

REVISTA del TÓRAX

de la Provincia de Buenos Aires

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE TISIOLOGÍA Y NEUMONOLOGÍA
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Sumario

> EDITORIAL

Dr. Salvador A. Pace

Pág. 5

CASO CLÍNICO

> PACIENTE DE 25 AÑOS CON IMÁGENES PULMONARES BILATERALES

Dres. Manuel Giayetto, Gabriela Tabaj, Ma. Victoria Gallardo, Javier Sebastiani, Ma. Laura Grodnitzky, Georgina Gramblicka, Nicolás Itcovici, Andrea Werbach, Paola Sinagra y Ma. de los Ángeles Sosa

Pág. 7

ARTÍCULO ORIGINAL

> NUTRICIÓN EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Dras. Roxana Guida, Silvia Rey, Alejandra Caponi

Pág. 11

CASO CLÍNICO

> QUISTE PARATRAQUEAL, HALLAZGO TOMOGRÁFICO

Dras. Mirta Carbone, Susana Nahabedian, Mirta Maldonado, Silvia Kassabian, Mercedes Vila

Pág. 17

CASO CLÍNICO

> ¿CÓMO VIVIR CON UN ORGANISMO MULTIRRESISTENTE Y NO MORIR EN EL INTENTO? VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Bioquímicas Laura F. Psenda, M. Belén Leardini, M. Eugenia Tacchella

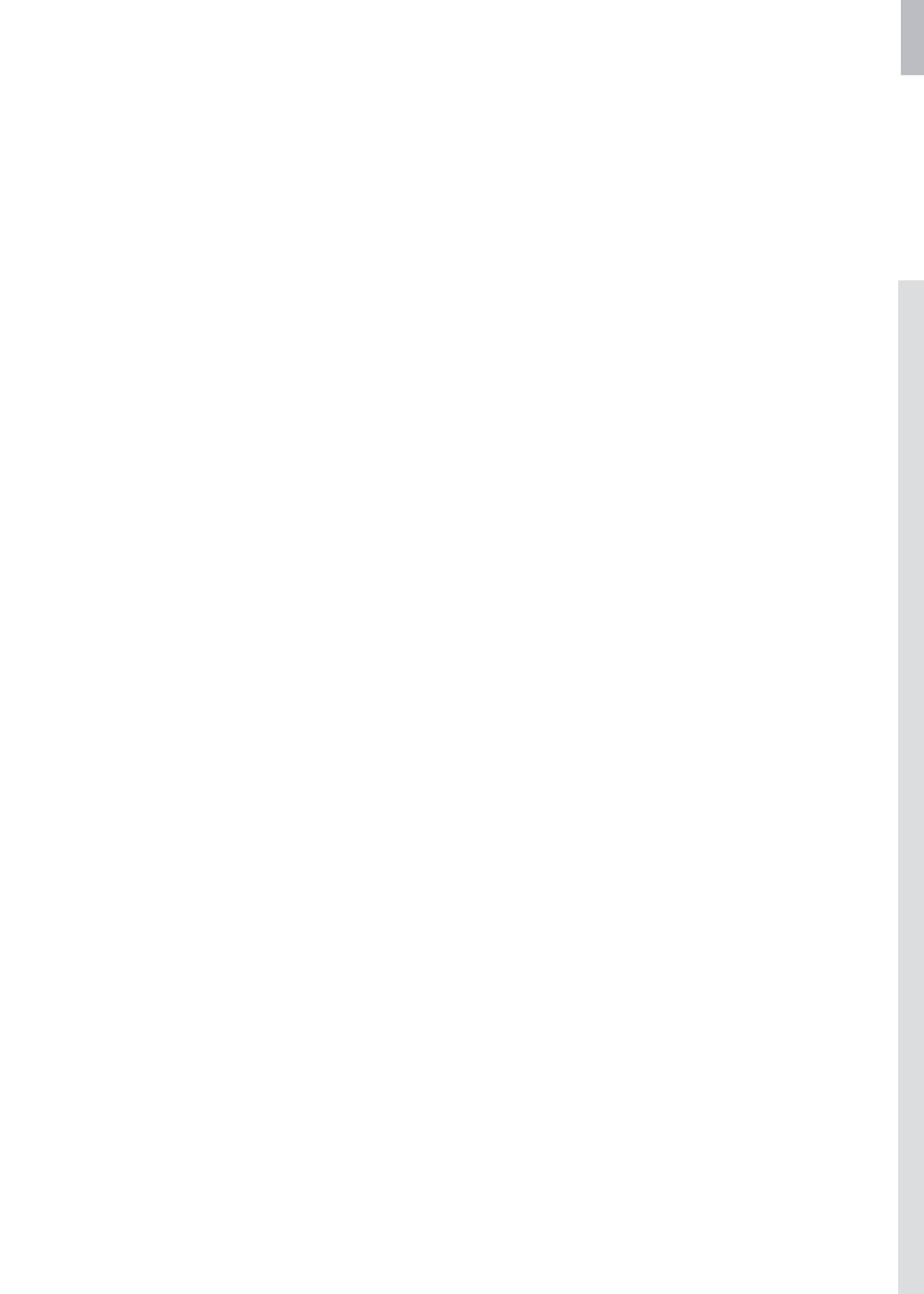
Pág. 21

XXI CONGRESO DE LA STNBA

> REGLAMENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

Pág. 29







REVISTA del **TÓRAX**

de la Provincia de Buenos Aires
PUBLICACION OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE TISIOLOGÍA
Y NEUMONOLOGÍA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR EN JEFE

Dra. Susana E. Nahabedian

EDITOR ASISTENTE

Dra. María Cristina Ortiz

EDITORES

Dra. Mirta Scarinci
Dr. Alvaro Alonso
Dra. Carolina
Venialgo Acevedo
Dr. Alejandro Videla
Dra. María Alicia
Martínez Cortizas
Dra. Beatriz Martínez
Dr. Oscar Caberlotto
Dra. Cristina Gaitán
Dra. Gabriela Tabaj

*Los textos que en esta
publicación se editan,
expresan la opinión de
sus firmantes o de
los autores que
han redactado
los artículos originales.*

Comisión Directiva 2011 - 2013

Sociedad de Tisiología y Neumonología de la Provincia de Buenos Aires (STNBA)

Año 13 | Número 22

Presidente

Dr. Salvador Antonio Pace

Vicepresidente

Dra. Susana E. Nahabedian

Secretario

Dr. Gabriel Pardo

Tesorera

Dra. Patricia Malamud

1º Vocal Titular

Dra. Analía Allemandi

2º Vocal Titular

Dr. Oscar Garcia

1º Vocal Suplente

Dr. Sergio Zarewsky

Comisión Revisora de Cuentas

Titulares

Dra. Beatriz Martínez

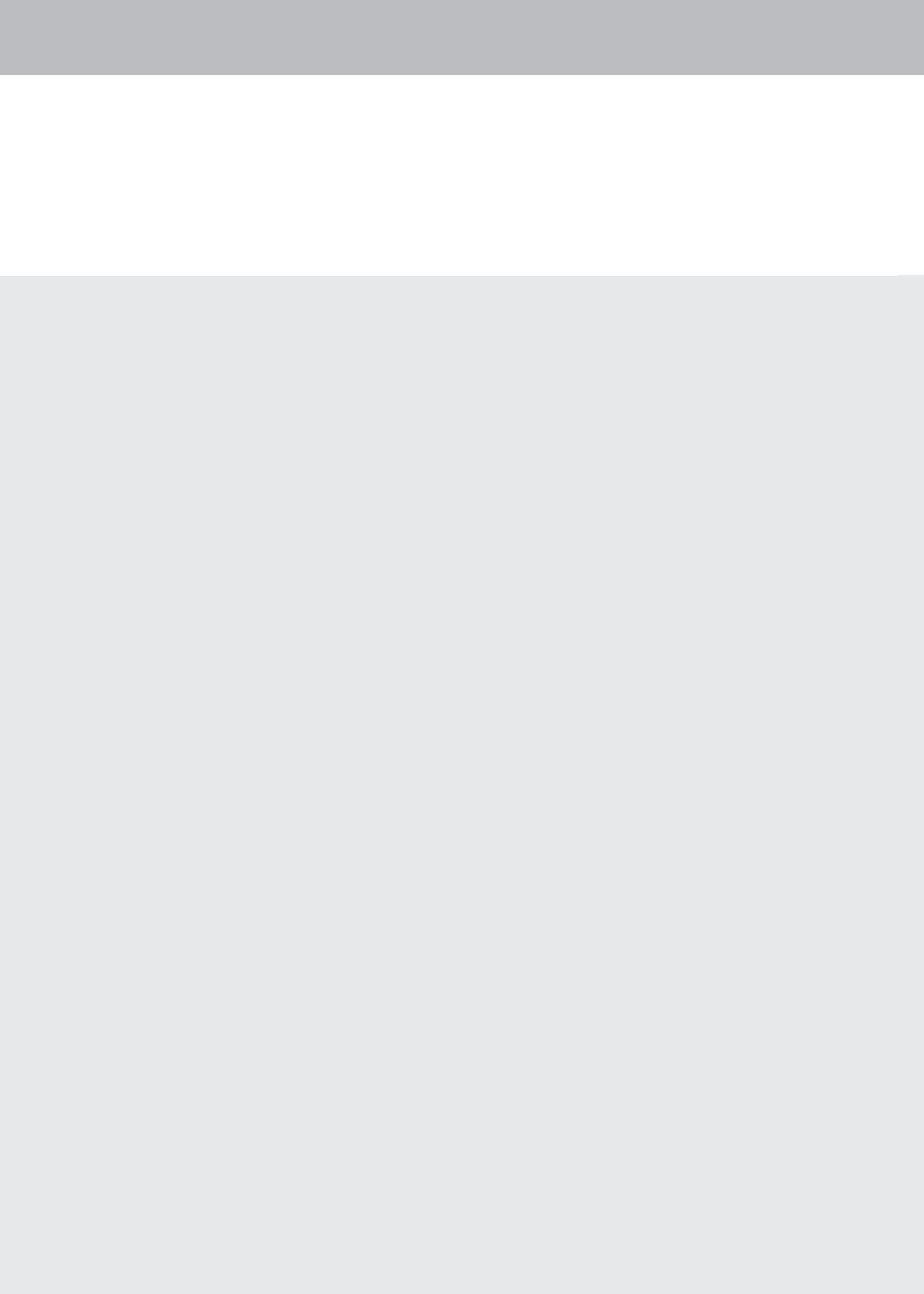
Dra. Stella Bravo

Suplente

Dr. César Salomone

SEDE

Hospital del Tórax Dr. Antonio Cetrángolo | Italia 1750 | Florida | B1602DOH
Ciudad de Vicente López | Provincia de Buenos Aires
Tel. 011 47918651 | 011 47918684 | secretaria@stnba.org.ar | horario: 10 a 18 hs.



Sumario

EDITORIAL

Dr. Salvador A. Pace

Pág. 5 _____

CASO CLÍNICO

PACIENTE DE 25 AÑOS CON IMÁGENES PULMONARES BILATERALES

Dres. Manuel Giayetto, Gabriela Tabaj, Ma. Victoria Gallardo,
Javier Sebastiani, Ma. Laura Grodnitzky, Georgina Gramblicka,
Nicolás Itcovici, Andrea Werbach, Paola Sinagra y Ma. de los Ángeles Sosa

Pág. 7 _____

ARTÍCULO ORIGINAL

NUTRICIÓN EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Dras. Roxana Guida, Silvia Rey, Alejandra Caponi

Pág. 11 _____

CASO CLÍNICO

QUISTE PARATRAQUEAL, HALLAZGO TOMOGRÁFICO

Dras. Mirta Carbone, Susana Nahabedian, Mirta Maldonado,
Silvia Kassabian, Mercedes Vila

Pág. 17 _____

CASO CLÍNICO

¿CÓMO VIVIR CON UN ORGANISMO MULTIRRESISTENTE Y NO MORIR EN EL INTENTO? VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO

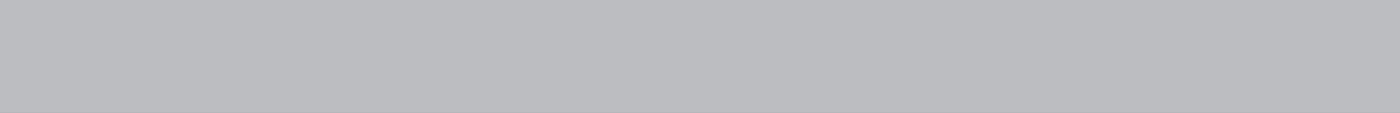
Bioquímicas Laura F. Psenda, M. Belén Leardini, M. Eugenia Tacchella

Pág. 21 _____

XXI CONGRESO STNBA

REGLAMENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

Pág. 29 _____





Estimados/as Colegas y Amigos/as

Es un placer contactarme nuevamente con Uds., en esta oportunidad a través de nuestro órgano oficial de comunicación en papel como es la histórica Revista Tórax.

En este número encontraremos como siempre temas de actualización y revisión en Medicina Respiratoria, casos clínicos y otros tópicos de interés.

El desarrollo editorial para poner en circulación 2 revistas por año, implica un esfuerzo importante, y justamente pensando en el trabajo y dedicación que requiere la previa a la impresión, es que no quiero dejar de agradecer y reconocer la actividad desarrollada por el Comité de Redacción y a su coordinadora la Dra. Susana Nahabedian.

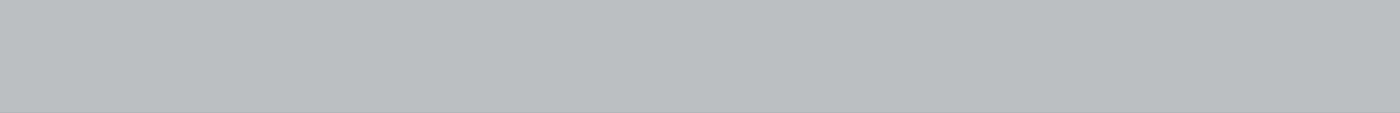
Susana con su perseverancia y profesionalidad ha sostenido la continuidad de nuestra revista durante años a pesar de las dificultades que se presentan a diario para poder concretar los objetivos. Dado su actual cargo de vicepresidente ha decidido dejar esta responsabilidad a partir del próximo número, tomando la posta nuestra querida socia, la Dra. Cristina Ortiz.

Por otra parte también agradecer la colaboración del laboratorio Phoenix que desde los inicios ininterrumpidamente imprime la revista.

Finalmente deseo invitar a todas y todos al XXI Congreso de la Sociedad de Tisiología y Neumonología de la Pcia. de Buenos Aires a realizarse los días 25, 26 y 27 de abril 2013, en Mar del Plata en las instalaciones del Hotel Costa Galana. No olviden agendar esta fecha, los esperamos con la cordialidad y cariño que significa este clásico encuentro de camaradería, sumado a un formato científico novedoso con temas interesantes e invitados extranjeros.

Con afecto reciban mis saludos,

Dr Salvador A. Pace
Presidente STNBA 2011-2013



PACIENTE DE 25 AÑOS CON IMÁGENES PULMONARES BILATERALES

Dres. Manuel Giayetto¹, Gabriela Tabaj¹, Ma. Victoria Gallardo¹, Javier Sebastiani¹, Ma. Laura Grodnitzky¹, Georgina Gramblicka¹, Nicolás Itcovici¹, Andrea Werbach¹, Paola Sinagra¹ y Ma. de los Angeles Sosa¹

Paciente femenina de 25 años de edad, con antecedentes de hipertiroidismo y menorragia luego de un episodio de aborto espontáneo en el año 2009 con legrado posterior, que consultó por disnea hasta clase funcional III y fiebre de 1 mes de evolución. Refería además pérdida de peso de 10 kg y sudoración nocturna.

Al examen físico se constató temperatura axilar de 38 °C, FC 120 FR 26. Roncus en base pulmonar izquierda. Sin signos de fallo de bomba ni hipocratismo digital.



Imagen 1.
Evidencia de múltiples opacidades nodulares de distribución subpleural, bilaterales



Imagen 2.
Múltiples imágenes de aspecto consolidativo bilaterales, subpleurales periféricas con predominio en las bases pulmonares



1- Hospital del Tórax Dr. A. Cetrángolo, Vicente López, Provincia de Buenos Aires

Laboratorio de ingreso:

leucocitos 16.000, hematocrito 31%, TGO 58, TGP 65. Estado ácido base respirando aire ambiental: pH 7.43 pCO₂ 36 pO₂ 76 HCO₃ 23 Sat O₂ 97%.

Proteinograma electroforético: hipergammaglobulinemia policlonal, Anti DNA y FAN negativos, FR positivo débil (19). ELISA HIV negativo.

Teleradiografía de tórax

(ver imagen 1)

Se realizó fibrobroncoscopia que no evidenció lesiones endoluminales, BAL negativo para ZN, GC y hongos.

Examen de Función Pulmonar

CVF	0,96	(26%)
VEF1	0,88	(30%)
VEF1/CVF		80
DLCO		41% (10 ml/mmHg/min)
Test de marcha de 6 minutos:		
SpO ₂ basal		99%
SpO ₂ al 1° minuto		90%
SpO ₂ al 2° minuto		80% (se suspende).

Ecodoppler cardíaco

VI con dimensiones y espesores conservado. Función sistólica conservada.

AI sin alteraciones.

Cavidades derechas sin alteraciones.

Pericardio libre. Sin alteraciones flujo.

Ecografía abdominal

Normal.

Ecografía ginecológica transvaginal

Útero AVF 56x27x44 mm.

Ecoestructura heterogénea difusa.

Endometrio 4,5 mm.

Anexos s/p.

Conducta clínica

Se decide la realización de biopsia pulmonar por videotoracosopia.

Anatomía Patológica

EMBOLIAS VASCULARES HEMÁTICAS CARCINOMATOSAS MÚLTIPLES

Se realizaron técnicas de inmunomarcación con anticuerpos monoclonales: CD45 ACL (Antígeno común leucocitario) clon LCA88 negativo

CK(AE1-AE3) positivo

CK7 positivo

CK20 negativo

GCHB (Gonadotropina coriónica humana beta) positivo

Se solicita dosaje de HCG: 311.790 mUI/ml (VN < 2 mUI/ml).

Diagnóstico:

Embolias vasculares de coriocarcinoma

La paciente fue derivada a servicio de Oncología y Ginecología.

Se inició tratamiento con Cisplatino + Etopósido.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La enfermedad trofoblástica gestacional es una alteración proliferativa del trofoblasto que incluye a la mola parcial, la mola completa o mola hidatidiforme, la mola invasiva, la mola metastásica, el coriocarcinoma, el tumor trofoblástico del sitio placentario y el tumor trofoblástico epitelioides.

El coriocarcinoma, el tumor trofoblástico del sitio placentario y el tumor trofoblástico epitelioides son malignos, mientras que solamente un 10–20% de las molas pueden evolucionar hacia una forma maligna.

La neoplasia trofoblástica gestacional es generalmente diagnosticada mediante los controles de gonadotrofina coriónica humana que se realizan después de un embarazo molar. La quimioterapia es el tratamiento adecuado y la tasa de curación es alta.

El tratamiento está basado en la clasificación en grupos definidos por la estadificación (Tabla 1) y un score de riesgo (FIGO Staging system, tabla 2)

Los pacientes con un score menor a 7 puntos (bajo riesgo de metástasis) tienen indicación

de quimioterapia con una única droga, con tasas de supervivencia cercanas al 100%. Los pacientes con un score mayor a 7 (alto riesgo de metástasis) tienen indicación de quimioterapia con múltiples drogas y radioterapia o cirugía adyuvante para alcanzar tasas de curación cercanas al 80 - 90%. El uso del score de FIGO es esencial para determinar la terapia de inicio para pacientes con neoplasia trofoblástica gestacional para asegurar el mejor resultado posible con la menor morbi-mortalidad.

Tabla 1. (Am J Obstet Gynecol. 2011 Jan;204(1):11-8)

Estadificación de neoplasias trofoblásticas gestacionales

ESTADIO	DESCRIPCIÓN
I	Enfermedad confinada al útero
II	Enfermedad extendida por fuera del útero, pero limitada a estructuras genitales (anexos, vagina, ligamento ancho)
III	Enfermedad extendida a pulmones con o sin compromiso genital
IV	Metástasis hacia otros órganos

Tabla 2. (Am J Obstet Gynecol. 2011 Jan;204(1):11-8)

Score de neoplasias trofoblásticas gestacionales

FACTOR DE RIESGO	SCORE			
	0	1	2	4
Edad en años	≤39	>39	-	-
Embarazo previo	mola	aborto	a término	
Intervalo de tiempo de la enfermedad al embarazo en meses	< 4	4-6	7-12	>12
hcg pre tratamiento	<10 ³	10 ³ -10 ⁴	10 ⁴ -10 ⁵	>10 ⁵
Tamaño de la masa tumoral de mayor tamaño	< 3	3-4	≥5	-
Sitio de metástasis	-	Bazo, riñón	Tracto GI	Hígado cerebro
Número de metástasis	-	1-4	5-8	>8
Fracaso previo de quimioterapia	-	-	Única droga	2 o más drogas

Lectura Recomendada

1. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. Am J Obstet Gynecol. 2010 Dec;203(6):531-9

2. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease II: classification and management of gestational trophoblastic neoplasia. Am J Obstet Gynecol. 2011 Jan;204(1):11-8. Gestational trophoblastic disease II: classification and management of gestational trophoblastic neoplasia.

3. Morgan JM, Lurain JR. Gestational trophoblastic neoplasia: an update. Curr Oncol Rep. 2008 Nov;10(6):497-504.



NUTRICIÓN EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Lic. Roxana Guida¹, Silvia Rey², Alejandra Caponi³

RESUMEN

Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica presentan múltiples alteraciones nutricionales que comienzan a manifestarse aún en estadios tempranos de evolución de la enfermedad. Estas alteraciones pueden manifestarse con desnutrición u obesidad, en ambos casos con déficit de masa magra. El estado nutricional alterado constituye un indicador pronóstico de morbi-mortalidad independiente del grado de evolución de la patología de base. La Unidad de Nutrición del Hospital Cetrángolo desarrolló una herramienta educativa de amplia difusión que incluye material didáctico orientado a destacar la importancia de una adecuada nutrición, brindar soluciones a los problemas en la alimentación diaria del paciente y además, informar sobre los signos de alerta nutricional para fomentar la consulta temprana con el fin de lograr una intervención nutricional más efectiva. La difusión de estas guías se efectuó a través de distintos medios de comunicación audiovisual y por internet. Su aplicación aumentó significativamente el número de consultas nutricionales en pacientes EPOC. Además permitieron iniciar una labor de

educación nutricional precoz y más efectiva a pacientes y familiares.

SUMMARY

Patients with COPD have multiple nutritional abnormalities that become evident even at early stages of the disease. These abnormalities can be revealed as undernutrition or obesity with lean body mass deficit in both cases. The altered nutritional status constitutes a prognostic indicator of morbi-mortality regardless of the progression of underlying disease. The Nutrition Unit of the Hospital Cetrángolo developed an educational tool with materials aimed at highlighting the importance of proper nutrition, providing solutions to nutritional problems of patients' daily diet and also promoting early nutritional consultation for a more effective intervention. The promotion of these guidelines was made by audiovisual media and internet. They significantly increased the number of nutritional consultations by COPD patients and raised awareness of the importance of early and more effective nutritional education among patients and family members.

1- Licenciada en Nutrición. Jefe de la Unidad de Nutrición. Hospital del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo.

2,3- Licenciada en Nutrición. Unidad de Nutrición. Hospital del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo.

Correspondencia: rguida@fibertel.com.ar

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una de las principales causas de mortalidad en la mayoría de los países. Mientras en el año 1990 era la sexta causa de muerte, se estima que para el año 2020 se convertirá en la tercera causa de mortalidad (Estudio del Impacto Global de las Enfermedades); aumento asociado a la epidemia del tabaquismo y a un cambio en las características demográficas por una mayor expectativa de vida en la población¹.

Su prevalencia es mayor en fumadores y ex fumadores, en individuos mayores de 40 años y en el sexo masculino pero actualmente, debido al incremento del tabaquismo en las mujeres, la diferencia entre ambos sexos se ha reducido.

La EPOC es un estado de enfermedad caracterizado por la presencia de obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo. Esta limitación es generalmente progresiva y asociada a una respuesta inflamatoria anormal del pulmón a partículas nocivas y/o gases, de acuerdo con la definición actual de la Iniciativa Global para la EPOC (Guía GOLD)².

El grado de severidad de la EPOC puede ser determinado a partir de los siguientes factores: el resultado de la espirometría, el grado de disnea, la capacidad física para el ejercicio, el índice de masa corporal (IMC), la presión parcial de oxígeno (PaO₂) en sangre arterial y la presencia de cor pulmonare^{3;4}.

ESTADO NUTRICIONAL Y ENFERMEDAD RESPIRATORIA

Las alteraciones nutricionales, en los pacientes con EPOC son frecuentes aún en los estadios tempranos de evolución de la patología.

Estas alteraciones se pueden manifestar con pérdida de peso o desnutrición o bien, por sobrepeso u obesidad con pérdida de masa magra, afectando principalmente la

capacidad funcional y calidad de vida. La pérdida de peso o desnutrición puede constituir un indicador pronóstico de morbilidad y mortalidad independientemente de otros aspectos de la enfermedad.

En el 25–40 % de los casos de EPOC con alteración moderada a severa de la función pulmonar se produce alteración de la composición corporal con disminución de la masa magra y aumento de la masa grasa; mientras que el índice de masa corporal (IMC) sólo está disminuido en el 17 % del total. Se ha demostrado que el descenso de 3 unidades en el IMC aumenta la mortalidad un 1.71 %.⁵

La desnutrición afecta directamente a los músculos respiratorios, incluyendo al diafragma, al parénquima pulmonar y a la síntesis y secreción de surfactante, compuesto principalmente por lipoproteínas. La deficiencia del mismo altera el intercambio gaseoso contribuyendo al desarrollo de atelectasias y a retardar la recuperación de las exacerbaciones agudas.

La desnutrición puede avanzar a la caquexia por consumo severo de la masa magra, lo que favorece aún más al deterioro de la enfermedad de base.

Las causas de caquexia son multifactoriales e incluyen aumento del gasto energético en reposo (GER); respuesta inflamatoria sistémica; hiporexia; alteraciones gastrointestinales; exacerbaciones agudas; efecto térmico de algunos fármacos y de las comidas; edad y ejercicio físico. Además, los mecanismos anabólicos endógenos protectivos son ineficientes posiblemente debido a síndromes de resistencia hormonal.

Se han descrito mayores alteraciones en el GER en pacientes con EPOC con pérdida de peso respecto de los eutróficos (normopeso), relacionadas con el aumento del consumo de oxígeno a consecuencia del mayor trabajo respiratorio.

El aumento del GER puede ascender del 10 al 25 % respecto del predictivo, en contraste con lo que ocurre en la desnutrición simple.

La respuesta inflamatoria sistémica también puede contribuir a la pérdida de peso a través del TNF- α causando hiporexia e incrementando la liberación de citoquinas responsables del aumento de la movilización de aminoácidos, de la elevación del catabolismo proteico y del GER⁶.

Tanto, la masticación como la deglución pueden alterar el patrón respiratorio al provocar una disminución en el consumo de oxígeno e incrementar la sensación de disnea. A causa de esto, los pacientes pueden realizar una masticación rápida e insuficiente, lo que podría provocar aerofagia y distensión abdominal llevando a la saciedad precoz.

Por otro lado, el 50-60% de los pacientes con EPOC presentan algún grado de sobrepeso u obesidad, con masa magra normal o disminuida y síndrome metabólico. El aumento del tejido adiposo asociado al sobrepeso y a la obesidad, genera activación de la inflamación local con liberación de mediadores como adipoquinas, citoquinas, leptina y adiponectina. Estos mediadores son responsables del aumento de la inflamación sistémica. A su vez, la inflamación sistémica es una de las causas de la caquexia y del síndrome metabólico que se manifiesta con resistencia insulínica, dislipemia, hipertensión arterial y obesidad abdominal. Por este motivo, aún los pacientes con sobrepeso u obesidad pueden tener desnutrición proteica y caquexia por pérdida severa de la masa muscular^{7; 8; 9}.

Otra implicancia sobre el estado nutricional es la osteoporosis, que puede asociarse a carencias nutricionales, a los efectos de los corticoides administrados en altas dosis y a los efectos de la inflamación sistémica sobre el metabolismo óseo¹⁰.

Finalmente, estos fármacos pueden alterar la composición corporal, la capacidad funcional, la resistencia del músculo esquelético y estimular el catabolismo proteico.

GUIA ALIMENTARIA PARA PACIENTES CON EPOC

Objetivos de la Guía

A lo largo de la trayectoria de la Unidad de Nutrición del Hospital Cetrángolo, se fueron desarrollando distintas estrategias educativas con el objetivo de lograr la mayor adherencia posible por parte del paciente al plan nutricional recomendado para esta patología. De esta manera, surgió la motivación de generar una herramienta educativa de amplia difusión que incluyera material didáctico orientado a destacar la importancia de una adecuada nutrición, brindar soluciones a los problemas en la alimentación diaria del paciente y además, informar sobre los signos de alerta nutricional para fomentar la consulta temprana con el fin de lograr una intervención nutricional más efectiva.

Descripción del contenido de la Guía

La Guía está estructurada en once secciones, algunas brindan una breve información sobre la EPOC y el impacto que tiene ésta sobre el estado nutricional en un lenguaje adaptado a la población. A continuación se describen las secciones que hacen referencia a la intervención nutricional:

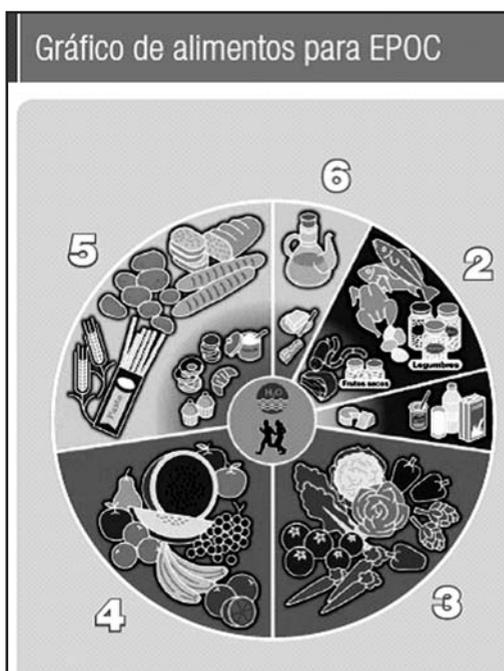
* Relación entre el IMC y la EPOC

El IMC, si bien, no es el mejor predictor de supervivencia en la EPOC, fue elegido como método de diagnóstico nutricional por ser de fácil aplicación para el paciente, ser un índice ampliamente difundido en la población general y uno de los factores pronósticos de severidad incluidos en el Índice BODE11; 12.

Los valores del IMC son los siguientes:

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	IMC
Delgadez	<21 Kg/m ²
Normopeso	21-24.9 Kg/m ²
Sobrepeso	25-29.9 Kg/m ²
Obesidad	>30 Kg/m ²

* Gráfico de alimentos



Tomando como modelo el plato de alimentación saludable, se diseñó un gráfico considerando las particularidades y requerimientos nutricionales de la población con EPOC.

Este gráfico muestra las porciones diarias sugeridas para cada grupo de alimento¹³.

* Alimentos con alto contenido en Calcio y Sodio

Se destaca la importancia de consumir en forma diaria alimentos con alto contenido en calcio y disminuir aquellos con alto contenido en sodio.

* Recomendaciones generales para pacientes con bajo peso o exceso del mismo

Se incluyen recomendaciones generales simples de implementar y aplicables a la mayoría de los pacientes para facilitar, según el caso, la pérdida o recuperación de peso de manera saludable.

* Test de estado nutricional

El DETERMINE es un test autoadministrado de valoración nutricional subjetiva que fue adaptado de la versión original confeccionada para la población sana.

Test de estado nutricional	
¿Sabía que su enfermedad tiene un alto riesgo de producir desnutrición? Para saber su estado nutricional realice el siguiente test. Se recomienda repetirlo cada tres meses.	
Tuve un cambio de peso últimamente (aumenté o disminuí)	2
Como dos comidas al día o menos	3
Como pocas frutas o vegetales	2
Tengo dificultad para masticar	3
Como carnes y productos lácteos menos de tres veces por semana	2
No siempre tengo dinero suficiente para comprar los alimentos que necesito	4
No siempre tengo capacidad física para comprar, cocinar o alimentar por mí mismo, y no tengo nadie que lo haga por mí	4
Tengo alguno de estos síntomas digestivos; diarreas, vómitos, náuseas, hinchazón, gases, etc.	3
Necesito oxígeno durante las comidas	3
Consumo tres o más veces por semana alimentos ricos en grasas (facturas, productos de copetín, fiambres, frituras, etc.)	2
Consumo tres o más veces por semana dulces (Azúcar, gaseosas, caramelos, galletitas dulces, etc.)	1
Suma de todos los puntos (puntuación nutricional)	<input type="text"/>
14	

Se basa en una serie de preguntas sencillas y comprensibles para la población general, respecto de hábitos nutricionales que permiten determinar el grado de riesgo nutricional que tiene el paciente en base a la sumatoria de puntos asignados a cada respuesta¹⁴.

* **Ejemplos de distribución de las comidas y recetas saludables**

El objetivo de esta sección es destacar la importancia del fraccionamiento de la alimentación y de la disminución del volumen de cada ingesta. Por último, se sugieren algunas recetas dulces y saladas, accesibles y de bajo costo, que cumplen con las pautas de esta Guía.

Cabe destacar que esta herramienta es de gran utilidad para personas con EPOC pero recomendamos contar con la asesoría de un nutricionista, a fin de establecer un programa alimentario personalizado y optimizar la utilización de la misma.

RESULTADOS

La Guía fue presentada y distribuida durante la 3ª Conferencia Internacional sobre Avances en EPOC (Buenos Aires, 16-Abril-2010). La difusión a la población se realizó a través de distintos medios de comunicación gráficos, radio, televisión y comunicados de prensa. La repercusión de la difusión generó el envío de la misma a distintos puntos del país vía mail. Las consultas provinieron tanto de profesionales como de pacientes.

A partir de su implementación en la atención de consultorios externos de nuestro hospital, en mayo de 2010, se incrementaron significativamente el número de consultas. Durante el año 2009, el número total de consultas fue de 207, de las cuales el 22% fue por diagnóstico de EPOC. En 2011, el número de consultas ascendió a 448 (216%), siendo el 50% por diagnóstico de EPOC.

CONCLUSIONES

Las consecuencias funcionales del deterioro nutricional y especialmente de la depleción de la masa magra se reflejan en un deterioro del estado de salud y la calidad de vida. Si bien desde hace años se conoce la relación estrecha entre pérdida de peso y mortalidad, hoy se sabe que la masa muscular es mejor predictor de supervivencia en pacientes con EPOC moderado o severo^{11; 12}.

Se debe destacar que la presente Guía es de gran utilidad para personas con EPOC pero recomendamos contar con la asesoría de un nutricionista, a fin de establecer un programa alimentario personalizado y supervisado para asegurar el cumplimiento de sus objetivos.

Teniendo en cuenta que el plan de alimentación se elabora en base al estado del arte de la ciencia respecto de la neumonología y nutrición, las mismas deberían actualizarse en base a los nuevos hallazgos.

En la actualidad, la Unidad de Nutrición se encuentra abocada a evaluar el grado de comprensión del material por parte de la población a la cual se dirige y a validar la herramienta de autotest de evaluación nutricional, en virtud de que se efectuaron algunos cambios de la versión original a fin de adaptarlo a la patología.

Bibliografía

- Gené, R; Giugno, E; Abbate, E; Figueroa Casas, J; Mazei, A; Schiavi, E; y col. Nuevo Consenso Argentino de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Año 2003
- Iniciativa Global para el Diagnóstico, tratamiento y Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Global Initiative for Chronic Obstructive lung Disease, GOLD) - Resumen 2006
- Alvarez Hernández, J. Enfoque terapéutico global de la disfunción muscular en la EPOC. Nutr. Hosp. 2006 (Supl. 3) 76-83
- Schols A; Soeters P; et al. Prevalence and character-

istics of nutritional depletion in patients with stable COPD eligible for pulmonary rehabilitation. *Am Rev Respir Dis* 1993; 147: 1151-6.

- Vermeeren M; Creutzberg E; et al. Prevalence of nutritional depletion in a large out-patient population of patients with COPD. *Respir Med* 2006 January 10.

- Alcotea Beatres S. EPOC y Estado Nutricional. *Arch de-Broconeumonología* 2007. Nro 5 vol 43:283-288

- Marquis K et al. The Metabolic Syndrome in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Cardiopulmonary Rehabilitation* 2005; 25: 226-232

- McClean, et al. Obesity and the lung. *Thorax* 2008; 63: 649-654

- Sin; Sutherland. Obesity and asthma. *Thorax* 2008; 63: 1018-1023

- Barnes P. EPOC: intervenciones terapéuticas actuales y estrategias futuras. *Eur Respir J* 2005;6:179-200

- Celli BR; Cote C; Martin JM; et al. The body mass index, airflow obstruction, dyspnoea, exercise performance (BODE). Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med*, 2004; 350:1005-1012.

- Schols A, Slangen J; et al. Weight loss is a reversible factor in the prognosis of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 157: 1791-7

- Food Standards Agency. The Eatwell Plate; UK, 2006.

- Barrocas A, White W, et al; "Nutritional Screening Initiative (DETERMINE)"; 1996

QUISTE PARATRAQUEAL, HALLAZGO TOMOGRÁFICO

Dras. Mirta Carbone¹, Susana Nahabedian¹, Mirta Maldonado¹,
Silvia Kassabian¹, Mercedes Vila²

INTRODUCCIÓN

El quiste paratraqueal es una rara entidad, el hallazgo en Rx tórax simple es bajo, siendo en la mayoría de los casos diagnosticado por TAC de tórax.

En adultos el divertículo traqueal es el causante del quiste y puede ser producido por herniación de la mucosa a través de una debilidad de la pared traqueal, como consecuencia de un aumento de la presión intraluminal tal como sucede en pacientes con tos crónica.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, 78 años de edad, quien refiere tos crónica desde la infancia.

Tiene estudios previos donde se diagnosticó hernia hiatal gigante y reflujo gastroesofágico en tratamiento para dichas patología. Las pruebas funcionales presentan un

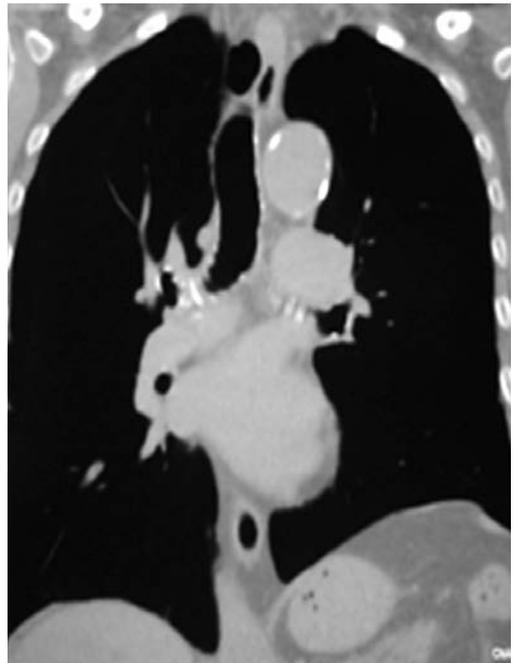
patrón obstructivo leve, en tratamiento con B2 de acción prolongada y corticoterapia inhalada.

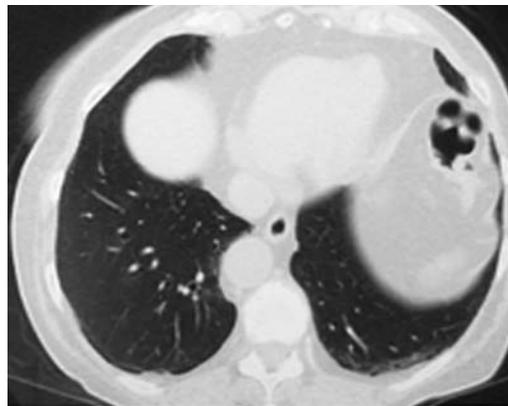
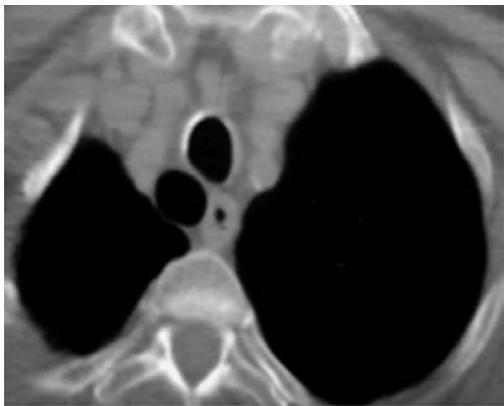
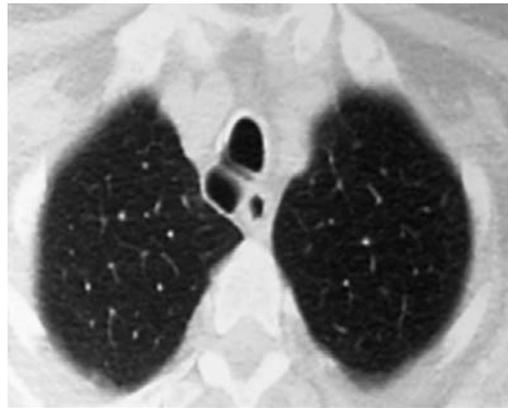
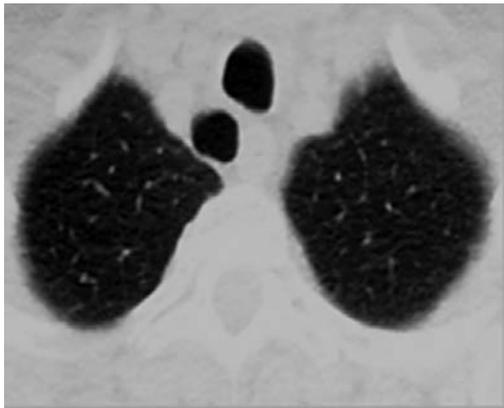
El motivo de la consulta fue: pérdida de peso y aumento de la tos crónica, por lo que fue estudiada por neumonología con Rx de tórax sin hallazgo de patología y dado el antecedente de tos que no cedió con el tratamiento de su obstrucción, ni a la del reflujo, se indica TAC de tórax sin contraste. En la TAC se observó: en posición retrotraqueal y latero-esofágico, imagen circular de densidad aire que mide 19 x 14 mm. No se visualiza por el presente método comunicación con tráquea, ni esófago. Se realiza FBC no visualizándose comunicación, ni deformidad de la pared traqueal.

Tránsito esofágico: buen pasaje a través de la unión faringe-esofágico-cardias con leve alteración del vaciamiento del medio de contraste. La videorradioscopia de la deglución, no evidenció pasaje a la vía aérea, confirmando la presencia de reflujo gastroesofágico a nivel del esfínter esofágico superior.

1- Hospital Interzonal de Agudos Evita. Sala de Neumonología.

2- Servicio de Imágenes





CONCLUSIÓN

Se presenta el caso de una paciente con tos crónica y hallazgo por TAC, de quiste paratraqueal, sin comunicación con la luz traqueal por endoscopia, entidad que según las diferentes citas, es de baja frecuencia.

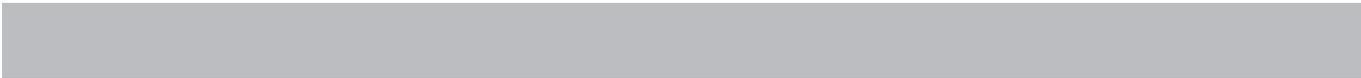
La Tomografía computada es el método más efectivo para evaluar las características de los divertículos.¹

Pueden ser adquiridos o congénitos, la diferencia reside principalmente en las características histológicas de la pared. La mayoría de los casos cursa sin síntomas pero si estos aparecen son inespecíficos. El divertículo congénito normalmente no es detectado en la infancia a menos que se presenten episodios recurrentes de infecciones traqueobronquiales o que se asocie a otras malformaciones.²

El tratamiento es conservador ya que se trata de una entidad benigna, solo se deja el tratamiento quirúrgico cuando existan complicaciones, como infecciones a repetición, compresión o irritación de estructuras vecinas.^{2,3}

Bibliografía

1. Tracheal and main bronchial diverticula: the role of CT. R. Polverosi¹ • A. Carloni² • V. Poletti³. Radiol med (2008) 113:181-189
2. Tracheal Diverticulum: A Review of the Literature. E J Soto-Hurtado, et al. Lung (2006) 184:303-307.
3. Divertículo traqueal. D. Schönfeld, M. Juárez, F. Carrizo. Rev. Am. Med. Resp. 2009; 9: 21-23.



¿CÓMO VIVIR CON UN ORGANISMO MULTIRRESISTENTE Y NO MORIR EN EL INTENTO? VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Bioquímicas Laura F. Psenda, M. Belén Leardini, M. Eugenia Tacchella¹

RESUMEN

Objetivos:

Analizar las medidas recomendadas para los pacientes portadores de organismos multirresistentes (OMR) extrahospitalarios.

Materiales y métodos:

Presentación de un caso clínico, paciente con enfermedad crónica que no puede ser dado de alta de Terapia Intensiva de Adultos por ser portador de un organismo multirresistente. Revisión de la literatura.

Conclusiones:

Las medidas de precauciones estándares y de contacto son las vías principales para evitar la diseminación de organismos multirresistentes.

INTRODUCCIÓN

En el laboratorio de Microbiología se vive día a día el aumento en la frecuencia de gérmenes multirresistentes. Este fenómeno que

parecía limitado solo a los hospitales también apareció en los pacientes ambulatorios. En la actualidad hay evidencia de que los internados en geriátricos, los pacientes con internación domiciliaria y los que tienen alta definitiva, son reservorio de estos gérmenes multirresistentes. La vía principal de diseminación de estos microorganismos es la transmisión persona a persona a través de las manos del personal sanitario, cuidadores o familiares. Las medidas adoptadas en el hospital están pensadas para internaciones limitadas y por tanto son de difícil aplicación fuera de él. La importancia de las estrategias de control de estos gérmenes en geriátricos, internación domiciliaria y alta definitiva radica en las consecuencias que tendría la diseminación de los mismos si reingresaran en el hospital, o la posibilidad de diseminación a otras personas susceptibles. Existen por tanto modificaciones en el manejo de los pacientes que deben tenerse en cuenta para realizar un control adecuado sin crear situaciones de alarma innecesarias, ni restringir la actividad social y el día a día en el ámbito extrahospitalario.

1- Hospital Municipal Dr. Héctor Cura. Laboratorio Sector Microbiología, Olavarría, Buenos Aires. Mayo 2012.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 30 años, ingresa al Hospital Municipal H Cura Olavarría a la unidad de cuidados intensivos de adultos en diciembre de 2011 por una fractura en la base del cráneo producto de un accidente automovilístico. **Diagnóstico:** Traumatismo intracraneal con coma prolongado.

Factores de riesgo asociados al cuidado de la salud: Paciente con TEC grave en coma,

ARM, sondado, con catéter intracraneal, catéteres venosos, traqueostomizado, tratamiento antimicrobiano prolongado.

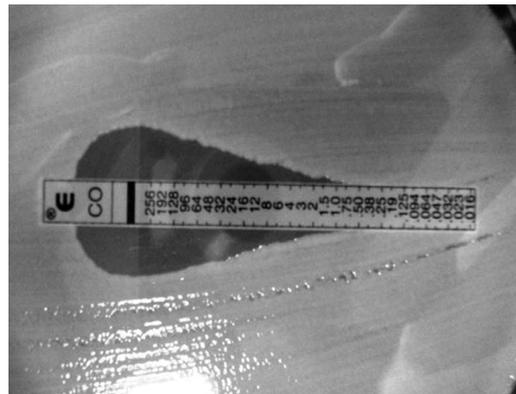
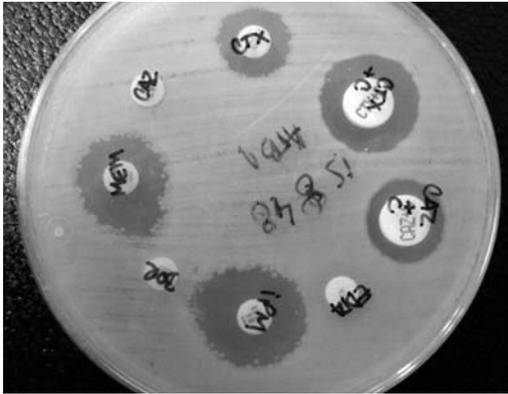
Evolución epidemiológica:

El cuadro1 compara por semanas de internación las muestras enviadas al laboratorio, resultados de la vigilancia epidemiológica activa –muestra rectal– y la presión antibiótica recibida durante su internación.

	Muestras bacteriológicas	Vigilancia epidemiológica	Tratamiento antibiótico
1º semana UTI	Urocultivo: negativo A. traqueal: negativo Hemocultivo: negativo		Vancomicina Ceftazidima Amicacina
2º semana UTI	LCR: negativo Ptas. de Catéter: negativos	BLEE negativo KPC negativo ERV negativo	Meropenem Vancomicina
3º y 4º semana UTI	Urocultivo: negativo A. traqueal: negativo Hemocultivo: negativo LCR: negativo	BLEE positivo KPC positivo ERV negativo	Vancomicina Piperacilina-Tazobactam
Paciente en condiciones de alta de la Terapia intensiva de adultos			
5º semana UTI	Urocultivo: negativo A. traqueal: S. aureus (SASM) Hemocultivo: negativo LCR: negativo	BLEE positivo KPC positivo ERV negativo A. Traqueal muestra no representativa: KPC Pta. de Catéter: KPC sin hemocultivos positivos asociados	Vancomicina Piperacilina-Tazobactam
Paciente en condiciones de ser derivado a su ciudad de origen			
6º semana UTI	Urocultivo: negativo A. traqueal: S. aureus (SASM) Hemocultivo: negativo L. pleural: negativo	BLEE positivo KPC positivo ERV negativo	Ampicilina-sulbactama
11º semana UTI	Urocultivo: negativo A. traqueal: S. aureus (SASM) + P. aeruginosa Hemocultivo: SCN	BLEE positivo KPC positivo ERV negativo	
Semana 12º en UTI: Paciente derivado a su ciudad de origen			
12º semana UTI		BLEE positivo KPC negativo ERV negativo	

Diagnóstico de Laboratorio:

Detección de *Klebsiella pneumoniae* productor de KPC en el Laboratorio Sector Microbiología del Hospital Municipal H Cura. Olavarría. Por el método Kirby-Bauer (método de difusión en agar) según protocolos de trabajo de la Red WHONET Argentina.



Confirmación de *Klebsiella pneumoniae* productora de KPC en el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas "Dr. Carlos Malbrán".



Ministerio de Salud
Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
ADMINISTRACION NACIONAL
DE LABORATORIOS E INSTITUTOS DE SALUD
"DR. CARLOS G. MALBRÁN"
Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas

"2011 - Año del Trabajo Decente, la Salud y Seguridad de los Trabajadores"

Servicio Antimicrobianos
INFORME DE RESULTADOS

Institución Derivante = HTAL MUNICIPAL "HECTOR CURA" (Olavarría) Tipo de muestra = Orina, obtención desconocido
 Profesional derivante = Dra. Tachella Eugenia Fecha de la muestra = 18-Ago-2011
 Mail Institucion Origen = bacteriologia@olavarría.com.ar Número de identificación = L32 p118
 Tel/Fax = Número de la muestra =
 Apellido = Castro, Silvia Nitro Malbrán = M13502
 Motivo de Derivación = CONFIRMACION DE RESISTENCIA A CARBAPENEMES

Microorganismo = *Klebsiella pneumoniae*

Amicacina	R	Amoxicilina/Ácido clavulánico	R
Aztreonam	R	Cefepima	I--R
Cefepime/Ácido clavulánico	Negativo	Cefotaxima	R
Cefotaxima/Ácido clavulánico	Negativo	Cefoxitina	R
Ceftazidima	R	Cloramfenicol	R
Ciprofloxacina	R	Colistín	13 mm
Ertapenem	R	Fosfomicina 50µg	S* 18 mm
Gentamicina	R	Imipenem	R 18 mm
Meropenem	R 16 mm	Minociclina	I
Nitrofurantoina	R	Piperacilina/Tazobactam	R
Tetraciclina	S	Tigeciclina	19 mm-->Requiere CIM
Trimetoprima/Sulfametoxazol	R	Ceftazidima/Ácido clavulánico	Positivo
Fosfomicina 200µg	S*	Rifampicina	R

Huevo APB Positivo con Imipenem
 Masuda, Hodge, Hodsuda Positivo con Carbapenemes
PCR KPC Positivo

CONCLUSIONES Informe preliminar vía mail 06/09/2011

ALERTA EPIDEMIOLOGICO:
DETECCION DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTOR DE KPC
(CEPA CON EXTREMA RESISTENCIA)

SE RECOMIENDA EXTREMAR LAS MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCIONES Y DEL
ESFUERZO CONJUNTO DEL EQUIPO DE SALUD PARA EVITAR LA PRESENCIA
ENDÉMICA DE ESTOS MICROORGANISMOS.

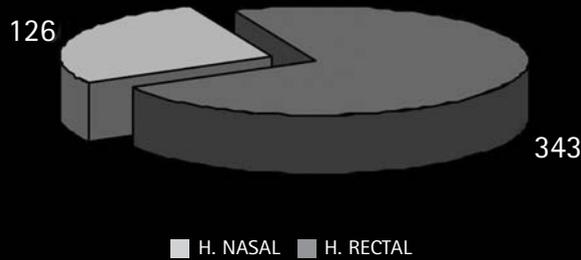
Sensibilidad por difusión según CLSI M2-A10, M7-A8, M100-S21 2011
 6-Sep-2011 07:58 R = Resistente I = Intermedio S = Sensible SD = Sensibilidad Disminuida

COMENTARIO

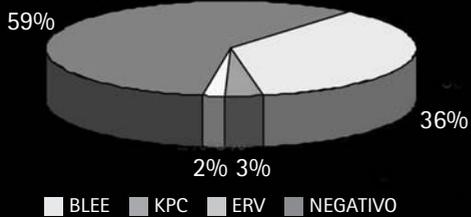
Los gérmenes multirresistentes asociados al cuidado de la salud que se vigilan en el Hospital Municipal H Cura son:

- *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina/oxacilina (SARM)
- Enterobacterias con betalactamasas de espectro extendido (BLEE).
- Enterobacterias con resistencia a Carbapenemes (KPC).
- *Enterococcus* resistente a vancomicina.
- *Acinetobacter baumannii* y *Pseudomona aeruginosa* multirresistente.

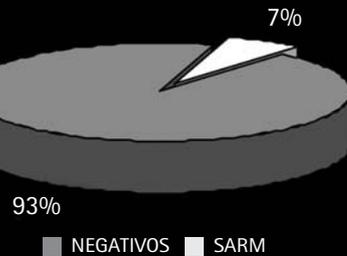
Muestras procesadas en el HMHC período 25 septiembre 2011 – 28 abril 2012



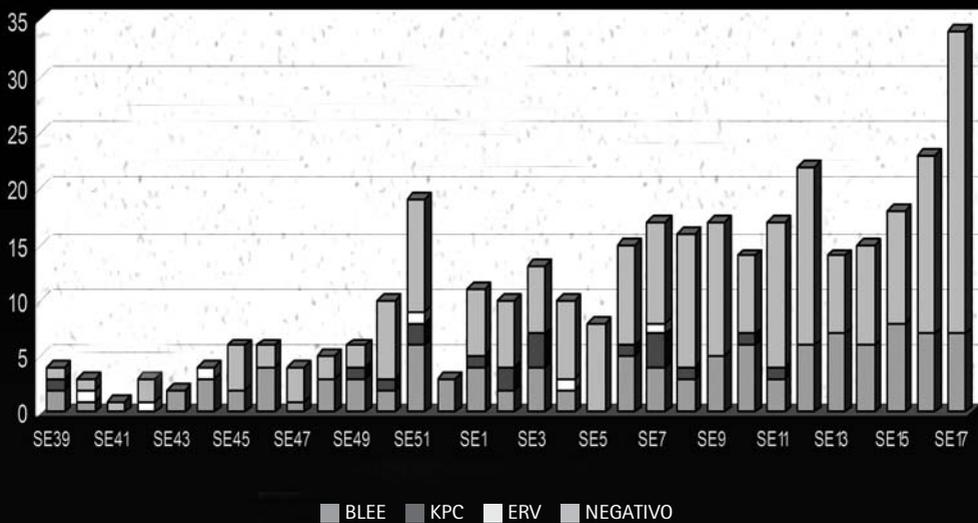
Aislamiento de OMR, H. rectales



Aislamiento de SARM en H. nasales



Vigilancia epidemiológica en Hospital Municipal H. Cura
Período 25 septiembre 2011 – 28 abril 2012



¿Qué es la flora saprófita?

Es el conjunto de gérmenes cuyo lugar de residencia lo constituye la piel, mucosas y tubo digestivo de las personas y la defienden contra el ataque de otros gérmenes. Los tratamientos antibióticos la disminuyen, modifican y/o eliminan.

¿Qué son los organismos multirresistentes?

Son bacterias y otros microorganismos, con frecuencia presentes en la flora saprófita de las personas, que se han hecho resistentes al tratamiento con los antibióticos habituales.

¿Cuál es la definición de colonización, infección y resistencia?

COLONIZACIÓN: Significa que el microorganismo se encuentra entre la flora del paciente pero no causa enfermedad.

INFECCIÓN: Significa que el microorganismo está presente en el organismo y está causando enfermedad.

RESISTENCIA: Es el mecanismo de defensa de los microorganismos que impide la acción de los antimicrobianos.

¿Cómo se tratan?

COLONIZACIÓN: Al considerarse una ruptura en el equilibrio de la flora normal, no se administra tratamiento, pues al dejar de utilizar los antibióticos, la flora normal elimina y sustituye a estos gérmenes, en un periodo de tiempo variable. Se debe extremar la higiene corporal (baño o ducha diaria) con jabón antiséptico o normal, haciendo abundante espuma para permitir el arrastre, sin frotar y cuidando la hidratación de la piel. Solo en casos de pacientes colonizados por SARM en fosas nasales, estos deberán recibir tratamiento descolonizador con pomada de mupirocina nasal, 1 aplicación en cada fosa

nasal cada 8 horas durante 5 días. **INFECCIÓN:** Se administra tratamiento con el antibiótico adecuado.

¿Qué situaciones aumentan el riesgo de adquisición de estos microorganismos?

Existen varios factores de riesgo que son comunes tanto para la colonización como para la infección, y estos son: **Enfermedad severa. Tratamiento prolongado con antibióticos. Padecer ciertas enfermedades:** Insuficiencia renal crónica, Diabetes mellitus insulino dependiente, Enfermedad vascular periférica, Dermatitis o lesiones cutáneas. **Procedimientos invasivos** tales como: Diálisis, Presencia de dispositivos invasivos (catéteres, drenajes,...), Sondaje urinario, ARM. **Reingresos hospitalarios frecuentes. Colonización previa por microorganismos multirresistentes.**

¿Pueden los pacientes infectados o colonizados ser admitidos en centros de cuidados extrahospitalarios?

Los pacientes pueden ser admitidos con toda tranquilidad siempre que se adopten las medidas de control de infección/colonización adecuadas. Si un paciente en el hospital es portador de un Organismo Multirresistente debe comunicarlo al centro de cuidados extrahospitalarios para que tomen las medidas adecuadas.

RECOMENDACIONES

Cómo prevenir o controlar la transmisión de un Organismo Multirresistente en el ámbito extrahospitalario

Para controlar la transmisión en portadores con las siguientes características: Pacientes con drenajes, con heridas quirúrgicas o úlceras cutáneas. Pacientes con incontinencia urinaria o fecal.

AISLAMIENTO DE CONTACTO

- ◆ **Lavado de manos**
- ◆ **Uso de guantes. Lavar las manos siempre después de quitarse los guantes**
- ◆ **Si hay riesgo de salpicaduras, colocarse un camisolín limpio**
- ◆ **Elementos exclusivos para la atención del paciente**
- ◆ **No es necesario el uso de vajilla descartable**
- ◆ **Higiene y desinfección diaria de la unidad del paciente**
- ◆ **En caso de brotes: establecer cohortes o habitación privada**

				
SI	SI	SI	SI	No necesario
Lavado de manos	Uso de guantes	Higiene de la Unidad del Paciente	Elementos exclusivos	Vajilla descartable

® 1998 - 2006 ADECI. Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones

Actividades de grupo en pacientes portadores

Es muy importante mantener la vida social de estos pacientes y ofertar la participación en las actividades que habitualmente se realicen en su entorno. Los pacientes portadores de gérmenes multirresistentes pueden estar en comedores, salas de TV, aulas de terapia, gimnasios, jardines, etc... Siempre y cuando: Las heridas quirúrgicas o úlceras cutáneas estén bien tratadas y cubiertas con apósitos. A las personas incontinentes se les apliquen unas medidas de contención adecuadas. Se realice una higiene corporal adecuada.

Medidas que deben adoptar las personas que visiten a portadores en los geriátricos o convivan con ellas

Las personas sanas tienen un riesgo bajo de adquirir una infección por gérmenes multirre-

sistentes, pues están protegidas por su flora saprofita, y pueden establecer contacto con estos pacientes (besos, caricias,...), incluidos los niños. Antes de abandonar la habitación de un paciente portador los visitantes deben lavarse las manos para no diseminar el microorganismo a personas susceptibles. Los visitantes que tengan acceso a la manipulación del paciente con secreciones o excreciones han de utilizar guantes no estériles.

Medidas a tomar si este paciente precisa ser ingresado en el Hospital

Se comunicará al personal sanitario responsable, para poner en marcha el protocolo de aislamiento de reingreso o ingreso de un paciente que está o estuvo colonizado o infectado por gérmenes multirresistentes. Se le realiza el hisopado nasal y rectal de vigilancia.

Bibliografía

<http://www.whonet.org/dnn/WHONETCommunity/Argentina/tabid/62/language/en-US/>
<http://www.redbioquimicasf.com.ar/redes/whonet/protocolo>
<http://www.seimc.org/inicio/index.asp>
<http://www.vihda.gov.ar/>
<http://www.cdc.gov/ncidod/hip/ARESIST/nonhosp.htm>
<http://www.abccmedicus.com>
[enfermeriaourense.galeon.com](http://www.enfermeriaourense.galeon.com)

1. CDC: Health Care Quality Promotion National Center for Infectious Diseases. Multidrug-Resistant Organisms in non hospital Health Care Setting. CDC, december 2000.
2. SHEA Position Paper. Antimicrobial Resistance in Long-Term-Care Facilities. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996 17:129-140.
3. Programa Nacional de Control de Calidad en Bacteriología INEI – ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán
4. Corso A; Pasteran F. Novedades 2010. *Clinical Laboratory Standards Institute (CLSI). Servicio*

Antimicrobianos. Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas. ANLIS “Dr. C. G. Malbrán”, 2010

5. Pasteran F; Mendez T; et al. Sensitive Screening Tests for Suspected Class A Carbapenemase Production in Species of Enterobacteriaceae. *Journal of Clinical Microbiology* 2009, 47 (6): 1631-1639.
6. Ben-David D; Maor Y; et al. Potential Role of Active Surveillance in the Control of a Hospital-Wide Outbreak of Carbapenem-Resistant *Klebsiella pneumoniae* Infection. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2010, 31 (6): 620-626.
7. KPC-2, Buenos Aires, Argentina. Pasteran F. y cols., *Emerging Infectious Diseases*, 14(7):1178-80; 2008.
8. Healthcare Epidemiology: Look before You Leap: Active Surveillance for Multidrug Resistant Organisms. Diekema D. y cols., *Clinical Infectious Diseases* 44:1101-7, 2007
9. Potential Role of Active Surveillance in the Control of a Hospital-Wide Outbreak of Carbapenem-Resistant. Debby Ben-D. y cols., *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Jun;31(6):620-6, 2010

XXI Congreso de la
Sociedad de Tisiología y Neumonología
de la Provincia de Buenos Aires,

25, 26 y 27 de abril 2013,
Hotel Costa Galana, Mar del Plata



REGLAMENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS XXI CONGRESO STNBA

Los trabajos deberán ser inéditos y no haber sido presentados en ninguna Sociedad o Congreso nacional o extranjero de la especialidad.

Se aceptarán presentaciones de casos clínicos aislados siempre que los mismos tengan el mérito de ser de excepcional observación o cuyo aporte sea considerado de relevancia.

El autor-relator debe estar inscripto en el Congreso y podrá ser médico, enfermero, kinesiólogo, bioquímico.

Los trabajos serán presentados en forma de póster o comunicación oral.

La evaluación de los trabajos está a cargo del Comité Científico con competencia en la aceptación de los resúmenes (pasible de ser sujeto a modificaciones, aceptado o rechazado) y en la forma de presentación de los trabajos. El Comité Científico se reserva el derecho de modificar la forma de presentación elegida por los autores.

Treinta (30) días luego de la fecha límite de presentación de resúmenes, serán notificados por correo postal o electrónico la aceptación con forma de presentación o rechazo del trabajo a la dirección que figure en el formulario de presentación.

Los resúmenes de los trabajos podrán ser remitidos:

1- Por Correo electrónico a:

e-mail: secretaria@stnba.org.ar en archivo adjunto formato Word, respetando el reglamento de presentación, aclarando a qué Congreso lo presenta y completando los datos del formulario del resumen.

2- Por Correo Postal o personalmente en la Secretaría del Congreso:

Hospital del Tórax Dr Antonio A Cetrángolo Italia 1750 – Florida - (B1602DOH)
– Vicente López - Provincia de Buenos Aires. Teléfonos 011 47918651,
01147912090 - 01147918684

3- A través de la página Web encontrará información y el formulario, sitio www.stnba.org.ar

- El resumen debe ser presentado en el formulario adjunto y no debe exceder el límite del espacio consignado a tal fin.
- El nombre de todo autor que participe en más de un trabajo deberá aparecer igual en cada uno de ellos.
- El Comité Científico presupone que todos los coautores están de acuerdo con el contenido del trabajo.
- Aquellos trabajos con errores, faltas de ortografía, mala puntuación, líneas omitidas, bordes negros, márgenes escritos, o abreviaturas incorrectas pueden ser rechazados o reenviados para su corrección.

- Todos aquellos trabajos que hayan sido aceptados serán publicados en "Resúmenes del Congreso"
- Sólo el relator deberá completar sus datos personales en el formulario de presentación.

Se ruega adaptar el texto de acuerdo a las siguientes indicaciones:

- 1- No dejar margen en el encabezado o en los bordes laterales.
- 2- Utilizar letra Times New Roman 10.
- 3- Escribir el título completo en mayúsculas dentro del recuadro correspondiente, sin utilizar abreviaturas (excepto las universalmente aceptadas, por ejemplo FEV1). Debe ser escrito en negrita.
- 4- Comenzar con los autores en una nueva línea el apellido del relator del trabajo debe estar subrayado. Lugar de trabajo, dependencia, ciudad, país. Omitir cargos y títulos.
Ajustándose al siguiente modelo.

FORMULARIO PARA PRESENTACION DE RESÚMEN DE TRABAJOS LIBRES
TÍTULO
Autores:.....
Procedencia:.....
Objetivo:
Material y Método:
Resultados:
Conclusiones:

5- Deje una línea en blanco y a continuación el resumen se ajustará a la siguiente estructura general con los subtítulos: Objetivo, Material y Método, Resultados, Conclusiones.

Se recomienda especialmente considerar las recomendaciones que siguen:

- a- Objetivo: todo resumen deberá ir encabezado por el o los objetivos claramente explicitados. El mismo deberá ser planteado como pregunta o hipótesis a demostrar.
 - b- Material y Método: Debe servir y estar en función del objetivo a demostrar. Se debe incluir claramente la metodología estadística utilizada y nivel de significación.
 - c- Resultados: Deben ser una consecuencia de lo planteado en Material y Método y responder a los Objetivos.
 - d- Conclusiones: Deben atenerse estrictamente al análisis de los resultados y deben responder al objetivo planteado.
- 6- Si hubiese citas en el texto, indicar entre paréntesis sólo el primer autor con iniciales, el nombre de la publicación, el volumen, incluyendo páginas y año.

FECHA LÍMITE DE ENTREGA DE RESÚMENES Y TRABAJO COMPLETO

15 de marzo 2013

La notificación de aceptación o rechazo del trabajo y/o resumen
será dentro los 30 días de haberlo recibido.