fue invirtiéndose hasta llegar a 1998, a 89 extraccio-

nes y 593 obturaciones.

CONCLUSIONES: realizando un balance de estos ocho años de labor coordinada entre las unidades sanitarias y el HMA ha sido altamente positivo, y permiten observar el considerable aumento, de la atención de niños y del control de sus enfermedades. Cabe decir que este programa cumple los objetivos planteados, y que se basó en la prevención, que es la odontología del futuro.

(*) *Servicios de Odontología del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero . Estomba 968. Bahía Blanca.*

ACCIDENTES EN LA VÍA PÚBLICA

Suárez, E.; Piqué, J. C.; Maisonave, R. (*).

INTRODUCCIÓN: los accidentes de tránsito en ciudades y rutas son la causa más frecuente de lesiones a las personas, a veces sumamente graves.

El trauma es, mundialmente, la tercera causa de muerte para cualquier edad (luego de enfermedades cardiovasculares y de cáncer), y la primera por debajo de los 35 años.

DETALLE DEL TRABAJO: se presentan las estadísticas de nuestro hospital de los años 1996, 1997 y los dos primeros cuatrimestres de 1998.

El total de accidentes (incluyendo los protagonizados por autos, motos, bicicletas y peatones) fue, para 1996, de 1130 casos; en 1997, de 1204 casos y, en los tres primeros meses de 1998, de 331 casos, con mortalidad en 22 casos (el 1,9%), para 1996; 30 casos (el 2,4%), para 1997; 6 casos (el 1,8%), para el primer trimestre de 1998, todo lo cual demuestra un aumento progresivo de la frecuencia de tales eventos, se supone a causa del desarrollo y al mayor número de vehículos.

CONCLUSIONES: el objetivo de esta presentación es hacer hincapié en las medidas de seguridad que deberían tomarse en todos los niveles con el objeto de intentar la disminución de este tipo de accidentes que tan alto precio cuesta a nuestra ciudad y al resto del mundo.

(*) *Servicios de Cirugía y Asesoría de Prensa del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero . Estomba 968. Bahía Blanca.*

TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO (TCES): IMPACTO DEL MONITOREO SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD
Piñero, G.; Braccini, G.; Stocki, A.; Quispe, A.; Marcos, E.; Santopinto, J. (*).

OBJETIVOS: determinar la importancia del monitoreo clínico y neurológico en la morbilidad y mortalidad de pacientes con trauma severo (TECS).

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio de observación de corte transversal, período 1/96 – 6/98, de pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de TECS. Datos recolectados: tipos de trauma, escala de Glasgow (ECG), TAC cerebral de ingreso (Marshall), alteraciones pupilares, de la respuesta motora, monitoreo de presión intracraneal (PIC), presión de perfusión cerebral (PPC), saturación del golfo de vena yugular ascendente (S y O₂) y mortalidad. Análisis estadístico: PC/EPI5 se utilizaron tests no paramétricos.

RESULTADOS: se admitió a 83 pacientes con TECS. La media de ECG de ingreso en UTI fue de 5,76 (+/- 2,61 DS); la edad promedio de 35,2 años (+/- 20,7 DS); el 63,9% presentaba trauma de cráneo aislado. La media de edad en los pacientes fallecidos y los vivos fue de 41,2 años (+/- 20,9), y 25,7 años (+/- 16,7), respectivamente (P:0.0004).

La TAC de ingreso, el ECG y las alteraciones pupilares en el ingreso mostraron diferencias significativas en relación con la sobrevida.

Se midió PIC en 52 pacientes (el 63%). Esta medición mostró diferencias significativas, en relación con la sobrevida, con respecto al grupo sin medición (P:0.0003). Estos grupos no son comparables en cuanto a variables altamente predictoras de mortalidad como la edad y el ECG. En 33 de los pacientes con PIC (el 63%) se midió S y O₂ en forma intermitente. Esta medición no mostró diferencias estadísticamente significativas en relación con la mortalidad, con respecto al grupo no medido. La mortalidad en el grupo con monitoreo de PIC fue de 47,2%. La media de días de internación de este grupo en UTI fue de 3,4 (+/- 2,06 SD). El peor registro de PIC, TAM y PPC se relacionó en forma estadística significativa con la mortalidad (P:0.0005, 0.0015 y 0.00009, respectivamente).

CONCLUSIONES: la edad, el ECG, las alteraciones pupilares y la TAC inicial fueron factores vinculantes directamente con la sobrevida.

El monitoreo de PIC y el mantenimiento de los objetivos terapéuticos: PIC < 20 mmHg y PPC >

de 70 mmHg se relacionan en forma directa con la sobrevida. Si bien las S y O₂ medidas en forma intermitente no aportaron mejoría de los resultados, la medición continua del S y O₂ permitiría una terapéutica más racional y precoz.

(*) *Servicio de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero . Estomba 968. Bahía Blanca.*

TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO (TCES): FACTORES ASOCIADOS A LAS SECUELAS POSTERIORES AL ALTA HOSPITALARIA

Stocki, A.; Piñero, G.; Braccini, G.; Quispe, A.; De Salvo, G.; Torres, V.; González Prieto, G. (*)

OBJETIVOS: determinar factores que influyen en la evolución y secuelas de los pacientes con TCES ingresados en UTI.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio de observación de corte transversal sobre 83 pacientes ingresados en UTI, con diagnóstico de TCES, en un período de 30 meses (1/96 – 6/98). Se evaluaron las siguientes variables dependientes: escala de Glasgow (ECG), presión intracraneal (PIC), presión de perfusión cerebral (PPC), TAC inicial, examen motor y alteraciones pupilares. La variable dependiente fue la escala evolutiva de Glasgow. Se dividió a los pacientes en tres grupos, según secuelas posteriores al alta hospitalaria (SS-SM: sin secuelas o secuelas mínimas; SMD-SG: secuelas moderadas o graves, y MC: muerte). Análisis estadístico: PC / EPI5. Se establecieron tests no paramétricos.

Se consideró estadísticamente significativo una P: < 0.05.

RESULTADOS: la edad, las pupilas, la TAC inicial, la peor PIC y PPC de la internación mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de la variable dependiente. El ECG de ingreso en UTI no mostró diferencias entre los grupos de secuelas y el examen motor, si bien mostró asociación con la gravedad de las secuelas posteriores al alta. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES: en pacientes con TCES, la menor edad se relacionó en forma estadísticamente significativa con menores secuelas. La gravedad de la TAC inicial y las alteraciones pupilares a la fecha de ingreso se vincularon en forma por lo menos significativa con la importancia de las secuelas. Los

registros más altos de PIC y los más bajos de PPC se asociaron en forma directa con la mayor gravedad de secuelas.

(*) *Servicio de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero . Estomba 968. Bahía Blanca.*

ASOCIACIÓN DE LA TAC INICIAL CON LOS HALLAZGOS DEL EXAMEN NEUROLÓGICO SOBRE PACIENTES CON TRAUMA DE CRÁNEO GRAVE (TECG)

Quispe, A.; Piñero, G.; Stocki, A.; Braccini, G.,; Príncipe, G.; Lasdica, S.; Rudolf, G.; Bertrand, R. (*)

OBJETIVOS: determinar la correlación de la TAC de ingreso con la valoración clínica inicial y las secuelas posteriores al alta hospitalaria de pacientes con TECG.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio de observación, de corte transversal, de pacientes ingresados en UTI con TECG, período 1/96 – 6/98. Se tomó la TAC inicial, clasificada según escala de Marshall, como variable dependiente. Se correlacionó con las siguientes variables independientes: examen motor, alteraciones pupilares a la fecha de ingreso, registro inicial y el peor registro de presión endocraneana (PIC) de la internación, la mortalidad y la escala evolutiva de Glasgow (ECG) al momento del alta hospitalaria. Además se analizaron las imágenes de lesiones que estuvieron relacionadas con mayor morbilidad y mortalidad. Análisis estadístico: PC / EPI5. Se utilizaron tests no paramétricos (Kruskal-Wallis, Fisher, Chi²).

RESULTADOS: durante el período evaluado, ingresaron 83 pacientes con TECG. Se halló correlación estadísticamente significativa entre la escala de Marshall y las siguientes variables consideradas: SCG, las alteraciones pupilares, el examen motor, secuelas y mortalidad. A mayor grado de lesión en la TAC, la escala de Glasgow de ingreso en UTI fue menor, y las alteraciones pupilares y del examen motor, más frecuentes. No se halló correlación entre la TAC inicial y los niveles de PIC que presentaron los pacientes.

CONCLUSIONES: la gravedad de la TAC se asoció con la menor escala de Glasgow y los mayores hallazgos del examen motor, y se vinculó con la morbilidad y mortalidad de los pacientes. Con respecto a la predicción de hipertensión endocraneana (HEC), si bien signos mayores como la

desviación de la línea media, el colapso de las cisternas peritroneales y la lesión de masa ocupante mayor de 25 cc son altamente predictores de aumento de la PIC, su ausencia no descarta la presencia de HEC.

(*) *Servicio de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero . Estomba 968. Bahía Blanca.*

TEC MODERADO Y GRAVE EN UNA POBLACIÓN DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES INGRESADOS EN UTI

Piñero, G.; Stocki, A.; Braccini, G. (*)

OBJETIVOS: evaluar aspectos epidemiológicos de los TEC ingresados en UTI de niños en edad escolar y adolescentes.

Determinar factores pronósticos, porcentaje de secuelas y mortalidad.

MATERIALES Y MÉTODOS: se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo del período comprendido entre el 1/96 y el 12/97, de pacientes ingresados, de entre 5 y 19 años con diagnóstico de TEC. Se registraron datos epidemiológicos del trauma, escala de Glasgow de ingreso en sala de urgencia y de ingreso en UTI, los hallazgos de la TAC inicial (escala de Marshall) y escala de Glasgow evolutivo en el momento del alta hospitalaria. El análisis estadístico se realizó con programa SPSS y se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas.

RESULTADOS: durante este período ingresaron en la unidad 114 pacientes con TEC, 34 de los cuales tenían edades comprendidas entre 5 y 19 años. La mediana fue de 18 (cuartil 1: 15; cuartil 3: 19; rango intercuartil: 4). El 76% (26 pacientes) era de sexo masculino. El 64,5% (22 pacientes) fue TEC aislado, y el trauma romo fue el tipo más común de lesión, con el 79% (27 pacientes). Los accidentes de tránsito representaron el 79% (27 pacientes).

La escala de Glasgow mostró diferencia altamente significativa entre el tomado al ingreso en guardia y en UTI (p: 0,0001).

No se halló correlación entre el ECG de ingreso en UTI y la lesión de la TAC de ingreso (p: 0,37); sí, entre ECG ingreso en UTI y secuelas en el momento del alta hospitalaria (p: < 0,05).

De los 34 pacientes, el 67,5% (23) tuvo, al ingreso en UTI, un GCS < 9. En este grupo, la TAC mostró correlación estadísticamente significativa con la sobrevida (p < 0,05). El 78% (18 pacientes) fue monitoreado por PIC y PPC:

	Mortalidad	Sobrevida
PIC < de 20	0	7
PIC > de 20	5	6 p: 0,054
PPC > de 60	0	7
PPC < de 60	5	6 p: 0,054

CONCLUSIONES: el ECG al ingreso en UTI se asoció con las secuelas en el momento del alta hospitalaria.

En pacientes con ECG < 9, la TAC de ingreso mostró asociación con la sobrevida.

La PIC > 20 mmHg y la PPC > 60 mmHg son dos objetivos terapéuticos para perseguir, ya que están relacionados estrechamente con la sobrevida de los pacientes.

(*) *Servicio de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

TRATAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD CORONARIA. ESTADO ACTUAL

Santopinto, J.; Braccini, G.; Marcos, E.; González Prieto, G.; De Salvo, G.; Rudolf, G. (*)

OBJETIVOS: evaluar aspectos terapéuticos de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) ingresados en Unidad Coronaria (UC).

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio retrospectivo y de observación sobre 286 pacientes con IAM, ingresados en UC, en el período comprendido entre 6/12/94 y el 10/10/98. Se registraron: edad, sexo, tiempo de internación en UC, Killip de ingreso y de evolución, tratamiento médico realizado, procedimientos, estudios complementarios y complicaciones durante la internación. Los datos fueron procesados en programa EPIinfo 5.0. Los resultados se expresan según corresponda en medias y porcentajes.

RESULTADOS: la edad promedio de los pacientes fue 61,8 años (+/- 12,5 SD). El 71,3% (204) era de sexo masculino. La edad promedio de los hombres fue 59,6 años (+/- 12) y, entre las mujeres, 67,5 (+/- 12) (KW 19,9; P: 0,000008). El promedio de días de internación fue de 4 (PC 25: 3, PC 75: 8). El 18% (51) presentó antecedentes de angina crónica estable y el 15% (42) infarto previo.

La localización del IAM que se presentó más

frecuentemente fue anterior y lateral.

En el momento del ingreso, el 73% de los pacientes presentaba elevación del segmento ST, y el Killip de ingreso y de evolución fue:

Killip A (218)	76,2%
Killip A (214)	74,8%
Killip B (17)	5,9%
Killip B (20)	7,0%
Killip C (19)	6,6%
Killip C (11)	3,8%
Killip D (18)	6,3%
Killip D (21)	7,3%

El 54,5% fue infarto de tipo Q. Recibió fibrinolíticos el 72% (151) de los pacientes con elevación del ST y beta bloqueantes endovenosos, el 19% (54). El 54% de los pacientes trombolizados cumplió criterios de reperfusión; en forma dudosa, el 10% y negativo el 34%.

El 11,5% de los pacientes necesitó asistencia respiratoria mecánica y el 6%, cateterización de la arteria pulmonar. La mortalidad en el grupo que ingresó en APM fue del 79%. La complicación más frecuente fue el angor postIAM (el 15%).

Con respecto a los métodos complementarios utilizados, sólo al 19% de los pacientes se le realizó ecocardiograma y al 13%, cinecoronariografía.

La mortalidad global fue del 11,2%. No hubo diferencia entre uno y otro sexo.

CONCLUSIONES: el IAM se presentó a mayor edad en el sexo femenino, sin que esto influyera en la mortalidad por sexo.

Se comprobó alta utilización de fibrinolíticos, en comparación con los datos de la encuesta nacional de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC, 96) (el 72% contra el 41%).

Asimismo, alta utilización de beta bloqueantes endovenosos (el 19% contra el 8%) (encuesta SAC, 96). Llama la atención la baja utilización de métodos complementarios (CCG el 13,3% contra el 30%), sin diferencias en cuanto a la mortalidad: el 11,2% contra el 10,8% (SAC 96).

(*) *Servicio de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CORONARIO SOBRE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO INGRESADOS EN UNIDAD CORONARIA.

Torres, V.; Santopinto, J.; Braccini, G.; Marcos, E.; De Salvo, G.; Príncipe, G.; González Prieto, G.; Quispe Laime, A.; Lasdica, S. (*)

OBJETIVOS: evaluar aspectos epidemiológicos de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM), ingresados en Unidad Coronaria (UC).

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio de observación retrospectivo, de corte transversal, sobre 286 pacientes con IAM, ingresados en UC en el período comprendido entre el 6/12/94 y el 10/10/98. Se registraron los siguientes datos: edad, sexo, factores de riesgo de enfermedad coronaria referidos por el paciente, enfermedad coronaria previa, localización del IAM, tipo de infarto, complicaciones y mortalidad. Los datos fueron procesados en programa EPIinfo 5,0 se utilizaron tests no paramétricos. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS: la edad promedio de los pacientes fue de 61,8 años (+/- 12,5 SD). El 71,3% (204) era de sexo masculino.

El 51,4% (IC95 45,4 – 57,4) se reconocía hipertenso. El 39,9% (IC 95 33,9 – 45,9) era tabaquista en el momento del IAM, y el 20,6% (IC 95 14,6 – 26,6), ex tabaquista. El antecedente de dislipemia se presentó en el 36% (IC 95 30 – 42) y el de diabetes en el 17,1% (IC 95 7,1 – 27,1). La edad de los pacientes con IAM que presentaban como antecedentes tabaquismo y ex tabaquismo fue significativamente menor con respecto a los no fumadores.

No fumadores	66,2 años (+/- 12)
Ex tabaquistas	63 años (+/- 12,3)
Tabaquistas	55,4 años (+/- 10,2)

El tipo de IAM más frecuente fue el Q 54,5% (IC 95 67,1 – 79,1) y el 48,6% (IC 95 42,6 – 54,6) presentó IAM anterior. La mortalidad global fue del 11,2%. No mostraron diferencias significativas entre uno y otro sexo, con ligero predominio del masculino.

CONCLUSIONES: se observó alta prevalencia del sexo masculino.

El hábito de fumar en el momento del IAM o el ex tabaquismo se asoció, en forma inversa, con la edad de presentación del IAM.

La mortalidad resultó concordante con cifras nacionales (encuesta Nacional de la Sociedad Argentina de Cardiología). No se observó diferencia de mortalidad en relación con el sexo.

(*) *Servicio de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

**PREVALENCIA DE ANEMIA FERROPÉ-
NICA EN POBLACIONES HOSPITALARIAS**
**Fanjul, V.; Caputo, C.; Gatti, C.; Gumilar, F.;
Juárez, M.; Zulian, S.; Sandoval, M.;
Elorza, A.; Larregina, A.; Bartomioli, M.;
Roque, M.; Aggio, M. (*)**

OBJETIVOS: estudio sobre prevalencia de anemia nutricional en un "grupo de riesgo", definido por edad y perfil socioeconómico.

MATERIALES Y MÉTODOS: se seleccionaron niños que concurren por consulta no hematólogica (edad: entre 1 y 13 años). Se registraron curvas de regresión y distribución de hemoglobina (Hb), ferremia (Fe), transferrina, porcentaje de saturación y ferritina. Análisis estadístico: "prueba de hipótesis", para un único parámetro poblacional.

RESULTADOS: se estudió a 40 niños. El 85% del total presentó Hb por encima de 10,7 g/dl. Dentro de este grupo, se hallaron valores de hierro y ferritina por debajo del punto de corte (el 45% y el 20% del total, respectivamente). La relación entre Hb/ferritina mostró buena correlación (el 95% de confianza).

CONCLUSIÓN: los resultados muestran que la Hb no es un índice sensible en el diagnóstico precoz de anemia nutricional. Las pruebas combinadas reflejan con mejor precisión estados de deficiencia severa de hierro y son de gran utilidad diagnóstica para estudios poblacionales.

(*) *Departamento de Fisiología Humana de la Universidad Nacional del Sur, Avda. Alem 1253. Servicios de Hematología y Hemoterapia del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

**ESTADOS DE HIPERCOAGULABILIDAD
SECUNDARIA POR SEPSIS**

Bermúdez, P.; Re, L.; Rodríguez, T. (*)

OBJETIVO: determinar la prevalencia de eventos tromboticos sobre pacientes sépticos. Se revisaron las historias clínicas de pacientes sépticos de Terapia Intensiva y de Clínica Médica, entre enero de 1997 y julio de 1998.

MATERIAL Y MÉTODOS: se evaluó la presencia de indicadores de estados protrombóticos y tromboticos, por la presencia de: equimosis, epistaxis, hemóptisis, melena, trombosis venosa profunda, trombos intracavitarios, tromboembolismo de pulmón, tromboflebitis, TP prolongado, shock séptico y sangrado en las venopunturas. Se incluyeron 42 pacientes (17 mujeres y 25 hombres), con edades comprendidas entre 62 y 84 años (promedio: 71), y entre 21 y 92 años (promedio: 69), respectivamente. De ellos, el 40% (17) presentó shock séptico y el 60% (25) falleció. Se registró el 21% de eventos tromboticos.

CONCLUSIONES: el porcentaje de mortalidad es similar al hallado en la bibliografía. Sin embargo, no se halló alto porcentaje de complicaciones tromboticas, como era esperable.

Pensamos que ello se debe, en parte, a que no se cumplieron las determinaciones de laboratorio para realizar el diagnóstico y, también, a que no se consignaron todos los datos en las historias clínicas.

(*) *Unidad de Hematología y Hemoterapia del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

**LACTANCIA MATERNA. "AYUDAR, MÁS
QUE CONVENCER".**

**Riquelme, S.; San Martín, M.; Guerra, I.;
Campagna, E. (*)**

OBJETIVO: establecer el porcentaje de niños alimentados con pecho exclusivamente hasta los seis meses de vida.

MÉTODOS: lectura de historias clínicas de recién nacidos, desde octubre/97 hasta marzo/98, inclusive.

RESULTADOS: el 20% de la población objeto, llega alimentado con pecho exclusivamente hasta los seis meses, porcentaje que se incrementa un 100%, de acuerdo con la estadística del año anterior.

CONCLUSIONES: fue apropiada la información realizada por asesoras maternas de Unidades Sanitarias, acerca de los beneficios de la lactancia materna, a partir del sexto mes de embarazo. Las madres que recibieron charlas personalizadas dirigidas a fomentar y apoyar la importancia nutricional y afectiva del pecho, permitieron que el 20% de la población objeto, fuera alimentada con leche materna exclusivamente.

Amadeus: Asesores maternas de Unidades Sanitarias, Areas II, V y VI.

DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA: FACTORES RELACIONADOS, ANÁLISIS EN UN BARRIO DE BAHÍA BLANCA
Guerra, I.; Ordiales, A.; Másoli, A.; Silberman, P. (*).

OBJETIVOS: determinar el cumplimiento de la lactancia materna exclusiva por parte de las madres de niños de entre 4 y 18 meses, en la población de Villa Esperanza, y las variables relacionadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: diseño de corte transversal. Se completó una encuesta estructurada por respuestas de las madres de niños de entre 4 y 18 meses cumplidos en septiembre. Se realizó la encuesta con visitas a todos los hogares del barrio Villa Esperanza.

Se tomó a los residentes de este barrio, en el período de edad en estudio.

Los encuestadores utilizaron la misma encuesta y las mismas preguntas.

El análisis estadístico se realizó por medidas de dispersión y centralización.

RESULTADOS: se encuestaron 57 mujeres, de las cuales 40 (el 70,1%) no completó la lactancia exclusiva adecuada. Estas madres tenían las siguientes características: el 70% (28) cumplió la escuela primaria. El 40% (17) no tenía hijos previamente. El 30% (12) era soltera, el 70% (28) convivía con 3 y 5 personas en la misma habitación. La causa más frecuente de abandono fue la sensación de hipoalimentación (el 30%). Se vieron diferencias con las madres que lactaron a sus hijos más de 16 semanas en la edad, el estado civil, la propia alimentación materna y el número de hijos.

CONCLUSIÓN: en nuestra población, la duración de la lactancia materna exclusiva no cumple con las recomendaciones de la OMS, en una elevada proporción de mujeres. No hubo diferencias en cuanto a la educación primaria y se registró un mayor cumplimiento entre las madres con mayor número de hijos y de mayor edad.

(*) Servicio de Pediatría del Hospital Municipal de Aguados Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.

DISEÑO Y PUESTA A PRUEBA DE LA EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA DE HIV EN POBLACIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO HETEROSEXUAL
Glasman, L.; Martínez, M.J.; Palacios, L.; Bertolachini, S.; Maurizi, D. (*).

OBJETIVO: el trabajo apuntó a probar la eficacia preventiva de una intervención *counseling* y *testing*, teóricamente sustentada para la población heterosexual que consulta en el hospital por el análisis de HIV. La intervención aplicada estuvo diseñada tomando como base un modelo explicativo de la intención de uso de preservativos previamente testeado en una muestra equivalente de 100 personas con un diseño de análisis de trayectorias. Según este estudio, los predictores (variables independientes) de la intención de usar preservativos son: creencias acerca de las desventajas y ventajas de usar preservativos, evaluación y efectos de la conducta de usar preservativos, y creencias de autoeficacia en relación con la misma conducta.

MÉTODO: de los sujetos heterosexuales que concurren al hospital a realizarse el análisis de HIV, se asignaron, al azar, 12 al grupo experimental, y 12 al grupo comparación. La intervención experimental consistió en el *testing* más tres sesiones en las que se manipularon las variables independientes a través de un algoritmo preestablecido. La intervención comparación consistió en el *testing* más el asesoramiento usual. Las variables independientes y la dependiente se midieron antes y después de realizada la intervención en ambos grupos.

RESULTADOS: se realizaron análisis de covariancia, tomando la medición pretest como covariante. El grupo experimental reportó afectos más positivos (pareja estable, F: 8,33, $p < ,008$; ocasional, F: 6,54, $p < ,018$), menos desventajas (pareja estable, F: 15,62, $p < ,001$; ocasional, F: 15,15, $p < ,001$) e índices de autoeficacia más altos (pareja estable, F: 4,23, $p < ,05$, ocasional F: 4,32, $p < ,049$).

Los demás índices, aunque no alcanzaron significación estadística, tendieron a ser mejores en el grupo experimental.

CONCLUSIONES: las hipótesis del estudio recibieron apoyo, teniendo en cuenta lo limitado de la muestra. Los resultados proporcionan la base para realizar estudios longitudinales que, tomando la conducta de uso de preservativos como variable dependiente, permitan establecer la relación costos-beneficios de intervenciones *counseling and*

testing basadas en modelos teóricos.

(*) *Unidad de Infectología y Servicio de Salud Mental del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

PREVALENCIA DE MARCADORES SEROLÓGICOS DE HEPATITIS B, ENTRE TRABAJADORAS SEXUALES DE BAHÍA BLANCA

Bertolachini, S.; Maurizi, D.; Barberio, P.; Fernández, D.; Carrica, A.; Montecchesi, M. C. (*).

OBJETIVOS: las trabajadoras sexuales (TS) tienen riesgo de adquirir ETS como la hepatitis B (HB). En la Argentina, no existen estudios que evalúen el impacto de la infección por virus de la HB en TS.

El objetivo es determinar el predominio de marcadores serológicos de HB, características epidemiológicas, hábitos y factores de riesgo de TS que ejercen en Bahía Blanca.

MATERIAL Y MÉTODOS: durante 1997, se realizó un estudio descriptivo de 103 TS de clubes nocturnos de Bahía Blanca en el marco del Programa Municipal de Educación para el Control de ETS que comprende a 630 TS.

Los criterios de selección de la muestra fueron: mujeres heterosexuales, con más de cinco años de ejercicio exclusivo y residencia permanente en Bahía Blanca. Se realizó una determinación en una muestra de suero de antiHBc y Ag-HBs, según técnicas habituales.

RESULTADOS: de las 103 TS, 16 (el 15,5%) fueron positivas para el antiHBc y, de éstas, dos resultaron positivas para el Ag-HBs. La edad promedio es de 32 años. Todas negaron un cuadro clínico compatible con hepatitis en los veinte años previos, consumo endovenoso de drogas prohibidas y convivencia o parejas sexuales con antecedentes de HB. Quince TS (el 14,5%) referían haber recibido transfusiones de sangre; tratamientos odontológicos de riesgo, 20 (el 19,4%); 10 (el 9,7%), cirugías previas.

CONCLUSIONES: el estudio revela alto predominio de marcadores serológicos de HB en las TS de la muestra. La importancia epidemiológica de la vía sexual como forma de transmisión de la HB, y la necesidad de implementar planes de vacunación.

(*) *Unidad de Infectología y Laboratorio Central del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA GRIPE EN BAHÍA BLANCA

Saavy, V.; Baumeister, E.; Maurizzi, D.; Barberio, P. (*).

OBJETIVOS: conocer la epidemiología de la influenza en una zona determinada, predecir la aparición de una epidemia y determinar el tipo de virus responsable.

MATERIALES Y MÉTODOS: desde la guardia del HMALL se registraron las consultas totales de adultos y niños por semana y, además, se notificaron los casos de gripe por los que se consultaba con la utilización de una definición preestablecida. Se expresaban los casos de gripe como número de casos cada 100 consultas. Además, se tomaron al azar entre 3 y 5 hisopados respiratorios por semana para enviarlos al INEI-ANLIS Carlos G. Malbrán para su estudio, por inmunofluorescencia directa y posterior cultivo y tipificación. El médico de guardia, además de notificar el caso, confeccionaba una planilla para el envío de la muestra.

RESULTADOS: el sistema se extendió desde la tercera semana de mayo hasta la cuarta de setiembre, inclusive, de 1998. Se atendieron 21.544 consultas, 4.787, por mes; 1.196, por semana. La tercera semana de mayo fue la de menor número de consultas: 844 y la cuarta semana de junio fue la de mayor número: 1460. La menor tasa de consultas por gripe fue de 1,1 casos/100 consultas en la cuarta semana de setiembre, y la mayor tasa fue de 8,25 casos /100 consultas la tercera y cuarta semana de julio. Sobre 77 hisopados realizados, 10 fueron positivos para influenza A (el 12,9%). Los porcentajes de mayor positividad correspondieron a julio con un 21,7%. No hubo actividad del virus influenza B. El virus influenza A correspondió a la cepa A/Sydney/05/97 (H3N2), en todos los casos.

CONCLUSIONES: 1) Es factible implementar un sistema de vigilancia en nuestro hospital.

2) La mayor actividad viral se produjo en julio, con una tasa de consultas de 8,25 casos/100 consultas y un 21,7% de hisopados positivos.

3) El virus circulante fue el A/Sydney/05/97. No se encontraba en la vacuna correspondiente al año 1998.

4) De repetirse este último dato en todo el hemisferio sur, deberá reformularse la manera de obtener las cepas para la elaboración de las vacunas. (*) *Inei - Anlis Carlos G Malbrán del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO PROSPECTIVO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA, QUE SE INTERNAN EN LA SALA DE CLÍNICA MÉDICA DEL HMA DR LEÓNIDAS LUCERO

López, M.; Harguindeguy, G.; Valiente, L.; Villalba, W.; Gómez, M.; Pietracatella, A.; Príncipe, G.; Fiore, C.; Paniccia, L. (*)

OBJETIVOS: el objetivo de este trabajo es realizar un relevamiento epidemiológico de pacientes que ingresan con diagnóstico de neumonía en la sala de Clínica Médica.

MATERIALES Y MÉTODOS: tipo de estudio de observación de corte transversal.

Los datos fueron registrados en planilla prediseñada y luego procesada en programa EPIinfo v. 6,4 (CDD 1994).

Se constataron los datos filiatorios de los pacientes, lugar de derivación, fecha de ingreso en la sala, antecedentes patológicos de importancia, criterios clínicos, de gravedad y radiológicos, terapia antibiótica, fecha de inicio, terminación y duración del tratamiento.

RESULTADOS: se admitió a 90 pacientes en el período de estudio comprendido entre el 1 de enero y el 30 de setiembre de 1998. La edad promedio era de 73 años con un desvío estándar de 14.381, con el 41,1% de mujeres, y el 58,9% de hombres. Ingresó, por guardia, el 95,6% de los pacientes.

Con respecto a los antecedentes patológicos, los más frecuentes eran: EPOC 22,5%; diabético: 16,9%; alcoholismo: 15,7%; insuficiencia cardíaca: 13,5%.

Entre los criterios clínicos, el 74,2% presentó fiebre; el 74,2%, tos; el 66,7%, disnea; el 32,2% de comienzo brusco y el 15,6%, dolor torácico. Alteración de la conciencia en el 37,1% de los pacientes. Frecuencia respiratoria con una mediana de 28, frecuencia cardíaca de 92, tensión arterial sistólica de 120 mmHg y una diastólica de 70 mmHg. PO₂ de 68 y PCO₂ de 33. Leucocitos con una mediana de 15,150 mm. En cuanto a criterios radiológicos, se observó compromiso lobar en el 44,4%, segmentaria, el 32,2%; multifocal, el 16,7%; intersticial, el 11,1% y derrame pleural en el 3,3%.

Entre los estudios para rescate bacteriológico, se tomaron 55 hemocultivos. El 76,3% fue negativo; el 10,9%, positivo para neumococo, y el porcentaje restante fue positivo para gérmenes contaminantes y otras patologías constatadas.

Se realizaron 4 paracentesis pleurales, de las cuales, 3 tuvieron cultivos negativos y uno positivo

para *Pseudomona aeruginosa*.

Tratamiento: el 44% de los pacientes recibió tratamiento inicial con ampicilina, de los cuales el 82,9% rotó a otro esquema terapéutico; el 23,3% ceftriaxona. Rotando a otro esquema, el 23,9% y el 24,4% amoxicilina clavulánico. Los días de tratamiento oscilaron entre 7 y 10. La mortalidad encontrada fue del 21,1%

CONCLUSIONES: el rescate bacteriológico y la mortalidad coinciden con lo descrito en la bibliografía consultada.

La utilización de esquemas antimicrobianos comunes no mostró aumento de la mortalidad.

(*) *Servicio de Clínica Médica del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

MEGACOLON DEL ADULTO DE LA ZONA ATLÁNTICA DE LA PROVINCIA DE RÍO NEGRO Y SUR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Maac, J.; Mercapide, C.; Maac, R.; Aguilar, S. (*)

ANTECEDENTES: es conocida la existencia de megacolon del adulto en el noroeste de nuestro país, muchos de ellos chagásicos. Hemos observado varios casos en nuestro medio, aunque no existen informes publicados sobre dicha enfermedad en nuestra región.

OBJETIVO: aportar datos sobre megacolon de adulto, en nuestra zona.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio de observación retrospectivo basado en criterios básicos. Población: todos los pacientes internados con diagnóstico de megacolon, entre noviembre de 1978 y mayo de 1997.

RESULTADOS: el 82,1% de los pacientes fue intervenido quirúrgicamente (el 67,7% de urgencia y el 32,3% en forma efectiva). El 15,62% recibió hasta cinco cirugías. Promedio de internación: 15,7 días (no operados) y 34,18 días (operados, primer ingreso).

CONCLUSIONES: el megacolon de adulto es relativamente frecuente en la zona atlántica de la provincia de Río Negro y sur de la provincia de Buenos Aires. Se destaca el papel de la operación de Hartmann en el tratamiento de las complicaciones agudas de dicha enfermedad. Se deduce su elevada mortalidad.

(*) *Servicio de Cirugía General del Hospital de Viedma.*

INFORMACIÓN QUE POSEE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA ALIMENTACIÓN DEL DIABÉTICO, SEGÚN DIMENSIONES Y NIVEL DE FORMACIÓN

Morales, A. (*)

OBJETIVO: determinar los informes sobre la alimentación de pacientes diabéticos en servicios de internación de una institución municipal.

MATERIAL Y MÉTODO: el tipo de estudio fue descriptivo. Se encuestó a una población de 45 agentes del personal de enfermería, conformada por 19 enfermeros y 26 auxiliares de enfermería. Se utilizó la variable información sobre la alimentación del diabético: calidad, cantidad de alimentos y frecuencia de la alimentación.

RESULTADO: de 416 respuestas correctas de los enfermeros, 175 fueron en relación con el indicador calidad de alimentos; 131 respuestas correctas pertenecieron a la cantidad de alimentos y 110 correspondieron a la frecuencia de alimentación.

De 520 respuestas correctas de auxiliares de enfermería, 231 corresponden al indicador calidad de los alimentos; 158 corresponden a cantidad de alimentos y 131 se relacionaron con la frecuencia de la alimentación.

CONCLUSIÓN: se destaca el nivel de conocimiento del personal estudiado, el cual no es totalmente satisfactorio. El mayor número de población estuvo compuesto por auxiliares de enfermería.

Existen diferencias de información sobre alimentación de los enfermeros y auxiliares de enfermería. En ambos niveles de información, las preguntas más complejas son aquellas que han dado un mayor resultado de respuestas incorrectas.

(*) *Servicios de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

POBLACIÓN AMBULATORIA. DEMANDA PSICOLÓGICA. UNIDAD DE ASISTENCIA
Díaz, P.; Lunghini, S. (*)

Presentamos un estudio realizado en los consultorios externos del Servicio de Psiquiatría para estudiar la población que solicita tratamiento psicológico.

OBJETIVOS: determinar la prevalencia del motivo de consulta en la población ambulatoria, su edad y sexo; conocer la relación que pudiese existir entre estas variables y la deserción; adaptar trata-

mientos y organización del Servicio de Psiquiatría.

MATERIALES Y MÉTODOS: la muestra fue elegida según determinados criterios de inclusión y de exclusión, en el período marzo-agosto de 1998.

La hipótesis experimental planteada en el trabajo es que no hay diferencia en los motivos de consulta según la interacción entre edad y sexo.

Se utilizó un análisis de variancia, diseño factorial 2 x 2 de medidas independientes de la aplicación estadística correspondiente.

RESULTADOS: de la estadística aplicada, se recogieron los siguientes datos, volcados en tabla sumaria de análisis de variancia (prueba F).

FUENTE DE VARIACIÓN	GL	SC	MC	F
Entre edad	1	888	888	94,46
Entre sexo	1	1	1	0,1
Interrelación edad por sexo	1	2	2	0,2
Error	344	3243	9,4	
Total	347	4134		

Tabla de distribución F1.344 p< 0,01 = 6,64
Tabla de motivos de consulta que prevalecen en orden decreciente:

MOTIVO DE CONSULTA	V	M
- A. INFANTIL - JUVENIL		
1. Trastornos de la conducta	37	22
2. Trastornos de aprendizaje	19	5
3. Trastornos que necesitan atención médica	10	12
- B. ADULTOS		
1. Trastornos de ansiedad	10	28
2. Trastornos del estado de ánimo	6	18

CONCLUSIONES: existe mayor demanda por parte de la población infantil-juvenil.

Las consultas en esta área fueron por trastornos de conducta, de aprendizaje, y aquellos que exigen atención médica. Entre la población adulta, fueron trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

De las dos poblaciones estudiadas, la que en mayor proporción accedió a una atención psicológica fue la adulta.

(*) *Servicios de Psiquiatría del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Estomba 968. Bahía Blanca.*

PRESENTACIÓN PELVIANA. NUESTRA CASUÍSTICA

Goya, C.; Grant, G.; Di Carlo, M.; Arroyo, A.; Scenna, M.; Ranieli, S. (*)

INTRODUCCIÓN: la presentación de nalgas se da entre el 3 y el 4% de los partos. La mortalidad y la morbilidad fetales son considerablemente mayores en esta presentación que en la de vértice. Los factores principales que contribuyen a ello son: el parto prematuro, las anomalías congénitas y los traumatismos durante el nacimiento. El parto de presentación pelviana exige del obstetra un acabado conocimiento del mecanismo, maniobras y habilidades obstétricas.

OBJETIVO: el presente estudio tiene por objeto mostrar la realidad actual de la presentación pelviana en la experiencia de nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS: se realizó una revisión retrospectiva de 176 historias clínicas de pacientes con presentación pelviana, asistidas en nuestro servicio, durante el período comprendido entre el 01-01-97 y el 30-06-98.

Se analizaron las siguientes variables: edad, paridad, control prenatal, gemelaridad, prematuridad, afecciones asociadas más frecuentes, vía de terminación del embarazo y complicaciones neonatales.

RESULTADOS: de un total de 4040 partos, el 4,81% correspondió a la presentación pelviana. La edad materna promedio fue de 25 años. Fue presentado el 63,06% (111 casos) por las multíparas, y el 36,9% (65 casos) por las nulíparas. Con respecto al control prenatal, el 94,3% (166 casos) de los embarazos fueron controlados. El 12,5% (22 casos) correspondió a embarazos gemelares y el parto de pretérmino representó el 27,84% (49 casos).

Con respecto a las complicaciones asociadas, la más frecuente fue la ruptura prematura de membranas con el 14,2% (25 casos). Su asociación con partos en término fue en el 40% (10 casos) y con partos en pretérmino, en el 60% (15 casos). La hipertensión inducida por el embarazo representó el 7,9% (14 casos), y la amenaza de parto en pretérmino fue hallada en el 6,25% (11 casos). El 70,45% de los embarazos (124 casos) finalizó en cesárea abdominal, y el 29,54% (52 casos) en partos vaginales. Con respecto a la condición del recién nacido, el 12% fue deprimido (21 casos).

CONCLUSIONES: con respecto a lo analizado en nuestro servicio, existe una incidencia elevada de cesáreas abdominales en cuanto a la vía de

finalización del parto. La mortalidad fetal global fue del 4,2%. Entre las complicaciones durante el embarazo, las más frecuentes fueron rotura prematura de membrana y parto de pretérmino. La vía de finalización del embarazo no tuvo mayor incidencia sobre la condición del recién nacido.

(*) *Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Cacchiarelli, D.; Gasparini, S.; Hernández, M.; Straguadagno, J.; Ranieli, S.; Scenna, M. (*)

INTRODUCCIÓN: el retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) es la consecuencia de suprimir el potencial genético de crecimiento fetal que ocurre como respuesta ante la reducción del aporte de substratos o, con menor frecuencia, ante noxas genéticas tóxicas o infecciosas. En cualquiera de estos casos, RCIU implica una restricción anormal del crecimiento del feto con un potencial de desarrollo mayor. Alcanzar un peso óptimo en el momento de nacer es el resultado de la relación entre el peso fetal en potencia y el entorno que rodea al feto. El RCIU es una anomalía del crecimiento y del desarrollo fetal, de magnitud variable entre el 3 y el 10% de los embarazos.

OBJETIVO: el objetivo del presente estudio es evaluar la incidencia de RCIU en nuestro medio y el impacto que ocasiona sobre la morbilidad y mortalidad perinatal.

MATERIAL Y MÉTODOS: de un total de 2809 nacimientos ocurridos en el servicio de Ginecología y Obstetricia del HIGA Dr. J. Penna durante el año 1997, se encontraron 191 casos de RCIU. Se consideró como valor de referencia el percentilo 10 de la curva de peso—edad gestacional. Se analizaron las siguientes variables: edad, gestación, paridad, factores de riesgo, forma de terminación del embarazo, condición del recién nacido y principales complicaciones surgidas.

RESULTADOS: de los 2809 nacimientos, 191 (el 6,79%) presentaron RCIU. Correspondieron a embarazadas no controladas 81 casos (el 43,78%). Dos tercios de los RCIU ocurren durante embarazos que presentan factores de riesgo, los cuales se vieron reflejados de la siguiente manera: madres menores de 18 años: 25 pacientes (el 13,51%); mayores de 35 años: 17 casos (el 9,18%). Eran

primigestas 68 pacientes (el 36,75%), y 58, múltiparas (el 31,35%). No se cumplió un intervalo intergenésico adecuado en 10 casos (el 5,4%). Entre los tóxicos, el tabaco estuvo presente en 50 casos (el 27,02%). Entre las complicaciones durante el embarazo, las más frecuentes fueron: anemia en 55 pacientes (el 29,72%); hipertensión inducida por el embarazo, en 26 casos (el 14,05%); infección urinaria, en 24 pacientes (el 12,97%) y la hemorragia de la segunda mitad por placenta previa, en 7 casos (el 3,78%). Como factor de riesgo fetal, la gemelaridad apareció en 25 casos (el 13,08%).

Respecto de la vía de terminación del embarazo, 127 (el 66,49%) fueron partos vaginales, de los cuales 12 (el 9,44%) fueron inducidos y 64 (el 33,51%) teminaron por operación cesárea. La indicación más frecuente fue el desprendimiento normoplacentario. Las repercusiones neonatales encontradas fueron: la hiperbilirrubinemia, en 50 casos (el 26,17%); sepsis, en 35 casos (el 18,32%); poliglobulia e hipoglucemia, en 13 casos (el 6,8%) y distrés respiratorio transitorio, en 14 casos (el 7,32%). Se encontraron 5 casos (el 2,61%) de fetos muertos, y 8 casos (el 4,18%) de recién nacidos fallecidos.

CONCLUSIONES: la incidencia encontrada en nuestro medio concuerda con las cifras de que disponen países desarrollados, pero lo que nos alerta es que sólo el 10,47 % de los casos fue diagnosticado antes del nacimiento. No se conocen en detalle las causas y la evolución natural del RCIU, que constituye una entidad controvertida. Son importantes el diagnóstico preciso, oportuno y la intervención apropiada para optimizar los resultados perinatales.

(*) *Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

VIDEODEFECATOGRFÍA: UTILIDAD DE LA RADIOLOGÍA PARA LOS TRASTORNOS DE INCONTINENCIA Y CONSTIPACIÓN
Casalini, O.; Picoel, J.; Vives, D.; Gómez Giménez, E. (*).

OBJETIVOS: demostrar la utilidad de la videodefecatografía para el estudio de la incontinencia fecal y constipación, y analizar los hallazgos observados en los pacientes con dichas afecciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: se estudiaron 33 pacientes desde 1994 hasta 1998, 31 de los cuales eran de sexo femenino y 2 del masculino. La edad

promedio fue de 54 años. El examen consistió en introducir un material de consistencia similar a la materia fecal, compuesto por metilcelulosa y bario. Se les pidió realizar maniobras de esfuerzo, relajación y defecatorias a los pacientes, estando éstos sentados en un banco diseñado ad hoc en la sala de estudios radiológicos. Fueron filmados en vídeo y placas. Se midieron los ángulos rectales y su relación con la línea imaginaria con el piso, y sus modificaciones por la contracción voluntaria, relajación y esfuerzo evacuatorio.

RESULTADOS: sobre 33 pacientes, se observaron 15 descensos pelvianos, 13 rectoceles anteriores, 6 normales, 4 rectoceles posteriores, 3 contracciones paradójales del esfínter externo, una contracción insuficiente del pubo rectal y una disfunción de la unión rectosigmoidea.

CONCLUSIONES: es un estudio diagnóstico tanto anatómica como funcionalmente, sobre pacientes con trastornos de la motilidad.

(*) *Servicio de Radiología y Gastroenterología del Hospital Italiano Regional del Sur. Necochea 675. Bahía Blanca.*

RELACIONES ENTRE EL MEDIO AMBIENTE LABORAL Y LA SALUD MENTAL EN ENFERMERÍA

Ramos, C.; Comi, M.; Castro, S.; Barrientos, I. (*).

INTRODUCCIÓN: las condiciones de trabajo y de salud de las enfermeras han comenzado a tomar privilegio en las preocupaciones del sistema. Sin embargo, aunque presentes en los debates, no alcanzan aún a jeraquizarse en la acción y, por la continuidad de sus servicios, ellas constituyen un grupo profesional indispensable para el funcionamiento del sistema de salud. Sin embargo, el ejercicio de la profesión se encuentra afectado por problemas que limitan su desarrollo: déficit de limitación precisa del campo profesional; falta de prestigio social de la profesión; carencia de una compensación adecuada para una labor altamente exigente; ausencia de estímulos profesionales.

La enfermera es la más afectada, entre los miembros del equipo de salud, por las falencias del sistema sanitario. Es la más expuesta por permanecer mayor tiempo que el resto, en contacto con la enfermedad y sus efectos. Si a ello se le agrega su formación profesional organicista o sólo de acceso teórico a lo psicológico, notamos cuán desprotegida queda ante el ejercicio de su profesión y ante las

agresiones que, en relación con esta, debe soportar. Si se logra que la enfermera, por su formación, acceda a saber de sí como sujeto, conseguirá ser portadora de cambios y preservadora de su identidad.

OBJETIVOS: obtener información acerca de las condiciones del medio de trabajo sobre la salud del personal; incorporar técnicas que ayuden a resolver problemas de comunicación con el grupo de trabajo.

CONCLUSIÓN: la información obtenida con respecto a la salud mental en enfermería es un tema de actualidad en todas las actividades de nuestra profesión. Sin embargo, sólo encontramos bibliografía sobre el detrimento de la salud mental, pero nunca sobre cómo aprender a lograr un equilibrio y mantenerlo.

(*) *Servicio de Pediatría del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

ECOGRAFÍA RENAL NORMAL EN LAS GLOMERULOPATÍAS

Franciulli, J.; Gorosito, G.; Rodríguez, G.; Sclavi, N.; Tentoni, U. (*).

OBJETIVO: demostrar que la ecografía renal es normal en la mayoría de las glomerulopatías que se examinan por biopsia.

MATERIAL Y MÉTODOS: se evaluaron los riñones ecográficamente, momentos antes de la punción para biopsia, que fue realizada por un médico nefrólogo bajo monitoreo ecográfico. Las muestras obtenidas fueron remitidas al Servicio de Anatomía Patológica para sus estudio histológico y se usó aguja Tru-cut. Todos los pacientes tenían antecedentes clínicos de enfermedad renal.

RESULTADOS: se estudiaron 12 pacientes cuyo informe histológico demostró glomerulopatía. Los diagnósticos fueron: 3 glomerulonefritis proliferativa, 3 glomeruloesclerosis segmentarias y focal, 2 glomeruloesclerosis diabética, 2 glomerulopatías lúpicas, una membranosa y una por inmunoglobulina A. En 11 (el 92%) pacientes, la ecografía fue normal; en uno (el 8%) se observaron las pirámides hipoeoicas. La edad de los pacientes osciló entre los 17 y los 72 años. El promedio fue 44 años.

CONCLUSIONES: las glomerulopatías pueden clasificarse en primarias o idiopáticas y secundarias, por trastornos hereditarios y glomerulopatías crónicas. En la búsqueda de enfermedades parenquimatosas, los parámetros ecográficos para tener en cuenta son: tamaño renal, contorno, unila-

teralidad o bilateralidad de las lesiones, ecogenicidad relativa del riñón con respecto al hígado y al bazo, espesor parenquimal, diferenciación cortico-medular, presencia de uronefrosis, de lesiones focales y calcificaciones.

Las enfermedades glomerulares se ubican, en su mayoría, dentro del esquema diagnóstico de localización bilateral y conservación, en general, de forma y tamaño, el que puede aumentar durante el período agudo y disminuir durante el crónico. En esta serie de 12 pacientes con glomerulopatías confirmadas histológicamente, no se efectuó biopsia de ninguna glomerulonefritis aguda, en la que cabe encontrar riñones grandes, ni se les realizó punción a pacientes con riñones pequeños.

La mayoría de las glomerulopatías (fuera de su período agudo y crónico) no presentan alteraciones ecográficas que nos permitan diagnosticarlas. Su diagnóstico se basa en la clínica y en el laboratorio. La realización del estudio ecográfico tiene importancia para descartar otras afecciones renales y para marcar el sitio de la biopsia.

(*) *Servicio de Nefrología y Diagnóstico por imágenes del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

TUBERCULOSIS DE ARTICULACIÓN SACROILIACA

Piedrabuena, M.; Brescia, S.; Giordano, L.; Román, A.; Suau, E. (*).

INTRODUCCIÓN: el compromiso articular por tuberculosis es un proceso de aparición infrecuente, que generalmente involucra las grandes articulaciones. La afectación de la articulación sacroilíaca está inusualmente citado en la bibliografía.

CASO CLÍNICO: presentamos el caso de un paciente de sexo masculino, de 13 años, oriundo de Bolivia, que refiere haber comenzado tres meses antes con adinamia progresiva, tos no productiva y persistente, disnea, signos subjetivos de fiebre, postura antálgica, marcha dificultosa. Durante el examen físico presentó mal estado general, postura viciosa, deambulación dificultosa, talla baja y peso por debajo del percentilo 3. Se constataron adenomegalias entre 0,5 por un centímetro, redondeadas, ovaladas, de consistencia dura, dolorosas, móviles no adheridas, de localización occipital, retroauricular, submentoniana, submaxilar, presternocleido-mastoidea y proexternocleido-mastoideo anterior y posterior, supraclavicular, bilaterales y simétricas, polipnea, disminución de la entrada de aire, frote en

base de hemitórax derecho; tumefacción sacra con induración fría, dolorosa, de 3 por 3 cm, con signos de drenaje previo. Diagnóstico: epidemiología (+), clínica (+). Laboratorio: Hto 37%, Hb 12,4 g/L.

Leucocitos: 4900/mm³ (52/ 3/ 1/ 40/ 4), prueba tuberculínica (-), radiología (+), radiografía de tórax y lumbosacra, y de Ferguson (+), ecografía y biopsia (-).

CONCLUSIÓN: destacamos la influencia de esta forma diseminada de tuberculosis y compromiso articular sacroilíaco. Cuando comprobamos una tumefacción en el sacro de características no inflamatorias, debemos pensar en una posible causa tuberculosa.

(*) *Servicio de Medicina General e Infectología del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

LEIOMIOSARCOMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Boccia, J.; Saeta, C.; Ranieli, S.; Scenna, M.; Boughen, J. (*)

INTRODUCCIÓN: el leiomioma es un tumor maligno asociado a pronóstico de gravedad. Aproximadamente el 3% de cáncer de cuerpo uterino es sarcoma; de ellos, un tercio son leiomiomas. Se presenta a una edad promedio de 52 años, con mayor frecuencia en nulíparas. Su manifestación clínica más frecuente es la metrorragia y puede asociarse a un tumor pélvico o de masa abdominal. Su tratamiento principal es quirúrgico, y la radioterapia posterior disminuirá la recidiva pélvica.

OBJETIVO: describir el caso clínico de una paciente asistida en nuestro servicio a comienzo del año 1998, cuyos cuadro clínico, estudios, diagnóstico, tratamiento y evolución, parecen interesantes de exponer por su presentación infrecuente.

MATERIAL Y MÉTODOS: se analizó la historia clínica de una paciente de 46 años, asistida en el Servicio de Tocoginecología del HIG Dr. J. Penna, que consultó por metrorragia de cuatro meses de evolución. La ecografía ginecológica informó sobre un útero de características miomatosas. Se efectuó el estudio histológico endometrial con resultados negativos para diagnóstico maligno; y luego, histerectomía total por vía abdominal. Se obtuvo el diagnóstico histopatológico de leiomioma de alto grado de malignidad. Se presentó el caso clínico ante el Comité de Tumores, el que decidió completar un estudio con TAC de tórax de alta

resolución, y TAC abdominal pélvica las cuales fueron normales. Se le aplicó radioterapia posterior en la pelvis.

CONCLUSIÓN: la bibliografía señala un pronóstico desfavorable, con una supervivencia del 24% a los 5 años para este tipo de afección. La paciente, objeto de nuestra presentación, pese a la consulta precoz y a la realización de estudios complementarios en un breve lapso, llegó en un estado avanzado de diagnóstico patológico.

(*) *Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

COSTOS Y CONSULTAS AMBULATORIAS

Nardi, H.,; Sanz, R.; Gabbarini, J.; Taranto, A.; Santarelli, L.; Dimatz, J. (*)

INTRODUCCIÓN: las prestaciones asistenciales siempre fueron analizadas y evaluadas teniendo en cuenta elementos técnicos y científicos como parámetros de funcionamiento y enfocando la eficacia y efectividad de los procedimientos. En la actualidad, las circunstancias han puesto en vigencia el abordaje de la optimización de los recursos, con énfasis en la eficiencia de los servicios. Los costos de salud fueron siempre un tema de análisis global por parte de las autoridades sanitarias de turno. Creemos conveniente generar, desde nuestra propia participación, un exhaustivo análisis de un sector de la actividad hospitalaria: los costos de atención ambulatoria.

OBJETIVOS: evaluar los costos de la atención ambulatoria de un hospital público, brindar una noción sobre los costos que se movilizan con las decisiones individuales.

MATERIAL Y MÉTODOS: fueron evaluados los costos operativos de los meses de julio y octubre de 1997, tomados al azar, ya que representan dos períodos distintos del año asistencial, que se diferencian por afecciones estacionales prevalentes, períodos preescolares, vacacionales, etc.

El mecanismo utilizado para la determinación de costos consiste en dividir los servicios hospitalarios en finales, intermedios y generales. Luego, se determinan los costos propios de cada servicio y se redistribuyen sucesivamente de manera de quedar sólo cargados con costos de servicios finales, ya sean de internación o de consultorio externo. Fue considerada la consulta "vestida"; ello involucra los conceptos detallados en anexo "a", esencial-

mente sobre gastos de servicios intermedios (laboratorio y diagnóstico por imágenes), y servicios generales. En servicios intermedios como el de laboratorio de análisis clínicos, resulta dificultoso asignar costos por prácticas con respecto al recurso humano, para objetivar qué porcentaje de participación en costos operativos se utilizan en las unidades de laboratorio (UL). Esto significa que anualmente un profesional genera con su actividad 36.000 UL. Consultorios Externos demandan un promedio de 24.000 UL por mes, lo que solamente involucra al personal profesional.

RESULTADOS: el total de costos del mes de julio representó \$223.353, sobre un número de 12.734 consultas consignadas, que representan el 17,44% del total de gastos en relación con la internación. De ese monto, hay que deducir los costos de hemodiálisis, que fueron considerados ambulatorios (\$ 31.326). El total del mes de octubre fue de \$ 292.783 sobre 13825 consultas, y representó el 22,86% del total (hemodiálisis del mes: \$ 29.716).

Las consultas que más recursos movilizaron fueron las de hematología e infectología. Los costos de algunas especialidades con pocas consultas, como neurocirugía, neurología y gastroenterología estuvieron significativamente elevados, comparados con la media del resto de los servicios, que osciló entre el 31,65% para cardiología y el 5,79% para psiquiatría.

Los estándares considerados para evaluar las decisiones individuales fueron el habitual de embarazo, un estudio prequirúrgico, que representa un costo de \$ 5,83, valor de insumos únicamente estimado, que representa el 40% del valor total. En diagnóstico por imágenes, los costos asignados para estudio ecográfico fueron \$ 21,19. Radiografía de tórax: \$ 9,70; seriada gastroduodenal: \$ 20,50; mamografía: \$ 41,50; par radiológico óseo: \$ 16,50; Radiografía de O.R.L \$ 12,35. El costo por insumos de laboratorio movilizados desde el Consultorio Externo tuvo un promedio de \$ 14.179, excluidos Bacteriología y Medicina Nuclear. El promedio de solicitud de estudios representa un costo de \$ 6; a este valor asignado hay que incluir el recurso humano necesario en lo operativo, el que representa un 60% del gasto total. Este cálculo deriva de que, del total de las 24000 UL, se requieren ocho profesionales para desarrollar el trabajo mensual de Consultorios Externos. Se les debe incluir cuatro técnicos y dos empleados administrativos.

CONCLUSIÓN: los costos en la actividad asistencial ambulatoria representan un porcentaje que

oscila en el 20% del total de costos del gasto hospitalario. Aquellos servicios que movilizan mucha actividad de servicios intermedios representan costos operativos significativamente elevados. Resulta dificultoso determinar en esas especialidades, poner en discusión la eficiencia, ya que se trata de pacientes de manejo asistencial muy complejo.

Existen, en la fecha, costos que resultan muy complejos de obtener, muchas formas prestacionales contienen aspectos cualitativos muy difíciles de asignarles un promedio cuantitativo que permita reflejar, con una considerable aproximación, su valor.

Trabajar sobre costos relacionados con la actividad profesional hospitalaria es un proceso nuevo. Desarrollar en forma descriptiva todos los mecanismos que participan en una prestación profesional ambulatoria, con su repercusión, nos predispone para acercarnos a establecer una relación de eficacia y eficiencia, que nos permita, con el tiempo, desechar conductas y/o incorporar otras por haber comprobado su resultado con un enfoque sanitario. (*) *Servicio de Consultorios Externos del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

EVALUACIÓN DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO Y TACTO RECTAL EN PACIENTES INTERNADOS EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA

Lucas, S.; Schimpf, S.; Cabrera, A.; Sáez, M.; Wisniowski, C.; Pagliari, S. (*)

INTRODUCCIÓN: el nivel sérico del antígeno prostático específico (APE) es el test más sensible para la detección temprana del cáncer de próstata, el que está elevado en, aproximadamente, el 65% de los casos. Carece de especificidad, ya que está elevado en la hiperplasia prostática benigna, prostatitis e infarto prostático. La combinación del uso del dosaje sérico del APE con el del tacto rectal permite la detección de más del 60% de los casos de cáncer de próstata confinados a la glándula. Es habitual en el servicio de Clínica Médica del HIG Dr. J. Penna (SCM), efectuar el tacto prostático a todos los pacientes internados de más de 50 años de edad y, teniendo en cuenta que la mayoría de ellos, por la situación socioeconómica, no tienen la posibilidad de controles ambulatorios adecuados, se decidió efectuar paralelamente al tacto rectal el dosaje sérico de APE.

OBJETIVO: buscar niveles séricos elevados de

APE e investigar su relación con el examen del tacto rectal y la biopsia prostática.

MATERIAL Y MÉTODOS: se efectuó un estudio retrospectivo que analizó treinta historias clínicas de pacientes internados en el SCM, en los primeros seis meses del año 1998, sin síntomas urinarios antes de su ingreso, a los que se les había efectuado tacto rectal y dosaje sérico de APE. Se descartaron dos que tenían niveles séricos de APE elevados, debido a que presentaban antecedentes de cáncer de próstata. Todos los pacientes tenían más de 50 años, con un promedio de edad de 70 y un rango entre 50 y 91 años.

RESULTADOS: de los 28 pacientes, 3 (el 10,7%) presentaron niveles séricos elevados de APE, de los cuales 2 presentaron próstata de consistencia pétreo y uno con aumento de tamaño durante el tacto rectal. De los 25 pacientes con niveles séricos de APE normales, a 7 (el 28%) se les comprobó el aumento del tamaño de la glándula prostática ante el tacto rectal. A los 3 pacientes con niveles séricos elevados de APE se les efectuó biopsia prostática y se obtuvo el diagnóstico de adenocarcinoma de próstata.

CONCLUSIÓN: en el SCM, el uso del APE, conjuntamente con el tacto rectal y la biopsia de próstata, permitió el diagnóstico de adenocarcinoma de próstata a pacientes sin síntomas urinarios. Si bien la terapia para estos pacientes es limitada, concordamos con muchos autores en que es útil realizar el diagnóstico, a fin de intentar modificar la evolución del proceso neoplásico en algunos y, en la mayoría, mejorar, al menos, la calidad de vida.

(*) *Servicio de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASORA EN LA FALLA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA

Lasdica, S.; Pacheco, C.; Bernardis, V. (*)

OBJETIVOS: evaluar los efectos de la ventilación mecánica no invasora (VMNI), administrada con máscara facial, sobre parámetros de oxigenación y clínicos, observando si se reduce la necesidad de intubar cuando la ventilación mecánica debería ser iniciada a pacientes con falla pulmonar hipoxémica.

MATERIALES Y MÉTODOS: evaluamos a trece pacientes sin antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o asma, que

presentaban falla respiratoria aguda hipoxémica cuya situación gasométrica y clínica no mejoraba con medidas convencionales (oxigenoterapia con máscara Venturi, cambios de decúbito), para generar la posibilidad de comenzar con asistencia respiratoria mecánica convencional. Por tales circunstancias, se comenzaba con VMNI, presión de soporte (PSV) más presión positiva al final de la espiración (PEEP) administrada con máscara facial, ajustando el nivel de PSV y fracción inspirada de oxígeno, para lograr saturaciones superiores al 90%. Si se constataba deterioro del paciente o intolerancia ante el procedimiento, se realizaba intubación oro-traqueal y se comenzaba con ventilación mecánica convencional.

RESULTADOS: las mediciones son presentadas, respectivamente como medias y desvío estándar. La edad promedio de los pacientes fue de $44,9 \pm 23,6$. El APACHE II de ingreso fue de $13,6 \pm 4,11$, con un valor en la escala de Murray (escala de gravedad pulmonar que valora la relación Pa/fiO₂, nivel de PEEP utilizado, complacencia pulmonar y grado de compromiso valorable por radiología), en el momento de iniciar la VMNI, de $2,25 \pm 0,54$. El nivel de PSV y PEEP a la hora y a las seis horas fue de $15,08 \pm 2,75$ y $5,69 \pm 1,25$, y de $14,46 \pm 3,18$ y $5,08 \pm 1,32$, respectivamente.

Diferencias significativas ($p < 0,05$) en los datos obtenidos en el ingreso en forma basal, a la hora y a las seis horas de comenzada la VMNI fueron observadas sólo en la relación Pa/fiO₂ (117 ± 26 , contra 204 ± 45 , contra 250 ± 64); saturación (88 ± 2 , contra 95 ± 2 , contra $97 \pm 1\%$); frecuencia respiratoria (39 ± 5 , contra 31 ± 6 , contra 27 ± 6); y frecuencia cardíaca (128 ± 17 , contra 114 ± 14 , contra 106 ± 16). Seis pacientes requirieron intubación (el 46,2%) y cuatro de ellos fallecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos.

CONCLUSIÓN: la VMNI (PSV+ PEEP), administrada con máscara facial, puede disminuir las necesidades de intubación oro-traqueal y mejora los parámetros de oxigenación y clínicos de pacientes con falla respiratoria aguda hipoxémica.

(*) *Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

LA ECOGRAFÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE FOSA ILÍACA

Picorel, J.; Vives, D.; Gómez Giménez, E. (*)

OBJETIVO: demostrar la utilidad de la ecogra-

fía para el diagnóstico de la apendicitis aguda y sus diagnósticos diferenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS: se presenta, en este trabajo, la experiencia obtenida entre enero de 1992 y mayo de 1998. Se examinaron 134 pacientes con síndrome de "abdomen agudo" de probable origen apendicular, de los cuales, 86 casos fueron retrospectivos, y el resto prospectivos, habiendo producido el corte sobre la base de un trabajo previo.

Las ecografías fueron hechas con transductores de 5; 6,5 y 7,5 y/o 10 mHz, en modo B, con compresión dosada y en algunos casos con Doppler color y de potencia. En todos los casos operados, tuvimos la confirmación de lo hallado por el Servicio de Cirugía. Los signos ecográficos en que nos basamos para elaborar el diagnóstico fueron: a) signo de Blumberg ecográfico positivo; b) imagen tubular en la topografía apendicular, con ausencia de peristalsis (imagen de tiro al blanco); c) colecciones líquidas periapendiculares; d) diámetro trasverso mayor de 6 mm; e) presencia de apendicolito; f) asimetría en el grosor de la pared del apéndice edematoso para suponer, por ello, perforación; g) "seudomasa" periapendicular, en caso de abscesos; h) hiperemia demostrada con el Doppler de potencia.

RESULTADOS: se obtuvieron 67 verdaderos positivos, 37 verdaderos negativos, 23 falsos negativos y 7 falsos positivos. Esto significa, en la práctica diaria, diagnosticar a tres de cada cuatro pacientes con apendicitis aguda.

CONCLUSIÓN: siendo la apendicitis aguda uno de los cuadros quirúrgicos más frecuentes en la práctica diaria, demostramos que la ecografía ayuda a su diagnóstico; puede, además, descartar otros síntomas que lleguen a simular apendicitis, como rotura de folículos, rotación de anexos, embarazos ectópicos, litiasis renales, etc.

(*) Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Italiano Regional del Sur. Necoche 675. Bahía Blanca.

PERFIL DE RESISTENCIA ANTIBIÓTICA DE CEPAS AISLADAS, EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA DEL HIG DR. J. PENNA

Rizzo, M.; Streitemberger, E.; Baylet, S. (*)

OBJETIVOS: establecer el perfil de resistencia antibiótica de las cepas aisladas por nuestro laboratorio, a fin de contribuir a la selección de la terapia empírica inicial más adecuada, hasta el

aislamiento, tipificación y antibiograma de los microorganismos presentes en las distintas muestras clínicas enviadas al sector.

MATERIALES Y MÉTODOS: se evaluaron 298 cepas aisladas de materiales clínicos provenientes tanto de pacientes internados como de ambulatorios, durante el segundo trimestre de 1998. Las especies identificadas se obtuvieron de materiales como: orina, sangre, materia fecal, BAL, esputo y catéteres. El proceso fue controlado usando cepas patrones ATCC: *Escherichia coli* n° 25922, *Escherichia coli* n° 35218, *Staphylococcus aureus* n° 25923, *Pseudomona aeruginosa* n° 27853, *Enterococcus faecalis* n° 29212.

RESULTADOS: se evaluaron 199 cepas de bacilos gram negativos (n=158 bacilos gram negativos pertenecientes a la familia *Enterobacteriaceae*; n=19, *Pseudomonas aeruginosa*; n=9 bacilos gram negativos no fermentadores; n=13 *Haemophilus influenzae*) y 99 cepas de cocos gram positivos (n=30 *Enterococcus spp*; n= 2 *Streptococcus spp*; n=25 *Staphylococcus aureus*; n=26 *Staphylococcus coagulasa* negativos; n=16 *Streptococcus pneumoniae*).

Los resultados preliminares de las pruebas de sensibilidad están expresados como porcentaje, cuando el número de cepas probadas fue mayor que 10, y como número de cepas resistentes / número de cepas probadas, cuando fue menor.

Los datos obtenidos indican que: el 44% de los *Staphylococcus aureus* fue meticilinoresistente; el 62% de los *Staphylococcus coagulasa* negativos testeados fue meticilinoresistente. No se ha detectado resistencia a la vancomicina en el género *Staphylococcus*; en *Escherichia coli* se encontraron los siguientes perfiles de resistencia: el 52% a la ampicilina, el 41% a la cefalotina, el 5% a la norfloxacin, el 4% a los nitrofuranos; el 37% a la trimetoprima sulfametoxazol (estos últimos, tres antibióticos, testeados sólo en los aislamientos de urocultivos), el 0% al imipenem.

El 100% de los *Enterococcus faecalis* fue sensible a la ampicilina y a la vancomicina. De *Pseudomona aeruginosa*, se obtuvieron los siguientes perfiles de resistencia: el 50% a la gentamicina, el 31% a la amicacina; el 32% a la piperacilina, el 36% a la mezlocilina, el 56% a la ciprofloxacina, el 21% a la ceftazidima, el 33% a la cefoperazona y el 32% al imipenem. El 100% de los *Haemophilus influenzae* evaluado fue sensible a la ampicilina y el 73% fue sensible al sulfametoxazol. El 33% de los *Streptococcus pneumoniae* fue resistente a la peni-

cilina.

(*) Servicio de Laboratorio del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.

SÍNDROME DE TURNER: ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO

Mendoza, S.; Bajo, M.; Berardi, M.; Sánchez, N.; Becerra, H.; Sola, M. (*)

INTRODUCCIÓN: el síndrome de Turner es un mosaico cromosómico con anomalías estructurales del cromosoma X. Se caracteriza por una tríada clínica característica que presenta: talla baja, retraso puberal y anomalías somáticas. La frecuencia de su manifestación es de una cada 2500 niñas recién nacidas, y los cariotipos anormales pueden clasificarse en: Turner puros (el 50%), mosaico (el 30 a 40%), por alteración estructural (el 12 a 20%).

El motivo de consulta puede variar según el cariotipo que presente. Si se presenta una constitución cromosómica típica 45XO, seguramente se consultó al pediatra por uno de los rasgos característicos: la talla baja antes de la pubertad; sin embargo, también suelen concurrir pacientes de alrededor de 13 años por falta de aparición de menarca y caracteres sexuales secundarios. Los síntomas se producen, fundamentalmente, por falla en la producción de estrógenos: retraso puberal, amenorrea primaria y esterilidad.

Durante la infancia, el tratamiento debe controlar y tratar la baja estatura, las anomalías somáticas y esqueléticas; prevenir la osteoporosis, la presencia de anomalías cardíacas, la función tiroidea; monitorear el metabolismo de los hidratos de carbono.

Al alcanzar la edad puberal, se iniciará el tratamiento de reemplazo con estrógenos en bajas dosis y aumentándolos progresivamente con el agregado de progesterona.

CASO CLÍNICO: se presenta el caso de una paciente, de 16 años, cuya consulta primaria fue en agosto de 1998, en el Servicio de Endocrinología, por talla baja. El informe genético fue: estatura baja, cuello corto, implantación baja de cabello; diagnóstico de astigmatismo; en la piel, numerosos nevos, mamas sin desarrollo, sin vello axilar y el pubiano, escaso; cúbito valgo, quinto metatarsiano corto del pie izquierdo; cariotipo: 45,X/46,XX,I(Xq).

CONCLUSIÓN: si bien este síndrome no es muy frecuente, tenerlo en cuenta puede favorecer el diagnóstico precoz y para un tratamiento multidisciplinario oportuno que logre una mejor calidad de

vida.

(*) Servicio de Tocoginecología y Medicina Nuclear del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.

LEUCOENCEFALOMALACIA PERIVENTRICULAR

Tombesi, M.; Jacobi, N.; Deguer, C. (*)

OBJETIVO: la leucoencefalomalacia periventricular (LMPV), principal lesión isquémica del prematuro, da por resultado el daño de la sustancia blanca y la oligodendroglia (especialmente, la de diferenciación). Presenta distribución topográfica característica. Se halla asociada invariablemente a daño neurológico severo. Nos propusimos conocer la frecuencia de la LMPV sobre la base de hallazgos ecográficos típicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: entre junio de 1996 y febrero de 1997, fueron evaluados ecográficamente 110 pacientes con los siguientes criterios de inclusión: prematuros menores de 34 semanas; neonatos menores de 2500 gramos, y aquellos con antecedentes de hipoxia. Los estudios fueron llevados a cabo con un equipo SIM Plus, provisto de transductores sectoriales de 5 y 7,5 mHz. La LMPV fue definida como incremento de la ecogenicidad periventricular (afectación bilateral y simétrica), con evolución posterior a lesiones cavitadas (imágenes anecoicas).

RESULTADOS: de los 110 pacientes evaluados, 2 presentaron signos ecográficos característicos de LMPV, lo que representa, en este grupo seleccionado, una frecuencia del 1,8%.

CONCLUSIÓN: aunque la LMPV se desarrolla entre un porcentaje pequeño de pacientes, invariablemente los niños afectados presentan severos trastornos neurológicos. Es crítico identificar factores de riesgo, a fin de adoptar medidas perinatales para su prevención.

(*) Servicio de Neonatología y Diagnóstico por Imágenes del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.

SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA. A PROPOSITO DE UN CASO

Lasdica, S.; Pintos, H.; Martínez, A.; Cuchetti, C. (*)

OBJETIVO: presentamos a un paciente con politraumatismo con fracturas de huesos largos, que desarrolló, durante su internación, el síndrome de

embolia grasa y disfunción multiorgánica. Realizamos una revisión bibliográfica y destacamos la fisiopatología, los métodos diagnósticos y los procedimientos terapéuticos disponibles para su tratamiento.

CASO CLÍNICO: se trató de una mujer de 53 años, que ingresó en la Unidad de Terapia Intensiva, proveniente del quirófano, donde presentó un súbito deterioro de la conciencia, taquipnea, taquicardia e hipoxemia, mientras era sometida a una reducción quirúrgica de fracturas en el fémur, la tibia y el peroné de miembro inferior derecho. Antecedentes: politraumatismo por accidente de tránsito, con fracturas desplazadas de fémur, tibia y peroné derechos, de una semana de evolución.

En el examen físico, se la halló estuporosa, con escasa respuesta ante estímulos verbales; Glasgow: 10/15, mala perfusión periférica, taquipnea, deterioro de la mecánica respiratoria y rales crepitantes en campos pulmonares medio e inferiores bilaterales; TA 150-80mmHg, FC 150/min, FR 50/min. En el laboratorio, mostró Hto 22%, leucocitos: 18800/mm³; plaquetas normales: pH7,09, pCO₂ 61, pO₂ 66, saturación de oxígeno de 83%, FiO₂ 0,50, PaO₂/FiO₂: 132.

Por la persistencia de la hipoxemia y el deterioro muscular, fue intubada y se la colocó en ARM controlada. Se realizó monitoreo hemodinámico con catéter de Swan-Ganz. La enferma presentó fiebre, se le realizaron hemocultivos, y se comenzó con antibióticos. Más tarde, presentó petequias en axila y conjuntivas, y se solicitó control hematológico, cuyo informe fue: plaquetas 19000/mm³, PDF 640 mg, dímero D positivo, tiempo de protrombina de 30" con una concentración de 15%. Además, presentó bilirrubina de 4,3 mg; TGO: 112 U/L, TGP: 484 U/L. A este cuadro se le agregó insuficiencia renal aguda oligoanúrica.

Por la presunción de un síndrome de embolia grasa (SEG), se solicitó la determinación de lípidos en la orina, que fueron positivos 0,80 mg de colesterol. La fiebre persistió por dos días más y se le efectuó un lavado bronquioalveolar, para determinar la presencia de posible neumonía asociada a la ARM y embolia grasa. Se aislaron *Pseudomonas aeruginosas* y macrófagos alveolares con inclusiones lipídicas. Se inició tratamiento específico para neumonía intrahospitalaria y de sostén para el SEG. Se produjo una reacción favorable con resolución de las fallas multiorgánicas.

CONCLUSIÓN: la embolia grasa es un síndrome con deterioro de la función pulmonar y cerebral

con hipoxemia y fiebre, en pacientes politraumatizados, complicado con fracturas de huesos largos. Los test diagnósticos, en este marco clínico, incluyen la detección de glóbulos de grasa en orina y sangre. Recientemente se reportó el lavado bronquioalveolar como técnica útil para el diagnóstico. Por último, el tratamiento es profiláctico y de sostén.

(*) Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.

HIPERTENSIÓN PULMONAR PRIMARIA
Rodríguez Vidal, R.; Ibáñez, E.; Cuchetti, C.; Lasdica, S.; Martínez, A.; Pintos, H. (*)

INTRODUCCIÓN: la hipertensión pulmonar primaria (HPP) es una entidad clínica de causa desconocida, de baja incidencia (el 0,17%), con respecto al total de las enfermedades cardiovasculares. Afecta preferentemente al sexo femenino (relación 7:3) de entre 20 y 40 años. El diagnóstico se basa en el análisis clínico ecocardiográfico y en estudios hemodinámicos para descartar causas secundarias. Actualmente, a pesar del tratamiento con óxido nítrico y prostaciclina, su mortalidad sigue siendo alta. Recientemente, los últimos estudios demuestran, como alternativa, el trasplante cardiopulmonar, como un esperanza de disminuir la mortalidad.

OBJETIVOS: destacar la importancia del diagnóstico precoz y aportar, por medios cruentos o incruentos, datos que ayuden a dilucidar su origen, dada su baja frecuencia mundial.

MATERIAL Y MÉTODOS: se trató de una paciente de 17 años, con antecedentes de disnea de esfuerzo y episodios sincopales durante el ejercicio. Ingresó en UTI, luego de haber perdido un embarazo en su quinto mes.

Presentó, a los nueve días, disnea de grado III-IV, edemas en ambos miembros inferiores, cianosis periférica, taquipnea, dolor en el hipocondrio derecho, ingurgitación yugular, presencia de tercer ruido en la región mitral y en el mesocardio; Dressler y segundo ruido intenso en el foco pulmonar con soplo sistólico en el área tricuspídea.

El ECG mostró hipertrofia ventricular derecha (HVD), el vectocardiograma (VCG) evidencia asa QRS con rotación horaria en el plano horizontal y desplazamiento al cuadrante anterior derecho (HVD, tipo A).

El ecocardiograma Doppler no evidenció ductus ni comunicación interventricular o auricular y,

sí, presión pulmonar elevada 70 mmHg. La hemodinamia mostró una presión Wedge de 14 mmHg, con una presión pulmonar sistólica de 74, y diastólica de 30, sin resalto oximétrico. Se solicitaron estudios hematológico, colagenograma, serología para hepatitis, para descartar causas secundarias. La paciente recibió tratamiento con bloqueantes cálcicos, furosemida, aspirina y reevaluación para anticoagulación.

CONCLUSIÓN: es importante descartar causas secundarias, dado que pueden tener resolución clínico-quirúrgica, no así la HPP que, indefectiblemente, lleva a un deterioro marcado que obliga, en la mayoría de los casos, a un trasplante cardiopulmonar.

(*) *Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

MESOTELIOMA PERITONEAL

Pagliari, S.; Wisniowski, C.; Sáez, M.; Cabrera, A.; Iannariello, M.; Gabbarini, C. (*)

OBJETIVO: presentar el caso clínico de un paciente con mesotelioma peritoneal, entidad patológica infrecuente.

INTRODUCCIÓN: el mesotelioma peritoneal tiene una incidencia anual de un caso por millón de habitantes. Se asocia habitualmente a la exposición a asbestos; las formas de presentación más frecuentes son: ascitis, masas peritoneales, dolor abdominal, pérdida de peso y, radiológicamente, engrosamiento de la pared abdominal.

El diagnóstico se realiza por medio de laparotomía, en todos los casos. Ningún test de laboratorio más que el examen histológico es específico para el diagnóstico. La terapia es discutida. La sobrevida promedio, desde el diagnóstico, es inferior al año.

CASO CLÍNICO: presentamos a un paciente masculino, de 17 años, sin antecedentes patológicos, ni exposición a sustancias tóxicas, que se internó para un estudio de ascitis. Había comenzado un mes antes con dolor en el hipocondrio derecho, distensión abdominal y pérdida de peso de aproximadamente tres kilos.

El estudio físico-químico del líquido ascítico fue compatible con peritonitis bacteriana espontánea. El citológico fue negativo. La ecografía abdominal mostró ascitis, hepatoesplenomegalia e implantes peritoneales en la pared abdominal anterior. Se realizó TAC de abdomen que mostró ascitis y formaciones que impresionan implantes en perito-

neo parietal, hígado, bazo, epiplón, retroperitoneo y fondo de saco de Douglas. Se realizó punción con biopsia guiada por TAC, cuyo diagnóstico histopatológico fue mesotelioma peritoneal, por lo que inició el tratamiento quimioterápico.

CONCLUSIÓN: el caso presentado coincide con lo hallado en la bibliografía y destacamos el arribo al diagnóstico por medio de la punción guiada por TAC.

(*) *Servicio de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

IMPORTANCIA DEL PEDIDO DEL TEST DE SÍFILIS EN LA ADMISIÓN PSIQUIÁTRICA **Marini, M. (*)**

OBJETIVO: determinar la significación de realizar tests serológicos para detectar sífilis, como acto habitual para todo paciente que ingresa en la sala de internación de salud mental.

CASO CLÍNICO: se trató de una paciente de sexo femenino, de 49 años, internada en dos oportunidades en la Sala de Agudos del Servicio de Salud Mental con diagnóstico de síndrome delirante agudo. En ambas ocasiones, ingresó por la guardia, con cuadros de excitación psicomotriz acompañados por autoagresividad, discurso incoherente, logorrea, conductas bizarras, insomnio, pensamiento con fallas en el curso y contenido, sin conciencia de su enfermedad, ni de su situación, juicio desviado.

Se comenzó el abordaje farmacológico con neurolépticos, pero con resultado desfavorable. En la solicitud del laboratorio, se evidenció una VDRL positiva. Ante tal resultado, se realizó una interconsulta con el servicio de clínica médica. A través del examen físico y de estudios citoquímicos del líquido cefalorraquídeo, llegan al diagnóstico de neurosífilis. Inmediatamente, se instituyó un plan de tratamiento específico. Los síntomas cedieron, aunque quedó, como secuela, una marcha tabética en el momento del alta.

CONCLUSIÓN: se impone implementar, de forma sistemática, el pedido de VDRL en el laboratorio de rutina, a fin de detectar precozmente la infección, cuyos síntomas psicológicos conducen a errores diagnósticos y a internaciones innecesarias en instituciones psiquiátricas

(*) *Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

CORRELACIÓN ENTRE EL DOSAJE DE T4 LIBRE Y OTROS PARÁMETROS BIOQUÍMICOS Y CLÍNICOS

Sola, M.; Becerra, H.; Flores, C.; Jouffré, G.; Bonacorsi, E.; Voglino, S. (*)

OBJETIVO: correlacionar los valores elevados de T4 libre (FT4) con el estado tiroideo del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: entre el 2 de mayo de 1997 y el 3 de junio de 1998, se evaluaron 234 FT4 (T4 libre) por encima de valores de referencia (VR: 0,8 a 1,5 ng/ ml). Conjuntamente, se dosaron TSH (VR 0,35-5,5 mUI/ml), y T4 total, todas por quimioluminiscencia. Se caracterizó clínicamente a los pacientes mediante variaciones de peso, frecuencia cardíaca, tensión arterial y presencia de temblor.

RESULTADOS: de los 234 pacientes con FT4 elevados, 90 del total (el 38,46%) tenía valores TSH por debajo de 0,3mUI/ml. De esos 90 pacientes, 74 eran mujeres (el 82,22%) y 16 eran varones (el 17,78%); 27 (el 30%) de los 90 pacientes, con valores de TSH menores de 0,3, tenían FT4 en el límite y el 13,33% presentaba T4 total elevada, obedeciendo, no a un estado de hiperfunción tiroideo, sino a dosis supresivas de levotiroxina. De los restantes pacientes, n=63 (el 70%), se realizó diagnóstico de hipertiroidismo con parámetros clínicos, TSH suprimidas, FT4 aumentadas y, en los que fue necesario, se realizó el test de TRH-TSH para verificar el hipertiroidismo.

CONCLUSIONES: existen diferentes situaciones clínicas, en la cuales los niveles de T4 total no reflejan el estado funcional tiroideo del individuo, en tales casos, adquiere gran valor el dosaje de FT4, por cuanto refleja la fracción biológicamente activa y permite hacer diagnóstico más precoz.

(*) Servicio de Endocrinología y Medicina Nuclear del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.

GASTRITIS CRÓNICA. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 83 CASOS

Lespi, P.; Beltrán, R. (*)

INTRODUCCIÓN: la gastritis crónica actualmente abarca un amplio espectro de formas clínico-patológicas. Con el objeto de determinar la topografía, los tipos histológicos y la presencia de *Helicobacter pylori*, se revisaron retrospectivamente 83 biopsias gástricas endoscópicas, realizadas durante

el año 1997, en el servicio de Patología del HIG Dr. J. Penna de Bahía Blanca.

MATERIAL Y MÉTODOS: las muestras fueron fijadas en formol, incluidas en parafina y coloreadas con hematoxilina, eosina y giemsa. Se utilizó la clasificación de Sydney modificada y se consignó la edad, sexo, topografía, tipo histológico, presencia de atrofia, metaplasia intestinal y folículos linfoides.

RESULTADOS: las 83 biopsias pertenecieron a 76 pacientes con un rango por edad de entre 7 y 90 años (media 54). El 55% correspondió a mujeres. El 58% fue gastritis crónica con *Helicobacter pylori*, y el 94% fueron antrales. La actividad estuvo presente en el 79%, los nodulillos linfoides, en el 35% y la atrofia en el 17%. Las gastritis no relacionadas con *Helicobacter pylori* fueron diagnosticadas como gastritis crónica antral (el 63%); química (el 20%), crónica superficial (el 11%), varioliforme (el 3%) y atrófica (el 3%).

DISCUSIÓN: la infección por *Helicobacter pylori* es la causa más común de gastritis y está involucrada en la patogenia de la úlcera gastroduodenal, el carcinoma, y el linfoma gástrico. En nuestro medio, el 58% de las gastritis se asocia a *Helicobacter pylori*. La actividad y los nodulillos linfoides acompañan a dicha infección. Sin embargo, en las gastritis no asociadas a *Helicobacter pylori* se hallaron, aunque en menor porcentaje, nodulillos linfoides, actividad, atrofia y metaplasia intestinal, esta última la más frecuente.

(*) Servicio de Patología del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.

ANÁLISIS DEL PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Wisnioswski, C.; Sáez, M. (*)

INTRODUCCIÓN: a partir del momento en que se interna un paciente, se suceden decisiones que influyen directamente sobre su costo, pruebas diagnósticas, terapéuticas y días de internación. El número de días de estadía tiene una relación directa con el costo promedio por egreso del servicio. De acuerdo con lo anteriormente expuesto, se decidió hacer un análisis del Servicio de Clínica Médica del HIG Dr. J. Penna, de Bahía Blanca, en cuanto al promedio de días de internación en este servicio y a las posibilidades de su disminución.

OBJETIVOS: conocer el promedio de días de

estadía, de los últimos años, del Servicio de Clínica Médica (SCM) del Hospital *Penna*, de Bahía Blanca. Identificar las causas que provocan internaciones prolongadas (IP). Proponer alternativas de solución, tendientes a disminuir el promedio de días de estada en dicho servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS: el promedio de estada en el SCM, durante los años 1995 y 1996, fue de 12 días. Se consideró, para este trabajo, como IP a aquella que los superaba. Se contabilizó el número de días excedidos, en cada historia clínica (HC), que superaba los 12. Se analizaron 399 HC del SCM en el período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 1997; 134 HC correspondieron a IPC (el 34%). De éstas, se evaluaron 98 (el 73% de las IP). Las causas de IP fueron clasificadas en: justificables (clase 0) y no justificables: causas médicas del SCM (clase I), falta de coordinación con otros servicios del hospital (clase II), causas sociales (clase III), trámites administrativos de obras sociales (clase IV), demoras en los trámites de traslado de pacientes a centros de mayor complejidad (clase V). Se investigó qué enfermedades padecieron los pacientes con IP.

RESULTADOS: de las 98 HC, 25 (el 25%) correspondía a clase 0; 18 HC (el 17,36%), a clase I; 21 HC (el 18,18%) a clase II; 50 HC (el 60,68%) a clase III; una HC, a clase IV; y 2 a clase V; 47 HC (el 49%) fueron IP de 19 a 26 días. Hubo 4 pacientes con más de 30 días de estada. La diabetes y las enfermedades infecciosas fueron responsables del 44 % de las IP consideradas como justificadas. Las neoplasias, enfermedades cardíacas y enfermedades relacionadas con el alcoholismo fueron responsables del 43% de las IP de los pacientes clasificados como clase I-V (internaciones no justificadas).

CONCLUSIÓN: el promedio de estada del SCM es alto (12 días), en relación con lo que se publica en la bibliografía. De las 98 HC analizadas, se observó que el 75% no justificaba, desde el punto de vista médico, los 847 días de internación. El 60% de estos últimos fue por causas sociales.

Considerando las causas de IP, las probables alternativas de solución sugeridas son: respetar los sistemas de estudio y de tratamiento; coordinación eficiente con los demás servicios del hospital; internación domiciliaria, facilitar seguimientos ambulatorios; consensuar, con hospitales de la zona, el traslado de los pacientes hacia ellos; convenir, con las obras sociales, tramitaciones rápidas, y coordinar con las autoridades provinciales la evacuación

rápida de los pacientes que requieren traslado a centros de mayor complejidad.

(*) *Servicio de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

JERARQUIZACIÓN DE LOS PACIENTES AL INGRESAR EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS. SITUACIÓN ACTUAL. ¿NOS ACERCAMOS A LA OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS?

Sola, C.; Martínez, A.; Pintos, H.; Cuchetti, C.; Laher, M. (*)

OBJETIVO: análisis de los ingresos en la Unidad de Terapia Intensiva de adultos, en relación con la morbilidad comparada con los estándares internacionales.

MATERIAL Y MÉTODOS: trabajo retrospectivo realizado entre marzo y mayo de 1998. Se analizaron 119 pacientes por edad, sexo, días de estada en el hospital, diagnósticos de ingreso, morbilidad y mortalidad. Se utilizó el sistema de categorías de variables fisiológicas (APACHE II).

RESULTADOS: grupos de APACHE II.

Grupo I: de 0 a 9 puntos: el 37,8% de los ingresos y el 11% de mortalidad.

Grupo II: de 10 a 19 puntos: el 43,7% de los ingresos y el 28,8% de mortalidad.

Grupo III: de 20 a 29 puntos: el 11,7% de los ingresos y el 57% de mortalidad.

Grupo IV: de 30 o más puntos: el 6,72% de los ingresos y el 87,5% de mortalidad.

Además, se analizaron la mortalidad por causa patológica y APACHE II global de cada una de ellas, y mortalidad global independiente de cada subgrupo.

CONCLUSIONES: se pudo observar un alto porcentaje de ingresos estadísticamente mayor en el grupo I, con respecto a la media internacional (porcentaje internacional de ingresos= 18%; porcentaje internacional de mortalidad= 8%); no se encontraron diferencias entre los porcentajes de ingreso ni de mortalidad en el resto de los grupos. Esto parece indicar una sobreprestación de recursos humanos, edilicios y administrativos en el grupo I, que les resta esfuerzos diagnóstico-terapéuticos a los grupos de mayor riesgo.

(*) *Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

NEUMONÍA EOSINOFÍLICA AGUDA
Lasdica, S.; Cuchetti, C.; Sola, C.;
Córsico, M. (*).

INTRODUCCIÓN: la neumonía eosinofílica aguda (NEA) es una entidad clínica de baja incidencia y de causa desconocida, que afecta a personas de uno y otro sexo, principalmente con antecedentes de enfermedad pulmonar crónica o asma bronquial, comenzando con disnea, fiebre, infiltrado intersticial y eosinofilia en el lavado broncoalveolar (BAL), que evoluciona, abruptamente, hasta la insuficiencia respiratoria. Requiere asistencia respiratoria mecánica (ARM) en la mayoría de los casos, con mejoría clínica radiológica a las 72 horas de comenzado el tratamiento con glucocorticoides.

OBJETIVO: destacar la importancia de la sospecha diagnóstica en casos patológicos de baja incidencia para aplicar métodos invasivos.

CASO CLÍNICO: paciente de 62 años, de sexo masculino, tabaquista, obeso, con antecedentes de asma bronquial, que ingresó en Clínica Médica, por disnea, epistaxis, fiebre e infiltrado intersticial bilateral. Recibió tratamiento con macrólidos y cefalosporinas de segunda generación. Presentó, al octavo día, insuficiencia respiratoria aguda, con paro cardiorrespiratorio, que motivó su ingreso en Terapia Intensiva, donde se le realizaron maniobras de resucitación cardiopulmonar, con buena respuesta. A las 24 horas, el paciente se encontraba en coma farmacológico, con ARM, hemodinámicamente compensado, con fiebre, secreciones blanquecinas. Se le realizaron pancultivos y BAL. Se obtuvieron, como datos positivos, un porcentaje mayor que el 40% de eosinófilos en el BAL, con cultivos negativos. Se comenzó un tratamiento con glucocorticoides y se logró una mejoría clínica y radiológica.

CONCLUSIÓN: la evolución del paciente coincide con la bibliografía consultada. Destacamos la importancia del procedimiento invasor para establecer el diagnóstico de esta dolencia de oscuro origen.

(*). *Servicio de Terapia Intensiva y Neumonología del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

LIPOMATOSIS SIMÉTRICA MÚLTIPLE.
Acrogliano, P.; Cuchetti, C.; Sáez, M. (*).

INTRODUCCIÓN: la lipomatosis simétrica múltiple, denominada "Enfermedad de Madelung o

Enfermedad de Aunois-Bensaude", es un proceso infrecuente que predomina en el área mediterránea. Consiste en la presencia de acumulaciones difusas y simétricas de tejido adiposo maduro, de carácter benigno y, a diferencia de los lipomas, no capsulado. Es más frecuente entre varones con alcoholismo crónico. Clínicamente, se han descrito dos variantes, denominadas tipo I y II.

En el tipo I, la grasa se acumula sobre todo en el cuello y constituye el "cuello de Madelung", en los hombros y en las regiones supraclaviculares, lo que confiere al paciente un aspecto característico.

El crecimiento anormal del tejido adiposo puede conducir a una ocupación mediastínica, lo que plantea problemas de diagnóstico diferencial con las adenopatías y los tumores que se excluirán con una TAC de tórax. A veces, la infiltración mediastínica conduce a la compresión sintomática de la vena cava superior, del nervio laríngeo recurrente o de la tráquea.

En el tipo II, la lipomatosis afecta al tejido subcutáneo de otras regiones del organismo, pero respeta el cuello y las porciones distales de los miembros. En este caso, la apariencia clínica es similar a la obesidad simple y no existe acumulación profunda de grasa.

En la lipomatosis simétrica múltiple, se han descrito varias alteraciones asociadas, entre las que se destacan trastornos metabólicos no siempre presentes, como la hiperuricemia, intolerancia a la glucosa, acidosis tubular renal y la hipertrigliceridemia. Más rara es la presencia de neuropatía periférica desmielinizante sensitiva, motora o autónoma.

Otros trastornos como la anemia macrocítica, la esteatosis y la cirrosis hepática se atribuyen a la coexistencia de alcoholismo, si bien la evolución de la lipomatosis es independiente del curso evolutivo de la enfermedad hepática. El tratamiento del proceso se limita a la resección del tejido adiposo o a la liposucción, por razones estéticas o por la presencia de manifestaciones compresivas.

OBJETIVO: destacar la importancia del diagnóstico clínico-radiológico y la baja frecuencia de la enfermedad.

CASO I: paciente de 61 años, sexo masculino, con antecedentes de enolismo de larga data. Ingresó en Clínica Médica por neumopatía. Durante su examen físico, se observó un aumento del tejido adiposo en el tórax y el cuello; en los análisis de laboratorio, presentó anemia macrocítica e hiperglucemia. Se realizó TAC de mediastino y cuello

con marcado aumento del tejido adiposo, que forman masas en ambos sectores laterales del cuello; en el tórax, aumento del tejido adiposo en las partes blandas externas de la caja torácica.

CASO II: paciente de 62 años, sexo masculino, con antecedentes de enoismo que ingresa para el estudio de arteriopatía periférica. De su examen físico, surge que es un paciente obeso, con rasgos cushingoides, aumento de tejido adiposo en el cuello y el tronco superior. En el análisis de laboratorio, presentaba anemia sin tipificar y dislipemia. Se realizó TAC de cuello y tórax que informó lipomatosis en cuello y aumento del tejido adiposo en mediastino, pericardio y epicardio.

CONCLUSIÓN: nuestros hallazgos concordan con los descriptos en la bibliografía consultada. (*) *Servicio de Terapia Intensiva, Neumonología y Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

INTERCONSULTA MÉDICO-PSICOLÓGICA SOBRE LOS PACIENTES TERMINALES De Fino, R.; Brindo, M.; González, V. (*)

INTRODUCCIÓN: la asistencia psicoterapéutica de un paciente con enfermedad somática grave o terminal implica el abordaje de diversas situaciones que la enfermedad despliega, un complejo sistema que incluye al paciente, a la familia, al equipo de salud y a la institución en sí

OBJETIVO: analizar el material surgido durante entrevistas individuales familiares y con el equipo de salud, que permitan la reflexión y el esclarecimiento de ansiedades frente al proceso de enfermar y a la posibilidad de morir.

Los temas de la enfermedad y de la muerte han sido motivo de reflexión en todos los tiempos y culturas. Ante la enfermedad, el ser humano ensaya diferentes respuestas explicativas y se sitúa y reacciona frente a ella con los rasgos propios de su individualidad. Desde el punto de vista técnico, se describen distintas etapas por las que atraviesan el enfermo y su familia. El equipo asistencial no permanece ajeno ante lo traumático de la situación y sufre el impacto generador de angustia e impotencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: entrevistas individuales y familiares. Grupos de reflexión con miembros del equipo de salud.

CONCLUSIÓN: la interconsulta médico-psicológica sobre el paciente terminal ha posibilitado generar un "sostén elaborativo de la enfermedad"

que supera el marco de asistencia individual y crea un espacio mediador y de contención psicológico-institucional con el equipo asistencial, el paciente y la familia.

(*) *Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

SÍNDROME DE MEGAVEJIGA, MICROCOLON E HIPOPERISTALSIS: REPORTE DE UN CASO

Alconcher, L.; Tombesi, M.; Nebot, G.; Svetliza, J.; Deguer, C. (*)

INTRODUCCIÓN: el síndrome de megavejiga-microcolon e hipoperistalsis intestinal es un desorden de la motilidad visceral, relativamente infrecuente, predominante en el sexo femenino, de curso habitualmente fatal durante el primer año de vida. Todos los pacientes presentan megavejiga, microcolon, dilatación del intestino delgado, con disminución o ausencia del peristaltismo y distensión abdominal.

CASO CLÍNICO: se trató de un recién nacido, en término, con el peso adecuado para la edad gestacional, de sexo femenino, nacido por cesárea, apgar 8/9. Por ecografía antenatal, se detectaron polihidramnios y una gran imagen quística intraabdominal de 10 x 12 cm, con hidronefrosis bilateral. El neonato se presentó con una gran distensión abdominal, débito bilioso, ausencia de deposiciones y sin micciones espontáneas. Radiológicamente, se observó una gran vejiga distendida, sin reflujo vesicoureteral, microcolon y signos de dilatación progresiva del intestino delgado, con diagnóstico presuntivo de oclusión intestinal. Fue operada y se halló una clava yeyunal de la primera asa. El estudio anatomopatológico descartó una obstrucción mecánica. La paciente no recuperó signos de tránsito intestinal e ingresó en un régimen de alimentación parenteral.

COMENTARIO: el síndrome de megavejiga-microcolon-hipoperistalsis intestinal está caracterizado por distensión abdominal, laxitud de la musculatura abdominal, vómitos biliosos y disminución o ausencia del peristaltismo intestinal refractaria a todo tipo de tratamiento. Todos los pacientes tienen microcolon, megavejiga y dilatación del intestino delgado; no obstante, los signos y síntomas pueden variar de un paciente a otro.

La etiopatogenia no está aclarada. Histológicamente, se ha sugerido que se trataría de una miopatía visceral. La evolución está marcada por la impo-

sibilidad de alimentarse. El diagnóstico se apoya en los hallazgos radiológicos que, sumados a la clínica, permiten el reconocimiento de esta enfermedad.

(*) *Servicio de Neonatología y Pediatría del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

ENFERMEDAD DE GAUCHER, TIPO I (EG), EN LA ARGENTINA

Aggio, M.; Fernández, V.; Chamoles, N. (*)

OBJETIVO: mostrar la epidemiología general de la EG en la Argentina. En 1990, se inició la terapia de reemplazo enzimático en el país, y, desde entonces, numerosos médicos e instituciones ampliaron la casuística. En 1994, se distribuyó una planilla para obtener una base de datos nacional. Hasta junio de 1998, se han diagnosticado, por dosaje enzimático y genotipo, 107 casos (52 hombres y 55 mujeres), con una edad promedio de 18 años (rango 1-57), y una etnia de italianos: el 28%; españoles, el 27%; judíos asquenazi, el 13%; árabes, el 2%; alemanes, el 3%; indios sudamericanos (2 guaraníes, un mapuche), el 7%; mestizos, el 20%. Lugar de residencia: ciudad de Buenos Aires: el 17,8%; provincia de Buenos Aires: el 42,9%; región pampeana: el 12,2%; cuyo: el 6,5%; nordeste: el 9,4%; noroeste: el 6,5%; Patagonia: el 4,7%.

Para 37 casos, el motivo de consulta fue: distensión abdominal aislada o asociada a palidez o fatiga: el 60%; hepatoesplenomegalia: el 19%; otros motivos menos frecuentes fueron dolor óseo y hematomas. El fenotipo clínico fue hepatoesplenomegalia: el 54,1%; asociada a lesiones óseas: el 35,1%; esplenomegalia aislada: el 5,4% o asociada a lesiones óseas: el 5,4%. El perfil hematológico: pancitopenia: el 29,7%; anemia y trombopenia: el 32,4%; anemia y leucopenia: el 5,4%; anemia: el 8,2%; trombopenia: el 13,5% (leucopenia aislada nunca fue observada); hemograma normal: el 10,8%.

Los genotipos más frecuentes (para 62 pacientes) fueron N370S: el 47% y Rec Ncil: el 22%. Setenta y cuatro pacientes se encuentran bajo tratamiento, con terapia de reemplazo enzimático. Las dosis varían desde 60 U/Kg cada dos semanas hasta 2,5 U/Kg, tres veces por semana. La presentación refleja lo heterogéneo de la enfermedad, las distintas edades, los grados de severidad y las variaciones familiares están presentes.

La prevalencia es más baja que la esperada para un país multirracial con 33 millones de habitantes. Es probable que las formas leves de los pacientes

adultos estén subdiagnosticadas. La distribución y la etnia reflejan la composición de la población argentina, lo que sugiere que las mutaciones son proporcionalmente distribuidas entre los diferentes grupos raciales.

La eventual aparición de mutaciones desconocidas entre indígenas autóctonos puede tener interés antropológico y fisiopatológico.

(*) *Servicio de Hematología del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

HIRSUTISMO. UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE 17 HIDROXIPROGESTERONA.

Becerra, H.; Sola, M.; Flores, C.; Jouffré, G.; Bonacorsi, S.; Voglino, S. (*)

INTRODUCCIÓN: acné e hirsutismo son una consulta frecuente en el Servicio de Endocrinología. Existe una enfermedad denominada "déficit de 21 hidroxilasa no clásica (D21OH nc)", que, clínicamente, se manifiesta durante la adolescencia y la edad adulta como un cuadro variable de hiperandrogenismo.

Suelen ser evidentes los trastornos del ciclo menstrual, acné, hirsutismo e infertilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: se extrajo sangre en condiciones basales para determinar 17-OH, progesterona (17-OHP), cortisol, sulfato de dehidroepiandrosterona (SDHEA), androstenediona (A) y testosterona (T). A aquellas pacientes que presentaban valores límites de 17-OHP se les realizó el test de ACTH sintética y se les administraron 0,25 mg en forma endovenosa. Se dosó, posteriormente 17-OHP a los 60 minutos. Se estudió a 32 pacientes con edades comprendidas entre los 14 y los 34 años. Previamente, se descartaron aquellos con síntomas tiroideos o hipofisarios.

RESULTADOS: 25 pacientes, el 78,13%, presentaron valores de 17-OHP por debajo de 0,8 ng/ml. A 7 pacientes (el 21,87%) con valores por encima de 0,8 ng/ml se les realizó el test de estímulo mencionado. Observamos una hiperrespuesta en 3 de ellos (el 42,9%).

CONCLUSIONES: consideramos que el valor de 17-OHP superior al normal induce la sospecha de D21OH nc. Sólo la hiperrespuesta al test ante el estímulo con ACTH debería ser utilizado como diagnóstico, a menos que el basal supere ampliamente el valor de referencia.

Si bien SDHEA es considerada clásicamente el marcador plasmático de la función adrenal, puede

no encontrarse elevada.

(*) *Servicio de Endocrinología y Medicina Nuclear del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

MARCADORES SEROLÓGICOS DE HEPATITIS B Y C PARA PACIENTES HIV POSITIVOS EN SEGUIMIENTO, EN EL HIG DR. JOSÉ PENNA

Bonanno, A.; Fittipaldi, T.; Severini, C. (*)

OBJETIVOS: determinar la prevalencia de hepatitis B y C en el grupo de pacientes HIV positivos, controlados en el HIG Dr. José Penna, desde junio de 1993 hasta junio de 1998. Relacionar los hallazgos con la probable vía de infección por HIV. Establecer la prevalencia comparativa entre hepatitis B y C entre los infectados.

MATERIAL Y MÉTODOS: se estudiaron pacientes HIV positivos que concurren a controlar su cantidad de linfocitos T CD4; durante el período comprendido entre junio/93 y junio/98, de los cuales 94 (el 71,8%) son de sexo masculino, y 37 (el 28,2%), femenino se investiga con los siguientes marcadores: antígeno de superficie (HBsAg), anticore-IgG (AntiHBc-IgG), anticore-IgM (AntiHBc-IgM), antígeno e (HbeAg), anticuerpo e (AntiHBeAg) y de hepatitis C (AntiHVC), por técnica de ELISA y LIA.

RESULTADOS: de los 131 pacientes HIV positivos, 94 (el 71,8%) fueron de sexo masculino, y 37 (el 28,2%), femenino; 35 (el 26,7%) fueron AntiHBc positivos; 13 (el 9,9%), HbsAg positivos; a 3 (el 23%) se les confirmó el HBeAg positivo y 23 (el 17,5%) fueron AntiHCV positivos, con LIA positivo.

CONCLUSIONES: se observó un significativo incremento de la prevalencia de hepatitis B y C sobre pacientes portadores del HIV, comparándola con la población seronegativa y, a su vez, con un porcentaje importante de marcadores de replicación activa. Fue más acentuada la asociación HIV/hepatitis C que HIV/hepatitis B. En cuanto a la vía de infección más probable, resultó ser la drogadicción endovenosa la más representativa para ambas hepatitis.

(*) *Servicio de Laboratorio del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA DE ANTICUERPOS (ANTIHBsAg) POSTERIOR A LA VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B EN EL HIG DR. JOSÉ PENNA

Bonanno, A.; Olmo, S.; Rizzo, M.; Milano, P.; Streitemberger, E.; Panoso, M.; Roffet, C. (*)

OBJETIVOS: evaluar de manera cualitativa y cuantitativa la respuesta serológica de la vacuna contra la hepatitis B. Evaluar los posibles factores implicados en la falta de respuesta y comparar los resultados con respecto a la bibliografía publicada.

MATERIAL Y MÉTODOS: se estudió la población de vacunados, integrantes del personal de salud del HIG Dr. J. Penna, se utilizó la vacuna de tipo recombinante (Engerix B), provista por el Ministerio de Acción Social de la Nación, siguiendo el esquema de 3 dosis (0-1 y 6 meses), con 20 ug de antígeno. Se determinó la presencia de anticuerpos antiHBsAg, en plasma por enzoinmunoensayo en fase sólida tipo sándwich. Para determinar el título, se realizó una curva de calibración, partiendo de una inmunoglobulina humana antihepatitis B de concentración 200UI/ml.

RESULTADOS: sobre un total de 434 vacunados, se controlaron 222 personas (el 51,2%) de entre 22 y 63 años (50/182 relación hombre-mujer), vacunados durante la campaña masiva de inmunización 93/94. Se consideraron como respondedores títulos >10mUI/ml. Se obtuvieron 175 (el 79,5%) personas con títulos > 10mUI/ml, y 47 (el 20,5%) con títulos <10mUI/ml.

CONCLUSIÓN: se analizaron las posibles causas de la falta de respuesta, teniendo en cuenta la edad (>50 años): fumadores (> 10 cigarrillos/día); sobrepeso y enfermedades crónicas. Se observó que, de 47 personas (el 20,5%) 20 son > 50 años (el 42,5%); fumadores: 17 (el 36,2%); con sobrepeso: 2 (el 4,20%); diabéticos: 2 (el 4,20%), lo que totaliza un 87,1%.

Según publicaciones, a una vacunación bien realizada responde el 95% de la población con títulos >10mUI/ml, siempre que el control se realice después de un mes de la tercera dosis; por lo tanto, concluimos que nuestro menor porcentaje de respuesta puede deberse a la declinación del título a través del tiempo, ya que su evaluación fue realizada 2-3 años, después de la vacunación.

(*) *Servicio de Laboratorio del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

HEPATITIS VIRALES B Y C EN EL HIG DR. JOSÉ PENNA

**Barzola, S.; Bonano, A.; Giordano, L.;
Casalini, C.; Lespi, P. (*)**

INTRODUCCIÓN: con el objeto de analizar las vías de detección, las conductas diagnósticas y terapéuticas empleadas para los pacientes con marcadores serológicos para el virus de hepatitis B y C en el HIG Dr. José Penna, se estudiaron retrospectivamente los casos hallados entre enero de 1996 y abril de 1998.

MATERIAL Y MÉTODOS: se incluyeron, en el estudio, los pacientes con serología positiva para AgVHB y antiVHC o ambos, durante enero de 1996 hasta abril de 1998. Se consignaron: edad, sexo, lugar de pedido de la determinación, métodos diagnósticos, tratamiento, evolución y seguimiento. Los datos fueron obtenidos de los registros de la sección de Inmunología del Servicio de Laboratorio, Infectología, Gastroenterología y Patología. Se realizó, en todos, el método ELISA y el de neutralización confirmatoria para HBsAg y ELISA de segunda generación para antiHCV y prueba suplementaria de LIA de tercera generación. Se revisaron y estadihicaron según la escala de Knodel todas las biopsias hepáticas del mismo período, independientemente de la serología.

RESULTADOS: se hallaron 34 pacientes con HBsAg para hepatitis B, y 54 pacientes con antiHCV. El origen de la consulta provino fundamentalmente de Consultorios Externos, sobre hepatitis B. Por el contrario, en los casos de hepatitis C, el sitio de detección más frecuente resultó Infectología (paciente HIV positivos), le siguió Banco de Sangre, Consultorios Externos e Internación. La edad promedio fue de 40,5 años para hepatitis B, y de 35 años para hepatitis C. No hubo diferencias por sexo. Se estudiaron 2 pacientes portadores de HIV, que demostraron positividad para HBsAg y antiHCV. De las 56 biopsias hepáticas realizadas durante este período, 2 correspondieron a hepatitis C, 2 a hepatitis B, y una a hepatitis B y C. El tratamiento con interferón fue indicado sólo para 2 pacientes.

DISCUSIÓN: existen, en la actualidad, normas bien establecidas para la manipulación de pacientes con hepatitis B y C. En nuestro estudio, hemos observado un número importante de pacientes seropositivos, los cuales no fueron estudiados. Una consecuencia directa de esto es el escaso número de biopsias en relación con los casos y la falta de estadihicación y de tratamiento. Un grupo aún en

estudio representan los pacientes con HIV y hepatitis C, para los cuales el tratamiento es controvertido. De los resultados expuestos, surge la necesidad de normativizar los pedidos serológicos, e incluir en un protocolo de estudio y tratamiento, en principio, a los pacientes con hepatitis C, los cuales pueden desarrollar una cirrosis hepática en el 50% de los casos.

(*) *Servicio de Laboratorio, Gastroenterología, Infectología, Patología y Terapia Intensiva del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

PREVALENCIA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B Y C, Y CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA ENTRE PACIENTES ALCOHÓLICOS INTERNADOS EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA

Cabrera, A.; Sáez, M.; Lucas, S.; Pacheco, C.; Wisniowski, C.; Pagliari, S. (*)

INTRODUCCIÓN: la importancia de conocer que el paciente alcohólico sea portador de una hepatitis B o C radica en que, por ésta podrá desarrollar una lesión histopatológica hepática severa, y en que pueda ofrecérsele una eventual terapia. Teniendo en cuenta lo mencionado, se efectuó un estudio preliminar a pacientes alcohólicos crónicos internados en el Servicio de Clínica Médica (SCM) del HIG Dr. José Penna de Bahía Blanca.

OBJETIVOS: investigar, entre pacientes alcohólicos crónicos internados en el SCM, la prevalencia del virus de la hepatitis B (HBV) y C (HCV), y el daño histopatológico hepático.

MATERIAL Y MÉTODOS: fue un estudio retrospectivo que analizó 46 historias clínicas correspondientes a 14 mujeres y a 32 varones, con una edad promedio de 34,47 años y un rango de 20 a 70 años, todos con más de diez años de ingesta alcohólica mayor que los 80 gramos por día. A todos los pacientes se los estudió con examen clínico, ecografía hepática, hemograma, pruebas bioquímicas hepáticas y punción con biopsia (PBH), a ciegas, con aguja de Menghini.

Se investigó la reactividad sérica de los 46 pacientes para el antígeno de superficie del HBV (HBsAg), para el anticuerpo dirigido contra el antígeno Core (antiHbc) y el anticuerpo dirigido contra el virus HCV (antiHCV), mediante métodos de ELISA. Se consideró reactivo para HBV a aquellos pacientes que tenían HBsAg positivo.

RESULTADOS: se hallaron 14 pacientes con

sueros reactivos para el antiHCV (el 30,43%), 3 para HBsAg (el 6,52%); uno presentó positividad para antiHCV; HBsAg (el 2,17%), y 4 para el anti-HBc (el 4,6%) y 24 (el 52%) fueron no reactivos.

La distribución de la lesión hepática y los valores serológicos hallados fueron los siguientes: de los 14 pacientes con sueros reactivos para HCV, se halló una hepatitis grasa, 7 hepatitis crónicas y 6 cirrosis. De los pacientes con sueros reactivos para HBsAg, una hepatitis crónica, una cirrosis y un caso de cáncer hepatocelular. De los pacientes con suero reactivo para antiHBc, 2 fueron hepatitis crónicas y 2 cirrosis hepáticas. Hubo un caso con positividad par ambos virus, que presentó cirrosis hepática. De los 24 sueros no reactivos, 8 presentaron cirrosis; 5, hepatitis alcohólica; 10, hepatitis grasa y una hiperplasia multinodular.

CONCLUSIONES: se presenta un estudio retrospectivo de 46 pacientes alcohólicos crónicos, con el fin de conocer la prevalencia de marcadores séricos del HBV y HCV, y la influencia del virus sobre el grado de lesión hepática. Se halló una prevalencia de marcadores de HBV del 6,52% y de HCV de 30,43%.

El diagnóstico histológico de hepatitis crónicas realizado sobre 10 de los pacientes estudiados fue mayor para aquellos con sueros reactivos para el HCV, lo que demostró una fuerte asociación de las hepatitis crónicas con el HCV en los alcohólicos crónicos internados en el SCM, lo que concuerda con la bibliografía consultada. La proporción de cirróticos fue mayor en el grupo de no reactivos, lo que sugiere que el HCV no se asocia a los grados más severos de lesión hepática y que coincide con otros trabajos.

(*) *Servicio de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

METODOLOGÍA DE ESTUDIO DEL BOCIO MULTINODULAR

Becerra, H.; Sola, M.; Flores, C.; Jouffré, G.; Bonacorsi, S.; Voglino, S. (*).

OBJETIVO: observar los métodos de estudio para un paciente portador de bocio polinodular cuyas pruebas convencionales no son determinantes.

MATERIAL Y MÉTODOS: dosajes hormonales, curva de captación, centellograma tiroideo, prueba de perclorato de potasio, ecografía y punción con biopsia. Presentamos a un paciente de 60 años, varón, oriundo de Chile, con aparición de bocio

durante el último año, grado III y heterogéneo.

RESULTADOS: se analizaron los siguientes dosajes: TSH: 14,5 mUI/ml; FT4: 0,45 ug/dl; T3: 177,4 ng/dl; T4: 2,5 ug/dl; anticuerpos antiperoxidasa: 0,9 u/ml y anticuerpos antitiroglobulina: 0,6 u/ml. Los valores hormonales nos indicaron la presencia de hipertiroidismo. Se realizó curva de captación (a la primera hora: el 44%; a las 4 horas, el 80%; a las 48 horas, el 81%), y centellograma tiroideo que mostró bocio con áreas nodulares hipocaptantes.

Observamos que no coincide la respuesta centellográfica con los dosajes hormonales efectuados. Se realizó test de descarga de perclorato de potasio, con mediciones cada quince minutos; se le administraron 100 microcuries de yodo 131; posteriormente, a los 120 minutos, por vía oral, se le indicó un gramo de perclorato de potasio. Las captaciones previas fueron 8%, 10%, 16%, 22%, 27%, 33% y 32% y, posteriores al perclorato, 37%, 15%, 11%, 10%, 10%, 10%, 11%.

CONCLUSIÓN: se presenta un caso intentando objetivar los métodos de estudio del bocio polinodular. Se observa que existen pruebas no tan frecuentemente realizadas, como la del perclorato, que permitió sospechar una falla en la organificación del yodo de este paciente.

(*) *Servicio de Endocrinología y Medicina Nuclear del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

EXOFTALMOS. METODOLOGÍA DE ESTUDIOS

Becerra, H.; Sola, M.; Flores, C.; Jouffré, G.; Bonacorsi, S.; Voglino, S. (*).

INTRODUCCIÓN: la asociación de bocio con hiperfunción tiroidea y exoftalmos está descripta desde la antigüedad. Aunque esta afección ocular ha sido estudiada extensamente desde entonces, todavía permanece sin dilucidar si realmente es una parte de la enfermedad de Graves-Basedow, o una entidad propia en sí misma, con la que comparte mecanismos semejantes.

OBJETIVOS: aplicar la metodología complementaria a nuestro alcance para analizar la patología tiroidea asociada con exoftalmos.

CASO CLÍNICO: se presenta una paciente de sexo femenino, de 47 años, derivada de la zona por exoftalmos. Se realizaron las siguientes determinaciones: TSH: 0,4 mUI/ml; T4 libre: 0,77 ug/dl; APO: 21,5; ATG: 8,5; TRH-TSH basal: 0,44 mUI/ml; a

los treinta minutos 5 mUI/ml; a los sesenta minutos, 3,1mUI/ml. Ecografía tiroidea: aumento de tamaño de la glándula, en forma homogénea; la centellografía y la curva de captación tiroidea, dentro de parámetros normales. En la tomografía, se observa exoftalmos bilateral asimétrico.

CONCLUSIÓN: se presneto el caso para demostrar los métodos aplicables al estudio del exoftalmos. Además, se destaca la posibilidad de su presencia sin hipertiroidismo.

(*) *Servicio de Endocrinología y Medicina Nuclear del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

PÚRPURA TROMBÓTICA TROMBOCITOPÉNICA

Caferri, H.; Alconcher, L.; Barrionuevo, L.; Garbiero, S. (*).

INTRODUCCIÓN: la púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) es un síndrome caracterizado por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, fiebre, afectación neurológica y disfunción renal. Descripta por primera vez por Moschcowitz, en 1924, la mortalidad era del 100%. Desde 1979, con la introducción de protocolos que incluyen prednisona y recambio plasmático, la sobrevivencia es mayor que el 90%.

OBJETIVO: presentar un caso de PTT de una adolescente, dado que se trata de una enfermedad de baja incidencia y cuyo manejo debe ser interdisciplinario.

CASO CLÍNICO: una adolescente de 14 años, ingresó en el Servicio de Pediatría por presentar cefalea, vómitos, fiebre y hemiparesia derecha, de tres días de evolución. El examen físico de ingreso mostró petequias en miembros inferiores y superiores. En las pruebas de laboratorio, se observó: Hto: 27%; leucocitos: 8200/mm³ y plaquetas: 6000/mm³. Los estudios de coagulación fueron normales.

Se interpretó como púrpura trombocitopénica autoinmune y se inició tratamiento con prednisona, con 2 mg/Kg/día VO, previa realización de mielograma. Al séptimo día de tratamiento, no se observó recuperación de las plaquetas, y la anemia fue progresiva. La paciente presentó, además, un cuadro abrupto de deterioro del sensorio y se detectó microhematuria y proteinuria mínima. En la reevaluación del cuadro hematológico, se comprobó anemia hemolítica microangiopática. Con diagnóstico de PTT, se inició tratamiento con plasmaféresis. Se hicieron 17 plasmaféresis y se obtuvo un recuento

de plaquetas de más de 100000/mm³, pero, a la semana de interrumpido el tratamiento, las plaquetas bajaron a 47000/mm³ y se decidió reanudar dicha terapia. Siete días después, se le otorgó el alta con mejoría hematológica. Hto: 32% y recuento plaquetario de 260000/mm³. Dos meses después, el hemograma fue normal y continúa en remisión clínica y hematológica sin ninguna terapia de mantenimiento.

CONCLUSIÓN: a pesar de ser una enfermedad poco frecuente, se debe pensar en efectuar el diagnóstico de PTT a pacientes con trombocitopenia asociada con anemia y alteraciones del SNC, y tratarlos precozmente con plasmaféresis.

(*) *Servicio de Pediatría, Nefrología infantil, Oncohematología y Hemoterapia del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

EL NIÑO Y SU FAMILIA ANTE LA MUERTE

Castro, S.; Barrientos, I.; Ramos, C.; Comi, M. (*).

INTRODUCCIÓN: no hay experiencia más devastadora que la enfermedad mortal de un niño. El impacto de tal noticia desorganiza a la familia como unidad funcional y confronta a cada uno de los miembros con la posibilidad real de pérdida y de dolor. Es común que médicos y enfermeras se sientan incómodos con los pacientes moribundos por temor a que éstos hagan preguntas que no pueden o no deben responder o porque temen que afloren sus verdaderos sentimientos.

La idea de que un niño pueda morir nos hace sentir vulnerables e impotentes. Atender a la familia que enfrenta la muerte inminente de un niño requiere que la enfermera use toda su capacidad profesional y personal, y significa ofrecer cuidados físicos y apoyo emocional superiores para el niño y su familia. Para el trabajador de la salud cuya meta final es conservar la vida, la muerte de un niño puede provocar sentimientos de frustración y de fracaso.

La incapacidad de aliviar el dolor y sufrimiento de un niño y de su familia plantea numerosos desafíos en la atención que brindan los trabajadores de la salud. Ninguna persona, por sí (médico, enfermera, psicólogo), puede satisfacer por completo las necesidades de los afectados. Sin embargo, mediante esfuerzos conjuntos, el equipo de salud puede brindar atención integral que contenga a la familia a lo largo de la crisis.

OBJETIVO: obtener los conocimientos necesarios para la atención conjunta paciente—familia. Lograr la comunicación abierta y honesta entre el equipo de salud y la familia, e individual entre los miembros de los grupos. Obtener una atención centrada en la familia y el paciente con la participación interrelacionada de ellos.

CONCLUSIÓN: la colaboración familiar para el cuidado del paciente requiere educación, la cual debe iniciarse en el momento del diagnóstico, y continuarla durante toda la enfermedad. Las responsabilidades incluyen cuidados directos de enfermería, servicios de enlace entre miembros del equipo de coordinación y evaluación de toda la atención proporcionada.

(*) *Servicio de Pediatría del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láñez 2401. Bahía Blanca.*

ANÁLISIS GENÉTICO MOLECULAR DEL GEN CF COMO TEST DE LABORATORIO SATÉLITE PARA EL DESARROLLO DE UN VECTOR DE TRANSFERENCIA GENÉTICA COMO MEDICAMENTO

Sánchez, M.; Masciovecchio, M.; Drittanti, L.; Barrero, P.; Vega, M. (*).

OBJETIVOS: implementar, a través de un programa de aseguramiento de calidad (QA, Quality Assurance), normativas internacionales GLP (Good Laboratory Practices) para el análisis genético molecular del gen CF como test de laboratorio satélite de un ensayo clínico.

MATERIALES Y MÉTODOS: el sistema QA implementado por el Grupo de Terapia Génica Humana (GTGH) para el análisis genético molecular del gen CF fue diseado y desarrollado teniendo en cuenta tres aspectos:

1. Normativas internacionales establecidas por la FDA (Food and Drug Administration, de los Estados Unidos) y por la CE (Comunidad Europea).

2. Procesos involucrados.

3. Factores condicionantes, tales como recursos financieros disponibles, recursos humanos y equipamiento.

La organización del programa de QA se basa en tres componentes:

- Prevención: se requirió un programa ordenado de planeamiento para asegurar que los sistemas analíticos funcionaran apropiadamente, por ejemplo, planeamiento de QC (Quality Control), calibraciones, entrenamiento de personal, mantenimiento de equipos, etc.

- Controles: se incluyeron chequeos periódicos para determinar precisión y exactitud, por ejemplo, análisis por duplicado, lecturas y cálculos y validación de la metodología.

- Correcciones: se formularon acciones para determinar las causas de los defectos y para rastrear el funcionamiento apropiado del sistema analítico, por ejemplo, reevaluaciones de metodología, reentrenamiento del personal, arreglo de equipos, etc.

El programa de QA fue implementado mediante la elaboración de SOPs (Standar Operation Procedures), validación de equipos, personal y procedimientos, diseño de un sistema de QC y documentación. Cada SOP fue ideado de forma tal de exhibir, con suficiente detalle, los métodos, materiales y esquemas para ser usados en los diferentes procesos implementados. Una vez que los SOPs fueron elaborados, se validaron mediante los resultados de la ejecución de cada uno de ellos. En el proceso para el análisis genético molecular del gen CF, se establecieron, entre otros, SOPs para mantenimiento de equipos, muestreo, reporte de resultados y almacenamiento de muestras; almacenamiento de reactivos, procedimientos de QA y de QC, bioseguridad, higiene, personal, calibración de equipos, validación y revalidación.

Cada actividad fue ejecutada siguiendo pautas preestablecidas y todos sus pasos quedaron registrados en un sistema de documentación. De esta manera, se estableció una red documental fiable que permitió rastrear fuentes de error o de incertidumbre, e identificar el elemento responsable.

RESULTADOS: con el sistema QA en funcionamiento, se detectaron:

- Muestras visiblemente contaminadas, sin identificación, con códigos no correspondientes al paciente con insuficiente cantidad de sangre, y cartones sin muestras, que fueron rechazados antes de ser procesadas y de las que se pidió una nueva toma.

- Direcciones inexistentes y nombres ilegibles de pacientes, aleatoriedad en la toma de muestra.

- Reactivos sin el rótulo correspondiente.

- No adhesión a SOPs.

- Registros incompletos.

- Reactivos vencidos.

Se realizaron:

- Correcciones de SOPs que lo requirieran

- Entrenamiento y validación de personal.

- Calibración de equipos

- Creación de nuevos SOPs.

CONCLUSIÓN: la implementación de un programa de QA significó desarrollar estrategias que

perfeccionaran el sistema y que condujeran a un aumento de la eficiencia, la cual se traduce en un aumento de la confiabilidad y del uso del tiempo; del mejoramiento del producto, y una disminución del costo, riesgo, error, sesgo e intencionalidad. Los beneficios incluyen el aumento de la credibilidad en el laboratorio y en la preparación personal.

(*) *Grupo de Terapia Génica Humana del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

NIVEL SÉRICO DE FOSFATASA ALCALINA SOBRE EMBARAZADAS

Martínez, P.; Cueto, E.; Milano, P.; Oimos, S.; Roffet, C.; Streitemberger, E.; Bonanno, A.; Rizzo, M. (*)

INTRODUCCIÓN: la FAL es una enzima que se encuentra ampliamente distribuída en todos los tejidos del organismo y son los principales productores: hígado, hueso, intestino y placenta, en la embarazada, la fracción placentaria es de gran importancia.

OBJETIVOS: determinar valores de referencia locales, evaluar la variación de los niveles enzimáticos durante el transcurso de la gestación, comparar los valores obtenidos con otros ya establecidos.

MATERIAL Y MÉTODOS: se obtuvieron muestras de sangre provenientes de 136 mujeres embarazadas normales (según IFCC), en diferentes etapas de la gestación, de edades comprendidas entre los 17 y los 44 años, con ayuno mayor que 8 horas. Se determinó la FAL empleando un método cinético con p-nitrofenilfosfato optimizado.

ESTUDIOS ESTADÍSTICOS: se examinó la distribución de los valores de referencia recopilados utilizando la prueba de bondad de ajuste y se llegó a la conclusión de que el nivel de la FAL no sigue una distribución normal; por lo tanto, se utilizó un método no paramétrico para la estimación de los valores de referencia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: de los datos obtenidos y utilizando una prueba de bondad de ajuste, se llega a la conclusión de que el nivel de la FAL no sigue una distribución normal, motivo por el cual se utilizó un método no paramétrico para estimar los valores de referencia. Se determinó que se hallan comprendidos entre 74 y 383 UI/L. Se evidencian, además, diferencias significativas en los niveles de la FAL en los distintos estadios del embarazo y se observa un aumento paulatino a medida que éste avanza, que alcanza un pico, cuan-

do llega a término. Las curvas de niveles enzimáticos obtenidos durante el transcurso de la gestación son comparables con las halladas en la bibliografía. No se encontraron trabajos locales sobre el tema.

(*) *Servicio de Laboratorio del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

CITOLOGÍA DE TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Tróccoli, G.; D'Annuncio, E.; Gutiérrez, O.; Lespi, P. (*)

INTRODUCCIÓN: para una serie de seis tumores cerebrales, utilizamos un método rápido de diagnóstico citológico (técnica de "crush"), para lesiones del SNC. Esta técnica consiste en la extensión directa del material que se estudia sobre el portaobjetos, seguida de una coloración rápida, y del examen microscópico.

MATERIAL Y MÉTODOS: en todos los casos, se consignaron edad, sexo, localización, imagen tomográfica, diagnóstico citológico intraoperatorio y diagnóstico de anatomía patológica.

RESULTADOS: los resultados fueron: glioblastoma multiforme (4 casos), meningioma atípico (un caso), astrocitoma de bajo grado (un caso). Los extendidos de "crush" llegaron al diagnóstico correcto en 5 de los casos. El meningioma atípico fue inicialmente interpretado como una metástasis, debido a su aspecto epitelial y a lo atípico presente en los extendidos, no habitual en meningiomas.

CONCLUSIONES: la técnica citológica de "crush" es realizada simultáneamente con la congelación intraoperatoria. Llegan juntas al 98% de efectividad. Cuando se emplea en forma aislada, la eficacia desciende al 80%. En nuestro medio, es la técnica de elección cuando se requiere un diagnóstico rápido de lesiones del SNC, y es una herramienta importante para el control de calidad del material obtenido en biopsias estereotáxicas de masas supratentoriales.

(*) *Servicios de Neurocirugía Patológica del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA PRESENTACIÓN DE CASOS DE TRIQUINOSIS HUMANA DE ORIGEN COMERCIAL (BAHÍA BLANCA, 1997)

Giménez, R.; Caminoa, R. (*)

OBJETIVOS: informar y analizar las características epidemiológicas de casos de triquinosis humana en la ciudad de Bahía Blanca, entre mayo y junio de 1997, período durante el que se registró un número inusual de notificaciones de la enfermedad, involucradas con productos vendidos en comercios del ramo.

MATERIAL Y MÉTODOS: esta presentación se basa en la ficha específica de notificación de casos humanos de triquinosis como herramienta de recolección de datos, diseñada por el Departamento de Zoonosis Rurales (Azul), del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Estas fichas son remitidas por los efectores sanitarios al Área Epidemiología de la Región Sanitaria I, donde se consolida la información y se carga en una planilla de cálculo, confeccionada a tal fin.

Las alusiones al origen del producto consumido surgen de la anamnesis médica y/o del interrogatorio que el autor realizó a personas afectadas. La determinación serológica se hizo por medio de inmunofluorescencia indirecta en laboratorio de referencia (Departamento de Zoonosis Rurales – MSPBA).

RESULTADOS: durante el período mencionado, se recibieron 440 notificaciones, 354 de ellas (el 80,4%) de efectores públicos; 57 (el 13%), de privados y 29 (el 6,6%), sin firma. Con respecto a la distribución temporal, el mayor número de registros (324 notificaciones – el 73,6%) remite la fecha de ingesta del alimento sospechoso al período comprendido entre las semanas epidemiológicas 17 a 23, y la aparición de los primeros síntomas entre las semanas 19 a 25 (312 notificaciones, el 0,9%).

Fechas extremas: 10/04/97 y 18/06/97 para primera y última ingesta, respectivamente, y 04/05/97 y 03/07/97 como primera y última fecha de aparición de síntomas, respectivamente. Casos índice (grupo familiar), notificados el 14/05/97.

Los principales grupos involucrados, por edad, son los comprendidos entre los 16 y 45 años (277 notificaciones, el 63%); 204 (el 46,4%) pertenecieron al sexo femenino, y 236 (el 53,6%), al masculino. Del total de los pacientes, 424 (el 97%) se domicilian en el partido de Bahía Blanca, con una amplia dispersión barrial. De los entrevistados, 372

(el 84,5%) refieren haber consumido derivados porcinos comprados en comercios. Ninguna notificación expresa consumo de chacinados caseros. Los comercios implicados se encuentran dispersos en todo el ejido urbano. Las notificaciones se distribuyeron según origen en: **PA-SA** (Fábrica de chacinados y locales de venta): 195 notificaciones (el 44,3%); **LO** (carnicería): 77 notificaciones (el 17,5%); **COL** (cadena de autoservicios): 39 notificaciones (el 8,9%); otros (carnicerías varias): 61 notificaciones (el 13,9%); sin especificar: 68 notificaciones (el 15,5%). Con respecto a la serología, a la fecha de redacción del presente resumen, se procesaron un total de 578 muestras. A 50 pacientes (el 11,4%) no se le extrajo suero para IFI. Se les extrajo a 231 (el 52,5%) sólo una muestra; a 138 (el 31,4%), dos muestras selladas, y a 21 (el 4,8%), tres muestras seriadas. De los pacientes escogidos para el muestreo, 86 (el 22,1%) fueron positivos (título 1/64 o mayor) y clínicamente compatibles (con 3 signos/síntomas o más), 184 pacientes (el 41,8%). Esto implica 270 casos (el 61,4% de las notificaciones). No se reportaron óbitos. Tasa de incidencia del año 97: 99,2/100.000 habitantes.

CONCLUSIONES: se observa un incremento de las tasas de incidencia en los últimos años (9,2 y 36,4 cada 100.000 habitantes para los años 95 y 96, respectivamente). El carácter comercial de la aparición de casos determina su amplia distribución dentro de la ciudad.

(*) *Área Epidemiológica de la Región Sanitaria I. Bahía Blanca.*

EL ATENEO GENERAL DEL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DR. JOSÉ PENNA. UN BREVE ANÁLISIS

Wisniewski, C.; Sáez, M.; Pagliari, S.; Iannariello, M. (*)

INTRODUCCIÓN: el ateneo general del hospital (AGH) comenzó a realizarse en el año 1988 y, desde entonces, no hubo una continuidad hasta comienzos de 1995. Desde esta fecha y hasta la actualidad, se ha realizado quincenalmente. Esta actividad está abierta a todos los servicios que integran el hospital, especialmente a aquellos que cuentan con residencias de postgrado, de tal forma que cada uno de ellos tiene la posibilidad de exponer sus casos, para que sean discutidos entre los profesionales presentes. El AGH permite un acercamiento entre las diversas profesiones hospitalarias y especialidades médicas, a fin de intercambiar

conocimientos y experiencias, evaluar conductas y calidad prestacional, lo que lleva al crecimiento científico del equipo de salud y, en consecuencia, a brindar una mejor atención al paciente.

OBJETIVOS: analizar qué servicios han participado activamente en el AGH y la concurrencia a estos últimos. Investigar las técnicas tratadas en los AGH.

MATERIAL Y MÉTODOS: con un trabajo retrospectivo, se revisaron los libros de actas del Comité de Docencia del HIG del *Penna*, en los que constan copias de los ateneos realizados, así como la asistencia de los concurrentes desde marzo de 1995 hasta fines de junio de 1998. Se realizaron un total de 78 ateneos, de los cuales 13 (el 17,56%) se excluyeron para la contabilidad de asistencia, pues no se encontraban registradas las firmas. Se tomaron en cuenta los 61 restantes para su estudio. De los 74 ateneos, 70 (el 94,59%) fueron ateneos anatomopatológicos de casos necrópsicos; 3 (el 4,05%) ateneos anatomopatológicos de casos clínicos y un ateneo clínico.

RESULTADOS: se realizaron un promedio de 21 ateneos por año. Sus asistentes totalizaron 1412 profesionales, por lo que se obtuvo un promedio de 23 concurrentes por cada uno. El rango fue de 7-58. De los 1412 profesionales, 807 (el 57%) fueron residentes. El promedio de profesionales por ateneo fue de 10, y de 13 residentes por ateneo. Del total de 74 AGH realizados, 65 (el 87,83%) correspondieron al Servicio de Clínica Médica; 5 (el 6,75%) al Servicio de Terapia Intensiva de Adultos; uno al Servicio de Neonatología; uno al Servicio de Neumotisiología; uno al Servicio de Salud Mental y uno al Servicio de Cirugía.

Al evaluar la presencia de los distintos servicios del AGH, en los 61 ateneos considerados, se halló que el servicio de Patología estuvo presente en 61 (el 100%); Clínica Médica, en 57 (el 93,44%); Diagnóstico por Imágenes, 35 (el 53,37%); Laboratorio, 28 (el 45,90%); Terapia Intensiva de Adultos, 24 (el 39,34%); Cardiología, 17 (el 27,86%); Oncología, 12 (el 19,67%); Nefrología, 10 (el 16,39%); Tocoginecología, 10 (el 16,39%); Hematología, 9 (el 14,75%); Neumonología, 9 (el 14,75%); Salud Mental, 7 (el 11,47%); Gastroenterología, 6 (el 9,83%); Pediatría, 5 (el 8,19%); Infectología, 4 (el 6,55%); Nutrición, 3 (el 4,91%); Cirugía, 2 (el 3,27%); Endocrinología, 1; Traumatología, 1 y Neurología, 1.

En el análisis de los diagnósticos temáticos finales de los 61 AGH, se halló que estaban involu-

cradas las siguientes especialidades: oncología, en 21 ateneos (el 34%); neumonología, en 21 (34%); gastroenterología, en 14 (23%); cardiología, en 13 (el 21%); nefrología, en 12 (el 20%); infectología, en 7 (el 11%); neurología, en 3 (el 5%); endocrinología, en 3 (el 5%); cirugía, en 3 (el 5%); hematología, en 2 (el 3%); nutrición, en 2 (el 3%); inmunología, en 2 (el 3%); urología, en 2 (el 3%); reumatología, en 1; metabolismo, en 1 y psiquiatría, en 1.

CONCLUSIONES: el AGH es una de las actividades científicas conjuntas más relevantes del hospital. Implica un esfuerzo importante por parte del servicio responsable de su realización en desmedro de otras actividades. Teniendo en cuenta que en el HIG del *Penna* hay 230 profesionales estables de salud y 85 residentes, sólo un 4,3% (10), y un 15% (13) en promedio, respectivamente, concurren a cada evento. El 87,83% de los AGH fue realizado sólo por un servicio. Es de destacar la presencia en el 100% de los AGH de integrantes del Servicio de Patología. El análisis de los diagnósticos finales revela la implicancia de la mayoría de las especialidades en los diagnósticos finales.

DISCUSIÓN: de acuerdo con los resultados en los que se observó una concurrencia limitada de profesionales, cabe preguntarse:

- 1) ¿Hay plena difusión, en el ámbito hospitalario, de esta actividad científica?
- 2) ¿La actividad asistencial de este hospital impide la asistencia a estos ateneos?
- 3) ¿El AGH no es útil, desde el punto de vista científico, para la mayoría de los profesionales del HIG del *Penna*?

Deberá efectuarse, en el futuro, un profundo análisis, a fin de buscar soluciones o alternativas para revertir la situación actual del AGH en el HIG del *Penna*, al menos para lograr una mayor participación de los profesionales, teniendo en cuenta que nos encontramos en un hospital escuela.

(*) *Servicio de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna. Láinez 2401. Bahía Blanca.*

PREMIO BIENAL "ANIVERSARIO" DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA DE BAHÍA BLANCA

Reglamento

- 1) La AMBB ha instituido el Premio bienal, a los mejores trabajos relacionados con la medicina.
- 2) Se otorgará cada dos años, y podrán acceder a él todos los médicos asociados a la AMBB.
- 3) Los trabajos deberán cumplir los siguientes requisitos:
 - a) haber sido realizados en la ciudad de Bahía Blanca o en el área de influencia de la AMBB;
 - b) ser inéditos (excepto, si hubieran sido publicados en la revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca durante el período correspondiente). Son aceptables, también, las comunicaciones ante congresos médicos si se ha publicado solamente el resumen;
 - c) ser de tipo "original", conforme a la descripción que figura en Instrucciones para los Autores, en la revista de la AMBB, y con diagramas que sigan sus normas de publicación;
 - d) tener un máximo de cuatro autores;
 - e) no haber recibido premios con anterioridad;
 - f) ser remitidos durante el período bienal establecido por la AMBB.En caso de haber sido, también, ofrecidos para publicación, los autores deberán aclarar que optan al premio.
- 4) El premio consistirá en una medalla de oro para autor principal y diplomas para los coautores.
- 5) El jurado se compondrá de la siguiente manera: el secretario general, el secretario científico y dos vocales de la Asociación Médica de Bahía Blanca; un representante del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito X y los presidentes de las Sociedades de Cirugía y de Medicina Interna de Bahía Blanca.
- 6) El jurado podrá declarar desierto el premio, si considera que los trabajos presentados no reúnen los méritos suficientes.
- 7) No podrán presentarse para el premio los miembros de las comisiones directivas en ejercicio, durante el bienio en que se adjudica, ni los que lo hayan obtenido en otra oportunidad.

Este primer premio se otorgará a los trabajos presentados entre el 1/1/98 y el 31/12/99. Por excepción, podrán competir los trabajos publicados en la Revista de la AMBB, siempre que los autores así lo soliciten y reúnan el resto de los requisitos.