

RESUMENES DE LAS COMUNICACIONES ORALES

1. Evaluación diagnóstica y tratamiento en 457 casos de tuberculosis. Putruele A. M., Limongi L. F., Legarreta C. G., Martínez P. R., Davidovich A., Kempf N.

Todos los casos consecutivos de tuberculosis diagnosticados durante el período comprendido entre abril de 1997 y junio de 2005, fueron evaluados en forma prospectiva hasta finalizar el tratamiento. Sobre un total de 457 pacientes, 77% eran argentinos y el 23% restante extranjeros. (Bolivianos 8%, peruanos 7%, paraguayos 3% y 5% de otras nacionalidades). 224 eran hombres (49%) y 233, mujeres (51%), con edad promedio de 43 años (rango: 15-92 años). El promedio de pacientes por año fue de 51. La presentación más frecuente fue la forma pulmonar diagnosticada en 278 pacientes (67%); la combinación de pulmonar con otra localización extrapulmonar fue la segunda en frecuencia: 60 pacientes (13%); (dentro de éstas, la enfermedad ganglionar fue la más frecuente: 18 pacientes -30%-). Las formas extrapulmonares fueron ganglionar 56 (12%), pleural 54 (12%), ósea 17 (3.7%), urogenital 11 (2.4%), miliar 8 (1.7%) y meníngea 6 (1.3%). 136 pacientes tenían cavitación radiológica (48.9%). 34 pacientes eran VIH positivos (7.4%), de los cuales 20 (59%) tenían localizaciones extrapulmonares. El diagnóstico fue hecho por examen directo del esputo en el 48% de los casos, por cultivo de esputo en el 83%, por examen directo del lavado broncoalveolar (LBA) en el 28%, y por cultivo del LBA en 68%. El examen directo del LBA fue positivo en el 20% de los casos con examen directo del esputo negativo (183 pacientes). En 26/31 pacientes (84%) con localización pulmonar que tuvieron examen directo y cultivo del esputo negativos, el LBA fue positivo en el examen directo, cultivo o ambos. Por medio de la anatomía patológica se llegó al diagnóstico en el 34 % de los casos, cifra asociada a la gran cantidad de pacientes con formas extrapulmonares. El tiempo promedio transcurrido desde el inicio de los síntomas a la realización del diagnóstico fue superior a los 40 días en el 68% de los casos y superior a los 120 días en el 23%. La resistencia a la isoniazida fue del 1.3%, a la rifampicina fue sólo del 0.44% y a la estreptomycinina fue del 0.88%. 1.75% de los casos presentaron multiresistencia. En 421 pacientes (92%) el tratamiento fue original, en 36 fue retratamiento (7.8%). 3.9 % tuvieron reacciones adversas al mismo siendo la más observada la hepatotoxicidad asociada a isoniazida. 372 pacientes (81%) fueron dados de alta, 40 (8.7%) abandonaron el tratamiento y 39 (8.5%) fueron derivados a otros hospitales. La mortalidad total fue del 1.3%. **Conclusiones:** Se observó una alta incidencia de formas extrapulmonares (33%), con mayor frecuencia en pacientes con VIH. El LBA fue una herramienta útil para el diagnóstico. La demora en el diagnóstico ocurrió en el 91% de los casos. Se encontraron bajos porcentajes de resistencia, escasos efectos adversos al tratamiento y porcentajes de abandono y mortalidad reducidos.

2. Valor de métodos complementarios en el aumento de la especificidad y sensibilidad en el estudio de líquidos de punción de cavidades serosas. Rocher Adriana, Curi Susana, Pezutti Viviana, Rofrano Jorge, Palaoro Luis.

Lab. de Citología. Dpto de Bioquímica Clínica, Hospital de Clínicas "José de San Martín". FFyB. UBA. Laboratorio Central del Htal. Pirovano. Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Establecer el valor de diversos métodos complementarios para mejorar el diagnóstico de la neoplasia en membranas serosas. **Materiales y métodos:** 32 líquidos de punción (LP) prove-

nientes de la actividad asistencial del Hospital Pirovano y del Hospital de Clínicas, fueron analizados por Citología (coloración de Giemsa y Papanicolaou), Inmunomarcación para Antígeno Carcinoembrionario (CEA), recuento de AgNOR, y Marcadores Tumorales (MT: CEA, Ca125 y CYFRA) determinados por electroquimioluminiscencia en LP y en sueros de los pacientes. De las muestras analizadas provenientes de 32 pacientes, 26 eran positivas (metástasis de adenocarcinomas) y 6 negativas. En todos los casos se calculó la Sensibilidad (S) y Especificidad (E) de cada método. **Resultados:** *Citología:* S 76%, E 100%. *CEA en Células:* S 95,8% E 80% *AgNOR:* S 85.7% E 100% *MT:* a) en LP: CEA, Ca125 y CYFRA, S: 30%, 33.3% y 26.6% respectivamente y E: 100%, 66.6% y 100% respectivamente. b) en suero: CEA, Ca125 y CYFRA: S 36.8%, 77.7% y 36.3% respectivamente y E: 100%, 14.7% y 33.3% respectivamente. *CEA (celular) + MT (líquido):* S 100% y E 83.3% *AgNOR + MT (líquido):* S 95% y E 80% **Discusión:** La Citología es un método de alta E y baja S. La determinación de AgNOR ofrece altos valores de S y E, mientras que el CEA es expresado en la mayoría de las células neoplásicas pero también en algunas reactivas (pérdida de E). El uso indiscriminado de MT no mejora los valores de S y E, debido a varios motivos: ausencia de secreción de la molécula marcadora (particularmente en el caso del CEA, con baja S), baja especificidad (Ca125), pero su empleo conjuntamente con los datos de inmunomarcación para CEA permitió alcanzar el máximo valor de S. La asociación de MT con AgNOR aumentó S pero a costa de una disminución de E. **Conclusión:** La utilización de métodos complementarios para un correcto diagnóstico de LP se justifica en aquellos casos de citología no concluyente, ya sea para confirmar la presencia de una neoplasia o para corroborar con el MT específico el origen del tumor primario.

3. Fiebre en el postoperatorio de cirugía limpia mayor. Saavedra Federico, Myburg Cristina, Lanfranconi Marisa, Montes De Oca Luis, Silberman Andrés, Laffaire Enrique, Lambierto Alberto, Gnocchi César.

Servicio de Clínica Médica, Sanatorio Otamendi, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La fiebre en el postoperatorio varía ampliamente oscilando entre 13% y 73%. La de etiología no infecciosa es mucho más frecuente que la producida por infección y se origina por respuesta inflamatoria al trauma de la cirugía. En la cirugía limpia mayor, su causa es predominantemente no infecciosa. El pedido de exámenes complementarios de rutina para conocer el origen de un foco infeccioso y el tratamiento empírico con antibióticos, no demuestra beneficio para el paciente y eleva los costos médicos. La fiebre post-quirúrgica es mejor evaluada con el seguimiento clínico y los síntomas y signos del paciente. El objetivo del estudio fue conocer la incidencia de fiebre postoperatoria en cirugía limpia mayor y demostrar que la causa más frecuente es no infecciosa; correlacionar el momento de su aparición con la etiología y establecer la utilidad del pedido empírico de exámenes complementarios para investigación de foco infeccioso postoperatorio. **Material y método:** Se realizó un estudio de cohorte prospectiva (n = 160) entre los meses de marzo 2005 y marzo 2006. Se incluyeron cirugías limpias-mayores ortopédicas y urológicas. Todos los pacientes recibieron la misma profilaxis antibiótica y anti-trombótica. Se definió fiebre en el postoperatorio como el registro de temperatura axilar de 38 grados centígrados o mayor en dos determinaciones separadas por una hora en un plazo

de 8 horas. Se diseñó un modelo de evaluación del paciente de acuerdo al momento de presentación de la fiebre. En todo momento se realizó interrogatorio, y examen físico para guiar los pedidos de cultivos y exámenes complementarios. Dentro de las primeras 48 horas si el examen físico era normal se tomaba conducta expectante. Después de las 48 horas en pacientes con fiebre y examen clínico normal se procedía a la realización de estudios pre-establecidos (urocultivo, hemocultivo, y Rx tórax). La incidencia se expresa como porcentaje, y las variables continuas como media \pm desvío Standard, se utilizó test no paramétrico para comparación de las mismas. Para comparar variables categóricas se utilizó χ^2 . **Resultados:** La población analizada tuvo una edad media de 65 ± 14 años, el 59% fue sexo masculino. La incidencia de fiebre fue del 15% (24/ 160). De los 24 pacientes con fiebre, en 19 (79%) el origen fue no infeccioso (79% vs. 21%, $p < 0.01$). En 12/24 la fiebre apareció en las primeras 48 horas y todas fueron no infecciosas, y en 12/24 después de las 48 horas; de estos últimos 5 estaban infectados: 2 infecciones urinarias, 1 infección de la herida quirúrgica, 1 infección de prótesis temprana y 1 absceso intra-abdominal. En todos los casos el diagnóstico se hizo en base a la historia clínica. Se realizaron de acuerdo al protocolo de estudio 12 hemocultivos, siendo todos negativos, 12 Rx de tórax normales, y 12 urocultivos de los cuales solo 2 fueron positivos (16,6%). Estos 2 pacientes presentaron manifestaciones clínicas de infección urinaria al sexto día del postoperatorio. El día de máxima temperatura a partir de la cirugía fue un predictor de fiebre infecciosa (2.3 vs. 8 días; $p < 0.05$). **Discusión:** La incidencia de fiebre en el postoperatorio de pacientes sometidos a cirugías limpias mayores ortopédicas y urológicas fue baja (15%), prevaleciendo la fiebre de origen no infeccioso (79%). La fiebre en las primeras 48 horas del postoperatorio fue no infecciosa en todos los casos. El día de máxima temperatura fue un predictor de fiebre de origen infeccioso. La investigación de foco infeccioso con la realización de estudios de rutina no demostró ser una medida útil. La historia clínica y el momento de aparición de la fiebre serían los dos elementos con mayor importancia para determinar el origen de la fiebre postoperatoria.

4. Diagnóstico de la infección por *Trichomonas vaginalis* durante el embarazo. Perazzi Beatriz¹, Menghi Claudia², Coppolillo Enrique³, Gatta Claudia², Eliseht Martha Cora³, Vay Carlos¹, de Torres Ramón⁴, Famiglietti Angela¹.

¹Laboratorio de Bacteriología Clínica. Departamento de Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. ²Laboratorio de Parasitología. Departamento de Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. ³Sección del Tracto Genital Inferior. 1^{ra} Cátedra de Obstetricia. Hospital de Clínicas. UBA. ⁴Carrera de Especialización en Bacteriología Clínica. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA.

Objetivos: Los objetivos de este trabajo fueron conocer la prevalencia de trichomoniasis en pacientes embarazadas y evaluar la utilidad de diferentes metodologías para su diagnóstico. **Materiales y métodos:** Desde el 1 de agosto de 2005 y hasta el 15 de enero de 2006, se estudiaron prospectivamente 223 mujeres embarazadas que concurren en forma consecutiva a la Sección del Tracto Genital Inferior del Hospital. A todas las pacientes se les realizó examen clínico, colposcópico y estudio microbiológico del contenido vaginal por la metodología convencional. La investigación de *Trichomonas vaginalis* se realizó a través de distintos exámenes microscópicos (fresco con solución fisiológica, coloración de Giemsa y fresco con SAF/azul de metileno) y cultivo en medio sólido (agar Columbia modificado) y medio líquido (Tioglicolato modificado). Se evaluó la sensibilidad y especificidad de los exámenes microscópicos considerando a los cultivos en ambos medios como método de referencia. **Resultados:** La prevalencia de *T. vaginalis* por cultivo (desarrollo en medio líquido y medio sólido) fue 4.5% (10/223) siendo la detección por examen en fresco con solución fisiológica, coloración de Giemsa, fresco con SAF/azul de metileno, cultivo en medio sólido y cultivo en medio líquido de 1.3%, 1.8%, 1.8%, 2.2% y 4.5% respectivamente. Cinco de los 10 casos positivos para *T. vaginalis* se asociaron a *Lactobacillus* spp. y correspondían a pacientes asintomáticas. Los cinco restantes se asociaron a: vaginosis bacteriana (2),

Candida sp. (1), anaerobios (1) y *Corynebacterium* sp. (1). Sólo 3 de 10 pacientes con trichomoniasis presentaron cervicocolpitis y sintomatología compatible con el hallazgo. La sensibilidad del examen en fresco fue 30%, mientras que para el Giemsa y el SAF/azul de metileno fue 40%. Al considerar la suma de los tres exámenes microscópicos la sensibilidad se elevó solo al 50% y la especificidad resultó del 100% para todos los exámenes microscópicos. El cultivo en medio sólido detectó sólo el 50% de los casos positivos para *T. vaginalis*, mientras que el medio líquido detectó el 100%. **Conclusiones:** Dado el bajo poder de detección de *T. vaginalis* en los exámenes microscópicos recomendamos la utilización del medio de cultivo líquido para su diagnóstico, fundamentalmente en embarazadas asintomáticas, con el objeto de instaurar un precoz y adecuado tratamiento para prevenir posibles complicaciones maternas y perinatológicas.

5. Epidemiología y pronóstico de las bacteriemias adquiridas en la comunidad. Pincence Antonio Alejandro, Silicario Federico, Baran Ezequiel, Peralta Fabián, Pazos Marisol, Cerdá Ricardo.

Servicio de Clínica Médica. Hospital Italiano de La Plata. Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: Conocer la bacteriología y sensibilidad de los gérmenes involucrados. Determinar el foco de origen de las bacteriemias. Estudiar la mortalidad y factores asociados a ella. **Material y Métodos:** Se recolectaron en forma prospectiva los datos de los pacientes que ingresaron al Hospital Italiano de La Plata con diagnóstico de bacteriemia adquirida en la comunidad (BAC) en el período comprendido entre marzo de 2004 y abril de 2005. Se recolectaron datos demográficos, patología previa, foco infeccioso, complicaciones, resultados de hemocultivos, tratamiento y supervivencia al evento. Definiciones: BAC presencia de por lo menos dos hemocultivos positivos, con signos y síntomas de infección, tomados dentro de las 48 hs de la internación. BAC primaria, aquella en la que no se pudo determinar el foco de origen. BAC secundaria las que se desarrollan a partir de un foco documentado de infección. **Resultados:** Se observaron 103 casos de BAC en igual cantidad de pacientes. Varones 54 (52,43%) Mujeres 49 (47,57%). Edad promedio de 70,45 años (rango: 22-90). Estadía hospitalaria promedio 9,23 días (rango 2-39 días) Bacteriología: E. Coli: 31/103 (30%); S. pneumoniae: 25/103 (24%); S. aureus: 17/103 (16%); P. aeruginosa 7/103 (7%); E. faecalis: 6/103 (6%); K. pneumoniae: 4/103(4%); S. epidermidis 4/103(4%); P. mirabilis: 3/103(3%); Otros (S. bovis; S. intermedius; K. oxytoca; S. pyogenes; S β hemolítico; M. morgani) 7/103 (7%). Sensibilidad: S. aureus 15 metilino-sensibles – 2 metilino-resistentes. Streptococos y Enterococos fueron sensibles a penicilina. E. Coli sensibles a quinolonas y aminoglicósidos. Focos de origen: respiratorio 29/103 (28%); urinario 28/103 (27%); piel y partes blandas 12/103 (12%); endocardio 10/103 (9.7%); abdominal 9/103 (8.7%); osteo- articular 5/103 (4.9%); SNC 4/103 (3.9%). BAC primarias 6/103 (5.8%) Mortalidad en nuestra serie fue del 39/103 (37.9%). Pacientes internados en sala general mortalidad 26/78 (33%); internados en UCI mortalidad 13/26 (50%). **Conclusiones:** Los microorganismos aislados con mayor frecuencia fueron: E. Coli, S. pneumoniae y S. aureus. A excepción de dos casos de S. aureus metilino-resistentes, los gérmenes involucrados presentaron una alta sensibilidad a los antibióticos comunes. Los focos de origen pulmonar y urinario representaron el 55% de la casuística. Si bien la mayoría de los gérmenes fueron altamente sensibles a los antibióticos indicados la mortalidad de las BAC continúa siendo elevada.

6. Diabetes pregestacional y gestacional: comparación de resultados maternos, fetales y neonatales. Campos Silvia I., Ruda Vega Hilda, Hojman Javier E., Barata Avelino D.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Establecer si el porcentaje de complicaciones maternas, fetales y neonatales fue mayor en las embarazadas que cursaron con diabetes pregestacional tipo 1 y tipo 2 y diabetes gestacional

versus embarazadas sin patología (grupo control). **Población y muestra:** Se revisaron las historias clínicas de 305 embarazadas admitidas y tratadas en la Cátedra de Obstetricia del Hospital de Clínicas "José de San Martín" entre los años 1980 y 2005, 70 diabéticas pregestacionales (47 tipo 1 y 23 tipo 2), 100 diabéticas gestacionales y 135 sin patología. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, comparativo, transversal y de muestras independientes. Los cálculos fueron realizados con Epi-Info 6.04® y Statistix 7.0 Analytical Software®. **Resultados:** Se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$), presentando mayor porcentaje de hipertensión inducida por el embarazo, prematuridad, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia e hipocalcemia neonatal en los tres grupos de pacientes diabéticas; mayor porcentaje de macrosomía, dificultad respiratoria transitoria y poliglobulia en las diabéticas gestacionales; mayor porcentaje de anomalías congénitas en las pregestacionales tipo 1 y mayor porcentaje de infección neonatal en las pregestacionales tipo 1 y 2. El porcentaje de preeclampsia, muerte fetal, muerte neonatal y enfermedad de membrana hialina no presentó diferencia significativa con el grupo control. **Conclusiones:** Los resultados hallados coinciden con la bibliografía internacional. Se destaca que por el momento no se encontró mayor porcentaje de muerte fetal y neonatal en las embarazadas diabéticas. Sin embargo, persisten algunos importantes problemas como la mayor incidencia de anomalías congénitas en la diabetes pregestacional, macrosomía en la diabetes gestacional y la mayor morbilidad materna y neonatal.

7. ¿Se enferma el corazón en el síndrome antifosfolípido?

Monsalvo M. Laura, Grosso Oscar, Volberg Verónica, Dubinsky Diana, Robert Sara, Berensztein Sara, Lerman Jorge, Vázquez Blanco Manuel.

División Cardiología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Antecedentes: el Síndrome Antifosfolípido (SAF) se caracteriza por presentar, oclusiones vasculares y complicaciones obstétricas. En algunas oportunidades se han reportado alteraciones cardíacas. **Objetivos:** analizar la posible existencia de compromiso valvular y miocárdico en los pacientes con SAF. **Material y métodos:** diecisiete pacientes consecutivos con SAF, fueron estudiados utilizando ecocardiografía-Doppler y Doppler tisular. Se midieron los espesores parietales, las dimensiones cavitarias, los espesores valvulares, se calculó la fracción de eyección y se analizó la motilidad parietal. Por Doppler transvalvular se analizó el llenado de ambos ventrículos, y por Doppler tisular se analizaron las ondas diastólicas y sistólica. Los resultados fueron comparados con los obtenidos en dieciséis personas sanas, de igual sexo y edad. **Resultados:** no se encontraron diferencias significativas en: el área auricular, la función diastólica y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo. El área de la aurícula derecha fue mayor en los pacientes con SAF 14.1 (11.5-22.5) versus 12.4 (7.6-16.5) cm^2 $p = 0.01$ y la relación E/A tricuspídea fue menor 1.21 (0.89-1.45) versus 1.54 (1.3-1.67) $p = 0.008$. No se encontraron diferencias significativas en las ondas E y A tisulares de ambos ventrículos. En el grupo de pacientes con SAF, las ondas S fueron de menor amplitud, 12.1 ± 2.6 versus 15.3 ± 5 cm/seg $p = 0.03$, en el ventrículo izquierdo y 14.6 (13.7-17.5) versus 16.9 (16-18.9) cm/seg , $p = 0.04$, en el ventrículo derecho. Los grosores valvulares fueron mayores en el grupo SAF: mitral: 3 ± 1.8 versus 1.7 ± 0.7 mm , $p = 0.008$; tricuspídea: 1.6 (1.1-2.85) versus 1 (0.82-1.82), mm , $p = 0.04$; aórtica: 1.9 (1.15-2) versus 1 (1-1.37) mm , $p = 0.01$, y pulmonar: 1.2 (0.8-2) versus 0.9 (0.5-1) mm , $p = 0.05$. Cuatro pacientes tenían insuficiencias valvulares, dos de la válvula mitral, uno de la aórtica y otro de la tricúspide; un paciente tenía estenosis tricuspídea. **Conclusiones:** los pacientes con SAF, muestran algunas alteraciones que sugieren un compromiso subclínico y precoz de la función sistólica de ambos ventrículos. Al mismo tiempo, el grosor de las válvulas está aumentado y en algunos casos éstas presentan disfunción.

8. Asociación entre nivel educativo, capacidad funcional, y mortalidad, en el anciano internado. Regazzoni Carlos Javier, Zamora Rafael, Pisarevsky Andrea, Chavin Hernán, Petrucci Enrique.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: En estudios poblacionales, el máximo nivel de educación formal alcanzado se asocia a diferencias en el estado funcional y la mortalidad global del anciano. Nos preguntamos si esta variable causa diferencias en la mortalidad y estado funcional y mental del anciano internado, y su impacto en la mortalidad alejada. **Metodología:** Se seleccionaron pacientes de 70 o más años de edad de ambos sexos, internados por patología clínica o quirúrgica en las sala 6 de medicina interna del Hospital de clínicas, entre septiembre del 2002 y agosto del 2003. Las variables de interés medidas al ingreso fueron las características demográficas, el score de morbilidad de Charlson, una medición de la capacidad funcional previa a la internación en base a 11 preguntas sobre la capacidad de autocuidado y autonomía (totalmente dependiente 0 e independiente 11), el minimal-state test de Folstein (MMST), el máximo nivel de instrucción alcanzado en la infancia y juventud (analfabeto, algo de primaria, algo de escuela secundaria, o algo de instrucción terciaria), y el score de Marshall para fallas orgánicas. Se midió además mortalidad hospitalaria y al año, y ocurrencia de síndrome confusional agudo en la internación. Se analizó de manera univariada y multivariada (regresión de riesgo proporcional de Cox) la asociación entre máximo nivel de instrucción como predictor, y medidas de función cognitiva y capacidad funcional, mortalidad hospitalaria y al año, y ocurrencia de síndrome confusional agudo, como variables de respuesta. Además se analizaron predictores de muerte. Las diferencias entre las poblaciones se analizaron por ANOVA (acorde a la distribución de sus datos). **Resultados:** Se incluyeron 137 pacientes, 67 hombres (48.9%) y 70 mujeres (51.1%), con edad promedio de 80.81 años, MMST promedio de 20, capacidad funcional promedio de 6 puntos, y score de comorbilidad de 2.36. La mortalidad fue de 21% al alta y 53% al año. Fueron predictores de mortalidad hospitalaria el grado máximo de Marshall (1.7 vs. 7.2; $p < 0.0001$), y probablemente la menor capacidad funcional (6.22 vs 4.50; $p = 0.11$). Al año los predictores de mortalidad (regresión de Cox) fueron el Marshall ($p < 0.0001$), la menor capacidad funcional de ingreso ($p = 0.0005$), un MMST bajo ($p < 0.03$), y probablemente una mayor comorbilidad ($p = 0.11$). Obtuvimos datos de nivel de instrucción para 110 pacientes. Los niveles de escolaridad más bajos se asociaron a menor capacidad funcional (Test de Friedman, $p < 0.0001$), así como a menor MMST (Test de Kruskal-Wallis, $p = 0.0154$), y probablemente a mayor incidencia de síndrome confusional agudo: 22.7% (17/75) para educación primaria, 15% (3/20) para secundaria, y 11.1% para terciaria (1/9). Algún grado de instrucción mostró reducir el riesgo de muerte al año (RR: 0.6; IC95% 0.42-1.74) en la regresión de Cox, aunque la muestra no es suficiente para ser estadística. La mortalidad al alta fue probablemente mayor entre los analfabetos (33% vs. 10%; $p = 0.07$), aunque no se pudo realizar un análisis multivariado por la escasez de eventos. **Conclusión:** Estos datos preliminares sugieren que en el anciano, el máximo nivel de instrucción formal alcanzado en la infancia y juventud, se asociaría a mayor riesgo de muerte nosocomial y alejada, peor situación funcional, mayor deterioro de funciones intelectuales, y mayor ocurrencia de confusión aguda en la internación. Por su parte, una mala capacidad funcional y mental se asocian independientemente a mayor mortalidad global.

9. Normalización y gestión clínica en el sub-sector público. Britos J. C., Recúpero G. A., Altieri H., Díaz C.

Hospital Zenón J. Santillán. San Miguel Tucumán.

Se evalúa un modelo de gestión clínica para la utilización de recursos en el Hospital Zenón J. Santillán, del segundo nivel de atención, en la ciudad de San Miguel de Tucumán, en base a la evaluación del proceso de atención dispensada a una población de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad no complicada (NACNC), y posterior normalización del mismo. **Objetivo:** Aportar alguna evidencia para optimizar la toma de decisiones en la utilización y asignación de recursos como así también inducir cambios en la conducta del equipo de salud mediante la elaboración de una Guía de Práctica Clínica, consensuada con los servicios de Infectología y Neumología del departamento de Clínica Médica. **Materiales y métodos:** La evaluación del proceso de atención permitió el consen-

so de normas que se utilizaron en la elaboración de una Guía de manejo Clínico y Terapéutico. Se midieron las variables seleccionadas durante el período pre-pautas (grupo G1) y post-pautas (grupo G2). **Resultados:** En relación al número de determinaciones de laboratorio se observó que, en promedio, fue menor en el grupo G2 respecto al G1, 3,9 vs.5,4 respectivamente ($p < 0.0001$). El promedio de los días de estada fue menor en el grupo G2 respecto al grupo G1, 9,65 vs 12,2 días respectivamente ($p < 0.003$). El equipo de salud que atendió los sujetos del G2 respetó las normas de tratamiento en el 93,65% de los pacientes internados Vs. el 55,07% del G1 ($p < 0,01$). La internación social fue similar en ambos grupos. **Conclusiones:** De los resultados del estudio se puede inferir que tanto la evaluación de los procesos de atención, como su normatización, a través de la implementación de guías de práctica clínica, resultan ser herramientas útiles de gestión en la toma de decisiones para la utilización y asignación de recursos al momento de controlar los desvíos resultantes de la variabilidad de la práctica clínica.

10. Oxido nítrico exhalado en niños asmáticos: efecto de budesonide aerosol-presurizado, inhalado mediante un espaciador no valvulado. Velazco Suárez C., Lazarte Manzilla G., Mansilla Balanzat A., Figueroa Tunienzo J. M.

Centro de Investigaciones Respiratorias y del Sueño (CIRES) - Fundación P. Cassará.

Introducción: La medición de la Fracción de Oxido Nítrico Exhalado (FONE) refleja el grado de inflamación eosinofílica de la vía aérea. El descenso de la misma ante el tratamiento con corticoides tópicos inhalados (CTI) es un indicador de efectividad terapéutica. Se han presentado trabajos que muestran un descenso de la FONE ante el tratamiento con CTI en forma de polvo seco y con aerosol-presurizado activado por la inhalación. Si bien los aerosoles-presurizados de dosis medida utilizados con espaciadores son los elementos más usados en el tratamiento del asma en pediatría no se han descrito los efectos de esta terapéutica sobre la FONE en niños asmáticos. **Objetivo:** Estimar el efecto del tratamiento con budesonide en aerosol-presurizado inhalado mediante un espaciador no valvulado sobre los niveles de FONE en niños asmáticos. **Materiales y métodos:** Población: 20 niños con asma, sin tratamiento preventivo o con mala respuesta al mismo. Metodología: se les realizó medición de FONE basal. En los niños no tratados se inició tratamiento con budesonide aerosol-presurizado mediante espaciador no valvulado con pieza bucal. Las dosis de corticoide fueron elegidas según guías actuales de tratamiento (GINA 2004). En los pacientes que ya tenían tratamiento preventivo se corrigió la técnica inhalatoria o se aumentó la dosis de CTI. Luego de 2 semanas de tratamiento se revaloró la FONE. La diferencia entre los promedios de FONE basal y post tratamiento fue analizada con T test para muestras relacionadas (statistic version 2.1; 1998). La FONE fue medida usando el método on line con equipo NIOX (AEROCRINE, Sweden), de acuerdo a la estandarización ATS / ERS 2005. **Resultados:** Se incluyeron 20 niños de 9 ± 4 años de edad. Diez niñas y diez varones. De los veinte 12 eran vírgenes de tratamiento. En 3 de los ya tratados se constató mala técnica y una vez reeducados continuaron con la misma dosis de medicación. En los otros 5, con mal control, se aumentó la dosis de corticoide. Los valores de FONE basal arrojaron una media de 70.9 ± 52 ppb (IC 95% 46-95). Los valores de FONE a los 15 días de tratamiento tuvieron una media de 34.1 ± 27 ppb (IC 95% 21-46) ($p = 0.0009$). **Conclusión:** El tratamiento con budesonide aerosol-presurizado inhalado mediante un espaciador no valvulado durante 2 semanas produjo un descenso del 50% en los niveles de FONE en niños asmáticos.

11. Neumonía adquirida en la comunidad: epidemiología, diagnóstico y evolución. Davidovich Andrea.

Servicio de Neumonología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: Estimar la prevalencia de diagnósticos presuntivos de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en pacientes evaluados en guardia externa, que se internan, que no coinciden con el diagnóstico de egreso; estimar la prevalencia de los pacientes con

diagnóstico de NAC en Guardia Externa que cumplieron con los criterios diagnósticos propuestos por Fang y col y describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes estudiados. **Materiales y métodos:** Se estudiaron pacientes mayores de 18 años, provenientes de Guardia Externa, que se internaron en salas de clínica médica con diagnóstico de NAC. Se excluyeron los pacientes inmunosuprimidos. Se incluyeron en el estudio 82 pacientes entre el 1° de octubre de 2004 y el 30 de marzo de 2005. La investigación realizada empleó un diseño observacional, transversal, prospectivo y exploratorio. **Resultados:** La proporción de hombres y mujeres fue la misma; el promedio de edad de los pacientes estudiados fue de 77,987. El promedio de edad para las mujeres fue de 81,538 años y el de los hombres de 74,436 (diferencia del promedio fue de 6,1 años). De los 78 pacientes estudiados un 60% cumplió con los criterios propuestos por Fang y un 40% no. Casi el 90% de los pacientes presentaban un puntaje de Fine entre IV y V. La mortalidad global de los pacientes incluidos fue del 15%. Un 38% de los pacientes no tuvieron diagnóstico de NAC al alta. **Conclusiones:** la prevalencia de diagnósticos presuntivos de NAC en pacientes evaluados en guardia que se internan, que no coinciden con el diagnóstico de egreso fue significativa; la prevalencia de los pacientes con diagnóstico de NAC en guardia externa que cumplieron con los criterios diagnósticos propuestos por Fang y col fue del 60%. Con respecto a las características sociodemográficas, se observó que: *la proporción de hombres y mujeres que se internaron con diagnóstico de NAC fue la misma;* el promedio de edad de los pacientes estudiados fue significativamente mayor para las mujeres. De los pacientes que fueron dados de alta con un diagnóstico alternativo a NAC, la patología más frecuentemente encontrada fue EPOC exacerbado, seguido por insuficiencia cardíaca y bronquitis aguda. Otros diagnósticos fueron TEP, Cáncer de pulmón y metástasis pulmonares. La tasa de mortalidad global para los pacientes internados con diagnóstico de NAC fue del 15% (IC95% 9-25%); valores similares a los aportados por la bibliografía internacional. Un gran porcentaje de los pacientes estudiados presentó un Score de Fine entre IV y V. Las características clínicas de presentación más frecuentemente halladas en los pacientes con diagnóstico de NAC fueron la fiebre, la disnea y la leucocitosis.

12. Cáncer de colon en puerpera joven. Moscetta María Eugenia, Simunovich Milena, Martínez Virginia, Staurini Natalia, Bellesi Valeria.

Servicio de Clínica Médica. Hospital "Dr. Roque Sáenz Peña", Rosario, Santa Fe, Argentina.

Introducción: La edad es el principal factor de riesgo para el cáncer de colon esporádico. Su diagnóstico es raro antes de los 40 años, dándose el 90% de los casos en mayores de 50 años. Cuando se da en pacientes de menor edad generalmente hay condiciones familiares predisponentes. **Presentación del caso:** Paciente de 26 años, cursando 9° día de puerperio de parto vaginal inducido por preeclampsia, que ingresa por exacerbación de dolor abdominal de aproximadamente 2 meses de evolución, continuo, en hemiabdomen superior, acompañado de astenia, sin otros síntomas. Al ingreso se constata palidez cutáneo mucosa y hepatomegalia dolorosa, sin otras alteraciones al examen físico. Antecedentes familiares: padre fallecido por leucemia. Niega antecedentes patológicos personales. Se solicitan inicialmente laboratorio y ecografía abdomino-ginecológica. Se constata anemia, leucocitosis, aumento de GGT (x3), FAL (x5) y LDH (x7) y disminución de la colinesterasa sérica. Resto del laboratorio: sin alteraciones. La ecografía evidencia hepatomegalia severa con múltiples imágenes nodulares ecogénicas, algunas de ellas con centro hipoecoico, sin alteraciones ginecológicas. Se solicita TAC de abdomen: imágenes hepáticas de similares características, con escaso líquido ascítico perihepático. La angiografía abdominal muestra vascularización de dichas lesiones. Otros exámenes complementarios solicitados fueron: serologías para VHB, HIV, Chagas, Hidatidosis, VDRL: no reactivos, SOMF ++, subunidad beta y alfa feto proteína: normales, CEA: 9700, CA 19-9: 99990, CA-125: 66. Se practica punción biopsia hepática bajo ecografía, en la que se ve trombosis de la vena cava en su porción infrahepática. La muestra hepática resultó no representativa. Videoendoscopia alta: no se observan

lesiones. Colonofibroscopía: lesión vegetante e infiltrante en sigmoides, que ocluye casi completamente la luz. Anatomía patológica de la lesión colónica: adenocarcinoma semidiferenciado de alto grado nuclear, con áreas de necrosis. La paciente evoluciona con deterioro del estado general y pérdida de peso, agregando mareos y constipación. Se observa caída progresiva del hematocrito, sin variaciones significativas del resto de los parámetros de laboratorio. Fallece a los 40 días del ingreso. **Discusión:** Se presenta el caso debido a la baja incidencia del cáncer de colon en la población joven, sin antecedentes de patología colónica maligna en familiares. Concluimos que ante casos similares no se debe descartar la etiología maligna cuando otras patologías más prevalentes no expliquen claramente la signosintomatología del paciente. Queremos destacar algunos aspectos particulares del caso que alejaban más aún la sospecha de patología colónica maligna, a saber: comenzó con dolor en hemiabdomen superior, aumentó de peso adecuadamente durante el embarazo, el cual cursó sin anemia y no tuvo cambios del hábito evacuatorio previo al ingreso.

13. Hidatidosis: ¿enfermedad de denuncia obligatoria? Gómez Zanni O., Sánchez Elías D., Jozami C., Díaz Fernández A., Abelleira E., Robin M., Juárez R., Casares R.

Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero. Argentina.

Introducción: En Santiago del Estero esta enfermedad, es considerada una zona de baja frecuencia, registraron 6 casos en el año 2005. **Objetivo:** Reportar casos de hidatidosis en pacientes internados en el Hospital Regional Ramón Carrillo de Santiago del Estero. Describir las manifestaciones clínicas más frecuentes. Identificar factores epidemiológicos. Estimar costos hospitalarios. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo. Datos obtenidos de historias clínicas de pacientes internados en Hospital Regional en el periodo comprendido entre 1/01/06 al 1/05/06. **Resultados:** Se registraron 6 casos (4 hombres, 2 mujeres) de 27 a 71 años (Edad promedio: 47). Síntomas en orden de frecuencia: epigastralgia, tumoración abdominal, vómitos, dispepsia, fiebre e ictericia. Pacientes asintomáticos (33%). Localización: hepática 66% y Pulmonar 33% (ELISA): positiva en el 100% de los casos. Quistes complicados (80%): Abscedado, fistulizado, Calcificado. Tiempo y costos de internación (estimados): *Caso 1:* 80 días: \$13.825; *Caso 2:* 77 días: \$8.285; *caso 3:* 8 días: \$2.925; *caso 4:* 17 días: \$6.300; *caso 5:* 35 días: \$6.880; *caso 6:* 6 días: \$805. Epidemiología: 100% de procedencia rural en relación con equinos, caprinos, caninos. **Conclusión:** Inferimos que esta enfermedad tiene alta prevalencia existiendo dificultades diagnósticas, el 33% de los casos fueron un hallazgo. Además esta compete elevados costos en medicina estatal.

14. Factores de riesgo de miocardiopatía dilatada en pacientes con insuficiencia cardíaca internados en clínica médica en un Hospital Regional. Veléz S., Balderrama F., Jozami C., Díaz Fernández A., Giannoni R., Juárez R., Leguizamón J., Paz S.

Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero. Argentina.

En Sgo. del Estero los infectados por T. Cruzi superan los 200.000 siendo el principal factor asociado a miocardiopatía dilatada en los pacientes estudiados. **Objetivos:** Establecer la frecuencia de aparición de miocardiopatía dilatada y los factores de riesgo prevalentes en los pacientes ingresados en sala de internación de clínica médica del Hospital Regio Estudio descriptivo. Período: enero/2004-diciembre/2005. Unidad de análisis: totalidad de internados en sala de clínica médica (1854 pacientes). Sobre 152 casos de insuficiencia cardíaca, la unidad muestral fue de 75 pacientes que reunían criterios ecocardiográficos clásicos de Miocardiopatía dilatada. Variables estudiadas: parámetros demográficos (edad, sexo, procedencia) personales (tabaco, alcohol, HTA, Diabetes, Dislipemia) y de laboratorio (serología para chagas, lipidograma). Recolección de datos: formulario obtenidos de historias clínicas. Los resultados se expresaron en promedio, mediana y porcentajes del total. **Resultados:** Se registraron 75 casos de Miocardiopatía dilatada, edad promedio: 49

a.(15-86 a.); mujeres 41,3% (n=31) , hombres 58,6% (n=44) ; procedencia rural: 70,2%. Tabaco 20% (n=15), alcohol: 25,33% (n=19), HTA: 20%(n=15), Dislipemia 10,66% (n=8), Diabéticos:17,33% (n=13), Serología para chagas 58,6%(n=44). **Conclusiones:** De los pacientes ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca un 49,34% presentaban Miocardiopatía dilatada. Más de la mitad reunían criterios serológicos y epidemiológicos de Cardiopatía chagásica Crónica.

15. Insuficiencia renal en el lupus eritematoso sistémico. Nadal M. A., Beltrán E., Quinzán G., de Rosa G.

División Nefrología, Departamento de Patología, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: la nefritis lúpica tiene variadas formas clínicas de presentación incluyendo la insuficiencia renal (ir). La ir tiene distintas intensidades clínicas y un sustrato histopatológico más severo del riñón. Se presenta un análisis retrospectivo sobre incidencia y tipos de ir que se correlacionan con los hallazgos histopatológicos de la biopsia renal (br). **Material y métodos:** Desde 1985 a 2005 se efectuaron 292 br a 247 pacientes. Fueron 219 mujeres y 28 hombres con una edad x de 31,7 (rango: 14-64) años. A todos se les efectuó una br y a 42 se repitió el procedimiento. El estudio histopatológico de riñón incluyó microscopía óptica e inmunofluorescencia. Las clases de glomerulopatía lúpica se diagnosticaron de acuerdo a la reunión de consenso de la sociedad internacional de nefrología y de la sociedad internacional de patología. Se diagnosticó insuficiencia renal con creatinina plasmática = a 1,5 mg/dl, ir a la duplicación de la creatinina en horas o días, glomerulonefritis rápidamente progresiva (gnrp) a la duplicación de la creatinina en días o semanas con proteinuria, microhematuria dismórfica con o sin cilindros hemáticos, insuficiencia renal crónica (irc) a la elevación de la creatinina persistente en el tiempo después de 3 meses, sin descenso espontáneo o terapéutico. **Resultados:** La ir con creatinina x: de 3,25 (±1.8) mg/dl se encontró en 53 de las 292 br (19%). De estos 53 pacientes con ir, 18 (34%) requirieron hemodiálisis (hd), con una creatinina x de 4.8 (± 1.74) mg/dl. La ir fue de tipo gnrp en 34 pacientes (64%), 13 (25%) no determinado, y de insuficiencia renal crónica en 6 (11%). Los 18 pacientes en hd mostraron: 17 clase iv que en 2 se asoció a vasculitis necrotizante no inflamatoria (vn) y en 1 necrosis tubular aguda (nta), y el restante clase vi. Los 35 pacientes con ir sin hd fueron 32 clase iv, 1 clase iii, 1 clase v, y uno clase vi asociada a vn en 2 y nta en 1. Las 239 br sin ir mostraron: 21 clase ii (8.7%), 31 clase iii (12.9%), 156 clase iv (65.2%), 26 clase v (10.8%) y 5 clase vi (2%). **Conclusiones:** La ir en el les es una presentación clínica de relativa frecuencia pero de mayor severidad. La mayoría de los pacientes corresponden a gnrp, sin embargo en algunos es difícil establecer la agudeza o cronicidad de la ir con un bajo porcentaje de irc. Es esencial establecer el diagnóstico de tipo de ir para el manejo terapéutico y disminuir su progresión.

16. Tratamiento de la glomerulopatía membranosa idiopática con corticoides y alquilantes. Nadal M. A., Olivieri L., González G., Yufra A., Mato Mira C.

División Nefrología, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

La glomerulopatía membranosa idiopática (GMI) es la causa más frecuente de síndrome nefrótico primario del adulto. El tratamiento más efectivo consiste en la administración secuencial de corticoides (C) y clorambucil (CB). Posteriormente se consideró a la ciclofosfamida (CF) tan efectiva como el CB. Presentamos los resultados de la inmunosupresión con C alternando con CB o CF. **Material y métodos:** Se analizan retrospectivamente 39 pacientes con diagnóstico anatómico-clínico de GMI. Fueron 29 hombres y 10 mujeres con una edad X 40 ± 14.37 años (rango 15-73). Todos presentaron síndrome nefrótico. Treinta y dos pacientes fueron tratados con CB y 7 con CF durante 6 meses. **Resultados:** Se obtuvo remisión completa (RC) en 23 pacientes y parcial en 4 (69.2%) Los 12 pacientes restantes fueron resistentes (R). Durante el seguimiento de X 15 ± 29.68 meses se observó en el grupo con RC 2 recurrencias. En el grupo con

R 4 pacientes ingresaron a hemodiálisis. No se observaron efectos indeseables de significación con las drogas. **Conclusiones:** El tratamiento de C con CB o CF resultó efectivo para el control del síndrome nefrótico debido a GMI en el 69% de los pacientes. La recurrencia nefrótica ocurrió en el 7.4% de los pacientes. Se destaca la importancia de la remisión del síndrome nefrótico en esta enfermedad a efectos del pronóstico renal.

17. Efecto de la inmunosupresión prolongada en N Ig A.

Nadal M. A., Roperto S., Segovia F., De Rosa G.

División Nefrología, Departamento de Patología, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

La nefropatía por IgA (NlgA) es la glomerulopatía (GP) primaria más frecuente. Entre 30 y 40% de estos pacientes progresan a la insuficiencia renal terminal. La proteinuria junto a la creatinina elevada y la hipertensión arterial son los signos habituales de progresión. Como es una GP mediada por inmunocomplejos se han propuesto diferentes tipos de inmunosupresión (IS). Se presentan los resultados con IS prolongada en pacientes con Nlg A y proteinuria. **Material y métodos:** Un grupo de 20 pacientes (P) con NlgA, 15 masculinos y 5 femeninos, con edad $x \pm 26 \pm 8$ años (rango 15 - 52). fueron diagnosticados por punción biopsia renal percutánea (BR) con microscopía óptica e inmunofluorescencia. Se efectuó creatinina sérica, proteinuria de 24 hs, presión arterial y sedimento urinario al momento de la BR (BASAL), al finalizar el tratamiento (FT) y en el último control (UC). El tratamiento consistió en ciclofosfamida (CF) dosis inicial 2mg/kg/día en 8 P, azatioprina (AZA) dosis inicial 2mg/kg/día en 9 P y CF seguido de AZA en 3 P con metilprednisona (MPS) 10mg/día en 19 P. Todos recibieron IECA y/o bloqueantes de los receptores AT 1 como protección renal o como antihipertensivo. El estudio estadístico se realizó con el T test de Student y se consideró significativa una $p < 0.05$

Resultados	Basal	FT	UC
Creatinina (mg/dl)	1.12 ± 0.36	1.01 ± 0.16	1.01 ± 0.17 p NS
Proteinuria (g/24 hs)	1.92 ± 1.06*	0.7 ± 0.99**	0.48 ± 0.54***
Tiempo (meses)	0	17.8 ± 8.5	49 ± 37.8
X ± 1 Desvío estándar		*vs **p < 0.0016	*vs ***p < 0.001

NS: no significativo

El tiempo de control desde la BR al UC fue de $x \pm 69.7 \pm 47$ meses.

Conclusiones: El uso de IS prolongado ($x \pm 17.8 \pm 8.5$ meses) resultó en un descenso significativo de la proteinuria y en la estabilidad de la función renal durante todo el control de $x \pm 69.7 \pm 47$ meses. No se observaron efectos adversos de importancia. El uso de IS en Nlg A podría mejorar la evolución de los pacientes con riesgo de progresión.

18. Hiponatremia como factor de riesgo de muerte en pacientes internados por neumonía adquirida en la comunidad.

Barcia Ricardo Enrique¹, Castiglia Nora Inés², Villaverde Marcelo Eduardo³, Lanosa Gustavo Adolfo^{1†}, Ujeda Mantello Carlos J⁴, Aguirre Marina⁵, Caisson Alejandro Miguel³.

¹VI Cátedra de Medicina Interna; ²Sección de Asesoría Científica, Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; ³Servicio de Clínica Médica, Hospital Nacional Alejandro Posadas, Haedo, Provincia de Buenos Aires, Argentina; ⁴División Clínica Médica, Hospital Carlos G. Durand, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; ⁵Servicio de Clínica Médica, Clínica Bazterrica, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. [†]Fallecido

Investigamos si hiponatremia es un factor de riesgo de muerte en pacientes internados por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y estimamos el peso relativo de otros factores de riesgo de muerte por NAC. El estudio fue de cohorte, prospectivo, multicéntrico, desa-

rollado en 5 Servicios de Clínica Médica de Buenos Aires. Evaluamos adultos con NAC ingresados entre 21 de marzo de 2000 y 21 de diciembre del mismo año. Los factores de riesgo que mostraron asociación con evolución por análisis bivariado, fueron sometidos a análisis de regresión logística, con un nivel de significación de $p < 0.05$. En 9 meses se internaron 238 pacientes con NAC: 150 (63%) varones y 88 (36%) mujeres, con edades medias 52.99 (± 20.35) y 55.06 (± 20.94) años, respectivamente. Fallecieron 25/238 (10.5%). En análisis multivariado, se asociaron significativamente con evolución: enfermedad vascular encefálica (EVE) (B: 2.614, $p < 0.001$, RRE: 13.6, IC95%: 3.7-49.6); hiponatremia al ingreso o durante la internación (B: 1.994, $p < 0.001$, RRE: 7.3, IC95%: 2.5-20.8) y urea plasmática elevada (B: 0.016, $p = 0.003$, RRE: 1.016, IC95%: 1.005-1.02). Desarrollamos una fórmula de probabilidad de fallecer por NAC: $P(\text{óbito}) = 1 / 1 + \exp. - (-4.03 + 2.61x_1 + 1.99x_2 + 0.016x_3)$, donde: $x_1 = \text{EVE}$ (sí = 1/no = 0); $x_2 = \text{hiponatremia}$ (sí = 1/no = 0); $x_3 = \text{urea plasmática}$ (mg/dL). La predictibilidad fue 91.1%. El riesgo de fallecer por NAC fue significativamente mayor entre quienes presentaron EVE, hiponatremia y urea plasmática elevada.

19. Prevalencia de neumonía bacteriémica y su relación con el índice de fine.

Requeijo Carolina, Ludueña María Guillermina.

IV Cátedra de Medicina Interna. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina

Introducción: En la Argentina la neumonía adquirida de la comunidad (NAC) es la 5ª causa de muerte en los mayores de 60 años. La tasa de mortalidad global es del 5 al 10%. La prevalencia de neumonía bacteriémica varía según las publicaciones del 4 al 18%. En numerosos estudios se comparó el porcentaje de bacteriemia y la gravedad de la neumonía, con resultados dispares. **Objetivos:** Estimar la prevalencia de NAC bacteriémica en pacientes internados en los servicios de Medicina Interna y Cuidados Críticos de un hospital universitario y establecer si el porcentaje de hemocultivos es mayor en los pacientes de mayor severidad (índice de Fine IV y V) que en aquellos menos graves (índice de Fine I-III). **Población y muestra:** Historias clínicas de pacientes adultos mayores de 18 años internados en el Hospital de Clínicas José de San Martín, que presentaron al alta diagnóstico NAC de acuerdo a los criterios diagnósticos propuestos por Fang y col. Se excluyeron los pacientes inmunosuprimidos. La muestra final fue de 110 pacientes hospitalizados entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2005. **Materiales y métodos:** Se empleó un diseño observacional, transversal, retrospectivo y de tipo exploratorio. **Resultados:** El porcentaje de hemocultivos positivos fue de 19.1% (IC 95%: 12.5 a 27.9%). Los pacientes con índice de Fine severo (IV y V) tuvieron mayor prevalencia de bacteriemia que los que presentaron un Fine leve (I a III), con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0001$). La mortalidad global fue de 20%. **Conclusiones:** La prevalencia de NAC bacteriémica fue baja, aunque ligeramente superior a lo referido en la bibliografía. *La severidad de la neumonía se relaciona en forma directamente proporcional con la presencia de bacteriemia.* Los pacientes con mayor severidad en comparación con los menos graves de acuerdo al índice de Fine, tuvieron mayor tasa de mortalidad con una diferencia estadísticamente significativa.

20. Utilidad del cultivo seguimiento de aspirado traqueal (AT) de después de una neumonía asociada al ventilador (NAV).

Cardozo Rocío², Sosa Ariel, López Pernas Christian¹, Sarquis Sergio¹, Irrazábal Cécilia¹, Muñoz Judith³, Guzmán Glenda³, Luna Carlos M.²

¹División Terapia Intensiva, ²Neumología, ³Bacteriología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

La evolución de la NAV está condicionada por la adecuación del tratamiento antibiótico pero también por otros factores. Realizar cultivos en la evolución puede ayudar a monitorizar el tratamiento y la evolución, sin embargo su utilidad es aún incierta. **Objetivo:** evaluar la evolución clínica y microbiológica en NAV desde el diagnóstico.

Métodos: durante 7 meses se estudiaron los pacientes mayores de 18 años intubados por = 48 hs sin antecedentes de SIDA ni neutropenia ($< 500/\text{mm}^3$) ni en estado terminal, con diagnóstico clínico de NAV (infiltrado radiológico nuevo o progresivo más 2 de 3 criterios clínicos entre temperatura >38 o $<$ de 36°C ; leucocitos > 10.000 o $<$ 4.000 o secreciones purulentas), con confirmación bacteriológica por cultivo de LBA mostrando = 10^4 unidades formadoras de colonias (ufc)/ml de algún agente. Se obtuvieron datos demográficos y clínicos y se realizó seguimiento bacteriológico por aspirado traqueal (AT) 2 veces por semana. Se consideró que existía AT positivo ante un cultivo con $=10^6$ ufc/ml de algún agente. Se evaluó a diario la resolución clínica de la NAV. **Resultados:** se estudiaron 29 casos con diagnóstico clínico de NAV en 7 meses, en 19 se obtuvo diagnóstico microbiológico con LBA (LBA+) y en 20 (15 LBA+ y 5 LBA-) se pudo hacer al menos 1 cultivo de seguimiento. Los patógenos originales persistieron en 12 de 15 ATs entre los días 1-4; en 5 de 10 entre los días 5 y 8, en 2 de 7 entre los días 9 y 12; en 1 de 7 entre los días 13 y 16; en 1 de 6 entre los días 17 y 20 y en 2 de 3 entre los días 21 y 24. Además el seguimiento detectó gérmenes nuevos no presentes al comienzo de la NAV, 12 entre los 1 y 4 días, 6 entre los 5 y 9 días y 2 entre los 10 y 13 días. **Conclusión:** cultivos de AT de seguimiento en pacientes con NAV confirmada LBA muestran diferente velocidad de desaparición de los distintos patógenos independiente de la adecuación del tratamiento antibiótico. La persistencia o la aparición de nuevos agentes no indica infección persistente o cambio de agente patógeno sino colonización, si bien estos agentes colonizantes pueden ser los agentes de una reinfección.

21. Identificación de factores pronósticos en pacientes internados por neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

Castillo I., Gómez M., Méndez G., Piccoli D., Sosa O., Thompson C.

Introducción: Se realizó el trabajo para conocer datos epidemiológicos locales sobre factores pronósticos de internación por NAC en sala de clínica. **Objetivos:** Analizar pacientes con NAC internados en Clínica Médica, Hospital Vidal, Corrientes, considerando las causas de internación, comorbilidades y estratificación de riesgo PORT (Pneumonia Outcomes Research Team) relacionado con la evolución. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, periodo 01/02/03-31/07/04. Criterio de inclusión: Diagnóstico de NAC que requirió internación en sala. Análisis estadísticos: medidas descriptivas, de frecuencia, estimación de riesgo y chi cuadrado. **Resultados:** 57 casos de NAC. Sexo masculino 24 (42.1%). Edad media: 49,33 años \pm 20,52 (16-94). Días de internación: 10,46 días \pm 7,15. Criterios de internación: causas sociales 42 (73.7%), comorbilidades 21 (36.8%) y afección $>$ 1 lóbulo 15 (26.3%); 11 (19.3%) presentaron únicamente causa social. Comorbilidades: Diabetes 8 (14%), Insuficiencia cardíaca 7 (12.3%), Neoplasias 3 (5.3%). El 75.4% (44) pertenecían al PORT I y II y III. Evolución: 53 (93%) fueron dados de alta, 5 (8.8%) requirieron internación en terapia intensiva (UTI); fallecieron 4 (7%). Los pacientes PORT I y II presentaron buena evolución, 1 paciente PORT III requirió UTI. De los 4 fallecidos, 3 pertenecían al PORT IV y 1 al V. El punto final primario *mala evolución* (Ingreso a UTI u óbito) se relacionó a las siguientes variables analizadas: Insuficiencia Cardíaca RR: 28.75 (IC 95%: 4.16-198.4; p 0,001), Neoplasias RR: 13.4 (IC 95%: 1.07-168.3; p 0,013), Shock RR: 13.42 (IC 95%: 1.07-168; p 0,013), Derrame/cavitación RR: 8.8 (IC 95%: 1,66-46,57; p 0,004), Mala respuesta al tratamiento previo RR: 5,4 (IC 95%: 1,2-24,3; p 0,19). Se realizó curva ROC para determinar punto de corte de riesgo para la edad: >56 años RR: 6,38 (IC 95%: 1,19-34,21; p 0,018). Sensibilidad 77%. Especificidad 72.5%. **Conclusiones:** El factor social es una causa importante de la internación. Las categorías PORT I y II fueron de evolución favorable. La mortalidad se asoció a categorías PORT IV y V. La insuficiencia cardíaca fue la comorbilidad más fuertemente asociada a la mala evolución. La edad mayor a 56 años es un factor de riesgo para mala evolución.

22. Métodos diagnósticos para neumonía asociada al ventilador (NAV) en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

Sosa Ariel¹, Sarquis Sergio¹, López Pernas Christian¹,

Cardozo Rocío², Capdevila Abelardo¹, Muñoz Judith³, Guzmán Glenda³, Luna Carlos M.²

¹División Terapia Intensiva, ²Neumonología, ³Bacteriología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

La NAV es la infección intrahospitalaria de mayor mortalidad en la UTI, si bien su tratamiento inicial, que debe ser precoz, es empírico, es de utilidad contar con datos precisos acerca de su etiología en la forma más temprana posible. **Objetivo:** determinar la utilidad del examen microbiológico del aspirado traqueal (AT) y de la detección de microorganismos intracelulares (MIC) en el lavado broncoalveolar (LBA) en comparación al cultivo cuantitativo del LBA en el diagnóstico de NAV. **Métodos:** se incluyeron pacientes mayores de 18 años en ventilación mecánica por más de 48 horas, excluyendo a aquellos con SIDA, con neutropenia ($< 500/\text{mm}^3$) o que estuvieran moribundos, con diagnóstico clínico de NAV (infiltrado radiológico nuevo o progresivo más 2 de 3 criterios clínicos entre temperatura >38 o $<$ de 36°C ; leucocitos > 10.000 o $<$ 4.000 o secreciones purulentas). Se practicó en todos examen directo y cultivo del LBA, además se realizaron extendidos del LBA preparados con citocentrífuga, para búsqueda de MIC con tinciones de Wright y Gram. Cuando fue posible se obtuvo un AT simultáneo (al mismo momento o dentro de las 24 horas del LBA). Criterios microbiológicos de positividad: cultivo de AT con $=10^6$ unidades formadoras de colonias (ufc)/ml, cultivo de LBA con $= 10^4$ ufc/ml y MIC = 5%. **Resultados:** en 7 meses se realizó LBA a 29 casos con diagnóstico clínico de NAV, en 23 de ellos se hizo cultivo de AT dentro de las 24 hs de realizado el LBA. La NAV se confirmó por cultivo del LBA en 18 de los 29. Quince de los 18 tenían cultivo del AT, el mismo fue positivo en 14 (sensibilidad (S) del cultivo de AT 93% y especificidad (E) 43%). Se identificaron 24 gérmenes con cultivo significativo entre los 15 LBA, sin embargo de ellos solo 17 se encontraban presentes en el AT, por otro lado, 15 de los gérmenes encontrados en estos AT no estaban presentes en el LBA. Ocho de los 18 pacientes con LBA positivo tenían = 5% de MIC en el directo del LBA (S=44%), no hubo falsos positivos (E=100%). El extendido de Gram del AT fue positivo en los 15 pacientes con NAV confirmada por LBA (S=100%) pero fue negativo en 3 de los 8 con LBA negativo (E=43%) mientras que el Gram del directo del LBA fue positivo en 13 de las 15 confirmadas (S=87%) y negativo en las 8 que tenían cultivo de LBA negativo. **Conclusión:** el Gram del LBA tiene 87% de S y 100% de E, mientras que el Gram y cultivo del AT tienen 100% de S pero baja E para el diagnóstico de NAV confirmado por cultivo cuantitativo del LBA, sin embargo no permiten predecir con precisión a los patógenos responsables. La presencia de MIC confirma la presencia de NAV aunque no sirve para descartarla. En cambio, contrariamente a lo afirmado por algunos autores, no encontramos que un patrón en la tinción de Gram que permita predecir los patógenos.

23. Etiología de la neumonía intrahospitalaria (NIH) en la Unidad de Cuidados Intensivos y evaluación de la resistencia a los antimicrobianos. Weyland Beatriz¹, Perazzi Beatriz¹, Rodríguez Cynthia¹, Capdevila Abelardo¹, Luna Carlos³, Lasala María⁴, Vay Carlos¹, Famiglietti Angela¹.

¹Laboratorio de Bacteriología, Departamento de Bioquímica Clínica, Fac. de Farmacia y Bioquímica. ²División de Terapia Intensiva. ³Servicio de Neumonología. ⁴Servicio de Infectología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

La neumonía intrahospitalaria (NIH) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se asocia a una elevada morbimortalidad y es la segunda causa de infección intrahospitalaria luego de la infección urinaria. Los objetivos de este trabajo fueron conocer la etiología de la NIH en este grupo de pacientes y evaluar el perfil de resistencias a los antimicrobianos en los microorganismos aislados. Se utilizó el lavado broncoalveolar (BAL) como método de diagnóstico con menos de 1% de células epiteliales escamosas y recuento $\geq 10^4$ UFC/ml. Se evaluaron 430 BAL provenientes de 430 casos desde el 1-01-2000 al 31-12-2005. El 83% estaban con asistencia respiratoria

mecánica (ARM). La edad promedio fue de 68 años (20-96 años) y el 54% fueron mujeres. El 78% (334/430) de los BAL fueron positivos de acuerdo al criterio de inclusión establecido previamente, siendo el 46% de los cultivos mixtos. Se aislaron 435 microorganismos (MO), 1,30 (MO)/paciente. La frecuencia relativa de los MO aislados fue: *Acinetobacter* spp (ACP): 37.3%, *Staphylococcus aureus* (SAU): 23.3%, *Pseudomonas aeruginosa* (PAE): 19.8%, *Klebsiella pneumoniae* (KPN): 4.1%, otros bacilos gram-negativos: 13.2% y otros cocos gram-positivos: 2.3%. La resistencia de ACP a imipenem (IMI), meropenem (MER), ceftazidima (CAZ), cefepima (FEP), amikacina (AMK), gentamicina (GEN) y ciprofloxacina (CIP) fue 62, 51, 95, 96, 94, 87, 97% respectivamente. La resistencia a ampicilina-sulbactam (AMS) aumentó gradualmente de 69% (año 2000) a 90% (año 2005), mientras que la resistencia a colistín (COL) osciló entre 0 a 1.2%. PAE presentó 70% de resistencia a IMI, 61% a MER, 56% a piperacilina/tazobactam (TAZ), 63% a CAZ, 73% a FEP, 80% a AMK y GEN y 75% a CIP. No se aislaron cepas resistentes a COL. Tanto en ACP como en PAE no se observaron variaciones anuales en la resistencia a los beta-lactámicos, aminoglucósidos y fluorquinolonas ensayadas. En SAU la oxacilino-resistencia fue 86% y se asoció con resistencia a GEN, eritromicina y CIP. La resistencia a Trimetoprima-Sulfametoxazol (TMS) descendió de 21% (año 2000) a 9.0% (año 2005), coincidiendo con la diseminación del clon cordobés. No se detectó resistencia a los glicopéptidos y la resistencia a rifampicina osciló entre 5 y 7%. **Conclusiones:** El perfil de resistencia antibiótica observado avala la necesidad de continuar la vigilancia epidemiológica de la NIH para tratar adecuadamente a los pacientes. Actualmente viejos antimicrobianos como TMS deberían considerarse para SAU y COL para los bacilos gram-negativos multirresistentes.

24. Surfactante-^{99m}Tc para ventilación en pacientes con patología pulmonar. Velázquez Espeche María del Huerto^{1,2}, Soroa Victoria E.¹, Giannone Carlos A.¹, Nicolini Jorge³.

¹Centro de Med. Nuclear (UBA-CNEA), ²Clínica Santa Isabel, ³Laboratorios Bacon S.A.

El Surfactante Exógeno Natural (ENS) utilizado en el tratamiento del distress respiratorio en niños y adultos, marcado con ^{99m}Tc y aerolizado es un nuevo radiofármaco para evaluar la ventilación pulmonar. **Objetivo:** En un estudio previo en voluntarios sanos se compararon las imágenes de ventilación del ENS-^{99m}Tc y del ácido Dietiltriaminopentacético (DTPA)^{99m}Tc evaluando las curvas de actividad pulmonar vs. tiempo de inhalación y biodistribución manteniendo similar la actividad administrada y el tiempo de inhalación para ambos estudios. El objetivo es comparar las imágenes de ventilación del ENS-^{99m}Tc y del DTPA-^{99m}Tc y evaluar las diferencias entre ambos radioaerosoles en pacientes con enfermedad pulmonar. **Metodología:** En 8 pacientes con enfermedad pulmonar 3 con diagnóstico de neumonía 2 pacientes con EPOC 1 paciente con hipertensión pulmonar y 2 con tromboembolismo pulmonar se comparan las imágenes de ventilación con el ENS-^{99m}Tc y con DTPA-^{99m}Tc obtenidas. Todos los pacientes firmaron un consentimiento. En cada estudio se controló uniformidad y sensibilidad de la cámara gamma. Se utilizó un inhalador 'Swirler' (Amici). La inhalación se realizó durante 15 minutos con cada aerosol manteniendo similar actividad administrada, se tomaron imágenes estáticas inmediatas e imágenes tomográficas foton único (SPECT). **Resultados:** La actividad total en pulmones fue significativamente mayor con el ENS (250-400%) que con DTPA en los pacientes, similar a lo observado en el grupo de los voluntarios sanos. La distribución pulmonar se mantuvo estable durante mayor tiempo con ENS (60 min. vs. 30 con DTPA). Las imágenes planares y tomográficas muestran una distribución más uniforme del radiofármaco con ENS. En los pacientes con patología pulmonar se observó captación del ENS en áreas hipoventiladas con DTPA. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos con ENS en el grupo de voluntarios sanos y en el de los pacientes con patología pulmonar: menor tiempo inhalatorio, mayor actividad alcanzada en pulmones, mayor permanencia en los mismos y captación del ENS en áreas hipoventiladas con DTPA, indican que sería posible disminuir la radioactividad empleada en los estudios de ventilación, realizar estudios cámara gamma tomográfica y dado la captación del ENS

en áreas hipoventiladas con DTPA, se plantea la posibilidad de aumentar la certeza diagnóstica en el tromboembolismo pulmonar. Sería necesario un mayor número de pacientes para evaluar los patterns de distribución en las diferentes patologías pulmonares.

25. Evaluación preliminar de la adherencia al tratamiento y de los eventos a tres meses en pacientes con síndrome coronario agudo. Guthmann Gabriela, Pérez de la Hoz Ricardo, Brito Viviana, Lakowsky Alejandro, Swieszkowsky Sandra, Peyregne Ernesto, Sampó Eduardo.

División Unidad Coronaria, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina

Objetivos: Evaluar la adherencia al tratamiento y a las medidas higiénico dietéticas a los tres meses del alta en pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA). Detectar los eventos cardiovasculares (muerte, angina inestable (AI), insuficiencia cardíaca (IC), accidente cerebro vascular (ACV) o infarto agudo de miocardio (IAM). **Métodos:** Se incluyeron en forma consecutiva los pacientes dados de alta de la Unidad Coronaria (UCO) entre el mes de junio 2005 y enero 2006. El seguimiento fue telefónico y se les preguntó sobre eventos, medicación, registros de tensión arterial y cambio de conductas (caminata, cese del tabaquismo, aceptación de la dieta y descenso de peso). **Resultados:** Durante ese periodo ingresaron a la UCO 92 pacientes con diagnóstico de SCA, hubo una mortalidad intrahospitalaria del 6,5% y 9 enfermos fueron excluidos por presuntivos problemas en su seguimiento. Se incluyeron 77 pacientes, con una edad promedio de 73 ± 10 (46-93), un 54% eran varones, el diagnóstico más frecuente al alta era AI (74%). Se observó una prevalencia de diabetes del 29%, de hipertensión arterial del 87%, de tabaquismo del 18% y de dislipidemia del 45%. El 34% era revascularizado previo (angioplastia o cirugía) y se realizó cinecoronariografía a un 56% de los pacientes, de los cuales el 60% tenía enfermedad de tronco o 3 vasos. En el seguimiento se obtuvieron los datos de eventos y de adherencia en un 91%. La adherencia al tratamiento médico fue:

Medicación	Alta	3 meses	p
Aspirina (%)	95	89	NS
Beta-Bloqueantes (%)	95	91	NS
Inhibidores de la Enzima Convertidora (IECA) o Antagonistas de la Angiotensina (AT2) (%)	94	87	NS
Estatinas (%)	96	81	<0,05
Clopidogrel (%)	63	49	NS

La causa más común de abandono de la aspirina fue la presencia de comorbilidades; de los beta-bloqueantes el retiro por contraindicaciones; de los IECA o AT2 la suspensión por parte del paciente; de las estatinas la percepción de falta de beneficio y la del clopidogrel la indicación del médico tratante. En un 30% la tensión arterial no estaba controlada, un 46% caminaba lo recomendado, un 3% seguía fumando, mientras que 59 pacientes aseguraban seguir con la dieta y un 22% bajó de peso. Hubo un 17% de eventos: angina inestable 7%, muerte 3%, IAM 1.5%, IC 4% y ACV 1.5%. **Conclusiones:** A pesar de la estricta implementación de las guías para la prevención secundaria de la enfermedad coronaria y la importante adherencia a las mismas, la tasa de eventos continuó siendo alta para esta población añosa y con severa enfermedad coronaria. La pérdida de adherencia a las estatinas puede atribuirse a falla educacional. La dificultad para modificar el estilo de vida y adecuarse a las medidas higiénico dietéticas fue otra característica de esta población.

26. Angina secundaria en pacientes añosos con síndromes coronarios agudos sin supradesnivel del segmento ST: características clínicas y evolución intrahospitalaria. Brignoli Alejandra, Pérez de la Hoz Ricardo, Lakowsky Alejandro, Swieszkowsky Sandra, Brito Viviana, Salvati Ana, Sampó Eduardo.

División Unidad Coronaria, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: la angina secundaria suele ser producida por una alteración en la relación aporte demanda del consumo de oxígeno miocárdico. Si bien este proceso suele ser más frecuente en la población añosa, existe escasa información en la literatura en relación a las características clínicas y evolución de esta afección. **Objetivos:** Valorar la prevalencia de angina secundaria (AS) en este grupo de pacientes (p). Evaluar las características clínicas y la evolución intrahospitalaria de p añosos con AS ingresados a una Unidad Coronaria (UCO) con síndrome coronario agudo sin supradesnivel del segmento ST (SCASST). **Material y métodos:** Se estudiaron en forma prospectiva 114 p consecutivos de edad > 65 años ingresados a UCO con SCASST. Se definió como AS aquel episodio anginoso asociado a descenso agudo del hematocrito que requiera transfusión (DHTO), hipertensión arterial (HTA) con sistólica \geq 180 mmHg, arritmia supraventricular (TSV) con frecuencia cardíaca \geq 150 lpm o taquicardia sinusal asociada a fiebre o infección. Se analizaron la prevalencia de AS, los antecedentes y factores de riesgo de estos p, y los eventos intrahospitalarios: insuficiencia cardíaca (ICC), y muerte (M), comparándose los p con AS (grupo A) con los p con angina primaria (AP) (grupo B). El análisis estadístico se efectuó mediante test de t para las variables continuas, y test de chi cuadrado o test exacto de Fisher para las variables categóricas; un valor de $p \leq 0,05$ fue considerado significativo. **Resultados:** No se observaron diferencias significativas en la media de edad entre ambos grupos, ni en la presencia de factores de riesgo coronario mayor. En relación a los antecedentes de cardiopatía isquémica sólo se observó una mayor frecuencia de ATC en el grupo con AP. La prevalencia de AS en esta población fue de 32% (37 p). En este grupo, 9 p (24,3%) se presentaron como IAM sin supradesnivel ST, y 28 p (75,7%) como AI. Las causas de angina secundaria fueron: 23 p (62%) HTA, 10 p (27%) DHTO y 4 p (11%) TSV. **Conclusiones:** La prevalencia de AS en nuestra población resultó elevada, no observándose diferencias en la evolución intrahospitalaria de los mismos en relación a los pacientes ingresados con AP.

27. Adenosina en bolo para la determinación no invasiva de la reserva coronaria. Tiano C., Pesantes A., Padilla F., Grosso O., Volberg V., Lowenstein J., Berensztein S., Lerman J.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Investigaciones Médicas. Buenos Aires. Argentina.

Antecedentes: La reserva coronaria (RC) es un valioso indicador de la función coronaria, su determinación no invasiva por un método simple y económico facilitaría su uso clínico. **Objetivos:** 1) Estimar los valores de cribaje, sensibilidad (S), especificidad (E), poder predictivo positivo (PPP), poder predictivo negativo (PPN) y razón de verosimilitud positiva (RVP) del test de adenosina (TA) para la detección de agotamiento en la (RC). 2) Estimar la prevalencia de efectos colaterales que se presentan durante (TA). **Métodos:** La velocidad diastólica de la arteria descendente anterior fue monitorizada con Doppler pulsado en condiciones basales y bajo hiperemia inducida mediante dos estrategias: 1- inyección rápida de 6 mg de adenosina y 2- infusión de 0.84 mg/kg de dipiridamol en 4 min. (patrón oro). La RC se calculó como el cociente entre la velocidad diastólica máxima y la basal. Se consideró una RC = de 2 como valor de normalidad. **Resultados:** Se estudiaron 24 pacientes (p), uno se excluyó por pérdida de señal Doppler (factibilidad 95.8%), 10/23 (43.5%) hombres, edad 62.7 ± 11.2 . El (TA) tuvo una (S) del 100% (IC95% 63-100%), (E) 87% (IC95% 60-98%), (PPP) 80% (IC95% 44-97%), (PPN) 100% (IC95% 75-100%) y la (RVP) 7.5% (IC95% 3-27%). En los efectos colaterales se observó que el 100% (IC95% 85.2-100%) hiperventiló y el 21.7% (IC95% 7.5-43.7%) refirió malestar general. **Conclusiones:** El test de adenosina para detección de agotamiento en la reserva coronaria resultó altamente sensible y específico con un elevado poder predictivo positivo y negativo. Entre los efectos colaterales se puede esperar que al menos que un alto porcentaje hiperventile y una moderada cantidad refiera malestar general. Se debe mencionar que el test fue altamente factible.

28. Uso de eptifibatide en angioplastia coronaria. Fernández H., Barrera E., Hani N., Monteverde M., Berensztein S., Caballero H., Sampó E., Lerman J.

Laboratorio de Hemodinamia. División Cardiología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: Evaluar el impacto del uso de eptifibatide (EP) durante la angioplastia coronaria (AC) sobre la reestenosis clínica y la revascularización del vaso tratado (RVT) a los 9 meses post ATC. **Métodos:** Setenta y siete pacientes (p) consecutivos sometidos a AC se randomizaron en 2 grupos: Grupo 1 (G1) pacientes que recibieron tratamiento convencional más EP y grupo 2 (G2) pacientes que recibieron sólo tratamiento convencional. Se analizaron las diferencias entre grupos mediante chi cuadrado y t de Student. Las diferencias de sobrevida libre de eventos se analizaron mediante curvas de Kaplan-Meier con la prueba de Wilcoxon. Se consideró significativa una $p < 0.05$. **Resultados:** El G1 consistió en 35 p (62.9% hombres, edad promedio 71,4 años) y el G2 en 42 p (59.2% hombres, edad promedio 71.3 años). El cuadro clínico fue angina inestable en el 80% de G1 y 78.6% G2 p NS. Presentó enfermedad de múltiples vasos el 60% en G1 y el 55.2% en G2 p NS. Se utilizó stent en el 79.1 % del G1 y el 80.4 % en el G2 p NS. Presentó reestenosis clínica el 8,6% del G1 y el 26.1% del G2 p 0,04. Requirió nueva RVT el 5.7% del G1 y el 21.4% del G2 p 0.05. **Conclusiones:** El uso de eptifibatide redujo la reestenosis clínica y la necesidad de nueva revascularización del vaso tratado en los primeros 9 meses.

29. Angioplastia de rescate en infarto agudo de miocardio. Barrera E., Fernández H., Liotta S., Monteverde M., Berensztein S., Caballero H., Peyregne E., Lerman J.

Laboratorio de Hemodinamia. División Cardiología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: Analizar los resultados y la evolución clínica de pacientes tratados con fibrinolíticos en los cuales se efectuó angioplastia coronaria (ATC) por no presentar signos de reperfusión. **Métodos:** De 190 ATC consecutivas en curso de IAM, 74 (59%) fueron rescates. Analizamos retrospectivamente los resultados inmediatos del procedimiento. **Resultados:** La edad de los pacientes fue 68 ± 13 años. 73% fueron hombres. La localización del IAM fue anterior en el 53% de los casos e inferior en el 47%. El vaso tratado fue la descendente anterior (43%), circunfleja (7%) y coronaria derecha (50%). El porcentaje de éxito del procedimiento con flujo final TIMI 3 fue estadísticamente significativo en relación al tiempo de evolución del IAM. Los pacientes tratados en las primeras 6 hs se logró reperfusión exitosa en el 90% (14 p). En los tratados entre 6 y 12 hs en el 71,5% (15 p) (p NS) y en los tratados entre 12 y 24 hs en el 60,5% (23 p) (p 0.03). **Conclusión:** El retardo en efectuar la angioplastia de rescate es un predictor independiente de éxito en la reperfusión.

30. Prevalencia de la enfermedad coronaria en relación con el síndrome metabólico en una población ambulatoria. Obregón S., Ortiz M., Vázquez Blanco M., López Soutric G., Poyatos M. E., Berensztein S., Lerman J.

División Cardiología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: Existen evidencias acerca del excesivo riesgo cardiovascular que representa el síndrome metabólico (SM). El presente estudio tiene por objeto investigar la prevalencia y algunas características que tiene este síndrome en una población hospitalaria con enfermedad aterosclerótica. **Métodos:** Se evaluaron 1220 pacientes (p) que concurren a un consultorio externo de Cardiología, 694 eran varones (V) (edad media = 59.1 ± 13.1) y 526 mujeres (M) (edad media 60.5 ± 26.4). 323 varones y 108 mujeres tenían antecedentes de enfermedad aterosclerótica (ATSC) (la inmensa mayoría cardiopatía isquémica). Se consideró SM si estaban presentes por los menos 3 de los siguientes componentes: presión arterial > 135/85 (HTA); circunferencia abdominal > 88 cm para las mujeres o 102 cm para los varones (ABD); triglicéridos > 150 mg/dl (TG); HDL colesterol < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres (HDL), y glucemia > 110 mg/dl (GLU). **Resultados:** La tabla muestra la prevalencia y "Odds ratio" de cada componente del SM como predictor de ATSC, según el sexo.

	Varones			Mujeres		
	ATSC n = 323 %	No ATSC n = 371 %	OR (IC95%)	ATSC n = 108 %	No ATSC n = 418 %	OR (IC95%)
HTA	64.7	50.1	1.82(1.32-2.50)	75.9	0.2	3.12(1.88-5.20)
ABD	71.2	36.1	4.37(3.13-6.11)	70.3	30.4	5.44(3.14-8.80)
TG	52.6	14.0	6.81(4.65-9.99)	45.3	13.8	5.14(3.12-8.45)
HDL	56.0	14.5	7.57(5.19-11.08)	34.0	6.0	8.19(4.48-15.02)
GLU	42.7	12.1	5.40(3.62-8.06)	38.8	7.9	7.42(4.25-12.99)

Entre los V, el SM se observó en el 66.5% de los p con ATSC y el 14.5% de los p sin ATSC, OR: 11.68 (7.94-17.22). Entre las M, el SM se observó en el 56.5% de las p con ATSC y el 9.8% de las p sin ATSC, OR: 11.93 (7.04-20.29). **Conclusiones:** El SM es altamente predictivo de ATSC en ambos sexos. De los componentes del SM, el colesterol HDL bajo es el de mayor poder predictivo, seguido por GLU, TG y ABD.

31. Angioplastia coronaria en el geronte. Barrera E., Fernández H., Liotta S., Monteverde M., Berensztein S., Caballero H., Pérez de la Hoz R., Lerman J.

Laboratorio de Hemodinamia. División Cardiología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: Estudios previos sugirieron que los pacientes (p) gerontes presentaban peor evolución post angioplastia coronaria (ATC). Se compara el éxito primario y la evolución a 1 año de ATC efectuadas a pacientes mayores de 80 años respecto a pacientes más jóvenes. **Métodos:** Se estudiaron clínica y angiográficamente los resultados de 176 p mayores de 80 años (edad media 85,4 años, 53% hombres) y 604 p menores de 80 años (66,2 años 73 % hombres) consecutivos. Los p octogenarios presentaron mayor incidencia de hipertensión, ACV e insuficiencia renal. **Resultados:**

	Mayores de 80 años %	Menores de 80 años %
Éxito primario	93	96 (NS)
Mortalidad hospitalaria	0	0 (NS)
Infarto de miocardio	1	0,5 (NS)
CRM de urgencia	0	0 (NS)
ACV	0	0 (NS)
Sobrevivida libre de eventos (1 año)	73	80 (NS)
Insuficiencia renal aguda	2,8	0,6 (p<0,01)

Conclusiones: La angioplastia coronaria en octogenarios tiene un alto índice de éxito primario con aceptable incidencia de complicaciones intrahospitalarias y buena evolución a 1 año, presentando mayor incidencia de insuficiencia renal aguda.

32. Diferencias en la presentación de los distintos componentes del síndrome metabólico según el sexo. López Soutiric G., Obregón S., Ortiz M., Vázquez Blanco M., Poyatos M. E., Berensztein S., Lerman J.

División Cardiología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: Recientemente se ha jerarquizado la presencia de un conjunto de signos físicos y de laboratorio, cuya asociación se denomina síndrome metabólico (SM), el cual tendría fuerte impacto sobre el aparato cardiovascular. El presente estudio tiene por objeto investigar la prevalencia y algunas características que tiene este síndrome en una población hospitalaria. **Métodos:** Se evaluaron 1220 pacientes que concurren a un consultorio externo de Cardiología; 694 eran varones (V) (edad media = 59.1 ± 13.1) y 526 mujeres (M) (edad media 60.5 ± 26.4). Se consideró SM si estaban presentes por los menos 3 de los siguientes componentes: presión arterial > 135/85 (HTA); circunferencia abdominal > 88 cm para las mujeres o 102 cm para los varones (ABD); triglicéridos > 150 mg/dl (TG); HDL colesterol < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres (HDL); y glucemia > 110 mg/dl (GLU).

Resultados: La tabla muestra la prevalencia de cada componente del SM según el sexo.

	Varones (n = 694)		Mujeres (n = 526)		p<
	n	%	n	%	
HTA	395	56.9	292	55.5	ns
ABD	364	52.4	203	38.6	0.0001
TG	222	32.0	107	20.3	0.0001
HDL	236	34.0	62	12.0	0.0001
GLU	183	26.4	75	14.3	0.0001

Se observó SM en 371 individuos (30.4%: 269 V (38.7%) vs. 102 M (19.4%) (p < 0.0001). **Conclusiones:** En esta población hospitalaria el SM se observó en casi un tercio de los casos totales, siendo más frecuente en los V. La HTA y la ABD fueron los componentes más frecuentes. Excepto para la HTA, los demás componentes fueron más prevalentes entre los V.

33. ¿Está el sistema de salud atendiendo la hepatitis C? Informe preliminar. Rey J., Paredes S., Castiglia N. y Grupo para el Estudio de la Hepatitis C de Unidades Centinela.

Clínicas, Córdoba, Gran Buenos Aires, La Plata, Mendoza y Tucumán. Argentina.

Introducción: En la práctica asistencial se puede observar que un porcentaje importante de pacientes no cumplen con las fases necesarias en las diferentes etapas entre la detección de un anticuerpo anti HCV y un tratamiento adecuado, y en ellos el diagnóstico se hace tardíamente. Para solucionar esta mala administración de los recursos es necesario conocer la metodología de seguimiento luego de la detección del anti HCV en las distintas áreas de la Salud. **Objetivos:** 1. Distribución de frecuencias: de detección inicial, de los factores de riesgo asociados al virus C y de los diagnósticos de certeza; 2. Estimar el porcentaje: de pruebas diagnósticas de Hepatitis C que se realizan en la práctica, de indicación terapéutica, de acceso al tratamiento y que lo completa en forma adecuada y 7. Su probabilidad asociada. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo. En este informe preliminar se incluyeron los datos de 390 historias clínicas (HC) de pacientes anti HCV reactivo (Varones: 216/390, 55.5%, edad promedio 43 ± 13 vs 51 ± 14 años en las mujeres (p<0.001), atendidos en Servicios de Gastroenterología o Hepatología en 6 de los hospitales de la red de Unidades Centinela, entre el 01/01/03 y el 31/12/03. Se registraron y analizaron las variables: datos filiatorios, factores de riesgo y etapas de detección inicial, diagnóstica y terapéutica. **Análisis estadístico:** Test de Student, porcentajes y estimación de los intervalos de confianza del 95%. **Resultados:** La detección inicial se realizó a partir de derivación: a) Externa: 131 (34%), b) Consultorios externos: 87 (22%), c) Interna: 79 (20%) y d) Sin datos: 93 (24%). Estuvieron expuestos a uno o más factores de riesgo 334/390 (85.6%). El HCV RNA cualitativo se realizó en 243/390 (62.3%), y fue detectado en 223/243 (90.5%), no se registró en 77 HC (19.7%) y en 50 no se estudió (12.8%) por falta de recursos. La biopsia hepática se realizó en 222/390 casos (56.9%) y en el 16% no se encontró este dato en la HC. La fibrosis fue Leve en 78 (42%), Moderada en 48 (26%), Severa en 21 (11%), Cirrosis en 36 (19%) y sin categorizar 4 (2%). La carga viral HCV se estudió en 127 casos y no se registró este test diagnóstico en 113 HC. Los genotipos HCV detectados fueron: 1 en 101 casos (65%), 2 en 24 (16%), 3 en 19 (12%) y 4 en 1 caso (1%). El diagnóstico fue Hepatitis crónica C en 150 (39%), Infección HCV en 54 (14%), Cirrosis (28%), Hepatocarcinoma en 4 (1%), Hepatitis Aguda en 2 (1%), sin diagnóstico definitivo en 108 (46%) y sin datos en 43 HC (11%). Se indicó tratamiento a 124 pacientes, 88/124 (71%) lo iniciaron y 26/124 (21%) no lo obtuvieron. Completaron la terapia en forma adecuada 28/88 (31.8%), 27/88 están en tratamiento (30.7%) y 33 (37.5%) lo abandonaron. **Conclusiones:** En algunas regiones de la Argentina, el Sistema de Salud Pública no dispone de técnicas para estudiar HCV RNA cualitativo, Carga Viral ni Genotipo HCV así como tampoco el acceso al tratamiento. No existe uniformidad de criterios para definir a una Hepatitis Crónica C. Es necesario lograr un mayor compromiso del Sistema de Salud y un mejor conocimiento de esta enfermedad en los profesionales de la salud así

como en la población general y el impacto que tiene un diagnóstico y tratamiento precoz.

34. Eventos adversos de la terapia con Peginterferon Alfa asociado a Ribavirina en pacientes coinfectados HIV-HCV. González Ballerga E., Cavallaro S., Corti M., Reboledo G., Bogdanowicz E., Sordá J., Daruich J., Findor J.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. Fundación de la Hemofilia.

Introducción: La aparición de eventos adversos en pacientes con coinfección HIV HCV tratados con Peginterferón alfa 2a (PEG IFN α) asociado a Ribavirina (RBV) puede implicar la suspensión del tratamiento si no se realiza un manejo adecuado. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de los eventos adversos durante el tratamiento de la hepatitis crónica C, su manejo e impacto en el tiempo y dosis de PEG IFN-RBV. **Material y método:** Se incluyeron 27 pacientes (P), 23 varones (85.2%) —de éstos 9 eran hemofílicos— portadores de coinfección HIV HCV. Todos tenían anti HCV y HCV RNA detectable. En todos los casos la infección HIV fue estable (Carga viral HIV baja o no detectable y CD4 >200 cel/ μ l) sin o con terapia HAART que recibieron al menos una dosis de PEG IFN α 2a 180 μ g semanales asociado a RBV 800 mg/día. Al menos una biopsia hepática se realizó en 18 P. Los P fueron controlados semanalmente al comienzo y luego cada 4 semanas hasta finalizar la terapia. El tiempo total de tratamiento fue de 48 semanas. Se registraron todos los eventos adversos, la conducta terapéutica indicada y su efectividad. Análisis estadístico. estimación de porcentajes, cálculo de Odds Ratio e IC del 95%. **Resultados:** Cirrosis se detectó en 6/18 (33.3%). 4/4 mujeres y 21/23 (91.3%) varones presentaron al menos algún evento adverso durante el periodo terapéutico. Los eventos adversos más frecuentes fueron: fiebre (92.6%), astenia (88.8%), mialgias (62.9%), adelgazamiento (62.9%), escalofríos (29.6%), depresión (29.6%), alopecia leve (18.5%), hipertrigliceridemia (37.1%), neutropenia leve (33.3%) y moderada (11.1%), anemia < 11g/dl>10g/dl (25.8%) y plaquetopenia (22.2%). Las manifestaciones más frecuentes fueron fiebre, escalofríos, astenia y mialgias y se presentaron generalmente al comienzo del tratamiento y cedieron o mejoraron significativamente con Paracetamol. La depresión fue leve e intermitente en 4 P. En 4 casos se usó antidepressivos durante todo el tratamiento. El adelgazamiento no superó el 10% del peso corporal basal. La hipertrigliceridemia, independientemente de los niveles alcanzados, normalizó o descendió significativamente con un plan de alimentación adecuado. Para mantener un nivel adecuado de neutrófilos sin suspender PEG IFN se utilizó durante el periodo terapéutico una dosis semanal de 300 a 480 μ g de Factor estimulante de colonias en 10 P (37.1%). Para mantener la dosis de RBV fue necesario el uso de Eritropoyetina recombinante humana (dosis semanal de 8000 a 20000 UI) en 5 P (18.5%). No se suspendió definitivamente el tratamiento en ningún caso. Disminución transitoria de PEG IFN se indicó en 6 P (22.2%), y en un caso disminución permanente (135 μ g). Disminución permanente de RBV se indicó en 4 P (22.2%), y suspensión transitoria en 3. La presencia de cirrosis, genotipo, consumo de drogas ilícitas, HAART, antecedente de enfermedad marcadora y sobrepeso no serían factores de riesgo relacionados con adversos a los fármacos empleados en esta serie. Probablemente esto sea un error estadístico tipo β . **Conclusiones:** En esta pequeña serie no fue necesario suspender en ningún caso el tratamiento. El mejor conocimiento de los eventos adversos y su manejo adecuado, siempre que se disponga de los fármacos necesarios, permitirán una mayor adherencia a la terapia y una menor tasa de suspensión o disminución de dosis para obtener una mayor eficacia.

35. Impacto de la cirrosis al momento del diagnóstico de hepatitis autoinmune. Fernández G., Manero E., Krayeski M., González Ballerga E., Sordá J., Daruich J., Findor J.

Sección Hepatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El impacto que tiene el diagnóstico histológico de cirrosis (Ci) al momento del diagnóstico en hepatitis autoinmune (HAI) es aún controversial y es posible, que incluso exista variabilidad en

diferentes áreas geográficas. **Objetivo:** Evaluar si el diagnóstico de cirrosis al momento del diagnóstico en pacientes con HAI tiene implicancia en la sobrevida. **Material y métodos:** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de 162 pacientes evaluados en nuestro Servicio desde 1980 hasta 2005. **Criterios de inclusión:** diagnóstico de HAI empleando los criterios aceptados internacionalmente y, confirmado por histología. **Criterios de exclusión:** Pacientes con serología viral positiva, presencia de AMA, ingesta de alcohol >60 g/día y otras causas de enfermedades hepáticas. Todos los incluidos recibieron tratamiento inmunosupresor y fueron evaluados cada 3 a 6 meses con controles clínicos, bioquímicos e imagenológicos. **Resultados:** Del total, 64 pacientes (39.5%) tuvieron Ci (IC95%: 32%-47.5%). De los 98 pacientes sin Ci, 40 (40, IC95%: 31.1%-51.2%) se perdieron en el seguimiento y 13 (13.3%) desarrollaron Ci mientras que el grupo con Ci, 25 (39.1%, IC95% 27.4%-52.1%) se perdieron durante el seguimiento ($p=0.47$). La edad media al diagnóstico fue 43,33 años (SD \pm 21.76) y en aquellos sin Ci 41,84 (SD \pm 17,25) ($p=0,7088$). Durante el seguimiento 18 (11.1%) fallecieron por una causa hepática y 1 fue transplantado. Se comprobó muerte o trasplante hepático en 12/39 (31%) pacientes con Ci y en 7/58 sin Ci (12%) ($p=0,004$). **Conclusiones:** La frecuencia de cirrosis en pacientes con HAI en un solo centro en la Argentina, las características clínicas y edad de presentación fueron similares a los observados en otras áreas geográficas. La muerte o el trasplante hepático en esta serie fue significativamente mayor en pacientes con cirrosis de inicio comparada con aquellos sin cirrosis. Solo 13% de los pacientes desarrolló cirrosis durante el seguimiento sugiriendo que, la progresión a la cirrosis en los enfermos con tratamiento inmunosupresor es poco frecuente.

36. Depresión en pacientes portadores de hepatitis crónica C. González Ballerga E., Cavallaro S., Manero E., Krayeski M., Bortot L., Sordá J., Daruich J., Findor J.

Sección Hepatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Numerosos estudios han comunicado que la hepatitis crónica C se asocia frecuentemente con desórdenes psiquiátricos de grado variable, entre los que se incluyen la depresión. Si bien los mecanismos de producción de esta última no se conocen aún, se ha observado el impacto negativo que provoca en la calidad de vida de estos pacientes. **Objetivo:** Estimar el porcentaje de pacientes con hepatitis crónica C que presentaron depresión antes de iniciar tratamiento y determinar si la presencia de cirrosis, consumo de alcohol, consumo de drogas ilícitas, obesidad, sobrepeso y el genotipo son factores de riesgo de depresión en pacientes con hepatitis crónica C antes de iniciar el tratamiento. **Material y método:** Estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal, realizado desde julio de 2004 hasta febrero de 2005, en el que se incluyeron 36 pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de Hepatitis Crónica C que realizaron la prueba de Beck, previo al inicio de la terapia los días jueves. Esta prueba considera depresión a partir del valor de 10 puntos. De acuerdo al resultado, se clasificó: sin depresión (0-9 puntos); depresión leve (10-18); depresión moderada (19-25); depresión moderadamente severa (26-35) y depresión severa (\geq 36 puntos). Se excluyeron aquellos pacientes con enfermedad neuropsiquiátrica grave y/o tratamiento con antidepressivos, psicofármacos mayores o que ya estuviesen recibiendo la terapia para la hepatitis crónica C. **Análisis estadístico:** Estimación de porcentajes, cálculo de Odds Ratio e IC del 95%. **Resultados:** Se realizó la prueba de Beck a un total de 36 pacientes, con hepatitis crónica C. El promedio de edad de los pacientes fue de 46 \pm 14 años y el sexo predominante en la muestra fue el masculino (55.5 %). Se comprobó algún grado de depresión en 11 pacientes (30.5%, IC 95%). Ésta fue leve en 8 (72.7% IC 95%); moderada en 2 (18.1% IC 95%) y moderadamente severa en 1 paciente (9.09% IC 95%). La presencia de cirrosis, consumo de alcohol, el consumo de drogas ilícitas, la obesidad y el sobrepeso, y la determinación del genotipo, no serían factores de riesgo de depresión. Probablemente esto sea un error estadístico tipo β , debido al pequeño tamaño muestral. **Conclusiones:** Estos resultados apoyan la hipótesis de que si se hiciera una proyección a la población con hepatitis crónica C, la prevalencia máxima esperada de depresión estaría cercana al 50%. El conoci-

miento de una depresión basal pretratamiento, permitiría reconocer precozmente aquellos pacientes con mayor susceptibilidad de desarrollar o profundizar la depresión por interferón y eventualmente, indicar el uso de antidepresivos y facilitar una mejor calidad de vida con una mayor adherencia a la terapia y en definitiva, lograr mejores resultados.

37. Manifestaciones clínicas de pacientes con diarrea y estudio de toxina de *Clostridium difficile* en materia fecal.

González Malla C., Pereyra L., Gambarte J., Mahuad C., Kirmayr K., Nine C., Catalano H. N.

Servicio de Clínica Médica, Hospital Alemán, Buenos Aires.

Introducción: La diarrea por *Clostridium difficile* es una entidad grave que generalmente se asocia al uso previo de antibióticos. Habitualmente existe un retraso sustancial entre el inicio de la diarrea y la sospecha clínica debido a la baja especificidad de las manifestaciones clínicas. **Objetivo:** Determinar las manifestaciones clínicas de pacientes internados mayores de 18 años con diarrea asociada a toxina de *Clostridium difficile* positiva en materia fecal. **Materiales y métodos:** En forma retrospectiva y de la base de datos del laboratorio de un hospital de comunidad se identificaron pacientes que se les solicitó toxina de *C. difficile* en materia fecal durante su internación entre enero de 2004 y abril de 2006. Se registró: resultado de la toxina, edad, sexo, residencia en instituciones, internación previa, internación en UTI, muerte, características de la diarrea, uso previo de ATB, manifestaciones clínicas y de laboratorio, estudios de imágenes, comorbilidades, medicación habitual y tratamiento para toxina. Se realizó análisis bivariado y multivariado utilizando como variable dependiente la toxina positiva y los demás datos como variables independientes. Se consideraron significativas aquellas variables con odds ratio e intervalos de confianza 95% distintos a 1. **Resultados:** Se identificaron 91 estudios de toxina en materia fecal. 32 pacientes fueron excluidos por falta de datos, haber sido ambulatorios o menores de 18 años. Se analizaron las historias de 59 pacientes, 30 mujeres y 29 varones. La toxina fue positiva en 11 pacientes (18,6% IC 95% 8-28%). En este grupo el promedio de edad fue de 63 años. En cuanto a las manifestaciones clínicas: 100% presentó diarrea con más de 3 deposiciones diarias (en el 72% IC 95% 60,5-83,4%) la diarrea se encontraba presente al ingreso), 63% (IC 95% 50-75) fiebre y taquicardia y el 45% (IC 95% 32-58%) dolor abdominal. En el laboratorio el hallazgo más frecuente fue hiperleucemia en el 63% (IC 95% 50,6-75,3%) seguido de leucocitosis en el 45% (IC 95% 32-58%). Como antecedentes, el 91% (IC 95% 84-98%) había recibido antibióticos (Quinolonas 54%, Piperacilina-Tazobactam 27%), el 81% (IC 95% 71-91%) había sido internado dentro de los 6 meses previos y el 45% (IC 95% 32-58%) eran diabéticos. Dentro de la medicación habitual el 63% (IC 95% 51-75%) recibía antiácidos y solo 27% (IC 95% 16-38%) tratamiento inmunosupresor. La mortalidad fue del 36% (IC 95% 24-48%). En el análisis bivariado se encontraron tres factores asociados en forma significativa a toxina positiva: internación previa OR: 5.31 (IC 95% 1,14-23,9), número de deposiciones mayor a 6 por día OR: 5.33 (IC 95% 1,24-23,2) y diabetes OR: 12,5 (IC 95% 2,56-61,1). En el análisis multivariado no encontramos factores asociados independientemente aunque se observó tendencia a la asociación entre diabetes y toxina positiva (OR: 4,65 IC 95% 0,94-23). **Conclusión:** Si bien no encontramos factores predictores significativos de diarrea con toxina de *Clostridium difficile* positiva, la sospecha de los médicos que solicitaron el estudio fue acertada en 1 de cada 5 pacientes. La asociación entre diabetes y toxina positiva podría alentar la realización de nuevos estudios para su confirmación.

38. Hernia hiatal (HH): su influencia en la enfermedad por reflujo gastro-esofágico (ERGE) y en su progresión a complicaciones.

Durand L., Caracoche M., Covián E., Telerman E., Arozamena C., Ferraina P., Sorda J.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Antecedentes: se ha cuestionado la influencia de la HH en la patogenia de la ERGE. **Objetivos:** demostrar la asociación de HH

con ERGE, progresión, y complicaciones. **Población y Método:** se revisaron 336 HC consecutivas con diagnóstico de ERGE (2000-04). Se evaluaron Edad e Índice de masa corporal (IMC), síntomas (reflujo, dolor, obstructivos y extraesofágicos) y estudios objetivos (SEGD, VEDA, Manometría). **Resultados:** a mayor cronicidad aumentaron los síntomas obstructivos y extraesofágicos, y disminuyeron los de reflujo y dolor. < de 55 años: 38% sin HH, 62% con HH (2% HH mixta). > 55 años: 10% sin HH, 90% con HH (17% HH mixta). IMC normal: 31% sin HH, 69% con HH (7% HH mixta). IMC > 30: 8% sin HH, 92% con HH (17% HH mixta). Estudios objetivos: - SEG: 283 pacientes: 54 p sin HH → 20,4% se observó RGE. 229 p con HH → 93% se observó RGE. - VEDA: 291 pacientes → (69,1% con HH): 201 p con HH: 21% con mucosa esofágica sana. 90 p sin HH: 79% con mucosa sana. - MANOMETRIA: (168 pacientes). HH: disminución de la presión del EEI. El 100% de los pacientes con EEI sin presión tenían HH. Al relacionar *tiempo de evolución de los síntomas con presencia o ausencia de HH y con grado de lesión esofágica*, se observó que los pacientes con *lesión esofágica severa* [esofagitis G IV o metaplasia (G V)] presentan las siguientes características: sin HH (1,5% de los pacientes), con HH y evolución sintomática menor a 3 años (28%), HH y evolución mayor a 3 años (70,5%). **Conclusión:** La ERGE es una enfermedad evolutiva. La HH tiene impacto en la evolución de la enfermedad y constituye un factor de riesgo para complicaciones severas.

39. Capsula endoscópica en Pediatría.

Waldbaum C.¹, Sasson L.², Bottero A.², Contreras M.², Ruiz J.², Varela A.³, Quintana C.⁴

¹Hospital de Clínicas José de San Martín, ²Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, ³Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, ⁴Hospital Pedro de Elizalde - Buenos Aires Argentina.

Introducción: La cápsula endoscópica logra vencer las limitaciones de la endoscopia al permitir la exploración completa del Intestino Delgado de forma ambulatoria e incruenta; convirtiéndose en el recurso de elección para el estudio de las Hemorragias Digestivas de Origen Oscuro (HDOO) y de gran ayuda en el diagnóstico de las Enfermedades Inflammatorias Intestinales, Tumores, Pólipos, las complicaciones de la Enfermedad Celiaca y cuando se presume la presencia de una afección del Intestino Delgado. Su simplicidad facilitó su aplicación en los pacientes pediátricos, con los mismos beneficios y resultados que los obtenidos en los adultos. **Materiales y métodos:** Entre abril del 2004 y abril del 2006 hemos evaluado 14 pacientes (6f y 8m) con una edad promedio de 9 años (R: 4-16), a quienes les efectuamos una CE por presentar Hemorragias Digestivas de Origen Oscuro en 8 casos, Síndrome de Peutz-Jeghers en 3 casos y 3 pacientes con diarreas prolongadas. Los pacientes con HDOO. habían sido evaluados con reiterados exámenes endoscópicos, radiológicos, estudios gammagráficos y 4 con laparotomías exploradoras, sin lograrse el diagnóstico de la causa del sangrado. En todos los casos se utilizó la cápsula PillCam de Given Imaging, previa preparación con dieta libre de residuos, ingesta de fosfatos y 12 hs. previas de ayuno. En cinco casos la cápsula se introdujo con asistencia endoscópica bajo sedación; a tres pacientes se les efectuó el examen en el curso de su internación y el resto completo el examen en forma ambulatoria. A las 2 hs. de ingerida la cápsula se inició la ingesta oral de líquidos y a las 4 hs. la de sólidos; el registro de las imágenes se extendió por 8 hs. La evacuación espontánea de la cápsula se produjo en un tiempo variable desde las 4 y 72 hs. de su ingestión **Resultados:** En todos los casos se registraron imágenes de alta calidad, permitiendo el diagnóstico de 6 casos de Hiperplasia Nodular Linfoida, una Úlcera en el Ileón y Várices de Ileón entre los pacientes con HDOO. En los 3 pacientes con diarreas prolongadas se diagnosticó una Enfermedad Inflammatoria Intestinal y en los pacientes con Síndrome de Peutz-Jeghers se logró documentar con precisión el número, ubicación y las características de los múltiples pólipos. Ningún paciente refirió síntomas durante el procedimiento ni se presentaron complicaciones. **Conclusiones:** En nuestra experiencia verificamos la viabilidad y las ventajas de la Cápsula Endoscópica en los pacientes pediátricos.

40. Diagnóstico laparoscópico en el paciente crítico. Merello Lardies J., Capdevila A., Maffassanti I., Irrazábal Cécica, Moreira A., Uhrlandt E., Ferraina P.

División Cirugía Gastroenterológica. División Unidad Terapia Intensiva. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: Análisis de la factibilidad y de los resultados con la exploración laparoscópica, en pacientes con cuadros abdominales agudos de origen no determinado, en sala de cuidados intensivos (UCI: UTI/UCO). **Método:** En la cama del enfermo (UCI) y bajo estricto monitoreo se realizó una exploración abdominal mediante la visión con una óptica ubicada preferentemente a nivel umbilical. Los restantes accesos fueron colocados en numero y ubicación en función de los hallazgos. **Resultados:** Nuestra experiencia inicial consiste en 13 casos. Los hallazgos: 2 colecistitis agudas, 4 fueron inespecíficos (2 con líquido seroso y 2 s/p) que evitaron una laparotomía, 1 sospechoso de estrangulación intestinal (líquido serohemático), 2 isquemia mesenterica, 2 "second look" (1 peritonitis y 1 hemoperitoneo) y en 2 presencia de citoesteatonecrosis. Se evitó una laparotomía innecesaria a 5 pacientes. En 1 oportunidad no se pudo evitar una laparotomía por persistir la duda diagnóstica, siendo esta en "blanco". Las cirugías y la evolución, excepto el caso mencionado, confirmaron los hallazgos laparoscópicos. No hubo morbi-mortalidad asociada al método. **Conclusión:** La utilización de la video-laparoscopia realizada con fines diagnósticos, en UCI frente a cuadros abdominales de origen incierto, resultado de utilidad, evitando el dificultoso traslado del paciente para estudios de mayor complejidad y por otra parte, permitió disminuir la incidencia de una laparotomía innecesaria y sus consecuencias. Pese a lo acotado de nuestra serie, consideramos que resulta un procedimiento de baja morbilidad y alta eficacia.

41. Etiología de la infección urinaria (IU) y resistencia a los antimicrobianos (ATM) en mujeres ambulatorias según grupo etario. Rodríguez Cynthia¹, Granados Gabriela¹, Saposnik Elsa¹, Weyland Beatriz¹, Rodríguez Carlos¹, Foccoli Mónica², Vay Carlos¹, Famiglietti Angela¹.

¹Laboratorio de Bacteriología, Departamento de Bioquímica Clínica, Fac. de Farmacia y Bioquímica. ²Servicio de Infectología, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Se evaluó la prevalencia de microorganismos en urocultivos de mujeres ambulatorias adultas, según grupo etario entre el 1/1/2004 y el 31/12/2005 y se comparó la resistencia a los ATM con respecto al período comprendido entre enero de 2002 y septiembre de 2003. Se incluyeron solamente aquellos con leucocituria (> 5 leucocitos/campo en 400x) y con recuento microbiano =100.000 UFC/ml. La resistencia a los ATM se comparó estadísticamente con el período anterior por el método de Chi² (X²). El 60% de las pacientes (1636/2732) fueron mayores de 65 años, 25% (672/2732) entre 45 y 65 y el 15% restante (424/2732) a menores de 45 años. *Escherichia coli* (Ec) representó el 59-69% de los aislamientos en los 3 grupos mientras que el 2° lugar lo ocupó *Enterococcus faecalis* (Ef) en las menores de 65 años (9%) y *Klebsiella pneumoniae* (Kp) en las mayores de 65 (9%). El 3° lugar fue ocupado por *Staphylococcus saprophyticus* (Ss) en las menores de 45 años (6%), Kp entre 45 y 65 (7%) y Ef en las mayores de 65 (6%). *Proteus mirabilis* (Pm) ocupó el 4° lugar en los 3 grupos (5-6%). En Ec la resistencia a ampicilina (AMP), ampicilina/sulbactam (AMS), cefalotina (CEF), cotrimoxazol (TMS), fluorquinolonas (FQS), nitrofurantoina (NIT) y gentamicina (GEN) en los 3 grupos etarios osciló entre 58-62%, 53-58%, 29-31%, 20-43%, 20-30%, 20-41% y 8-13% respectivamente, mientras que la resistencia a cefalosporinas de 3° generación (C3G) fue del 3% en los 3 grupos. Se observó un incremento estadísticamente significativo con respecto al período anterior (p<0,005) en la resistencia de Ec a AMP, AMS, CEF y TMS entre las menores de 45 años, a AMS y TMS entre 45 a 65 años y a AMP, AMS; CEF; GEN y FQS entre las mayores de 65 años. En Ef la resistencia a FQS y a NIT osciló entre 21-47% y 0-2% respectivamente, no observándose resistencia a AMP ni a los glucopéptidos y registrándose un aumento significativo en la resis-

tencia a las FQS entre las mayores de 45 años. En Kp la resistencia a AMS, CEF, C3G, FQS, TMS, NIT y GEN osciló entre 50-65%, 17-39%, 10-22%, 13-22%, 30-33%, 47-65% y 10-30% respectivamente, observándose solamente un aumento significativo en la resistencia a AMS entre las mayores de 65 años. **Conclusiones:** Ec continúa siendo el agente etiológico más frecuente de IU en mujeres ambulatorias independientemente de la edad. Se observa un aumento en la prevalencia de Ef a expensas de Ss y Kp y un incremento significativo en la resistencia a la mayoría de los ATM orales que se utilizan en el tratamiento de la IU en la comunidad.

42. Etiología y resistencia a los antimicrobianos (ATM) en urocultivos de pacientes internados. Granados Gabriela¹, Rodríguez Cynthia¹, Saposnik Elsa¹, Rodríguez Carlos¹, Tiraboschi Nora², Lasala María Beatriz³, Vay Carlos¹, Famiglietti Angela¹.

¹Laboratorio de Bacteriología, Departamento de Bioquímica Clínica, Fac. de Farmacia y Bioquímica ²Laboratorio de Micología. ³Servicio de Infectología, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Se evaluó la prevalencia de microorganismos y la resistencia a los ATM según el sexo en urocultivos de pacientes internados entre el 1/1/2004 y el 31/12/2005. Se consideraron positivos aquellos que presentaron leucocituria (> 5 leucocitos / cpo de 400x) y recuento microbiano = 10⁵ UFC/ml. La prevalencia de gram-negativos fue del 48% en hombres y 47% en mujeres; *Candida* spp (Csp): 33 y 37% respectivamente y gram-positivos de 19y16% respectivamente. La frecuencia relativa de los microorganismos en hombres fue: Csp 33% (*Candida albicans* (Ca): 40% y *Candida* no albicans: 60%), *Pseudomonas aeruginosa* (Pa): 10%, *Proteus mirabilis* (Pm) 9%, *Enterococcus faecalis* (Ef): 9%, *Escherichia coli* (Ec): 8%, *Enterococcus faecium* 5%, *Acinetobacter* spp. 5%, *Klebsiella pneumoniae* (Kp): 5% y otros:16%. En mujeres los microorganismos hallados fueron: Csp: 37% (Ca: 38% y *Candida* no albicans: 62%), Ec: 19%, Ef 8%, Kp: 8%, Pa: 7%, *Enterococcus faecium* 4%, *Acinetobacter* spp. 4%, Pm: 4% y otros: 9%. La resistencia en Ec a ampicilina (AMP), ampicilina/sulbactam (AMS), piperacilina (PIP), cefalotina (CEF), cefalosporinas de 3° generación (C3G), gentamicina (GEN), y ciprofloxacina (CIP) fue mayor en hombres que en mujeres (90-74, 79-70, 65-48, 55-52, 25-20, 25-22 y 40-39% respectivamente) mientras que a nitrofurantoina (NIT) y cotrimaxazol (TMS) fue mayor en mujeres (24-15 y 55-50%). En Pa la resistencia a PIP, ceftazidima, cefepime, imipenem y meropenem fue mayor en mujeres que en hombres (56-42, 50-38, 56-54, 50-38 y 44-38% respectivamente) mientras que a ampicilina, GEN, CIP y colistín fue mayor en hombres (96-89, 96-78, 79-67 y 9-0%). En Kp la resistencia fue mayor en hombres que en mujeres (AMP: 82-60, AMS: 77-33, PIP y CEF: 68-40, C3G: 55-20, GEN: 64-30, CIP: 77-50 y TMS: 86-50%). En Ef la resistencia a CIP, NIT y glucopéptidos fue del 76, 4 y 17% en mujeres y 71, 0 y 5% en hombres. En Pa la resistencia a AMS, PIP y CEF fue mayor en mujeres que en hombres (83-73, 78-55 y 70-55% respectivamente) mientras que a C3G, GEN, CIP, NIT y TMS fue mayor en hombres (55-43, 55-52, 64-57, 100-87 y 73-52%). Por otra parte no se observó resistencia a fluconazol en Ca mientras que en *Candida* no albicans la resistencia fue 10% en mujeres y 6,5% en hombres. **Conclusiones:** se observa un incremento en la prevalencia de levaduras y Ef con respecto a años anteriores y un incremento en la resistencia a los ATM de elección para el tratamiento de IU tales como ciprofloxacina.

43. Incremento de la resistencia a macrólidos en estreptococo del grupo B de embarazadas. García S. D.¹, Gómez A.², Lazzo M. J.², Copolillo E. F.³, Cora Elisabeth M.³, de Torres R.², Vay C. A.¹, Famiglietti A. M. R¹

¹Laboratorio de Bacteriología. Departamento de Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. ²Carrera de Especialización en Bacteriología Clínica. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. ³Sección Patología del Tracto Genital Inferior y

Colposcopia, 1^o Cátedra de Obstetricia. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Facultad de Medicina. UBA.

Eritromicina o clindamicina se proponen como tratamiento antibiótico alternativo para realizar la profilaxis intraparto de mujeres embarazadas alérgicas a la penicilina para prevenir infecciones perinatales por estreptococo del grupo B (EGB). El porcentaje de resistencia varía según el área geográfica y fue incrementándose con el transcurso de los años a nivel mundial. El objetivo de este trabajo fue evaluar la evolución de la resistencia a macrólidos y lincosamidas en EGB, aislados de mujeres entre las semanas 28 a 35 de gestación. Se estudiaron 66 y 78 aislamientos de EGB en los períodos 2000-2002 y 2003-2004 respectivamente. Se determinó la concentración inhibitoria mínima (CIM) de eritromicina y clindamicina por el método de dilución en agar según el NCCLS. Sobre los aislamientos resistentes a eritromicina se evaluó el fenotipo (M y MLS₂) mediante la prueba del doble disco. En el primer período la resistencia a eritromicina fue 3% y el fenotipo hallado fue iMLS₂, en el segundo período el porcentaje de resistencia fue 11,5% y la distribución de los fenotipos fue iMLS₂ (4), cMLS₂ (3) y Eflujo M (2). Se observó un incremento en la resistencia a macrólidos estadísticamente no significativa, p (Fisher)= 0,051556, y el fenotipo de resistencia a macrólidos prevalente fue iMLS₂ que confiere además resistencia a clindamicina independientemente del resultado del antibiograma. **Conclusion:** El incremento de resistencia a macrólidos observado por el momento no es significativo pero podría serlo con un mayor tamaño muestral, pues el valor de p está en el límite. Estos resultados constituyen un alerta que indica la necesidad de evaluar la sensibilidad in vitro a eritromicina y clindamicina en particular en pacientes alérgicas a penicilina.

44. Estudio de prevalencia de los principales patógenos del tracto genital inferior según grupo etario y en embarazadas. Perazzi Beatriz¹, Coppolillo Enrique², Losada Mirta¹, Eliseht Martha Cora², Malamud de Ruda Vega Hilda², Vay Carlos¹, de Torres Ramón³, Famiglietti Angela¹.

¹Laboratorio de Bacteriología Clínica. Departamento de Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. ²Sección del Tracto Genital Inferior. ^{1^{ra}} Cátedra de Obstetricia. Hospital de Clínicas. UBA. ³Carrera de Especialización en Bacteriología Clínica. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. Argentina.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de las principales infecciones del tracto genital inferior (TGI), tales como candidiasis, vaginosis bacteriana (VB) y trichomoniasis, además de otros patógenos, según el grupo etario y durante el embarazo. **Materiales y métodos:** Desde el 1 de enero y hasta el 31 de diciembre de 2005, se estudiaron retrospectivamente 421 pacientes embarazadas, 235 mujeres adultas, 55 adolescentes (11 a 18 años) y 30 niñas (= 10 años). A todas las pacientes se les realizó estudio microbiológico del contenido vaginal que incluyó el examen en fresco, la coloración de Gram, la coloración de Giemsa prolongado, y cultivo en agar Columbia con 5% de sangre humana, incubación de 48 hs. a 37 °C en atmósfera de 5% de CO₂ y presencia de humedad. Para el diagnóstico de vaginosis bacteriana se utilizó el score de Nugent. **Resultados:** La prevalencia de *Candida* spp. en las pacientes embarazadas, adultas, adolescentes y niñas fue de 23.7, 15.3, 16.4 y 10% respectivamente. Con respecto a la prevalencia de VB en los mismos grupos fue de 18.5, 19.1, 20 y 0 % respectivamente. No se encontraron *Trichomonas vaginalis* en niñas y adolescentes, mientras que en las mujeres embarazadas y adultas las prevalencias fueron de 2.1 y 2.6 respectivamente. De las 30 niñas estudiadas, 19 presentaron flora habitual (*Corynebacterium* spp./ *Streptococcus* grupo *viridans*), 5 flora entérica (*Escherichia coli*/ *Enterococcus faecalis*), 1 *Shigella* sp., 2 *S. pneumoniae* y 3 *Candida* spp. **Conclusiones:** Candidiasis y vaginosis bacteriana son las patologías más frecuentes del tracto genital inferior tanto en mujeres embarazadas como no embarazadas. Sin embargo, se observaron bajas prevalencias de trichomoniasis en la población de mujeres estudiadas. Por otra parte, microorganismos no habituales en el contenido vaginal, fueron causas de vaginitis en las niñas.

45. Prevalencia de *Chlamydia trachomatis* en pacientes del Hospital de Clínicas "José de San Martín". 2001-2005. Entrocassi A. C.¹; Gallo Vaulet M. L.¹, Toledano A.¹, Famiglietti A. M. R.², Rodríguez Fermepeín M.¹

¹Unidad de Estudios de Chlamydia y Otras Infecciones del Tracto Genital, Cátedra de Microbiología, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA, Buenos Aires, Argentina. ²Sección de Bacteriología, Departamento de Bioquímica Clínica, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: *C. trachomatis* es el agente responsable de la infección genital bacteriana transmisible sexualmente de mayor prevalencia en el mundo, pudiendo causar cervicitis, uretritis, EIP, conjuntivitis de inclusión y *ophthalmia neonatorum*. **Objetivos:** Establecer la prevalencia de infecciones por *C. trachomatis* y la distribución de sus genotipos en el Hospital de Clínicas "José de San Martín". **Materiales y métodos:** Se estudiaron un total de 1.506 muestras (611 masculinas y 845 femeninas) de pacientes que solicitaron diagnóstico de infección por *C. trachomatis* en la Sección de Bacteriología del Hospital de Clínicas entre 2001 y 2005. La detección de *C. trachomatis* se llevó a cabo mediante amplificación génica del gen *ompA* (PCR) y mediante cultivo celular con posterior revelado por inmunofluorescencia. En todas las muestras se ensayó la amplificación mediante PCR del gen β -actina como criterio de aceptación de las mismas. La genotipificación de *C. trachomatis* se realizó mediante el análisis de polimorfismos de fragmentos de restricción (RFLP). **Resultados:** La edad promedio de los pacientes estudiados fue de 34 años, sin variaciones significativas entre ambos sexos. Entre las causas de la demanda de diagnóstico se encontraron: presencia de sintomatología, estudios de fertilidad en curso, diversos controles. Se detectó *C. trachomatis* en 33 muestras (2,19%), de las cuales 18 provienen de muestras genitales masculinas, 12 de muestras genitales femeninas, 1 de conjuntiva de adulto, 1 de conjuntiva de neonato y 1 de un absceso tubárico. Se encontraron los genotipos D, E, F, G, I, J, K; de los cuales el E fue el más abundante con más del 50%, seguido por el genotipo D. No se pudieron genotipificar dos muestras de origen genital masculino. **Conclusiones:** Los valores de prevalencia de infección por *C. trachomatis* hallados son relativamente bajos, pero coinciden con datos recabados de la bibliografía que refiere a poblaciones con perfiles similares al del presente estudio. La diferencia de prevalencias entre la población femenina y la masculina podría corresponder a la variación entre el perfil de unos y otros pacientes analizados, en particular en lo referente a los motivos por los que concurren a consulta. La distribución de genotipos descripta en este trabajo es similar a la encontrada en estudios realizados en diversos países.

46. Perfil de sensibilidad a los antimicrobianos de *Neisseria gonorrhoeae* en el nuevo milenio. García S. D.¹, De Mier C.¹, Casco R.², D'Agostino A.³, De Torres R.³, Yaya J.³, Vay C. A.¹, Famiglietti A. M. R.¹

¹Laboratorio de Bacteriología. Departamento de Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas José de San Martín. Facultad de Farmacia y Bioquímica. U.B.A. ²Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual. Hospital de Clínicas José de San Martín. U.B.A. ³Carrera de Especialización en Bacteriología Clínica. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA.

La emergencia de *N. gonorrhoeae* (Ng) resistente a los antimicrobianos inclusive los de última generación recomendados para el tratamiento de gonorrea, quinolonas fluoradas y cefalosporinas de tercera generación, constituye un problema mundial. El objetivo de este trabajo fue evaluar el perfil de sensibilidad a 8 antibióticos en Ng. Se estudiaron 205 aislamientos, no reiterados, de Ng provenientes de los pacientes que concurren al programa de ETS del Hospital desde enero de 2000 hasta septiembre de 2005. Sobre todos los aislamientos se detectó la presencia de β -lactamasa por el método de la cefalosporina cromogénica Nitrocefín. Se determinó la concentración inhibitoria mínima (CIM) por el método de dilución en agar de: penicilina, ceftriaxona, tetraciclina, minociclina, eritromicina, azitromicina, ciprofloxacina y espectinomina. Se consideró resis-

cia a penicilina cuando la CIM fue =1 mg/ml en ausencia de penicilinas. La interpretación de los resultados se realizó según el CLSI para Ng excepto para minociclina que se utilizó el punto de corte (CLSI) para bacilos gram-negativos y en macrólidos se consideró resistente cuando la CIM fue ≥ 2 mg/ml de acuerdo a publicaciones previas. El 10.1% de los aislamientos fue β -lactamasa positivo, mientras que la resistencia cromosómica a penicilina fue 4.2%. La CIM₉₀ de penicilina fue 0.5mg/ml. Se detectó 12.2% resistencia a tetraciclina mientras que solo 0.6% fueron resistentes a minociclina (CIM₉₀ = 2 y 0.5 mg/ml respectivamente). El 19.2% de Ng fue resistente a eritromicina (CIM₉₀ = 2mg/ml), azitromicina mostró mayor actividad (CIM₉₀ = 0.5 mg/ml). El 1.1% de los aislamientos presentaron resistencia de alto nivel a ciprofloxacina (CIM₉₀ = 0.002 mg/ml). Espectinomocina mostró buena actividad con solo 0.6% de resistencia ((CIM₉₀ = 32 mg/ml). El 100% de los aislamientos fueron sensibles a ceftriaxona (CIM₉₀ = 0.004mg/ml). **Conclusiones:** La resistencia a fluorquinolonas está presente en nuestro medio. Esto constituye un alerta pues el tratamiento de primera línea para gonorrea no complicada se realiza con ciprofloxacina u ofloxacina. Se destaca la importancia de realizar cultivo para la búsqueda de Ng tanto en pacientes sintomáticos como asintomáticos y el cultivo posterior al tratamiento antibiótico como control de erradicación del microorganismo.

47. Subtipos de stroke, factores de riesgo y severidad. Resultados de una cohorte hospitalaria. Sposato Luciano A., Nesa Rodrigo, Rosa Roberto, Ferreiro Jorge Luis.

Sección de Enfermedades Neurovasculares. Neurología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Si bien el 40% de las muertes ocurridas en el mundo por strokes ocurren en países en desarrollo, escasos estudios han aportado información sobre factores de riesgo, subtipos de stroke, severidad y mortalidad en países de Sudamérica. La mayoría de los datos provienen de países europeos y de América del Norte, donde las características étnicas y socio-económicas son distintas. **Materiales y métodos:** Todos los pacientes stroke isquémico (SI) o hemorrágico (SH) internados entre el 01/01/2002 y 30/06/2003 fueron incluidos prospectiva y consecutivamente en el registro del hospital completando un formulario con variables predefinidas en un manual instructivo. Los pacientes fueron seguidos diariamente por 3 neurólogos durante la internación hasta el momento del alta o su fallecimiento. La severidad fue evaluada al ingreso con la Escala de Stroke del National Institutes of Health (NIHSS). **Resultados:** Los resultados se expresaron en frecuencias con intervalos de confianza para el 95%:

Subtipo	Frecuencia	HTA	DBT	TBQ	FA	NIHSS	Muerte
Hemorrágico	19(14-23)	67(53-80)	21(9-32)	23(11-35)	21(9-32)	11.5	31(18-44)
Isquémico	81(76-86)	75(74-85)	28(22-34)	30(24-36)	31(25-37)	8.5	13(9-18)
Gran Vaso	3.5(1.5-5.5)	79(52-99)	23(12-33)	44(12-77)	0	6.4	11(0-32)
Cardioembolia	24(19-29)	84(75-93)	33(3-64)	32(21-48)	75(64-86)	10.6	30(19-41)
Pequeño Vaso	18(13-22)	83(72-94)	33(19-46)	30(17-43)	0	4.5	0
Otras causas	0.81(75-.85)	100	27(18-37)	0	0	6.5	0
Indeterminado	35(30-41)	79(74-84)	26(21-32)	27(22-32)	29(23-34)	8.9	16.3

HTA: hipertensión arterial. DBT: diabetes. TBQ: tabaquismo. FA: fibrilación auricular.

Conclusiones: La hipertensión arterial fue el factor de riesgo más frecuente para todos los tipos de stroke. Encontramos un elevado porcentaje de pacientes sin diagnóstico etiológico del stroke debido a una evaluación incompleta durante la internación. La severidad al ingreso y la mortalidad intrahospitalaria fueron mayores en el SH que en el SI.

48. Escala de stroke del NIH en español para predecir mortalidad intrahospitalaria y tiempo de internación. Sposato Luciano A., Nesa Rodrigo, Rosa Roberto R., Ferreiro Jorge Luis.

Sección de Enfermedades Neurovasculares. Neurología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La Escala de Stroke del NIH -National Institutes of Health- (NIHSS) es una herramienta ampliamente validada para

la cuantificación del daño neurológico luego de un accidente cerebrovascular (ACV) y es utilizada en países anglosajones. Si bien predice mortalidad, grado de invalidez post-ACV y tiempo de internación, no existen reportes acerca de su utilidad cuando es aplicada en español. **Métodos:** Todos los pacientes internados con diagnóstico de ACV entre el 01/01/2003 y el 31/12/2003 fueron prospectiva y consecutivamente incluidos en el estudio. Tres neurólogos entrenados con los videos de la NIHSS registraron el puntaje para cada paciente al ingreso. Se utilizó regresión logística múltiple para evaluar un puntaje > 14 en la NIHSS como determinante de mortalidad intrahospitalaria y tiempo promedio de internación (TPI) > 6 días, ajustados por edad, sexo y tipo de ACV (hemorrágico vs. isquémico). Se determinó la frecuencia de factores de riesgo vascular como hipertensión arterial (HTA), diabetes (DBT), tabaquismo (TBQ) y fibrilación auricular (FA). **Resultados:** Se incluyeron 171 pacientes con diagnóstico de ACV isquémico (82%, IC95% 74-86) y hemorrágico (20%, IC95% 14-26). Edad media de 78.7 años, con 52% de hombres. La HTA fue el factor de riesgo más frecuente (78%, IC95% 72-84), seguido por FA (32%, IC95% 25-39), TBQ (26%, IC95% 19-32) y DBT (25%, IC95% 19-31). Los resultados de la regresión logística múltiple se muestran en la tabla.

	n	TPI > 6		Mortalidad Intrahospitalaria			P	
		OR	IC95%	P	n	OR		IC95%
NIHSS > 14	33	3.61	1.49-8.76	0.005	33	26.3	7.8-88.3	< 0.001

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que una versión en español de la NIHSS, al igual que su versión original en inglés, puede predecir mortalidad intrahospitalaria y TPI cuando es aplicada por médicos con entrenamiento formal. Son necesarios estudios de validación de la escala para poder aplicarla en estudios epidemiológicos y farmacológicos en países de habla hispana.

49. Composición del costo anual del stroke en un sistema prepago. Sposato Luciano A.

Sección de Enfermedades Neurovasculares. Neurología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Los costos de la salud en Argentina aumentan a un promedio de 7% anual, independientemente de las cifras inflacionarias. Solo el 62% de la población tiene una obra social o seguro de salud bajo la forma de prepagos, mutuales u obras sociales. En algunos países el costo del stroke representa el 4% del presupuesto anual en salud. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la composición porcentual del costo directo de la enfermedad cerebrovascular en un sistema prepago de Argentina. **Método:** Se obtuvieron datos de una empresa de medicina prepaga. Se incluyeron todos pacientes que sufrieron un stroke entre el 03/01/2001 y el 28/02/2002. Se evaluó la composición del costo económico generado por esos pacientes categorizándolo en gastos ambulatorios (AMB) VS. internación (INT). Estos últimos fueron subdivididos en cargos por estadía (EST), medicaciones (MED), material descartable (DES), estudios complementarios (COM), honorarios médicos (HON) y procedimientos quirúrgicos (PQX). **Resultados:** Se incluyeron 79 pacientes (53 hombres; edad media 59.8 años) internados con stroke en 9 provincias con un promedio de días de internación (ALOS) de 9.44. Veinticuatro fueron accidentes isquémicos transitorios (ALOS 2.2 días), 31 strokes isquémicos (SI) [ALOS 17.52 días], 11 hemorrágicos (SH) [ALOS 6 días], 10 hemorragias subaracnoideas (HSA) [ALOS 7.6] y 3 indeterminados (IN) [ALOS 2 días]. La composición de los costos se presenta en la tabla (valores porcentuales).

	EST %	MED %	DES %	COM %	HON %	PQX %	INT %	AMB %
AIT	12	1	0	3	1	0	18	82
SI	49	15	2	3	2	1	72	28
SH	29	11	4	8	5	8	65	35
HSA	30	4	3	4	2	17	60	40
IN	30	3	1	3	1	4	42	58
Todos	38	10	2	4	2	5	61	39

Conclusión: La internación fue el mayor determinante del costo del stroke en nuestra población de pacientes pertenecientes a una empresa de medicina prepaga.

50. Hiperglucemia como predictor de mortalidad para el stroke. Zamora R., Esnaola M. M., Fustinoni O., Cirio J. J., Domínguez R., Sposato L.

Registro Nacional de enfermedades cerebrovasculares (RE-NACER).

Introducción: La hiperglucemia se ha asociado a una mayor permeabilidad de la barrera hematoencefálica, edema cerebral y transformación hemorrágica luego del accidente cerebrovascular (ACV) en estudios de investigación básica. Si bien estudios clínicos sugieren que la hiperglucemia se asocia a un peor pronóstico, no existen datos sobre la relación entre hiperglucemia al ingreso y mortalidad intrahospitalaria luego de un ACV en países sudamericanos, donde el control de factores de riesgo vascular y las características étnicas, genéticas y socio-económicas pueden ser distintas. **Métodos:** Se incluyeron prospectivamente pacientes con diagnóstico de ACV entre el 01/11/2004 y el 31/07/2005 en el registro nacional de accidentes cerebrovasculares (ReNACer). Los datos fueron registrados en un formulario prediseñado con variables predefinidas en un manual instructivo. Las variables continuas se analizaron con el test de T y las dicotómicas con Chi2. Se utilizó regresión logística múltiple para evaluar la relación entre hiperglucemia al ingreso (glucosa > 130 mg/dl) y mortalidad intrahospitalaria, ajustada por la presencia de diabetes (DBT), edad, sexo, subtipo de ACV (hemorrágico vs. isquémico) y otros factores de riesgo vasculares: hipertensión arterial (HTA), Tabaquismo (TBQ), dislipemia y fibrilación auricular (FA). Se incluyeron en el modelo variables con $p < 0.2$ hasta obtener el mejor modelo reducido. Se analizó el ajuste mediante Hosmer Lemeshow. **Resultados:** de los 1399 pacientes incluidos, se analizaron los 1132 ACV isquémicos (80.9%) y 193 hemorrágicos (13.8%). La edad promedio fue 69.01 años (68.3-69.72); 57.8% fueron hombres y 42.2% mujeres. No se analizaron pacientes con hemorragia subaracnoidea o ACV indeterminado. En el análisis univariado no se asoció a muerte la edad (media de 70.6 en muertos vs 68.8 vivos; $p = 0.14$), sexo masculino (55.7% vs 58% -muertos y vivos-; $p = 0.62$), HTA (80.9 vs 82.3; $p = 0.71$), DBT (21.3 vs 22.5; $p = 0.77$), tabaquismo (33.1 vs 33.3; $p = 0.96$) o dislipemia (28.4 vs 32.1; $p = 0.46$). La FA estuvo cercana al valor de significancia (19.7 vs 14; $p = 0.08$). Se asociaron a muerte: hiperglucemia (57.3 vs 33.2; $p < 0.01$) y ACV hemorrágico (31.1 vs 12.9, $p < 0.01$). 44.9 y 33.8% de los ACV hemorrágicos e isquémicos presentaron hiperglucemia respectivamente ($p < 0.01$); sin embargo la hiperglucemia sigue asociándose a muerte al analizarse sólo ACV isquémicos ($p < 0.01$). En el modelo final del análisis multivariado se incluyeron la edad, sexo, tipo de ACV e hiperglucemia. Sólo estos 2 últimos se encontraron significativos (OR 1.18, 1.11-1.26) y (OR 2.47, 1.65-3.70) respectivamente. El estadístico de Hosmer-Lemeshow fue 1.49 ($p = 0.99$). **Conclusión:** en nuestra población la presencia de hiperglucemia y ACV hemorrágico se asociaron significativamente a muerte intrahospitalaria. La FA estuvo cerca del valor de significancia en el análisis univariado. Otros factores de riesgo vascular no se asociaron a mortalidad.

51. Mortalidad intrahospitalaria en 3 cohortes sucesivas luego de la utilización de guías de práctica clínica. Zamora Rafael José, Rosa Roberto, Nesa Rodrigo, Ferreira Jorge, Sposato Luciano.

Servicio de Neurología del Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La internación en unidades de stroke se asoció a una disminución de la mortalidad y grado de incapacidad, efecto que se sostiene a los 10 años. El éxito de esta intervención terapéutica se ha atribuido al entrenamiento del personal especializado y a la utilización de guías de práctica clínica (GPC). El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de la implementación de GPC sobre el tiempo promedio de internación (ALOS) y la mortalidad intrahospitalaria en 3 cohortes independientes pertenecientes a un mismo hospital. **Métodos:** Durante los años 1998 y 1999 se ingresaron al registro hos-

pitalario todos los pacientes internados con diagnóstico de stroke (isquémico y hemorrágico). Se incluyeron datos demográficos, factores de riesgo, complicaciones, ALOS y mortalidad intrahospitalaria. Utilizando regresión logística múltiple, se compararon el ALOS dicotomizado = 0 < 6 días o > 6 días y la mortalidad intrahospitalaria, estratificados por edad, sexo y factores de riesgo vascular, entre la cohorte de 1998-1999 y otras dos cohortes del mismo hospital. La primera de ellas incluyó pacientes desde el 01/01/2002 al 30/06/2003 y la segunda, desde el 01/01/2005 al 31/12/05. Se analizó mediante el Wilcoxon Rank Sum Test y Kruskal Wallis (univariado). Se incluyeron en el modelo logístico aquellas con $p < 0.2$, considerándose la primera cohorte como dummy. **Resultados:** se incluyeron 506 pacientes, 409 isquémicos (80.8%) y 97 hemorrágicos (19.2%). La edad promedio fue 74.94 años (73.22-76.75). 248 hombres (49%) y 258 mujeres (51%). 249 pertenecieron a la primer cohorte, 272 a la segunda y 85 a la tercera. En el análisis univariado no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto al sexo, HTA, DBT, FA o TBQ. Se encontró diferencia en cuanto a la edad (media de 73.6, 76.2 y 72.6 en las 3 cohortes; $p = 0.02$). Hubo diferencia significativa de la mortalidad en las cohortes (20, 14.5 y 9.4%; $p = 0.01$) pero también en cuanto a tipo de stroke (76.8, 82 y 90.5% de isquémicos; $p < 0.01$). Cuando se analizó la influencia de los factores de riesgo en la mortalidad, sólo la FA estuvo significativamente asociada (41,5% muertos vs 25.7% vivos; $p < 0.01$). En el análisis multivariado no hubo diferencia de mortalidad entre las cohortes, sólo la FA (OR 2.52; 1.48-4.32) y el stroke isquémico (OR 0.14; 0.14-0.44 en relación al hemorrágico) influyeron en la mortalidad (Hosmer Lemeshow 3.43; $p = 0.90$). Hubo menor ALOS consecutivamente en las cohortes (68, 49.7 y 41% respectivamente, $p < 0.01$). Se asociaron a ALOS tanto la edad (75.9 ALOS > 6 días vs 73.4; $p < 0.01$) y el TBQ (34% vs 24.4%; $p = 0.02$) en el análisis univariado, no hubo diferencias en cuanto al tipo de stroke. Se encontró diferencias entre la segunda cohorte (OR 0.47; 0.31-0.7) y la tercera (OR 0.34; 0.21-0.57) en relación a la primera. El TBQ persistió siendo significativo (OR 1.56; 1.03-2.36). **Conclusiones:** no pudo establecerse que las GPC hayan disminuido la mortalidad. Esta estuvo influenciada por el tipo de stroke y la presencia de FA (tal vez por la elevada prevalencia de isquémicos). Se comprobó una disminución de los días de internación entre la cohortes, probablemente vinculadas al uso de GPC. El TBQ se asoció con mayor tiempo de internación.

52. Tratamiento farmacológico de los pacientes con hipotensión ortostática. Romano Eduardo, López Soutrich Guillermo, Repetto Horacio, Catalano Nora, Zopatti Damián, Melero Marcelo.

Departamento de Medicina, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Evaluar la respuesta al tratamiento farmacológico de los pacientes con hipotensión ortostática sintomática (HO). **Pacientes y métodos:** Se estudiaron 16 pacientes con HO. Erán 10 mujeres (edad: 16 - 78 años) y 6 varones (edad: 26 - 91 años). El diagnóstico de HO se estableció de acuerdo a los criterios de la Asociación Neurológica Norteamericana y del Consenso de Disautonomías de EEUU. Todos los pacientes habían tenido síncope o presíncope. La enfermedad de base identificada fue: atrofia multisistémica (6 pacientes), falla autonómica pura (3 pacientes), enfermedad de Parkinson (1 paciente), diabetes mellitus (1 paciente), artritis reumatoidea (1 paciente), parálisis cerebral (1 paciente), idiopática (4 pacientes). Todos los enfermos fueron controlados quincenalmente, durante los primeros 3 meses y posteriormente cada 30 días, durante por lo menos seis meses. El tratamiento farmacológico, incluyó el uso de mineralocorticoides (alfa fludrocortisona), simpaticomiméticos (midodrine) y/o beta bloqueantes (metoprolol) en forma individual o combinada. Las dosis de los fármacos se determinaba en función de los valores de la presión arterial ortostática. **Resultados:** Con el tratamiento se observó la corrección de los valores de PAS ortostática en 15 pacientes (10 mujeres, 5 varones) y de la PAD ortostática en 13 pacientes (8 mujeres y 5 varones) o de ambas que se acompañó de la remisión de los síntomas. En 2 pacientes hubo una mejoría de las manifestaciones de HO que no se acompañó de un aumento significativo de la presión arterial. **Conclusiones:** El tra-

tamiento farmacológico de la HO, que puede requerir una o más drogas, mejoró los síntomas en todos los enfermos. La corrección de los valores de PA puede registrarse en la PA sistólica, en la PA diastólica o en ambas. En algunos pacientes la remisión de los síntomas del síndrome de HO puede obtenerse sin que se corrijan en forma significativa las cifras de PA.

53. Pacientes cardiopatas embarazadas e indicadores de evolución materna adversa. Monteverde M., Crosa V., Robert S., Ruda Vega H., Barata A., López Soutric G., Vázquez Blanco M., Lerman J.

Divisiones Cardiología y Obstetricia. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Antecedentes: Los avances logrados en la terapéutica, han hecho posible que cada vez más mujeres con enfermedades cardíacas, puedan llevar a término una gestación. Sin embargo, no está clara la influencia de determinados indicadores de riesgo en la evolución de estas pacientes. **Objetivos:** evaluar la importancia de algunos indicadores, en la evolución materna. **Materiales y métodos:** Se analizaron 136 embarazos en 116 pacientes (P), con Cardiopatías internadas entre diciembre de 1985 y diciembre de 2003. Cuarenta y dos P tenían cardiopatías congénitas y 74 cardiopatías adquiridas. Se analizó la existencia de: hipertensión pulmonar (HTP), cianosis (CNS), disfunción ventricular izquierda (DVI), el uso de anticoagulantes orales (ACO), las complicaciones maternas no obstétricas y los embarazos perdidos. Cuarenta embarazadas normales sirvieron como grupo control. Para evaluar las diferencias entre los grupos se utilizó el test de X2 o exacto de Fischer, el test de Student y el test de Man Whitney según correspondiere. **Resultados:** Las complicaciones maternas fueron mas frecuentes en las cardiopatas respecto de las normales, 36% vs. 0% (p0.0002). Las P con CNS e HTP tuvieron más complicaciones maternas (p 0.04 y p 0.0002 respectivamente). En las P con DVI o que recibieron tratamiento anticoagulante oral no se observaron diferencias significativas. **Conclusión:** La presencia de CNS e HTP predicen una mayor incidencia de complicaciones durante el embarazo. La DVI aislada y el uso de anticoagulación oral no fueron en este grupo predictores de complicaciones.

54. Hipertensión arterial como factor pronóstico de la evolución de los pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica. Pupi L. M., Leonardi M., Fernández R., Sampó E.

Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La Hipertensión Arterial (HTA), es junto a la diabetes, las dislipemias, y el hábito de fumar, uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedad coronaria. Por otro lado, es común observar en el postoperatorio de las cirugías de revascularización miocárdica, el desarrollo de arritmias (siendo la más frecuente la fibrilación auricular), y de HTA, que habitualmente se atribuyen al aumento del tono simpático. **Objetivos:** analizar la frecuencia de aparición de HTA en los pacientes (ptes) sometidos a cirugía de revascularización miocárdica (CRM) en un lapso de 69 meses, en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares de este hospital, cuales fueron los tratamientos realizados, y cual fue la influencia de la HTA sobre las complicaciones postoperatorias más frecuentes. **Materiales y métodos:** se analizó en forma retrospectiva las características y la evolución de los 91 ptes (57 hombres y 34 mujeres) sometidos a CRM entre enero del 2000 y setiembre del 2005, en cuanto a la prevalencia de HTA en este grupo, el desarrollo de HTA, los tratamientos realizados y la evolución clínica durante la estadía en la Unidad. **Resultados:** la edad promedio de este grupo de ptes fue de 71.6 años (D.S. ± 9.7), el 84.% de los ptes operados padecían de HTA (77 de 91 ptes), de los cuales el 64% (50 de 91 ptes) recibían tratamiento con β-bloqueantes, 41% (32 de 91 ptes) recibían inhibidores de la enzima de conversión (IECA), 7.7% (6 de 91 ptes) recibían bloqueantes cálcicos (BC) y 11.6% (9 de 91 ptes) recibían

diuréticos (la mitad de ellos como tratamiento de insuficiencia cardíaca). De la población de hipertensos, durante su estadía en la Unidad, desarrolló HTA el 50.6% (39 de 77 ptes). Presentó HTA el 75.6% (28 de 37ptes), de los hombres y el 37.5% (9 de 24 ptes), de las mujeres (p = 0.004). El 95.6% de los cuadros de HTA se manejaron con goteo de nitroglicerina (NTG), un 33% de los ptes recibió β bloqueantes (la mayoría adicionado a la NTG), y un 10% de los ptes requirió nitroprusiato de sodio. La complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron las taquiarritmias y los sangrados que provocaron caída de hematocrito de más de 5 puntos o reintervención pero no se encontró relación entre el desarrollo de HTA y estas complicaciones. El 23% (9 de 39) de los ptes que presentaron HTA sangraron. El 32% (9 de 37) de los pacientes que desarrollaron HTA presentaron taquiarritmias, de las cuales la más frecuente fué la fibrilación auricular vs el 35% (14 de 39) de los ptes. que no desarrollaron HTA (NS). Al alta los ptes fueron medicados con β bloqueantes el 75.8% (69 de 91ptes), IECA el 41% (38 de 91 ptes) **Conclusiones:** 1. La HTA tiene muy alta prevalencia entre los pacientes que van a ser sometidos a CRM. 2. El desarrollo de HTA fue más frecuente en el posoperatorio de CRM, en ptes hipertensos varones. 3. El desarrollo de HTA no se asoció en forma significativa con complicaciones postoperatorias. 4. La mayor parte de los cuadros de HTA respondieron al tratamiento con NTG y β bloqueantes, requiriéndose NPS en algunos casos aislados que no respondieron a las drogas mencionadas anteriormente. 5. Los β bloqueantes y los IECA fueron las drogas más prescritas al alta. 4. A pesar de las recomendaciones del JNC, sólo una minoría de los ptes. recibían al ingreso diuréticos como tratamiento antihipertensivo.

55. Eficacia de los criterios clínicos para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en pacientes con disnea que consultan en un Servicio de Urgencias. Ber M., Piñero D. J., Pargament G., Castro M., Francioni S., Mazzei J. A.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

El péptido natriurético cerebral (BNP) es una neurohormona que ha demostrado su utilidad para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC). **Objetivos:** Determinar eficacia estadística (sensibilidad [SENS], especificidad [ESP], valor predictivo positivo [VPP] y negativo [VPN] y precisión) de los criterios clínicos clásicos para el diagnóstico de IC respecto al BNP en pacientes con disnea que consultan en un servicio de urgencias. **Métodos:** Se estudiaron 60 pacientes consecutivos (37 mujeres) de 76 ± 14 años. Se efectuó evaluación clínica y determinación de BNP. **Resultados:**

	SENS	ESP	VPP	VPN	Precisión
Criterios de Framingham modificados	92	80	96	67	90
Cardiomegalia	92	40	88	50	83
Ingurgitación yugular	80	80	95	44	80
Crepitantes	74	50	88	28	70
Reflujo hepatoyugular	70	50	88	25	67
Edemas	68	40	85	20	63
Ortopnea	56	60	88	21	57
Derrame pleural	45	90	96	25	53
Tercer ruido	24	90	92	19	35
FC > 120 lat/min	16	80	80	16	27

Conclusiones: Los criterios de Framingham modificados tienen adecuada eficacia estadística. Individualmente, la cardiomegalia es el criterio con mayor SENS, VPN y precisión, el derrame pleural con mayor valor VPP y, este último y el tercer ruido con mayor ESP.

56. Eficacia de los criterios ecocardiográficos para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en pacientes con disnea. Ber M., Piñero D. J., Pargament G., Castro M., Francioni S., Mazzei J. A.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

El ecocardiograma y Doppler cardíaco se emplea clásicamente para diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC). Más recientemente,

se ha propuesto la determinación del péptido natriurético cerebral (BNP) como el método de elección para ese diagnóstico. **Objetivos:** Determinar eficacia estadística (sensibilidad [SENS], especificidad [ESP], valor predictivo positivo [VPP] y negativo [VPN] y precisión) de los criterios ecocardiográficos (fracción de eyección [FE] del ventrículo izquierdo [VI] < 45% o presión de fin de diástole [PFDVI] >12 mm Hg) para el diagnóstico de IC respecto al BNP en pacientes con disnea que consultan en un servicio de urgencias. **Métodos:** Se estudiaron 60 pacientes consecutivos (37 mujeres) de 76 ± 14 años. Se efectuó ecocardiograma y Doppler cardíaco y determinación de BNP. **Resultados:**

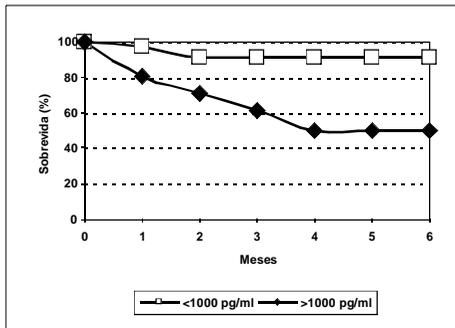
	SENS	ESP	VPP	VPN	Precisión
Criterios ecocardiográficos	78	80	95	42	78
FEVI < 45%	54	100	100	29	61
PFDVI >12 mm Hg	82	71	95	38	80

Conclusiones: Los criterios del ecocardiograma y Doppler tienen adecuada eficacia estadística. Individualmente, la FEVI tiene mayor ESP y VPP y, la PFDVI mayor SENS, VPN y precisión.

57. El péptido natriurético cerebral tiene valor pronóstico en los pacientes con disnea aguda. Ber M., Piñeiro D. J., Pargament G., Castro M., Francioni S., Mazzei J. A.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

El péptido natriurético cerebral (BNP) es una neurohormona producida principalmente por los ventrículos que se emplea para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca. **Objetivos:** Evaluar el valor pronóstico en un plazo intermedio (6 meses) de la determinación de BNP en pacientes que consultaron por disnea en un servicio de urgencias. **Métodos:** Se estudiaron 60 pacientes consecutivos (37 mujeres) de 76 ± 14 años. Se determinó el BNP. Se dividió la población entre los pacientes con BNP < 1000 pg/ml (n = 36) y aquellos con BNP = 100 pg/ml (n = 24). Se realizó seguimiento por 6 meses que completaron 36 pacientes. **Resultados:** Los pacientes que fallecieron (n = 10) tuvieron BNP 1975 pg/ml (IC95% 1073-2877) y los que sobrevivieron (n = 26) 831 pg/ml (IC95% 477-1185) (p = 0.004)



Conclusiones: La determinación de BNP no solo tiene valor diagnóstico sino también es útil para el pronóstico.

58. ¿Existe concordancia entre la clínica, la ecocardiografía y el péptido natriurético cerebral en el diagnóstico de insuficiencia cardíaca? Ber M., Piñeiro D. J., Pargament G., Castro M., Francioni S., Mazzei J. A.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Habitualmente se emplean criterios clínicos (CC), criterios ecocardiográficos y Doppler (eco-D) y determinación del péptido natriurético cerebral (BNP) para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC). **Objetivos:** Determinar la concordancia entre los CC (criterios de Framingham modificados), eco-D (fracción de eyección del ventrículo izquierdo < 45% o presión de fin de diástole del ventrículo izquierdo >12 mm Hg) y BNP (BNP > 100 pg/ml) para el diagnóstico

de IC. **Métodos:** Se estudiaron 60 pacientes consecutivos (37 mujeres) de 76 ± 14 años, que consultaron por disnea en un servicio de urgencias. Se efectuó evaluación clínica, ecocardiograma y Doppler y determinación de BNP. **Resultados:**

	BNP		BNP		Eco-D	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI
CC	NO 2	4	Eco-D NO 8	11	CC NO 3	3
	SI 8	46	SI 2	39	SI 16	38
Kappa	0.14		0.43		0.10	

Conclusiones: Existe una moderada concordancia entre los criterios del eco-D y el BNP. La concordancia entre los CC y el eco-D o el BNP son bajas.

59. El estrés de fin de diástole se relaciona con un aumento de la expresión del péptido natriurético cerebral en pacientes con disnea aguda. Ber M., Piñeiro D. J., Pargament G., Castro M., Francioni S., Mazzei J. A.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

El péptido natriurético cerebral (BNP) es una neurohormona cardíaca que se segrega principalmente en los ventrículos, como respuesta a la dilatación volumétrica y a la sobrecarga de presión. **Objetivos:** Determinar la relación entre los estreses de fin de sístole meridional (EFSm) y circunferencial (EFSc) y los estreses de fin de diástole meridional (EFDm) y circunferencial (EFDc) del ventrículo izquierdo (din/cm²/mm Hg) y el BNP en pacientes con disnea aguda. **Métodos:** Se estudiaron 60 pacientes consecutivos (37 mujeres) de 76 ± 14 años, que consultaron por disnea aguda en un servicio de urgencias. Se efectuó eco-Doppler y determinación de BNP. **Resultados:** Media y desvío estándar y correlación con BNP:

	Media ± DE	Análisis univariado		Análisis multivariado			
		R	p	Escalón	R ²	F	p
EFSm	800±438	0.37	<0.05	-	-	-	-
EFSc	330±102	0.17	NS	-	-	-	-
EFDm	233±103	0.49	0.001	1	0.49	7.18	0.02
EFDc	260±127	0.48	0.001	-	-	-	-

Conclusiones: La elevación del BNP se relacionaría principalmente con el incremento de los estreses diastólicos del VI.

60. Niveles del péptido natriurético y criterios clínicos de insuficiencia cardíaca en pacientes con disnea que consultan en un Servicio de Urgencias. Ber M., Piñeiro D. J., Pargament G., Castro M., Francioni S., Mazzei J. A.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

El péptido natriurético cerebral (BNP) es una neurohormona que ha demostrado utilidad para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC). **Objetivos:** Determinar los niveles de BNP en relación con la presencia de criterios clínicos clásicos de IC en pacientes con disnea que consultan en un servicio de urgencias. **Métodos:** Se estudiaron 60 pacientes consecutivos (37 mujeres) de 76 ± 14 años. Se efectuó evaluación clínica y determinación de BNP. **Resultados:**

	n	SI BNP	n	NO BNP	p
Criterios de Framingham modificados	54	1147±1148	6	313±197	NS
Cardiomegalia	51	1170±1159	8	432±647	NS
Ingurgitación yugular	42	1313±1158	18	481±778	0.007
Crepitantes	42	1169±1107	18	817±1145	NS
Reflujo hepatoyugular	40	1125±1351	20	940±1351	NS
Edemas	40	1182±1230	20	827±839	NS
Ortopnea	32	1461±1334	28	610±546	0.003
Derrame pleural	23	1528±1327	36	777±882	0.02
Tercer ruido	13	979±550	47	1087±1236	NS
FC > 120 lat/min	10	1155±1464	50	1045±1056	NS

En el análisis multivariado la ortopnea ($p = 0.003$) y el derrame pleural ($p = 0.02$) tuvieron significación estadística, la ingurgitación yugular no la alcanzó ($p = 0.06$). **Conclusiones:** La presencia de ingurgitación yugular, ortopnea o derrame pleural señala los pacientes con niveles más altos de BNP. Estos dos últimos criterios conservan significación estadística en el análisis multivariado.

61. El desacoplamiento ventrículo-arterial aumenta la expresión del péptido natriurético cerebral en pacientes con disnea aguda. Ber M., Piñeiro D. J., Pargament G., Castro M., Francioni S., Mazzei J. A.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

El péptido natriurético cerebral (BNP) es una neurohormona cardíaca que se segrega principalmente en los ventrículos, como respuesta a la dilatación volumétrica y a la sobrecarga de presión. Por su parte, la relación entre la elasticidad arterial (Ea) respecto a la elasticidad de fin de sístole del ventrículo izquierdo (Efsvi) indica la eficiencia mecánica circulatoria. **Objetivos:** Determinar la relación entre el desacoplamiento ventrículo-arterial, evaluado por la relación Ea/Efsvi y el BNP en pacientes con disnea aguda. **Métodos:** Se estudiaron 60 pacientes consecutivos (37 mujeres) de 76 ± 14 años, que consultaron por disnea aguda en un servicio de urgencias. Se efectuó eco-Doppler y determinación de BNP. **Resultados:** Media y desvío estándar y correlación con BNP:

	Media±DE	R	p
Ea (mm Hg/ml)	1.46±0.68	-0.18	NS
Efsvi (mm Hg/ml)	4.89±4.24	-0.31	NS
Ea / Efsvi	0.55±0.48	0.41	0.03

Conclusiones: La elevación del BNP se explicaría, en parte, por un desacoplamiento ventrículo-arterial, debido a una disminución de la eficiencia mecánica de la contracción.

62. Valor de los cultivos de vigilancia en pacientes intubados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). López Pernas Christian¹, Cardozo Rocío², Sarquis Sergio¹, Sosa Ariel¹, Capdevila Abelardo¹, Muñoz Judith³, Guzmán Glenda³, Luna M².

¹División Terapia Intensiva, ²Neumonología, ³Bacteriología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

La presencia de una vía aérea artificial favorece la colonización traqueobronquial por gérmenes intrahospitalarios y el desarrollo de neumonía asociada al ventilador (NAV). **Objetivo:** Estudiar esa colonización y evaluar su relación con el desarrollo de NAV. **Métodos:** durante 7 meses se incluyeron 75 mayores de 18 años intubados por ≥ 48 hs siempre que no tuvieran SIDA ni neutropenia ($< 500/\text{mm}^3$) o estuvieran moribundos. Se obtuvieron datos demográficos y clínicos y un aspirado traqueal (AT) basal. Se evaluaron a diario presencia de evidencias clínicas de NAV (infiltrado radiológico nuevo o progresivo más 2 de 3 criterios clínicos entre temperatura >38 ó < 36 °C; leucocitos > 10.000 o < 4.000 o secreciones purulentas), parámetros del respirador, signos vitales, aspecto de secreciones y valores de gases en sangre y laboratorio. Se cultivó el AT 2 veces por semana {negativo, recuento bajo [$< 10^3$], recuento intermedio [$= 10^3$] y positivo [$= 10^6$ unidades formadoras de colonias (ufc/ml)]. Ante clínica de NAV se realizó cultivo de LBA (negativo, recuento intermedio [$< 10^4$] y positivo [$= 10^4$ ufc/ml]). **Resultados:** en 7 meses se hicieron 85 AT basales, 54 fueron positivos (54); entre los días 1-4, 47 (38); días 5-8, 27 (22); días 9-12, 18 (14); días 13-16, 12 (10) y días 17-20, 8 (5). *S. aureus* se encontró en cerca del 30% de los cultivos entre los días 1 y 4; *Acinetobacter* spp estaba en 15 a 35% de los cultivos entre los días 1 y 16 y *P. aeruginosa* adquirió importancia en forma más tardía. Hubo 17 diagnósticos clínicos de NAV, confirmados por LBA en 12. Se aislaron 19 patógenos en esas 12 NAV (1,6 por episodio), 11 estaban presentes en el AT realizado 1-4 días antes (9 positivo y 2 recuento intermedio) (sensibilidad del AT entre 1 y 4 días antes para predecir el patógeno de la NAV = 57.9%), además 6 microorganismos presentes en ese AT realizado 1-4 días antes, no se aislaron en el

cultivo del LBA (tasa de falsos positivo = 35,3%). **Conclusión:** los cultivos de vigilancia del AT en pacientes ventilados permiten conocer la dinámica colonización/infección respiratoria en la UTI, pero no predecir el diagnóstico de NAV ni su etiología.

63. Etiología y resistencia a los antimicrobianos en úlceras de pié diabético. Rodríguez Cynthia¹, Zavala Adolfo², Barberis Claudia¹, Rodríguez Carlos¹, Weyland Beatriz¹, Novo Mariana², Vay Carlos¹, Famiglietti Angela¹.

¹Laboratorio de bacteriología, Departamento de bioquímica clínica, Hospital de Clínicas, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA, ²División Nutrición, Sección Vasculopatía y Pié Diabético. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

La diabetes causa numerosos trastornos tales como neuropatía y vasculopatía que juegan un importante rol en el desarrollo de úlceras de pié diabético. Con el objeto de evaluar la prevalencia de microorganismos y analizar la resistencia a los antimicrobianos (atm) se analizaron retrospectivamente todas las muestras de úlceras de pié diabético que presentaron signos de infección (hinchazón, supuración espesa, verdosa, con olor, celulitis, dolor, etc.) Desde el 01-01 al 31-12 del año 2005 se evaluaron 175 úlceras de pié diabético pertenecientes a 135 pacientes, 90 fueron del sexo masculino (67%). El 86% de las muestras fueron positivas y de estas 56% mixtas. La prevalencia de cocos gram-positivos fue 57%, bacilos gram-negativos 38.2%, *candida* spp. 0.8% y otros 4%. La frecuencia relativa de los microorganismos aislados fue la siguiente: *staphylococcus aureus* (sau): 23%, *enterococcus faecalis*: 10%, *streptococcus agalactiae*: 8.6%, estafilococos coagulasa negativos (ecn): 7.7%, *escherichia coli* (ec): 7%, *pseudomonas aeruginosa* (pae): 6.4%, *acinetobacter* spp.: 4.3%, estreptococo grupo *viridans* 4.3%, otras enterobacterias: 13.6% y otros: 15.1%. La resistencia a los atm en sau fue: 31% a oxacilina, 33% a gentamicina, 6% a minociclina, 37% a ciprofloxacina (cip), 14% a rifampicina, y 10% a cotrimoxazol. Todos los aislamientos de *e. faecalis* fueron sensibles a ampicilina y resistentes a ciprofloxacina. El 100% de los aislamientos de *s. agalactiae* fueron sensibles a penicilina. No se observó resistencia a los glucopéptidos en ninguno de los cocos gram-positivos aislados. En ec la resistencia a ampicilina/sulbactam (ams) fue 85%, piperacilina/tazobactam (p/t): 46%, cefalotina: 33%, ceftriaxona: 8% y cip: 54%. La resistencia en pae fue de 15% a pip, 15% a p/t, 25% a ceftazidima, 35% a cfp, 9% a imipenem y 60% a cip. **Conclusión:** la emergencia de cepas multirresistentes observada en este grupo de pacientes restringe el uso de antibióticos orales, tales como ams y cip.

64. Características de la infección neumocócica en la población de un Hospital General. Bello N.¹, Tiraboschi J.¹, Sierra M.¹, Bogdanowicz E.¹, Famiglietti A.², Lasala M. B.¹

¹División Infectología. ²Laboratorio de Bacteriología. Facultad de Farmacia y Bioquímica. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: descripción de la epidemiología, la clínica y la evolución de la infección neumocócica invasiva y el patrón de sensibilidad antibiótica. **Material y métodos:** análisis retrospectivo de las historias clínicas de pacientes adultos, con aislamiento de *streptococcus pneumoniae* en hemocultivos o en sitios estériles desde el 01 de enero de 2003 hasta 28 de febrero de 2006. **Resultados:** se registraron 49 casos, edad promedio 75.3 años, relación hombre mujer 1.04/1. se agruparon en: neumonía y bacteriemia (nb) 33 casos, meningitis (m) 7 casos, bacteriemia primaria (bp) 3 y otros focos (bof) 6 (artritis 2, piel y partes blandas 2, epiglottitis 1, empiema 1). Comorbilidades en el grupo nb: tabaquismo (tbq) 36%; epoc 24.2% e insuficiencia cardíaca (ic) 24.2%; en m: tbq 28.5%; alcoholismo 48.5%, epoc 14.1%; en bp: tbq 66%; en bop: ic 33.3%, diabetes 33.3%; hepatopatía crónica 16.6% y epoc 16.6%. La neumonía evolucionó con insuficiencia respiratoria y con inestabilidad hemodinámica en 6 de 35 casos y en uno con impacto articular. Las meningitis, con sirs en un caso y progresión neurológica en tres. Las bacteriemias no tuvieron complicaciones, una artritis evolucionó a la

anquilosis y un paciente falleció por causa no infecciosa. Lapso desde la internación hasta la confirmación diagnóstica: 2.5 días en todos los grupos. Mortalidad asociada a infección: bn 18.1%; m 42%; bp y bop 0%. No se identificaron cepas resistentes a penicilina. Ningún paciente había recibido vacunación antineumocócica. **Conclusiones:** Las muertes sobrevivieron en los pacientes con meningitis y neumonía grave. No se registraron muertes asociadas a infección en pacientes con bacteriemias u otros focos a pesar del mayor número de comorbilidades en este último grupo. No se evidenció relación entre mortalidad y resistencia a penicilina de *S. pneumoniae*. El tratamiento empírico en nuestra población es penicilina y sus derivados. Cabe destacar la importancia de la vacunación antineumocócica en pacientes con riesgo para enfermedad invasiva.

65. Endocarditis infecciosa (EI). Un análisis comparativo. Tiraboschi J.¹, Bello N.¹, Sierra M.¹, Bogdanowicz E.¹, Canteros L.², Perazzi B.², Famiglietti A.², Lasala M. B.¹

¹División Infectología. ²Laboratorio de Bacteriología. Facultad de Farmacia y Bioquímica Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA.

Objetivos: Comparar las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y evolutivas de pacientes con EI de la comunidad (EIC) e intrahospitalaria (EIH). **Material y métodos:** análisis retrospectivo entre julio/2004 y febrero/2006 de las historias clínicas de pacientes que presentaban criterios diagnósticos de EI posible o definida, de la comunidad u hospitalaria (criterios de Duke modificados). Comparación de la epidemiología, clínica, evolución, etiología y mortalidad. **Resultados:** Prevalencia de EI: 0.14%. EIC: 20 casos, 18 en válvulas nativas y 2 protésicas tardías (EIPPT). Edad promedio: 66 años. Relación hombre/mujer 1.3/1. Definidas: 7 casos, posibles: 13. EIH: 8 casos. Edad promedio: 67 años. Relación hombre/mujer 1/1. Los 8 casos fueron EI posible. En el grupo EIC el foco odontógeno fue el origen del 44% de los casos y la patología digestiva el 22.2%. La EIH se asoció a catéter periférico en el 37.5% de los casos y a marcapasos en el 25%. El lapso desde la internación al diagnóstico 8,1 días en el grupo EIC (10 días en el caso de la EIPPT) y de 11.6 días en EIH. La fiebre fue el síntoma más frecuente: en el grupo EIC 94,4% y en el grupo EIH 100%. Soplo cardíaco: 50% en EIC y 12.5% en EIH. Agentes etiológicos en EIC: *S. viridans* 55.5%, *S. bovis* 11.1%; *H. influenzae* 5.5%, *E. faecalis* 5.5%, *S. agalactiae* 5.5%; *SbHGG* 5.5% y hemocultivos negativos 11.1%. En el grupo EIH, *S. aureus* 62.5% y *E. faecalis* 37.5%. La evolución en EIC fue favorable en el 61.1% de los pacientes y la muerte asociada a infección: 22,2%. En EIH, un paciente curó y 7 pacientes murieron, muerte asociada a infección 55%. **Conclusiones:** La EIC tuvo un comportamiento habitual en los aspectos analizados. El soplo no fue un elemento diagnóstico orientador en la EIH, por lo que debería jerarquizarse la búsqueda de EI en pacientes hospitalizados con bacteriemia. El tiempo de reconocimiento de la EIPPT fue mayor a 1 semana, a pesar de ser un factor de riesgo claramente reconocido para el desarrollo de esta enfermedad. La endocarditis derecha solo se observó en EIH. La mortalidad en EIH fue notablemente superior que la observada en EIC.

66. Asociación de tumores maxilares con hiperparatiroidismo familiar primario. Fernández M. Candela, Parisi Muriel S., Bagur A., Oliveri Beatriz.

Sección Osteopatías Médicas. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

El hiperparatiroidismo asociado a tumor de mandíbula (HPT TM) es una de las entidades clínicas que integra el grupo de los hiperparatiroidismos familiares. Presenta una herencia dominante y está causado por la mutación de un gen de supresión antitumoral, el HRPT2. Puede asociar fibromas osificantes en mandíbula o maxilar, tumores uterinos, quistes renales o tumor de Wilms y presenta una mayor incidencia de carcinoma de paratiroides. Cursa con un cuadro clínico más agudo y agresivo que el HPT esporádico. La resolu-

ción del HPT no produce regresión de los fibromas osificantes. Caso clínico: Mujer de 39 años que consultó por adelgazamiento, dolores óseos severos y 3 tumoraciones en maxilar de 7 meses de evolución. Se detectó hipercalcemia severa, hipofosfatemia y aumento de los niveles de parathormona intacta (PTHi). La calota y los maxilares presentaron aumento de la captación del radiotrazador en el centellograma óseo. Radiológicamente las lesiones estaban constituidas por múltiples imágenes líticas. A su vez se evidenció la presencia de litiasis renal y osteopenia generalizada. Se realizó una tomografía computada de macizo facial observándose severa osteólisis en maxilar superior izquierdo con extensión a la línea media y piso de la boca. Se indicó la realización de una paratiroidectomía (PTX) superior derecha y el diagnóstico histológico fue de adenoma de células principales. Los valores de PTHi se normalizaron postPTX. El diagnóstico presuntivo de HPT TM fue establecido dadas la forma de presentación aguda y agresiva, con severo impacto óseo y metabólico. La familia de la paciente se encuentra actualmente en estudio y el diagnóstico genético está pendiente. **Conclusiones:** La detección en un paciente con tumores maxilares de HPT severo debe estudiarse rigurosamente y se debe descartar la presencia de carcinoma de paratiroides y tumores asociados. Para el diagnóstico de certeza es necesario estudiar a los familiares cercanos y realizar el estudio genético. El seguimiento postPTX es indispensable para identificar probables recurrencias.

67. Resección endoscópica seguida de resección quirúrgica en tumores carcinoides bronquiales centrales. Esteva Hugo, Cejas Carlos, Núñez Tomás, Ortiz Alvaro, Duré Roberto.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en pacientes con tumores carcinoides endobronquiales centrales que se presentaron con neumonía posobstructiva. **Material y métodos:** Entre el 2001 y 2006 fueron tratados en la División Cirugía Torácica de nuestro Hospital 5 pacientes con carcinoides típicos endobronquiales centrales. Fueron 3 mujeres y 2 hombres entre 19 y 27 años. Sólo una paciente con antecedente de tabaquismo. Se presentaron como neumonía posobstructiva en 4 casos y hemoptisis en 1. Se realizó resección endoscópica para el tratamiento de la neumonía en 4 pacientes, 3 con electrocauterio y 1 con laser. En un paciente no se consideró necesario. Todos fueron operados realizándose resección de bronquio fuente con conservación pulmonar en dos casos; 1 con anastomosis término-terminal y 1 con reconstrucción de carina bronquial y anastomosis. En 2 pacientes se realizó lobectomía inferior izquierda en "manguito" con reimplante del lóbulo superior. Se realizó lobectomía media en el restante. No hubo complicaciones postoperatorias y tampoco observamos complicaciones alejadas como estenosis o recidiva tumoral. **Conclusiones:** En pacientes con neumonía posobstructiva debido a tumores carcinoides centrales la resección endoscópica con electrocoagulación o laser y luego resección quirúrgica es el tratamiento de elección.

68. Síndrome de Cushing debido a tumores carcinoides pulmonares. Esteva Hugo, Cejas Carlos, Bruno Oscar, Portas Tamara.

Objetivo: Analizar nuestra experiencia en pacientes con Síndrome de Cushing debido a tumores carcinoides pulmonares. **Material y métodos:** Entre 1992 y 2006 fueron tratados en la División Endocrinología y la División Cirugía Torácica de nuestro hospital 5 pacientes con síndrome de Cushing debido a tumores carcinoides pulmonares. Fueron 3 varones y 2 mujeres entre 13 y 44 años. Se presentaron con cuadro de hipercortisolismo endógeno con aumento excesivo de peso, hipertensión, facie típica y estrías en la piel abdominal. Los estudios de comportamiento hormonal determinaron la causa extrahipofisaria y extraadrenal del mismo. Sin embargo una paciente había sido hipofisectomizada sin resultados antes de la derivación a nuestro centro. La tomografía computada detectó los tumores en forma nodular en todos los casos. En 3 pacientes se utilizó la marcación con Octeotride. Previo a la cirugía los pacientes fueron tratados con inhibidores de la síntesis de glucocorticoides con resultados variados. Se efectuó lobectomía pulmonar típica en todos

los casos sin complicaciones postoperatorias. Se observó luego normalización de los parámetros de laboratorio y la consecuente desaparición del cuadro clínico. **Conclusiones:** El síndrome de Cushing por secreción ectópica de ACTH de tumores carcinoides pulmonares es extremadamente infrecuente. El diagnóstico se efectúa con los datos de laboratorios y la tomografía computada. El tratamiento curativo es la lobectomía pulmonar.

69. ¿La DMO y la geometría femoral pueden predecir el riesgo de fractura de cadera? Seijo Mariana, Bagur Alicia, Solis Fabiana, Mautalen Carlos, Oliveri Beatriz.

Sección Osteopatías Médicas. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina y Centro de Osteopatías Médicas.

La densidad mineral ósea (DMO) de las áreas del cuello femoral (CF) son parámetros clásicos analizados para determinar el riesgo de fracturas de cadera (FC). Sin embargo publicaciones recientes muestran diferencias en los valores de la geometría femoral (GF) en mujeres con FC versus controles, independientes de la DMO y que serían de utilidad para predecir el riesgo de FC. **Objetivos:** Analizar los parámetros de la GF y DMO en las mujeres con FC, comparándolos con un grupo control y determinar los predictores del riesgo de FC. **Población:** 20 mujeres post menopáusicas (PM) con FC recientes atraumáticas. La edad promedio fue de 74.8 ± 8.5 años. El grupo control (C) estuvo compuesto por 50 mujeres PM con igual rango de edad. **Métodos:** Se evaluó por DEXA (Lunar Prodigy) en la cadera contralateral a la fracturada la DMO del CF, CF Superior, CF Inferior, Trocánter y Fémur Total (FT). En la GF se midió: sección transversal de las áreas del cuello femoral (SACF), sección transversal del momento de inercia (SMI) y el largo del eje de la cadera (LEC). Se tomaron medidas de valores antropométricos. **Resultados:** las mujeres con FC presentaban mayor talla (1.58 ± 0.7 m vs 1.53 ± 0.1 m; $p < 0.02$), menor peso (63.4 ± 10.8 kg vs 69.7 ± 10.1 kg; $p < 0.05$) y menor índice de masa corporal (25.5 ± 2.9 kg/m² vs 29.8 ± 4.3 kg/m²; $p < 0.001$) comparadas con el C. Los parámetros de DMO se vieron significativamente disminuidos en las mujeres con FC (Tabla 1). En la GF se observó mayor LEC ($+8.1$ mm), menor SMI (-13.9 mm²) y una leve disminución no significativa del SAFC (-1.0 mm⁴) (Tabla 2) en relación con grupo control.

Tabla 1.- Valores de DMO (g/cm²) en controles y fracturadas

	CF	CF Superior	CF Inferior	Trocánter	FT
C	0,817±0,09	0,650±0,08	0,976±0,11	0,728±0,10	0,888±0,11
FC	0,686±0,10*	0,506±0,07*	0,859±0,14*	0,542±0,11*	0,686±0,12*

Tabla 2.- valores de Geometría Femoral

	SACF (mm ⁴)	SMI (mm ²)	LEC (mm)
C	8,8±2,4	121,3±15,6	102,3±4,3
FC	8,7±3,1	107,4±20,8*	110,4±6,8*

Grupo C vs FC: * $p < 0.001$

Conclusiones: 1-la DMO del fémur, principalmente el CF Superior y el trocánter, fueron los sitios de mayor disminución que podrían predecir el riesgo de FC. (En ambos sitios podría iniciarse el trazo de fractura, dependiendo que sean trocántéricas o cervicales). 2-En la GF la presencia de un mayor LEC, también podría predecir el riesgo de FC. 3-Un índice que combine DMO y GF brindaría una mayor utilidad diagnóstica en la práctica clínica para evaluar a las mujeres con riesgo de sufrir FC.

70. Marcadores bioquímicos óseos en saliva y suero de ratas con osteopenia establecida tratadas con antirresorptivos: su correlación. Pellegrini G.¹, González Chaves M.¹, Somoza J.², Friedman S.¹, Zeni S.^{1,2}.

¹Bioq. General y Bucal. Odontología. UBA, ²Sec. Osteopatías Médicas, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Es conocida la asociación entre postmenoapusia y el riesgo para padecer periodontitis y osteoporosis. Aunque las causas por la cual ambas se producen son diferentes, el mecanismo implicado en la pérdida de masa ósea sería similar: aumento de citoquinas proinflamatorias que estimulan la resorción osteoclástica acelerando la pérdida en cada ciclo de remodelamiento. La actividad de las células óseas puede ser medida por marcadores bioquímicos óseos de quienes existe poca información en saliva. En el presente estudio se evaluó la correlación de los marcadores óseos en saliva y sangre de ratas Wistar ovariectomizadas (OVX) con osteopenia establecida y su respuesta al tratamiento con bisfosfonatos. Para ello 24 ratas fueron OVX y luego de 60 días de la cirugía se dividieron en 3 grupos que se trataron por 40 días más con: solución fisiológica (SF), con 8 (OVX1) y con 4 (OVX2) µg Olpadronato (ODP) (Gador Argentina)/100g de rata. Paralelamente se evaluó a un grupo SHAM como control. En sangre y saliva estimulada con pilocarpina en forma basal y luego de 40 de cirugía se evaluó el telopéptido carboxilo terminal del colágeno tipo I (CTX:ng/ml) mediante ELISA (RatLabs, Osteometer Bio Tech, Denmark) y la fosfatasa alcalina ósea (FAO: UI/L) mediante espectrofotometría previa precipitación de la isoforma ósea con lectina de germen de trigo. Asimismo se evaluó la DMO mediante un equipo Lunar DPX provisto de un software especial para pequeños animales. Los resultados bioquímicos se observan en la siguiente tabla:

	CTX basal sangre	CTX basal saliva	CTX 40ds sangre	CTX 40ds saliva	FAO basal sangre	FAO 40ds saliva	FAO basal sangre	FAO 40ds saliva
SHAM	15.4±4.3*	3.6±0.6*	17.9±3.7	3.7±1.2#	54±10	59±13	59±19	56±10
OVX1	20.9±8.3	9.0±1.8	6.6±3.3**	3.9±0.1**	66±15	54±17	51±16	59±14
OVX2	21.5±6.8	11.3±3.6	16.8±7.2	5.1±1.9	77±4	63±20	82±19	73±20
OVXSF	19.7±3.7	13.3±2.5	18.2±1.7	10.2±2.9	57±4	67±10	78±11	56±5

(* $p < 0.05$ respecto de los otros grupos estudiados, (** $p < 0.05$ respecto de los otros dos grupos OVX y (# $p < 0.05$ respecto de OVX2 y OVXSF.

Los resultados muestran que la saliva respondió en el mismo sentido que la sangre ante el tratamiento con bisfosfonatos. **Conclusión:** aunque se requieren estudios futuros, estos resultados sugieren que podría contarse con una muestra no invasiva para determinaciones del remodelamiento óseo las cuales se podrían aplicar en estudios de campo, en niños o con la visita habitual del paciente al consultorio odontológico. Parcialmente realizado con un subsidio de la UBA M099.

71. Anticuerpos anticitrulinados cíclicos y factor reumatoideo: valor diagnóstico para artritis reumatoidea temprana. Nasswetter Gustavo, Sohn Débora, Pino María S., Berón Ana María, Azula José, Pereiro Mirim, López Meiller María José, Lunic María Cristina.

División Reumatología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad autoinmune cuyo pronóstico depende en gran medida de un tratamiento precoz. Una demora de tan solo 3 meses en iniciar el tratamiento adecuado reduce la oportunidad de remisión. La búsqueda de marcadores tempranos de la enfermedad y predictores más específicos de pronóstico se ha profundizado en los últimos tiempos, teniendo en cuenta su importancia para iniciar un tratamiento adecuado y precoz que intente detener el daño articular. Los anticuerpos anti proteínas citrulinadas (CCP) son un grupo de autoanticuerpos específicos para la AR temprana. Varios trabajos han podido demostrar que la sensibilidad y especificidad de los anti CCP en la AR se encuentra entre 50-75% y 95-98% respectivamente. Con un valor predictivo positivo de 83% y un valor predictivo negativo del 79%. La determinación conjunta del factor reumatoideo (FR) y los anti CCP mostró en algunos estudios un valor predictivo positivo cercano al 100%. **Objetivo:** Determinar el valor diagnóstico de los anti CCP para AR temprana en nuestra población de pacientes y compararla con el FR. **Materiales y métodos:** Se evaluó el FR, los anti CCP, el FAN y VSG en el suero de 147 pacientes que consultaron a nuestro servicio; 97 de ellos presentaron poliartritis de 6 semanas a 6 meses de evolución, sin diagnóstico etiológico al momento de la inclusión en el trabajo, y 50 fibromialgia sin manifestaciones de artritis (grupo

control). Se realizó una evaluación reumatológica al momento de la consulta y cada 12 a 16 semanas hasta realizar el diagnóstico definitivo. **Resultados:** De los 97 pacientes con poliartritis el 75.3% fueron femeninos y el 24.7% masculinos, la edad promedio fue de 43 años (34-54), los diagnósticos realizados luego de un promedio de 1.5 años de seguimiento fueron: AR (67%), LES (15%), artritis Psoriásica (4%), poliartritis indeterminada (3%) y 11% de los pacientes presentaron otras patologías (crioglobulinemia, osteoartritis erosiva, síndrome de Sjögren, hepatitis autoinmune, anemia hemolítica autoinmune, artritis reactiva, RUPUS e hipotiroidismo autoinmune). Los resultados estadísticos del FR y antiCCP con respecto a la AR en los 147 pacientes fueron:

Determinación	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	IY	OR
FR(+)	46,5	94,7	93,1	53,7	46,8	15,68
Anti-CCP(+)	82	95	96	78	74	86,4
CCP(+)	75	100	100	81	75	M

Conclusiones: El índice de Youden demuestra que los anticuerpos anti-CCP son los mejores marcadores para definir una AR en forma temprana. Los anti-CCP resultaron ser mas sensibles que el FR para AR temprana (con los valores de cohorte considerados en este trabajo) pero con una especificidad similar. Es de destacar que el 100% de los pacientes que tuvieron inicialmente positivos los dos marcadores (FR y anti-CCP) desarrollaron una AR durante el seguimiento.

72. Factores clínicos de riesgo en el postquirúrgico de las fracturas del extremo proximal del fémur.

Poitevín Luciano A., Rodríguez Juan C., Miragliotta Maximiliano, Mazzola Marcelo A., Santa Coloma Ezequiel, Daneri Pablo M., Estevez Martín R., Silveyra María D.

División Ortopedia y Traumatología y Depto. de Medicina. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: Analizar la influencia de las comorbilidades en la evolución postoperatoria y sobrevida de los pacientes con fracturas del extremo proximal del fémur. **Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal involucrando los pacientes operados por fractura de extremo proximal de fémur en el año 2004 en el Hospital de Clínicas J.S.M. Se recopilaron datos de historias clínicas y se contactaron pacientes y familiares por teléfono. De los 220 pacientes operados, 119 fueron incluidos en este trabajo. Se analizaron comorbilidades, complicaciones intrahospitalarias y las ocurridas dentro de los doce meses postquirúrgicos. Los datos fueron analizados descriptivamente según el modelo matemático de Pearson. **Resultados:** El promedio de edad fue de 83.5 años; 88 fueron mujeres con una edad media de 87.3 años y 31 fueron varones cuya edad media fue de 72.9 años. La mortalidad global al año fue de 48.7% (39 pacientes) con una sobrevida media de 9,7 meses \pm 12,6. Las comorbilidades mas frecuentes fueron: cardiovasculares 74.8% (prevalenciando la hipertensión en un 66.4%), gastrointestinales 24.4%, neurológicas 24.4%, diabetes 17.6%, del aparato respiratorio 16.6%. A mayor número de comorbilidades, mayor incidencia de mortalidad y de complicaciones postquirúrgicas intra y extrahospitalarias. Los pacientes con afectación de 3 o más sistemas tuvieron una mortalidad mayor de 50%. Los pacientes que tenían compromiso de 2 o menos, tuvieron 30% de mortalidad. Las patologías con mayor mortalidad fueron las del aparato respiratorio y los antecedentes oncológicos, los cuales tuvieron un índice de mortalidad del 50%; seguido por los con compromiso hematológico, cardiovascular, neurológico y urogenital, con un índice de mortalidad entre el 34 y 44%. La incidencia de complicaciones postquirúrgicas fue de 49.7%, de las cuales 16.8% fueron intrahospitalarias y 39.8% fueron extrahospitalarias; 21% clínicas y 18.8% traumatológicas. Los pacientes con complicaciones intrahospitalarias tuvieron una mortalidad de 70%, los que presentaron complicaciones extrahospitalarias de 53.8%. Se discriminó entre la mortalidad de los pacientes con complicaciones clínicas que fue del 72%, frente al 20% de mortalidad de aquellos pacientes que tuvieron complicaciones traumatológicas. Otro

predicador de mortalidad significativo fue el riesgo anestésico preoperatorio: los pacientes con un ASA grado IV tuvieron una mortalidad del 83%, mientras que los que tenían un ASA grado III o menor tuvieron una mortalidad del 30%. **Conclusiones:** Concordando con la bibliografía, la mortalidad de los pacientes con fractura de extremo proximal de fémur al año es de alrededor del 50%. En nuestra serie se observó que la afectación de 3 o más sistemas, aumentó significativamente la mortalidad. La afectación del aparato respiratorio y los antecedentes oncológicos como variables independientes, junto a complicaciones intrahospitalarias o extrahospitalarias no traumatológicas representaron un aumento significativo de la mortalidad.

73. Uso del coloide de fósforo-32 (P-32) en radiosinovectomías.

Soroa V. E.*, Velásquez Espeche M. del H.*, Giannone C.*, Caviglia H.ª, Galatro G.ª, Nicolini J.#, Hughetti H.#, Zubillaga M.#

**Cntr. Med. Nucl., Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, CNEA, IAEA, ^Traumatología, ^Fundac. Hemofilia; #Laborat Bacon, Buenos Aires, Argentina.*

Objetivo: Determinar la eficacia de la terapia intraarticular en las sinovitis de rodillas de pacientes hemofílicos con el coloide crecido de fosfato crómico P-32, de producción nacional. Comparar los resultados a los de la sinovectomía química y evaluar el costo / beneficio de la terapia. **Metodología:** 55 pacientes masculinos entre 4-51 años fueron tratados. Derivados de la Fundac. Hemofilia para efectuárseles la radiosinovectomía con P-32 coloidal (30), y otros 10 con Rifampicina (antibiótico). Se obtuvo el consentimiento de padres o del paciente. Análisis de rutina e imágenes previas: hematología, laboratorio, Rx, US, scan de MDP basal, más 3 mensuales consecutivos post-tratamiento. Se admitían pacientes que hubiesen tenido varios episodios previos de sinovitis sin destrucción ósea y sin quistes de Baker. Aspiración articular sólo en hemartrosis. Actividad administrada no mayor de 74 MBq, según peso, edad y volumen articular. Evaluación, ciega para el tipo del tratamiento recibido. Se registró la presentación, motilidad, dolor, compromiso articular y los requerimientos diarios de los concentrados Antihemofílicos (AHF). Estricta instilación intraarticular con lavado de la aguja con 1ml de salina antes de retirarla. La emisión del Bremsstrahlung del P-32 se utilizó para obtener las imágenes en cámara gamma: tempranas y de 24-48 h para certificar ausencia de salida del radiocoloide intra hemofílica articular. En el otro tratamiento con Rifampicina se le adicionó 4 MBq del Tc-99m MAA(10/40) para adquirir imágenes. Inmovilización articular por 72 h. **Resultados:** No se registraron efectos sistémicos adversos. La salida del P-32 de las rodillas es menor del 2% de la dosis inyectada. El tratamiento con Rifampicina requiere inyecciones articulares consecutivas. Efectuando ROIS y aplicando la formula del Índice de Remisión entre los scan óseo basal, con el del control 3 en sus Fase 2, se observó que las mejorías arrojaban valores mayores de 1 en el 86% de las radiosinovectomías. El seguimiento comprobó el mayor rango de motilidad articular, disminución del sangrado y del volumen de la rodilla y menor frecuencia del uso y cantidad del AHF. Los resultados bajaron los costos en salud. **Conclusiones:** Una sola radiosinovectomía con el coloide de Fosfato crómico P-32 en la rodilla con sinovitis hemofílica, provee entre 3-6 meses de mejoría. La práctica ha demostrado que es una práctica segura para el paciente y el operador, y una alternativa económica para países emergentes, donde el costo elevado y disponibilidad de los concentrados AHF es difícil.

74. Niveles comparativos de 25hidroxivitamina D (25HOD₃), parathormona (PTH) y fosfatasa alcalina ósea (FAO) en mujeres institucionalizadas mayores de 65 en Lleida (España) y en San Isidro, Buenos Aires (Argentina).

González Chávez M.³, de Portela M. L.¹, Mónico A.², Barahona A.², Zeni S. N.^{1,3}

¹Fac. Farmacia y Bioquímica, UBA, Bs.As.² Dto. Tecnología de Alimentos, ETSEA, Universitat de Lleida, España. ³Sección Osteopatías Médicas. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

El aumento en el promedio de vida del último siglo ha incrementado el número de personas mayores de 65 años y la prevalencia de enfermedades relacionadas con el envejecimiento. Entre los problemas nutricionales a los que se debe prestar atención especial figura la hipovitaminosis D, ya que agrava la osteoporosis senil y aumenta el riesgo de fracturas. Por otra parte, los cambios sociales y en el estilo de vida han contribuido a que una gran cantidad de personas añosas residan en instituciones, donde se pueden agravar los problemas nutricionales. Entre ellos, una ingesta adecuada de calcio (Ca) y suficiente exposición al sol, son fundamentales para disminuir el riesgo de fracturas, mejorar la calidad de vida y reducir los costos de Salud. Tradicionalmente, se ha considerado que la hipovitaminosis D no es frecuente en España, debido a que la alimentación aseguraría un adecuado estado nutricional. El objetivo del presente trabajo fue estudiar comparativamente el estado nutricional con respecto a vitamina D, niveles de PTH y FAO en mujeres mayores de 65 años, residentes en lugares geográficos de similar índice de heliofanía, situados en el hemisferio Norte, ciudad de Lleida (España) (L) (LN 43°) y en el hemisferio Sur, Gran Buenos Aires (LS 34°) (GB). Al finalizar el verano (años 2003-2004), se evaluaron a 81 mujeres (L: 50, GB:31). Se registró edad, sexo, peso, talla, historia clínica, dietética y farmacológica y se extrajo sangre en ayunas. Se realizaron la rutina del laboratorio clínico: hemograma completo, glucosa, urea, ácido úrico, creatinina, colesterol, proteínas totales, albúmina y PCR y se determinó 25-OH-D₃(RIA), PTHmediano molecular (RIA) y FAO (colorimetría, previa precipitación de la isoforma ósea con lectina de germen de trigo. Se estimó la exposición solar. Se calculó la ingesta promedio diaria de Ca y vitamina D, en base a los consumos promedio semanales de los alimentos servidos en los respectivos centros durante el período del estudio. Ninguna de ellas recibían suplementos vitamínicos. Resultados (media ± DS) en L vs. GB, respectivamente: Hemoglobina (g/dl): 12.6 ± 2.4 vs 13.1 ± 1.4; albumina (g/dl): 3.73 ± 0.11 vs 3.51 ± 0.35; 25 HOD₃ (ng/ml): 10.9 ± 5.8 vs 12.4 ± 5.4. El 50% en L y el 43% en GB tenían 25 OHD₃ menores a 10 ng/ml; mmPTH (pg/ml). 100.0 ± 112.7 vs. 119.6 ± 150.6. Un total de 24% en L 20% y GB tenían PTH mayores 100 ng/ml. Los niveles de 25HOD₃ se correlacionaron inversamente con los de PTH en ambas ciudades (L: r = 0.33, p < 0.035; GB: r = 0.40, p<0.046). Los niveles de FAO fueron: 55 ± 9 vs. 65 ± 20 (p < 0.01), respectivamente. La exposición solar fue baja en ambos casos. L presentó un consumo mayor de pescado (70 vs. 22 g/day), más bajo de carnes rojas que GB, el de productos lácteos fue similar (Ingesta de Ca = 800 mg/d) y el de Vitamina D fue menor en L (1.7 vs. 4.0 mg/d) donde los productos lácteos no se encuentran enriquecidos. Conclusiones: La deficiencia de Vitamina D fue importante en ambos grupos con lo que la corrección de tal déficit debe considerarse en forma imperativa para prevenir un gran impacto sobre la salud ósea.

75. Densidad mineral ósea de esqueleto total y composición corporal en hombres: valores de referencia y modificaciones a través de las décadas de la vida.

Mastaglia Silvina R., Deferrari Juan M., Parisi Muriel S., Seijo Mariana, Bagur Alicia, Oliveri Beatriz.

Sección Osteopatías Médicas. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

La evaluación de la densidad mineral ósea (DMO) y de la composición corporal (CC) son de gran utilidad en la práctica médica. Para interpretar correctamente las modificaciones observadas en diferentes procesos patológicos es necesario establecer valores de referencia en la población clínicamente sana local. **Objetivos:** 1) Establecer los valores de referencia por década de CC: masa magra (MM), masa grasa (MG) y contenido mineral óseo (CMO) y DMO de esqueleto total (ET) y sub-áreas en hombres clínicamente sanos de 20 a 79 años. **Población:** 151 hombres caucásicos de 20 a 79 años fueron invitados a participar. Sólo 116 sujetos cumplieron con los criterios de inclusión (índice de masa corporal (IMC) de 20-30 kg/m²) y no presentaron algunos de los siguientes criterios de exclusión (por interrogatorio): 1) tratamientos con fármacos o antecedentes de enfermedades que afecten el metabolismo mineral y óseo. 2) antecedentes de fracturas osteoporóticas. 3) antecedentes de alteraciones cardiovasculares. **Métodos:** Luego de la firma del consentimiento

informado se realizó una densitometría por DXA (Lunar DPX-L) para evaluar: 1) DMO (g/cm²) del ET y sub-áreas: brazos, piernas, tronco, pelvis, columna. 2) CC de cuerpo entero (CE) y sub-áreas: (brazos, piernas, tronco) en sus tres compartimentos CMO (Kg), MM (Kg) y MG (Kg). La muestra poblacional estudiada fue dividida por décadas de 20-29 a 70-79 para su análisis estadístico, utilizándose un test de ANOVA para evaluar los cambios. **Resultados:** Se observó una disminución de la talla (~6 cm) (176 ± 5.9 a 169 ± 5.1; p < 0.03) y un incremento progresivo del IMC (24 ± 2.1 a 26.1 ± 2.0 Kg/m²; p < 0.01) sin cambios significativos en el peso. A través de las décadas el área del ET disminuyó ~ 9% y la DMO de ET disminuyó ~ 6% (p < 0.05). La DMO disminuyó en todas las sub-áreas significativamente exceptuando el tronco (brazos ~13% p < 0.05, piernas ~ 9% p < 0.01, pelvis ~11% p < 0.01, columna ~ 6% p < 0.01) En la CC la MG total presentó un aumento del 46% (de 14.3 ± 5.7 a 21.0 ± 4.1; p < 0.001) a expensas del tronco (+ 70%). En la MM total se observó una disminución de ~ 5 Kg (56.0 ± 3.5 a 51.2 ± 4.7; p < 0.05) a expensas de la MM periférica: ~3 Kg en piernas(-16%; p < 0.0001) y 1.3 Kg en brazos (-9%; p < 0.002). El CMO total disminuyó 15% (3.3 ± 0.4 a 2.8 ± 0.2; p < 0.01), con disminución significativa en todas las áreas. Una correlación negativa del CMO total (test de Spearman) con la edad (-0.35, p < 0.001) y positiva con el peso (+0.54; p < 0.0001), la talla (+0.67; p < 0.0001), y la masa magra total (+0.73, p < 0.0001) fue observada. **Conclusiones:** Las siguientes modificaciones fueron observadas a través de las décadas: 1. En ET una leve disminución de la DMO (~6%), con una mayor disminución del área (~9%) y del CMO (~15%) y 2. un aumento progresivo de la MG a predominio del tronco (~ 47%) y una disminución progresiva de la MM a predominio periférico. 3. Se obtuvieron los valores de referencia de la población de hombres de DMO y CC en cuerpo entero y sub-áreas los cuales serán de utilidad para realizar una correcta evaluación de los cambios observados en diferentes procesos metabólicos y patológicos.

76. Activación de polimorfonucleares neutrófilos (PMN) mediada por receptores purinérgicos tipo P2Y₁₄.

Carbia C.¹, Millan L.¹, Merelli A.¹, Lazarowski E.², Lazarowski A.¹

¹Dpto. Bioquímica Clínica-Hematología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. ²School of Medicine, University of North Carolina, USA.

Introducción: La liberación de nucleótidos de purina (UTP, ATP, UDP, UDP-glucosa, UDP-galactosa) al medio extracelular, puede activar receptores (P2Y₁, P2Y₂, P2Y₁₄) expresados en diferentes tejidos. El P2Y₁₄ se activa sólo con UDP-glucosa. La carga de mRNA de P2Y₁₄ en los polimorfonucleares neutrófilos es ~20000 veces mayor a otras células, pero su rol en la función del PMN es desconocido. La ya demostrada liberación UDP-glucosa producida por las células Globet del epitelio pulmonar, podría formar parte del complejo mecanismo de infiltración con PMN en enfermedades inflamatorias de origen no infeccioso tales como EPOC, Fibrosis Quística, Distrés Respiratorio, Bronquitis Crónica, Enfisema Pulmonar, etc. La verificación de una activación de la quimiotaxis y/o estallido respiratorio de los PMN, secundario a la presencia de UDP-Glucosa, podría ser un nuevo mecanismo a considerar en dichos procesos. **Objetivo:** Estudiar si UDP-glucosa induce quimiotaxis (QTX) y/o estallido respiratorio (ER) en PMN. **Métodos:** PMN fueron separados con Ficoll-Hypaque, resuspendidos en buffer Hanks (2x10⁶ cel/ml). QTX fue realizada en cámara de Boyden (37°C-60 min) y ER fue ensayado por técnica cuantitativa de NBT (Nitroblue tetrazolium). PMN fueron enfrentados a concentraciones crecientes (µM) de UDP-glucosa (a:100; b:10; c:1,0; d:0,1; e:0,01) y comparados con control positivos y negativos (fMLP 10⁻⁷M y buffer Hanks respectivamente). Todas las pruebas fueron realizadas en presencia de Apirasa 2U/L. **Resultados:** 1-QTX: Los recuentos (PMN/campo) fueron: a) 160/140; b) 81/84; c) 39/43; d) 20/20; e) 14/14; fMLP: 290/360; Buffer: 5/5. 2-La pruebas de NBT medidas como Absorbancias netas fueron: a) 375/380; b) 361/269; c) 333/335; d) 198/205; e) 110/100; fMLP: 327/316; Buffer: 30/35. **Conclusiones:** La UDP-glucosa fue capaz de inducir ambos procesos (quimiotaxis y estallido respiratorio) en los PMN, en forma dosis dependiente. Estos datos sugieren un importante rol de la UDP-glucosa extracelular sobre el receptor P2Y₁₄ presente en los PMN y su posible impacto clínico.

77. Patient-centeredness in pre-graduate clinical years: a preliminary report. Semberoz Alfredo R., Murúa Luis J.

Departamento de Medicina Interna. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Background: "patient-centeredness" is increasingly regarded as an essential component of effective clinical practice. However, attempts to adopt the "patient-centered" approach in medical education confront with the conventional way of doing medicine. Also, the cultural milieu that is part of the "hidden curriculum" of the teaching hospitals could undermine the premises of "patient-centered" care. Thus, the recognition and evaluation of our teaching hospitals' hidden curriculum with respect to "patient-centered" care have fundamental importance. **Purpose:** To explore the use of a new tool designed to characterize the patient-centeredness of the hidden curriculum (the C3 instrument, developed by haidet et al.) And to obtain preliminary data about the patient-centeredness in our educational context. **Method:** From June 2005 to March 2006, the authors administered a modified version of the C3 instrument to last-year medical students. We calculated the mean scores of items in three content areas: "role modeling" (a seven-point scale for ten items: A1 to B10), "students' experiences" (a five-point scale for nine vignettes: C11 to D19) and "support for students' actions" (a five-point scale for three items: G21 to G22) designed to evaluate patient-centered care in clinical settings. **Results:** A total of 208 last-year medical students completed the C3 instrument. Out of them, 129 questionnaires were eligible for further analysis. The mean age was 27.6. Ninety-five (74%) were women. The mean scores of some items in the "role modeling" area were low: 3.43 (A5) and 3.42 (B10). The "students' experiences" content area showed the lowest mean scores: 1.67 (C11), 2.28 (C12), 2.11 (C13) 1.86 (C14), 1.99 (C15) and 1.83 (C18). **Conclusion:** Our preliminary study points out low scores in some areas related to "patient-centered" care. Thus, we conclude that our medical students probably require more patient-centered learning experiences in their clinical years.

78. La formación en bioética clínica de los residentes: comunicación de una encuesta. Semberoz Alfredo Raúl, Prece Graciela.

Comité de Ética. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Antecedentes: La enseñanza de la bioética en las residencias médicas implica problemas curriculares especiales. En particular, se ha señalado la presencia de mensajes contradictorios sobre el papel de la bioética en la práctica clínica. No obstante, no se dispone de información suficiente sobre dicho problema en nuestro medio. **Objetivos:** Obtener información preliminar sobre aspectos curriculares formales y no formales referidos a la educación en bioética clínica en profesionales de la salud que completan el primer año de residencia hospitalaria. **Método:** Se trata de una encuesta realizada en Agosto de 2005, a los asistentes de un curso de bioética obligatorio para los residentes de un hospital. Los únicos datos personales solicitados fueron: edad, sexo, orientación de la residencia y año de ingreso a la misma. La primera parte de la encuesta solicitó a los participantes que calificaran su grado de conocimientos en bioética clínica, su interés hacia dicha disciplina, la utilidad del curso y la importancia de los temas del mismo para los médicos del hospital, con una escala de 1 a 5 (máximo puntaje = 5). La segunda parte pidió a los encuestados que señalaran la frecuencia de conflictos éticos dentro del hospital. La tercera pidió a su vez que estimaran la frecuencia con que los médicos exploran los valores y preferencias de los pacientes en el hospital. Finalmente, se invitó a los participantes a añadir comentarios personales. **Resultados:** De un total de 84 asistentes, 40 devolvieron el formulario de la encuesta. Dos de los formularios devueltos fueron excluidos por incompletos. En los 38 restantes la edad promedio fue de 30,5 años (rango: 25-48), con 23 mujeres y 15 varones. Un dato llamativo fue la ausencia de muchas especialidades entre los participantes. La mayoría de los encuestados (31/38) otorgó bajos puntajes a sus conocimientos de bioética clínica; el interés manifestado hacia esa disciplina fue moderado (19/38 con 3 puntos y 12/38 con 4 y 5). Un número importante (23/38) esti-

mó que los médicos del hospital otorgan una importancia menor a los temas tratados durante el curso de bioética. También muchos subrayaron la elevada frecuencia de los conflictos éticos dentro del hospital (28/38). Hubo discrepancia en el ítem referido a la exploración de las preferencias de los pacientes por los médicos. Los comentarios personales permitieron la identificación de nuevos problemas dentro del hospital con relevancia ética. **Conclusión:** Consideramos que esta encuesta cumple con el objetivo de obtener información básica en el tema abordado. En particular, avalaría la idea de que existen mensajes contradictorios sobre el papel de la bioética entre los residentes. Esta información puede ser de relevancia para elaborar estrategias de educación bioética más adecuadas a la realidad hospitalaria.

79. Impacto del asesor metodológico y/o estadístico (AME) en trabajos científicos en Ciencias de la Salud. Castiglia Nora Inés, Castiglia Vicente C., Gassó Carlos.

Sección Asesoría Científica. Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Antecedentes: En los artículos científicos médicos, se suele indicar la participación de un equipo o asesor metodológico y/o estadístico (AME). Esto no ocurría en la misma medida varios años atrás. Evaluamos el impacto de tal participación. **Objetivos:** a. Determinar si existen diferencias significativas en el grado de participación del AME en trabajos científicos entre 1982 y 2005. b. Establecer si los artículos publicados en 2005 tuvieron mayor porcentaje de tratamiento estadístico adecuado que los publicados en 1982. c. Establecer si los artículos en los que participó un AME tienen mayor porcentaje de tratamiento estadístico adecuado que los que no participó. **Métodos:** Diseño comparativo, observacional, longitudinal y retrospectivo. Población y muestra: de entre las cinco publicaciones de mayor tirada mundial, se tomó, en forma aleatoria, una norteamericana y otra europea. Se analizaron los artículos originales del New England of Medicine y del British Medical Journal en los años 1982 y 2005. Se excluyeron estudios multicéntricos, temas no relacionados directamente con área asistencial; informes de casos o caso único; investigación cualitativa, revisión sistemática o metaanálisis, análisis de costo beneficio y estudios epidemiológicos. Se obtuvieron 567 artículos y se excluyeron 231. Variables estudiadas: **Grado de participación del AME:** No participó: en el trabajo no se menciona la participación o asesoramiento de algún AME; Participó asesorando: se explicitó tal asesoría o se la menciona en los agradecimientos. Participó como coautor: se señala como tal. **Adecuación del tratamiento:** no adecuado, ni procesamiento, ni resultados se informaron según las normas estadísticas; parcialmente adecuado, alguno o ambos se informaron parcialmente según normas y adecuado cuando lo fueron ambos. Los datos se analizaron con SPSS 11.5. Prueba de significación: Chi²; Alfa = 0.05, Potencia = 0.80. **Resultados:** en 413/567 trabajos (72.8%) el AME participó como coautor, en 102/567 (17.9%) no tuvo participación y en 52/567 (9.1%) participó como asesor. En 1982 el 83.3% de los trabajos se realizaban sin el concurso de un AME; en 2005 esto ocurrió en el 16.7% (Chi² 66.265; p < 0.0001). El tratamiento estadístico fue adecuado en el 40.2% de los artículos en 1982 vs. el 67.4% en 2005. (Chi²: 43.919; p < 0.001); El tratamiento estadístico fue adecuado en el 60.5% de los trabajos con un AME como coautor, vs 26.5% cuando no participó (Chi²: 45.957; p < 0.001). **Conclusiones:** a. se modificó la conducta de los investigadores incorporando el AME como otro miembro del equipo de investigación. b. en 2005 se seguían más frecuentemente las normas metodológicas y estadísticas para el tratamiento de los datos. **Comentarios:** la incorporación del AME al equipo de investigación tuvo un impacto positivo en la calidad de la información científica publicada.

80. Resultados de la implementación de un Programa Hospital de Día en un Hospital de alta complejidad. Arévalo de Cross Graciela, Montesinos Manuel Raúl, De Rosa Fernando, Dobarro Martín, Moreira Alejandro.

Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Cambios demográficos, tecnológicos y organizativos llevan a nuevas modalidades de internación. El Hospital de Día (PHD) contempla una internación programada breve, diagnóstica o terapéutica, y pretende mejorar la calidad de atención médica, eficientizar el uso de los recursos y minimizar las complicaciones. El objetivo de este trabajo es comunicar los resultados de la primera etapa de gestión, octubre 2004-diciembre 2005, de un PHD polivalente en un hospital de alta complejidad. Se contó con una sala de internación con 18 camas, 4 médicos con dedicación parcial, 3 enfermeros, 5 administrativos y una mucama. Hubo 1581 internaciones, 0-94 años, 61% mujeres, 3% menores internados en Pediatría. En 306 días hábiles, el promedio paciente/día fue 5 (0-19). El total de internaciones mensuales se incrementó en forma sostenida desde octubre de 2004 (14) a noviembre de 2005 (188). En el total del período, 74% correspondieron a internaciones quirúrgicas y 26% a clínicas. Las prácticas más frecuentes fueron: 186 biopsias hepáticas por punción, 147 hernioplastias, 107 legrados e histeroscopías, 52 resecciones de cáncer de piel y 42 artroscopias. Los Servicios quirúrgicos que más pacientes derivaron fueron: plástica, 15%, percutánea 14%, gastroenterología, 13%, ginecología, 11%, y traumatología, 6%. Entre los Servicios Clínicos se destacaron: nefrología 10%, infectología 4%, hemoterapia 3% y clínica médica 3%. En 12% de los casos, se suspendió la práctica o se prolongó la internación. La tasa de ocupación en igual período fue, en Cirugía Gastroenterológica 86%, Traumatología, 77%, Ginecología 58%. Ello confirma la necesidad de oferta de PHD para facilitar la atención de pacientes con menor requerimiento temporal de internación. El costo directo total del período fue \$ 253.165,48; el costo por paciente descendió desde \$ 758,55 en octubre 2004 hasta \$ 105,20 en diciembre 2005. Hubo desconocimiento del funcionamiento del PDH por lo que en fatizó la comunicación. La mayor barrera fue la resistencia al cambio pese a la simplificación de trámites, una atención médica adecuada y un registro apropiado de las prácticas. Se concluye que el sostenido crecimiento del PHD evidenció una importante demanda cuya satisfacción permitió mejorar la calidad de la atención, eficientizar el uso de los recursos y disminuir los costos por paciente.

81. Evaluación de una nueva metodología de información a familiares en UTI. López L., Pecci C., Ortiz Frágola A., Chaves Zambrano M. A., Capdevila A., Irrazábal C., Gherardi C.

Departamento de Salud Mental y División Terapia Intensiva, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

El informe médico a los familiares en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital de Clínicas se realizaba por los médicos internos e horas de la noche, con una visión vertical de los problemas de paciente dependiente de la evolución por guardia. Desde hace 4 años se cambió la metodología del informe por un sistema horizontal a cargo de los médicos de planta en la mañana, dependiente del seguimiento continuo e integrando las novedades de guardia. Se integró al informe personal de salud mental, y se acondicionó un espacio físico dentro de la unidad para la realización del mismo. **Objetivos:** 1. Evaluar si se favorece el mantenimiento de una comunicación efectiva entre los miembros del grupo familiar de la persona internada en UTI con el equipo de salud a cargo. 2. Describir los aspectos relacionados con la comunicación del informe médico a la familia. 3. Identificar necesidades de información, asesoramiento para la visita, y aspectos que más preocupan. 4. Evaluar modificaciones de la vida cotidiana de la familia. 5. Evaluar satisfacción de la atención recibida. **Metodología:** se aplica evaluación cualitativa de observación participante durante el informe médico y el de entrevista semiestructurada a la familia que evidencia mayor vulnerabilidad ante la situación del paciente crítico. Se selecciona al familiar que concurre diariamente y que ejerce representatividad, elegido explícita o implícitamente para ser el transmisor del informe para los demás miembros de su grupo y ante la necesidad de toma de decisiones. Se incluye además la situación clínica del paciente que influye en forma determinante en la interacción con la familia según las variables de edad, pronóstico y tipo de patología. La evaluación cualitativa considera: estado de salud del paciente, inquietudes respecto a la visita del paciente, aspectos referidos a la asistencia al informe médico y la visita, información que considera debe saber el médico,

aspectos administrativos e institucionales, y aspectos referidos a UTI. Se considera *aceptación* de la realidad informada cuando la interacción comunicacional está abierta, hay muestras de atención y evidencia de acuerdo con el trabajo del equipo asistencial. Se considera *rechazo* cuando la interacción está bloqueada, sin dar relevancia al informe, hay disgusto con otros servicios, o pérdida del interés por enfermedad crónica, estrés y agotamiento familiar. **Resultados:** Se realizaron 5319 informes durante 12 meses desde el 01-01-2005 al 31-12-2005, en 1158 pacientes internados, con una edad promedio de 66,08 años, un promedio de internación de 4,59 días paciente, con el 21.16% de mortalidad, y un APACHE promedio de 13,64%. Se evaluaron 828 informes (15.56%) y forma no aleatoria: promedio anual de informes observados por mes 69. Promedio anual de familiares asistentes a informes observados por mes 176. Promedio anual de entrevistas a familiares idóneos por mes 11. Actitud familiar ante el informe médico: *Aceptación del informe 78%, Rechazo de informe 22%*. **Conclusiones:** 1. La nueva sistemática de información en UTI es adecuadamente aceptada por la familia. 2. La identificación de los elementos de la interacción comunicacional con los familiares mejora el conocimiento del paciente y de su familia, y genera mayor confianza y efectividad de la actitud del médico para abordar aspectos psicosociales, y estrategias de decisión dentro de la sala de Terapia Intensiva.

82. Abordaje institucional de la Salud Mental en emergencias y desastres. Incendio en la discoteca Cromagnon. Gómez Prieto C., Colombo P., Vilas C., Marconetto G., Luna M., Gabrielli A., Schutz V.

Departamento de Salud Mental "Hospital de Clínicas José de San Martín", Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Objetivos: a. Dar a conocer las observaciones clínicas realizadas en el abordaje, evaluación y seguimiento de los damnificados asistidos en el Hospital de Clínicas. b. Detectar el perfil de manifestaciones clínicas a partir de la Escala de Stress Post-traumático, basada en la descripción del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales y del Cuestionario de Evaluación y Seguimiento de los Damnificados (CESD) desarrollado por el Programa de Salud Mental en Emergencias y Desastres del Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas "José de San Martín". c. Registrar la evolución de síntomas y manifestaciones clínicas en un lapso de 3 y 6 meses. **Materiales y métodos:** Se administró a 25 pacientes asistidos en el Hospital de Clínicas y a sus familiares la Escala de Stress Postraumático y el Cuestionario de Evaluación y Seguimiento de los Damnificados. Se evaluaron síntomas cognitivos, emocionales y manifestaciones interpersonales así como la incidencia de los mismos a lo largo del tiempo. **Resultados:** En los sujetos evaluados observamos: 1) Respecto de la evaluación con la Escala de Stress Postraumático: a) el 65,4% presentó en el período inicial síntomas clínicamente significativos (Trastorno por Stress Post Traumático (PTSD)), b) estos síntomas fueron descendiendo con el transcurrir del tiempo. Respecto de la evaluación con el Cuestionario de Evaluación y Seguimiento de los Damnificados: a) el síntoma predominante en el área cognitiva fue: "pensamientos intrusivos", b) el síntoma predominante en el área emocional fue "temores y aprensión", c) la manifestación clínica predominante en el área interpersonal fue: "fortalecimiento de los vínculos". **Conclusiones:** Se demostró que: 1) Todos los damnificados presentan manifestaciones clínicas. 2) Los síntomas presentes no configuraron en todos los casos un cuadro de PTSD. 3) Todos manifiestan la importancia de los vínculos interpersonales como indicador clínico. 4) No se presentan diferencias significativas entre damnificados directos e indirectos.

83. Enfermedad de Von Hippel-Lindau y Genética. Pallavicini M., Jalón P., González Abbati S., Di Masi G., Clar F., Sánchez González F., Otero J., Fernández Pisani R.

División de Neurocirugía, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Describir nuestra experiencia en el manejo de la enfermedad de Von Hippel-Lindau (VHL), con un enfoque

multidisciplinario de la patología y especial interés en el estudio genético del paciente. **Materiales y métodos:** Durante el período 2000-2005, se evaluaron cinco pacientes con diagnóstico de Enfermedad de VHL, cuatro hombres y una mujer, con edades de 19 a 27 años (media 22,8). Todos los pacientes presentaban lesiones expansivas a nivel cerebeloso y/o intramedular. Estas lesiones contenían una porción quística y fueron sometidas a resección quirúrgica, con diagnóstico de Hemangioblastoma. En todos los casos se realizó screening de lesiones asociadas en neuroeje, abdominales y oftalmológicas, como así también estudio genético del paciente. **Resultados:** Se realizó exéresis

completa de todas las lesiones abordadas, con evolución neurológica favorable. Todos los pacientes continúan en seguimiento por lesiones asociadas no neurológicas. Tres pacientes continúan en seguimiento por otras lesiones en el SNC. **Conclusión:** La presencia de lesiones expansivas con porción quística a nivel cerebeloso e intramedular, con diagnóstico anatomo-patológico de Hemangioblastoma en pacientes jóvenes, debe despertar la sospecha de Enfermedad de VHL, recomendándose el screening completo del neuroeje, abdominal (pancreático, renal y suprarrenal) y oftalmológico, junto con estudios genéticos del paciente y familiares de primer grado.