

REVISTA del TORAX

de la Provincia de Buenos Aires

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE TISIOLOGIA Y NEUMONOLOGIA
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Sumario

> EDITORIAL

Dra. M. Cristina Borrajo

Pág. 5

COMENTARIO EDITORIAL

> 24 DE MARZO. DIA MUNDIAL DE LA TUBERCULOSIS

Dra. María Cristina Ortiz

Pág. 7

PRESENTACIÓN A LA SOCIEDAD

> LA COALICIÓN: PARA EL CONVENIO MARCO CONTROL DEL TABACO

Dra. M. Cristina Borrajo

Pág. 9

COMENTARIO

> 31 DE MAYO. DIA MUNDIAL SIN TABACO

Dra. Beatriz Martínez

Pág. 15

ARTÍCULO DE REVISIÓN

> ¿EXISTE UNA RELACION CAUSAL ENTRE ASMA Y OBESIDAD?

Dr. Pablo Matías Pascale

Pág. 17

CASO CLÍNICO

> SEPTICEMIA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Dres. Stella Maris Bravo, Francisco Barone, Analía Allemandi

Pág. 23

CASO CLÍNICO

> TUBERCULOSIS PERITONEAL: CASO CLINICO

Dras. C. Gaitan, A. Sosso, R. Morales, M. Trinidad

Pág. 27

INTERDISCIPLINAS

> INTERVENCIONES DE UN SERVICIO DE SALUD MENTAL EN UN HOSPITAL MONOVALENTE ESPECIALIZADO EN VIAS RESPIRATORIAS

Dres. C. González Moreno, A. Baffigi, M.V. Cortiñaz,
G. Fernández, A. Galdames, P. Sinagra

Pág. 31

MÉDICOS Y ALGO MÁS...

> PESO NETO. DR. FERNANDO INZA

Pág. 35

> XX° CONGRESO SOCIEDAD DE TISIOLOGIA Y NEUMONOLOGIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. REGLAMENTO Y TEMARIO.

Pág. 37





REVISTA del **TORAX**

de la Provincia de Buenos Aires
PUBLICACION OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE TISIOLOGIA
Y NEUMONOLOGIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR EN JEFE

Dra. Susana E. Nahabedian

EDITOR ASISTENTE

Dra. María Cristina Ortiz

EDITORES

Titulares

Dra. Mirta Scarinci

Dr. Alvaro Alonso

Dra. Carolina

Venialgo Acevedo

Dr. Alejandro Videla

Suplentes

Dra. María Alicia

Martínez Cortizas

Dra. Beatriz Martínez

Comisión Directiva 2009 - 2011

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

Año 11 | Número 19

Presidente

Dra. María Cristina Borrajo

Vicepresidente

Dr. Salvador Antonio Pace

Secretaria

Dra. Andrea Valeria Pino

Tesorero

Dr. Alberto Albino

Vocales Titulares

Dr. Jorge Juan Alfredo Draghi

Dra. Beatriz Noemí Martínez

Vocales Suplentes

Dr. Jorge Bernardo Ramón Taborda

Comisión Revisora de Cuentas

Titulares

Dra. Stella Maris Callegari

Dr. Valentín Osvaldo Ballarre

Suplente

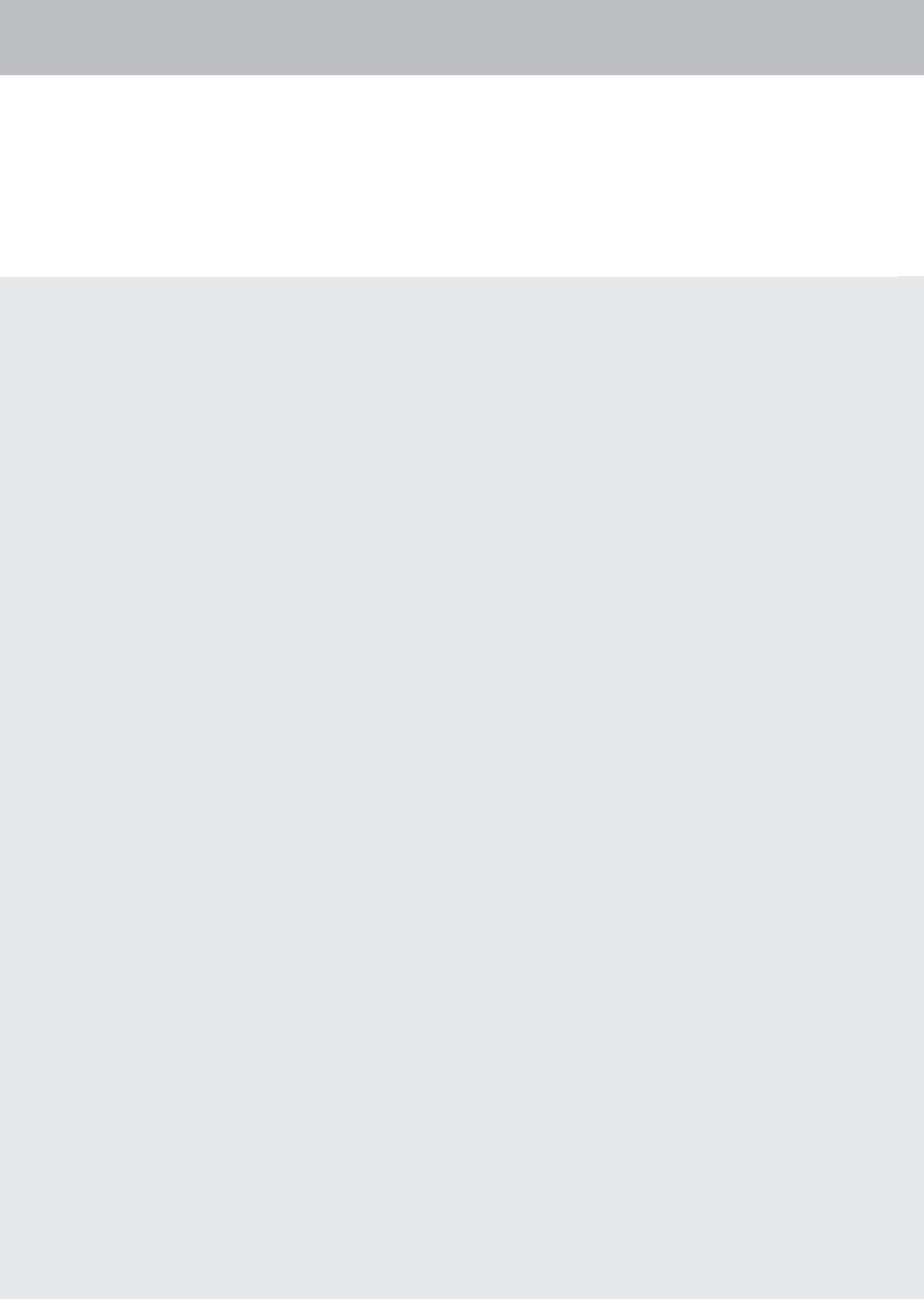
Dr. César Salomone

SEDE

Hospital Ntra. Sra. de Luján | Buenos Aires | CP. 6700

Tel. 02323-424870/ 420437 Int. 12 Fax 02323-420437

Secretaría 011-15-30629485 | secretaria@stnba.org.ar | www.stnba.org.ar



Sumario

EDITORIAL

Dra. María Cristina Borrajo Pág. 5 _____

COMENTARIO EDITORIAL

24 DE MARZO. DIA MUNDIAL DE LA TUBERCULOSIS

Dra. María Cristina Ortiz Pág. 7 _____

PRESENTACIÓN A LA SOCIEDAD

LA COALICIÓN:

PARA EL CONVENIO MARCO CONTROL DEL TABACO

Dra. María Cristina Borrajo Pág. 9 _____

COMENTARIO

31 DE MAYO. DIA MUNDIAL SIN TABACO

Dra. Beatriz Martínez Pág. 15 _____

ARTÍCULO DE REVISIÓN

¿EXISTE UNA RELACIÓN CAUSAL ENTRE ASMA Y OBESIDAD?

Dr. Pablo Matías Pascale Pág. 17 _____

CASO CLÍNICO

SEPTICEMIA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Dres. Stella Maris Bravo, Francisco Barone, Analía Allemandi Pág. 23 _____

CASO CLÍNICO

TUBERCULOSIS PERITONEAL: CASO CLÍNICO

Dras. C. Gaitan, A. Sosso, R. Morales, M. Trinidad Pág. 27 _____

INTERDISCIPLINAS

INTERVENCIONES DE UN SERVICIO DE SALUD MENTAL EN UN HOSPITAL MONOVALENTE ESPECIALIZADO EN VIAS RESPIRATORIAS

Dres. C. González Moreno, A. Baffigi, M.V. Cortiñaz,
G. Fernández, A. Galdames, P. Sinagra Pág. 31 _____

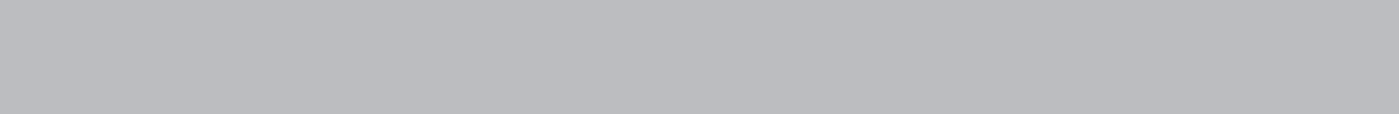
MÉDICOS Y ALGO MÁS...

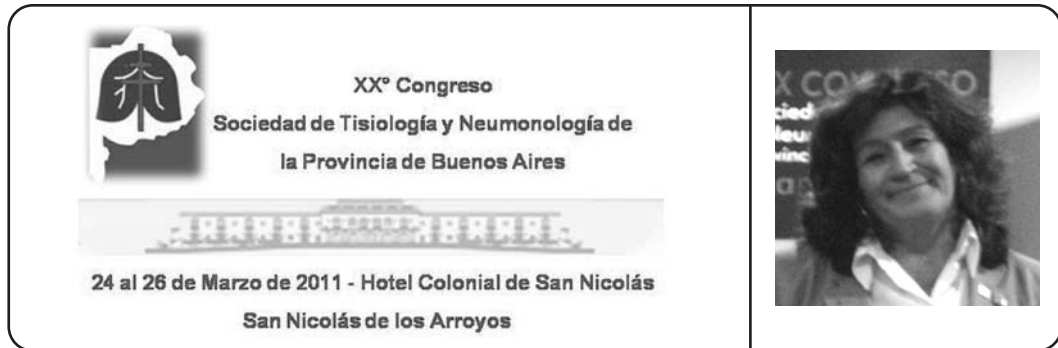
PESO NETO. DR. FERNANDO INZA

Pág. 35 _____

XXº CONGRESO SOCIEDAD DE TISIOLOGÍA Y NEUMONOLOGÍA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. REGLAMENTO Y TEMARIO

Pág. 37 _____





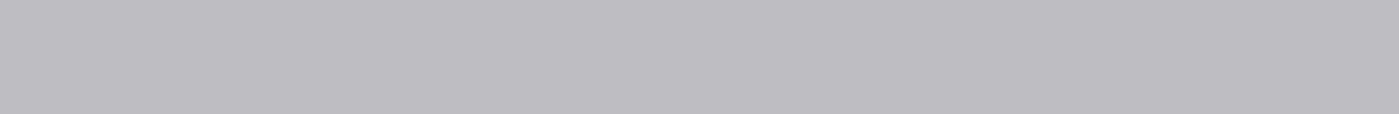
Colegas y amigos

Es grato para mi comunicarles la realización del XX Congreso de la STNBA en 2011. Habíamos pensado en realizar un congreso de buena calidad científica en un entorno natural y agradable que promueva el acercamiento y la camaradería entre los asistentes. Fue así que llegamos al Hotel Colonial de San Nicolás en la Ciudad de San Nicolás de los Arroyos. Solo a 240 Km. de la Capital Federal y a orillas del río Paraná, esta ciudad nos recibirá durante los días 24 al 26 de Marzo de 2011 ofreciéndonos sus bellezas naturales y su hospitalidad.

Es nuestro deseo que la producción científica de los colegas tenga un lugar preponderante en el desarrollo del congreso. Por esta razón los trabajos científicos serán expuestos en forma de Comunicación Oral en horario central de la mañana y sin superposición con otras actividades. Recuerden que este es el espacio para que todos los que trabajamos en la provincia mostremos lo que hacemos y cómo lo hacemos. Se abordará un temario extenso que incluirá las enfermedades obstructivas, intersticiales, infecciosas y oncológicas así como también incluiremos cuidados paliativos, endoscopia y diagnóstico por imágenes. El Tabaquismo tendrá una referencia transversal incluyéndose en todas las disertaciones, relacionando el consumo de tabaco con la patología que motiva la exposición. Además contaremos con un sendero para Pediatras durante los días del congreso con el que esperamos completar una amplia convocatoria.

Este es nuestro Congreso número 20 y tenemos que celebrarlo.
No dejen de participar!!!

Dra. Cristina Borrajo
Presidenta STNBA



24 DE MARZO "DÍA MUNDIAL DE LA TUBERCULOSIS"

Dra. María Cristina Ortiz¹

La tuberculosis no volvió: como Troilo de su barrio^a, nunca se fue. De ser el centro de la especialidad y darle su nombre (Tisioneumonología), pasó a ser la cola del furgón, olvidada por muchos o minimizada. Hace 128 años, un 24 de marzo, Roberto Koch asombraba a la comunidad médica con el descubrimiento de su agente etiológico, el *Mycobacterium tuberculosis*. Muchos años después se contaría con las drogas que aún hoy permiten curar a la mayoría de los que enferman. Sin embargo, las metas de la OMS siguen siendo relativamente modestas: diagnosticar al menos el 70% de los casos bacilíferos y curar al 85% de ellos. 36 países han alcanzado estas metas, incluyendo 4 de los 22 países llamados de alta carga de morbilidad (Los 22 países dan cuenta globalmente del 80% de los casos nuevos. Los cuatro a los que se alude son China, Filipinas, Kenia y Vietnam (1).

Algo más ambiciosos, los objetivos del milenio y de la organización STOP-TB, son reducir la prevalencia y las tasas de mortalidad en un 50% (en relación con los niveles de 1990) para 2015. Esto permitiría eliminar la tuberculosis como problema de salud pública (un caso por millón de habitantes por año) hacia el 2050. Si continúa la tendencia actual,

no se alcanzarán estas metas (1). Se calcula que un 37% de los casos nuevos no están recibiendo tratamiento supervisado, que un 96% de los casos nuevos de TBC multirresistente, no están siendo diagnosticados y tratados de acuerdo con las normas internacionales, que la mayoría de los casos de TBC VIH-positivos desconocen que lo son, y que en algunos países, gran parte de los casos de TBC VIH-positivos que sí saben que lo son, no tienen acceso al tratamiento antirretroviral de alta eficacia.

África y Europa Oriental muestran el mayor alejamiento de las metas. La tuberculosis aparece así como marca de la inequidad, sigue al hombre en sus desplazamientos y se nutre de sus derrumbes políticos y sociales como ocurrió, por ejemplo, en las ex repúblicas rusas. Atento a esto, el lema de STOP-TB para el Día Mundial de la Tuberculosis 2010 es *Innovemos y aceleremos esfuerzos contra la tuberculosis* (2). Esto supone que no alcanza con seguir haciendo lo mismo, se requieren nuevas y más efectivas vacunas, nuevos métodos diagnósticos, nuevas drogas, nuevas estrategias para aumentar la curación, nuevos modos de relación entre el paciente y los equipos de salud, nuevas visiones de los problemas y sus abor-

1- Unidad de Neumonología, hospital HIGA "Pedro Fiorito" Avellaneda. Buenos Aires.

Ex médica neumóloga del Hospital Paroissien de La Matanza. Jefa de Departamento de Atención Médica del Hospital Nacional Baldomero Sommer, General Rodríguez.

dajes. Implica también dar más fuerza y velocidad a lo que ya se está haciendo. Las curvas de tendencia deben aumentar su pendiente descendiente si se quiere cumplir con las metas del milenio.

Puestos así frente al mapa mundial de la tuberculosis, con sus gradaciones de color señalando los *hot spots* en términos de incidencia, mortalidad, tuberculosis multirresistente, tuberculosis extremadamente resistente, ¿qué podemos hacer? Los trabajadores de la trinchera, ¿tenemos algún rol? ¿O corremos el riesgo de caer en un voluntarismo que tropiece con una realidad inamovible? Una de las respuestas posibles viene del campo menos pensado, de la genética del *M. tuberculosis*. Un estudio internacional dirigido a configurar la 4ª. base de datos de *spoligotyping* de este germen (SpolDB4) analiza 39295 aislamientos clínicos procedentes de 122 países (3). En él se demuestra que la diversidad genética del genoma del *M. tuberculosis* está fuertemente ligada a la geografía a una escala muy ajustada. Esto refuerza la **importancia de los esfuerzos localizados para controlar la tuberculosis y lleva a considerar la pandemia global como la suma de muchos brotes individuales muy diferentes y genéticamente separados** (3). Ya no nos enfrentamos con el mapa mundial: es

esa pequeña comunidad en la que actuamos, ese conjunto de pacientes en la sala de espera o en la internación, ese grupo de personas que camina hasta la sala más próxima para recibir su tratamiento, el que nos exige el *innovar y acelerar esfuerzos*. "Pinta tu aldea y pintarás el mundo", sugirió el escritor ruso León Tolstoi. Controlemos nuestra aldea y confiemos en que la suma será un progreso hacia el control de la tuberculosis en el mundo. Es bueno saber que en esto estamos todos juntos.

Bibliografía

- a. Anibal Troilo en *Nocturno a mi barrio*:
Alguien dijo una vez
que yo me fui de mi barrio
¿Cuándo? ¿Cuándo?,
si siempre estoy llegando
1. WHO /HTM/TB/2009.426. Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report.
2. <http://www.worldtbday.org>, descargado el 22 de diciembre de 2009.
3. Brudey K, Driscoll JR, Rigouts L et al. Mycobacterium tuberculosis complex genetic diversity: mining the fourth international spoligotyping database (SpolDB4) for classification, population genetics and epidemiology. BMC Microbiology 2006, 6:23.

LA COALICIÓN: PARA EL CONVENIO MARCO CONTROL DE TABACO

Dra. Cristina Borrajo
Presidente STNBA

Queremos informarles a través de nuestra revista que se ha conformado a fines de diciembre del 2009 la:

COALICION PARA LA RATIFICACION DEL CONVENIO MARCO DEL CONTROL DE TABACO

En Diciembre de 2009, organizaciones de la sociedad civil, de pacientes, científicas, entre otras, conformaron la **Coalición para el Convenio Marco del CMCT** con el objetivo de lograr que el Honorable Congreso de la Nación Argentina ratifique en 2010 el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco -Expediente 0219-PE-04.

La ratificación del Convenio marco antes de agosto de 2010 permitirá que Argentina participe plenamente de la Cuarta Conferencia de las Partes que se realizará en noviembre del año próximo en Uruguay. La Conferencia de las Partes (CP) es el órgano rector del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS) y está integrada por todos los países ratificantes del Convenio.

Estas son más de las 50 organizaciones que hasta el momento han adherido a **la Coalición para la Ratificación Argentina del Convenio Marco para el Control del Tabaco**: Unión

Antitabáquica Argentina (UATA), Alianza Libre de Humo-Argentina (ALIAR), Asociación Argentina de Tabacología (AsAT), Fundación Interamericana del Corazón Argentina (FIC-Argentina), Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR), Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC), Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC), Jóvenes Latinoamericanos Libres de Tabaco BASTA!, Latinoamérica Respira Diferente (LARED), Sociedad de Tisiología y Neumonología de Buenos Aires (STNBA), Fundación Sales, Federación Latinoamericana de Sociedades de Cancerología (FLASCA), Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Programa InfoSalud, Asociación de Enfermeros de Capital Federal (AECAP), Asociación Antitabáquica Sin Pucho, Sociedad Transdisciplinaria de Obesidad (STO), Sport Salut Asociación Latinoamericana de Actividad Física, Red Argentina de Actividad Física (RAAF), Comisión de Tabaco o Salud - Facultad de Medicina UBA, Fundación Cáncer (FUCA), Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), Programa de Control de Tabaco del Hospital Italiano (GRANTAH), Círculo de instructores en salud, Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG), Sociedad Argentina de Alergia e Inmunología Clínica, Latinoamérica Respira Diferente (LARED),

FUNDAEPOC, Movimiento de ayuda para el cáncer de mama (MACMA), Liga Argentina Contra la Tuberculosis, Cardioprev, Fundación para la Defensa de los Derechos del Paciente, Asociación Civil Empecemos a Mirarnos, Asociación Civil Nuestra Búsqueda, Lucha contra el cáncer Tandil (LCCT), Tobacco Free Kids, CEMIC, Instituto Universitario CEMIC (IUC), Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral, Comité Argentino de Educación para la Salud de la Población (CAESPO), Fundación Cardiológica del Tucumán, Fundación Multifamilias, Consejo de Salud Libre de Humo de la Asociación Médica Argentina, Fundación Cardiológica Correntina (FUNCA-CORR), Sociedad de Oncológica de Corrientes, Asociación de Gastrónomos, Hoteles y afines de Corrientes, Colegio de Farmacéuticos de Corrientes, JUSTA (Juventud Sin Tabaco-Corrientes), Sociedad de Cardiología de Corrientes, Colegio de Farmacéuticos de Corrientes, Sociedad de Cardiología de Chaco, Fundación Favaloro, Iglesia Adventista y siguen las firmas.

FUNDAMENTOS PARA LA RATIFICACION DEL CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO

La epidemia de tabaquismo es un problema mundial con devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, económicas y ambientales que hoy es responsable de más de 5 millones de muertes anuales a nivel mundial, y de costos sanitarios y ambientales que exceden las recaudaciones fiscales por impuestos al tabaco. Las graves consecuencias de la epidemia del tabaco requieren la más amplia cooperación internacional posible y la participación de todos los países en una respuesta internacional eficaz, para cambiar el curso de **esta epidemia que hoy representa la primera causa de muerte prematura evitable a nivel mundial.**

El tabaquismo es una adicción reconocida científicamente. La nicotina es una sus-

tancia activa más adictiva que la cocaína, y los cigarrillos y algunos otros productos que contienen tabaco están diseñados de manera muy sofisticada con el fin de crear y mantener la dependencia, asimismo muchos de los compuestos que contienen y el humo que producen son farmacológicamente activos, tóxicos, mutágenos y cancerígenos.

Existen claras pruebas científicas de que la exposición al humo de tabaco es también causa de enfermedad y muerte en las personas no fumadoras expuestas.

Como producto de las estrategias de publicidad, promoción y patrocinio de la industria tabacalera, el consumo de tabaco no sólo aumenta sino que se inicia cada vez más temprano, especialmente en países en desarrollo, y este fenómeno es especialmente marcado entre las mujeres y las niñas del mundo.

Existen objetivos irreconciliables entre la salud pública y la industria tabacalera, y dado que la ciencia ha demostrado inequívocamente cuales son las políticas efectivas para reducir la epidemia, sólo la puesta en marcha de dichas medidas y no las que promueve la industria tabacalera, deben ser implementadas por los gobiernos.

Exclusivamente a través de una estrategia internacional se podrá obtener la cooperación técnica, financiera y política necesarias para reducir el impacto sanitario, social y económico del tabaco, eliminar toda forma de tráfico ilícito de cigarrillos, y encontrar alternativas sustentables y mejores condiciones de vida para los trabajadores del cultivo de tabaco.

En especial, el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS-CMCT) reconoce las implicancias que tiene el control del tabaco en la lucha por la vigencia de los derechos humanos y obliga a los Estados parte a proteger al público de los efectos nocivos del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco ajeno.

La 56° Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud del 21 de

mayo de 2003, aprobó por unanimidad el **Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (CMCT-OMS)** que proporciona un marco legal internacional para el control del tabaco y constituye una solución efectiva y de bajo costo para reducir las enfermedades, muertes, daños al ambiente y a la economía causadas por el consumo de tabaco. Este CMCT entró en vigor en febrero de 2005 y ha sido ratificado a la fecha por 168 países.

Argentina es el único país de Sudamérica y uno de los pocos países del mundo que no ha ratificado el Convenio Marco para el Control de Tabaco de la Organización Mundial de la Salud.

El CMCT contempla entre sus medidas principales, la prohibición completa de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos del tabaco; la protección contra la exposición al humo de tabaco ajeno a través de la implementación de ambientes 100% libres de humo de tabaco; el aumento del precio y de los impuestos al tabaco; la colocación de advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos con pictogramas; y la promoción y cobertura de los tratamientos para dejar de fumar.

En Argentina el tabaco también es la **principal causa de morbi-mortalidad evitable**, ya que su consumo produce enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cáncer ocasionando en nuestro país la pérdida anual de 800.000 años de vida saludables. En Argentina el **30% de la población adulta fuma**, siendo esta cifra una de las más altas de la región, y se producen más de **40.000 muertes anuales como causa directa del consumo de tabaco**. Eso además implica para nuestro país un enorme costo económico para tratar las enfermedades causadas por el tabaquismo que se estima en 7.000 millones de pesos, sin contar los costos de pérdidas económicas por discapacidad y la pérdida de productividad laboral.

Un estudio desarrollado por el Ministerio de Salud de la Nación evaluó los **costos**

directos relacionados a la atención médica de las principales enfermedades atribuibles al consumo y exposición a humo de tabaco (cáncer de pulmón, EPOC - enfisema y enfermedad pulmonar obstructiva crónica-, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular que **representan el 70% de todas las defunciones atribuibles al tabaquismo**); el total del costo sanitario para atender estas 4 enfermedades producidas por el tabaco fue de **\$4.330.896.653** en el año 2004¹. Ese mismo año, la recaudación fiscal por impuestos al tabaco fue de \$2.500.000.000, es decir tan sólo la mitad de lo gastado en costos directos sanitarios ocasionados por el tabaquismo. Posteriormente se han actualizado los gastos sanitarios antes descriptos, y en el 2007 la suma ascendió a más de **\$7.000.000.000**, lo cual representa el **16% del gasto total en atención médica de la Republica Argentina**.

Otro de los mitos instalados por la industria está relacionado con las economías regionales y afirma que la producción de tabaco representa una fuente laboral insustituible en Argentina. Sin embargo, la evidencia demuestra que los países que implementaron con éxito políticas de control de tabaco no experimentaron pérdidas de empleo como consecuencia de la caída en el consumo de tabaco².

Además, **en Argentina el 85% del tabaco se exporta, de forma tal es que no hay razón para justificar que la aprobación de una ley de control de tabaco a nivel nacional implique un impacto en la fuente laboral involucrada en la producción tabacalera**.

También se ha instalado el mito de que las leyes de ambientes 100% libres de humo de tabaco generan pérdidas económicas para el sector hotelero gastronómico. Un centenar de investigaciones han desmentido tales pérdidas económicas. Las leyes de ambientes 100% libres de humo salvan vidas y no dañan los negocios.

La evidencia científica corrobora que **las leyes que establecen la implementación de**

ambientes 100% libres de humo en todos los espacios cerrados públicos y privados de acceso público sin excepciones (es decir, que no permiten la habilitación de áreas para fumar ni las falsas soluciones como los sistemas de ventilación o los purificadores de aire) **no generan pérdidas económicas al sector gastronómico**. Una publicación del año 2002 que resume 97 investigaciones de numerosos países que evaluaron el impacto económico de estas leyes en bares y restaurantes, demostraron que no existen las pérdidas económicas para el sector hotelero-gastronómico³.

Similares resultados fueron obtenidos en dos estudios argentinos: uno realizado en el año 2007, por el Ministerio de Salud de la Nación⁴ y otro desarrollado por la Alianza Libre de Humo de Tabaco-Argentina (ALIAR) en la provincia de Santa Fe en 2008 que demostró que a dos años y medio de entrada en vigencia la ley de ambientes 100% libres de humo en la provincia, el sector gastronómico tuvo incluso una curva de crecimiento positivo⁵.

Por todo lo expuesto y en pos de la efectiva protección de la salud de todas las personas que habitamos la República Argentina, es que la **Coalición para la Ratificación del CMCT** solicita la inmediata ratificación del mencionado Convenio por el honorable Congreso de la Nación.

El **Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT)** es el primer tratado internacional de salud pública que fue aprobado en 2003 y entró en vigor en 2005.

Este Convenio se elaboró como respuesta a la preocupación que genera la propagación mundial de la epidemia del tabaquismo. Su objetivo principal, de acuerdo a lo que se declara en el artículo 3°, es *"proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del con-*

sumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco."

El Convenio Marco para el Control del Tabaco constituye una **estrategia internacional** para luchar contra la epidemia del tabaquismo. El CMCT permite la puesta en marcha de políticas sanitarias que los países no pueden poner en práctica individualmente debido al fuerte lobby y poder económico de la industria tabacalera.

El CMCT entiende al control del tabaco como la puesta en práctica de diversas medidas destinadas a reducir la oferta, la demanda y los daños causados por los productos de tabaco. Las medidas de mayor impacto son seis, que se resumen en el acrónimo M-POWER, por su versión en inglés.

M: Monitoreo del problema del tabaco y evaluación del impacto de las políticas destinadas a disminuir y prevenir el consumo

P: Protección universal de la exposición al humo de tabaco ajeno a partir de la implementación de ambientes 100% libres de humo en todos los espacios cerrados públicos y privados de acceso público

O: Ofrecimiento de ayuda para dejar de fumar

W: Inclusión de advertencias sanitarias con imágenes en los paquetes de cigarrillos sobre los daños que provoca el consumo de tabaco

E: Prohibición completa de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco

R: Aumento del precio de los cigarrillos y de los impuestos al tabaco

Si las seis medidas del MPOWER se implementaran simultáneamente en todo el mundo el consumo global de tabaco disminuiría del 23% actual a un 14% y se salvarían 150 millones de vidas en el próximo siglo. No existe ninguna otra medida de salud pública que tenga tal impacto sanitario y económico.

Hasta diciembre de 2009, más de 160 países ratificaron el CMCT en sus parlamentos constituyéndose como partes, lo que implica la obligación y el **compromiso para adoptar y aplicar las medidas establecidas en el tratado.**

Argentina firmó el CMCT en 2003 pero es el único país de América del Sur y uno de los pocos del mundo que no lo ha ratificado. Desde la fecha de firma, han muerto en el país más de 160.000 personas por enfermedades vinculadas al tabaco.

Bibliografía

1. Bruni, J. M.; Costos directos de la atención médica de las enfermedades atribuibles al consumo de taba-

co; Programa Vigi+a; Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; Noviembre 2004.

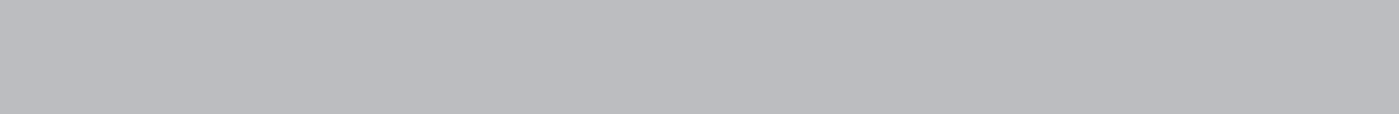
2. Reporte de mitos y realidades económicas del tabaco. Banco Mundial. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTETC/0,,contentMDK:20365226~menuPK:478891~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376601,00.html>

3. Scollo, M.; Lal, A.; Hyland, A.; Glantz, S.; Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry; Tobacco Control 2003;12:13-20.

4. González Rozada, M; Virgolini, M.; Molinari, M.; Impacto económico de las leyes de ambientes libres de humo en Argentina; Ministerio de Salud de la Nación; Prevention and Control 2007.

5. Costa, O.; Candiotti, C.; Schoj, V.; Impacto económico en el sector gastronómico de la provincia de Santa Fe luego de la implementación de la ley 100% libre de humo de tabaco; Alianza Libre de Humo de Tabaco - Argentina, 2008. (Solicitar resultados del estudio a: institucional@aliarargentina.org. Resumen disponible en www.aliarargentina.org).

Texto Completo del CMCT en nuestra página www.stnba.org.ar



31 DE MAYO "DIA MUNDIAL SIN TABACO"

Dra. Beatriz Martínez
Olavarría

STNBA - INFORME DIA MUNDIAL SIN TABACO - DMST

La epidemia de tabaquismo constituye un grave problema de salud pública pero debemos recordar que es la principal causa de muerte evitable y prevenible.

En 1988 la Asamblea de la **Organización Mundial de la Salud - OMS** - por resolución WHA 42.19, acordó que el **31 de mayo de cada año se celebre el Día Mundial Sin Tabaco**, con el propósito de crear conciencia y desalentar el consumo de tabaco en todas sus formas, invitando a los gobiernos y a quienes estén relacionados con el tema a participar activamente en la construcción de sociedades más saludables promocionando diferentes actividades como concurso de afiches, cartas para fumadores, entrega de material informativo, entrega de una calco o flor por un cigarrillo, campañas de difusión radial, televisiva y gráfica, Concurso Abandone y Gane.

Cada año se promociona un lema para lograr el desestímulo a nuevos fumadores protegiendo a los niños de ambientes que inciten a fumar, la creación de programas de apoyo para las personas que quieran dejar de hacerlo y la protección a quienes no fuman de la exposición al humo del tabaco.

En Noviembre de 2002 la OMS se ha unido al proyecto de la Universidad de San

Francisco en California denominado Smoke Free Movies, donde se destaca la enorme influencia global del cine en las conductas vinculadas al tabaquismo, sobre todo en adolescentes. Con el lema de **"Películas libres de tabaco"** encara el tema de la industria cinematográfica como **medio de difusión y publicidad encubierta del cigarrillo**.

Como de costumbre, los ejemplos no se limitan a "La Meca del Cine" el tabaco está también presente en el cine argentino, desde "El hijo de la Novia" hasta "El oso rojo" desde Carlos Gardel en cuyo monumento del cementerio de la Chacarita siempre colocan un cigarrillo encendido entre sus dedos; hasta la cruda visión de Buenos Aires en "Pizza, birra y faso".

El 31 de Mayo del 2006 bajo el lema **"Tabaco: mortífero bajo cualquier disfraz"** se conmemoró el **"Día Mundial sin Tabaco" DMST** el objetivo fue sensibilizar a los consumidores y formuladores de política sobre el hecho de que el uso de CUALQUIER producto de tabaco es extremadamente dañino y que TODOS los productos de tabaco, deben ser regulados y testeados estrictamente (niveles de nicotina, alquitrán, monóxido de carbono, etc.) y crear conciencia sobre los términos y denominaciones engañosas - "light" bajo contenido en alquitrán". Este tema está relacionado en parte con los

Artículos 9, 10 y 11 del Convenio Marco de Control de Tabaco - CMCT -

En el año 2007 la celebración anual del Día mundial sin Tabaco promovió **"Ambientes libres de humo de tabaco"** como la única manera eficaz de proteger a las personas de la exposición al humo de tabaco de segunda mano, proteger el derecho a la salud y a una vida saludable para sí mismas y para las generaciones futuras.

"Es hora de exigir a nuestros legisladores que promuevan con real firmeza la sanción de una ley de orden nacional que imponga la prohibición de fumar en **todos los ambientes cerrados con concurrencia pública**".

Según la OMS, cuanto menor es la edad en la que se prueba el tabaco por primera vez, más probable es que la persona se transforme en un consumidor regular, y menos probable que pueda dejar el consumo. Por eso, se eligió el lema **"Juventud libre de tabaco"**.

Según encuesta MPOWER un tercio de la población adulta argentina es fumadora y la mayoría comenzó con ese hábito durante la niñez o la adolescencia. El tabaquismo lamentablemente ya se convirtió en una **enfermedad pediátrica**, los jóvenes empiezan a fumar entre los 10 y 15 años, edad en que no tienen una personalidad formada y no son conscientes de las consecuencias negativas del cigarrillo para su salud.

La OMS seleccionó para el 2009 el lema **"Advertencias sanitarias antitabaco"** para los paquetes de cigarrillos, las advertencias que combinan imágenes y texto son el medio más eficaz para incitar a las personas a dejar de fumar y reducir el atractivo del tabaco para aquellos que aún no son adictos, es una estrategia sencilla, económica y eficaz que puede limitar extraordinariamente el consumo de tabaco y, consiguientemente, salvar vidas.

Como tema del Día Mundial Sin Tabaco 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elegido **«Género y tabaco: la promoción del tabaco dirigida a las mujeres»** y se consagrará a poner de relieve los efectos nocivos de la promoción del tabaco dirigida a las mujeres y las niñas que constituyen un importante blanco de oportunidad para la industria tabacalera.

Hemos avanzado en el camino de esta LUCHA ANTITABAQUICA obteniendo varios logros pero es indispensable ratificar el CMCT primer tratado internacional de salud pública que proporciona un marco legal internacional para el control del tabaco, la demora del Congreso ya de 6 años en tratarlo, convierte a la Argentina en el único país sudamericano sin ratificar.

¡Ha llegado el momento debemos lograr el apoyo de nuestros legisladores y gobernantes!!!!



¿EXISTE UNA RELACIÓN CAUSAL ENTRE ASMA Y OBESIDAD?

Dr. Pablo Matías Pascale*

Durante las últimas décadas hemos presenciado un aumento sostenido de la prevalencia del asma y la obesidad en muchos países. Por ejemplo, en Estados Unidos de Norteamérica entre 1980 y 1996 la prevalencia del asma se incrementó un 73,9 % (1) y la obesidad de un 15,8% a un 33,2% en mujeres y de 13,4% a 27,6% en hombres, durante el período comprendido entre 1960-2000 (2). El aumento paralelo de estas dos entidades permite suponer la posibilidad de una interrelación entre ambas patologías.

En los últimos 20 años varios estudios epidemiológicos establecieron la existencia de una conexión entre la obesidad y la incidencia-prevalencia del asma. Pareciera que tener un índice de masa corporal (IMC) elevado precede y predice el desarrollo del asma o hiperreactividad bronquial. No ha sido observado el fenómeno inverso (asma como predictor de obesidad), ni la asociación de obesidad y otras entidades alérgicas (3). Además existen estudios que demuestran que a mayor obesidad, es mayor el efecto sobre el asma (efecto de dosis-respuesta).

La obesidad incide negativamente sobre la mecánica respiratoria, aumentando el

esfuerzo espiratorio, la compresión mecánica, y la restricción torácica (4).

El nuevo desafío planteado en la actualidad es esclarecer la asociación inflamatoria directa entre ambas patologías.

La síntesis adiposa de citoquinas proinflamatorias en pacientes obesos explica que un proceso inflamatorio sea más intenso en estos que en pacientes delgados y que el mismo disminuya con la pérdida de peso (5), ya sea por dieta o por cirugía de *by pass* gástrico, mejorando en los asmáticos su cuadro clínico. En base a estas afirmaciones debemos plantearnos una pregunta: ¿podemos establecer una relación causal a partir de datos obtenidos de inflamaciones crónicas en otros órganos? El asma como proceso inflamatorio crónico, presenta particularidades relacionadas con la orientación de una respuesta inmunológica específica (citoquinas Th2, infiltración eosinofílica, etc.). En la actualidad, existen datos que permiten establecer una conexión directa entre ambas entidades, a través del mejor conocimiento del carácter proinflamatorio de algunas adipocinas y las particularidades de la inflamación bronquial asmática.

* Unidad de Neumonología, hospital HIGA "Pedro Fiorito" Avellaneda. Buenos Aires.

OBESIDAD: INFLUENCIA SOBRE LA MECANICA RESPIRATORIA

La obesidad genera trastornos de la mecánica respiratoria no relacionados con la inflamación del árbol bronquial.

En el obeso se observa una disminución del volumen corriente y de la capacidad residual funcional, provocado por la restricción torácica y la compresión mecánica. Estos cambios tienen como consecuencia una reducción en el estiramiento del músculo liso (hipótesis de latching). El músculo liso tiene intrínsecamente, en condiciones fisiológicas, un ciclo de excitación y otro de contracción. Estos ciclos son más cortos en los obesos, lo que asociado a una capacidad funcional disminuida, da como resultado una conversión de ciclos rápidos de actina-miosina hacia ciclos más lentos (6). Estos fenómenos provocan hiperreactividad y obstrucción persistente de la vía aérea.

Otro efecto provocado por la obesidad es el aumento del reflujo gastroesofágico, que se observa tanto en obesos como en asmáticos y principalmente en los adultos. El mecanismo fisiopatogénico de este proceso, se asocia a la relajación del esfínter gastroesofágico, permitiendo el reflujo del contenido ácido gástrico hacia la tráquea y las vías aéreas generando broncoconstricción por dos mecanismos (7):

1. microaspiración: efecto directo sobre la mucosa traqueobronquial
2. reflejo vagal: pasaje de contenido líquido a la vía aérea

EL TEJIDO ADIPOSO

En la actualidad el estudio exhaustivo del funcionamiento del tejido adiposo, ha permitido descubrir un complejo engranaje compuesto por las células adiposas, a las cuales ya no se les atribuye solamente un rol relacionado con la reserva energética, sino que son las encargadas de la secreción de múlti-

ples citoquinas, conocidas como adipocinas. Estas citoquinas presentan características pleiotrópicas, entre las cuales se destaca el rol que cumplen en el proceso inflamatorio tisular. La mayoría de ellas están aumentadas en la obesidad. Una excepción es la adiponectina, a la que se le atribuyen funciones antiinflamatorias, encontrándose sus niveles disminuidos en los obesos.

Diferentes estudios demuestran la asociación entre obesidad y diversos marcadores inflamatorios, como el factor de necrosis tumoral (TNF α), la interleuquina-1 (IL-1), la interleuquina-6 (IL-6), la Proteína C Reactiva (PCR), entre otros. El TNF α también se encuentra aumentado en el asma y está ligado a la producción de interleuquinas 4 y 5 (estirpe Th2) por el epitelio bronquial, por lo cual participaría en una vía inflamatoria común entre la obesidad y asma.

La **leptina** es una hormona producida principalmente por el tejido adiposo, encargada de regular el metabolismo basal a nivel periférico, aumentando el gasto energético. A nivel central inhibiría en parte tanto las acciones del neuropeptido Y, como de las orexinas A y B a nivel hipotalámico (8). Su concentración se encuentra aumentada en personas obesas (9). La leptina cumple un rol crucial estimulando la liberación de citoquinas proinflamatorias por el adipocito (IL-6, TNF α). También actúa en la activación del sistema nervioso simpático, específicamente en la vía de activación del metabolismo de la grasa parda. Si bien su estimulación es dirigida a esta vía metabólica, el sistema simpático tiene un papel relevante en el control del tono y el calibre de la vía aérea.

La **resistina**, es una nueva adipocina, la cual probablemente se encuentre relacionada con el mecanismo de resistencia a la insulina. Se ha probado su acción proinflamatoria en la activación de la vía NF-KB (10, 11) (nuclear factor kappa beta), estimulando a los macrófagos del tejido adiposo, lo que provoca la liberación de citoquinas proinflamatorias como el TNF α y la IL-12, entre otras.

La **adiponectina**, es una citoquina con funciones principalmente antiinflamatorias, por lo cual presenta una asociación antagónica con la leptina, además de un mecanismo de retroalimentación negativo con citoquinas proinflamatorias (TNF α , IL-6), vía activada por la propia leptina. Entre las funciones antiinflamatorias, induce la producción de citoquinas como la IL-10, suprime la actividad citotóxica de las células NK inducida por la IL-2 e inhibe la activación de los TLR (toll like receptors) que utilizan la vía NF-KB. La adiponectina es producida exclusivamente por el adipocito (12) y sus niveles se encuentran disminuidos en la obesidad.

Estudios recientes demuestran que la administración de adiponectina en ratones previene la sensibilización con ovoalbúmina y disminuye la inflamación de la vía aérea.

La **eotaxina** es una quimiocina CC (quimio-attractante celular), la cual cumple un rol fundamental en la atracción de eosinófilos desde el torrente circulatorio hacia los tejidos periféricos, también participa en la activación de los mismos y en la orientación hacia una respuesta Th2 (13). Esta quimiocina se encuentra aumentada en asmáticos y especialmente en los corticodependientes graves (14).

Vasudevan y cols. (13) comprobaron la síntesis de eotaxina y la expresión de su ARNm en grasa de ratones. Además identificaron que sus niveles se triplicaban cuando el animal era obeso. Los estudios en humanos encontraron concentraciones sanguíneas de eotaxina aumentados, los cuales disminuían al bajar de peso.

Acción de las adipocinas sobre el sistema inmune

Leptina (proinflamatoria)

- Aumenta la activación y proliferación de linf. T
- Promueve la respuesta Th1

- Activa la citotoxicidad NK
- Activa a los macrófagos con liberación de TNF \Rightarrow IL-6 etc.)
- Activa el quimiotactismo y fagocitosis de neutrófilos

Adiponectina (antiinflamatoria)

- Disminuye la activación y proliferación de linf. T
- Inhibe la liberación de citocinas vía NFkB (TNF \Rightarrow , IL-6 etc.)
- Aumenta la IL-10
- Inhibe la fagocitosis de los neutrófilos (?)

Resistina (proinflamatoria)

- Activa la liberación de citocinas vía NFkB (TNF \Rightarrow , IL-6; etc.)
- Activa moléculas de adhesión

INFLUENCIA HORMONAL

La asociación obesidad-asma resulta más frecuente en mujeres que en hombres. (15,16). Esta diferencia de género parecería estar relacionada con una influencia hormonal, asociada a un aumento de las concentraciones de estrógenos.

La enzima aromatasa, encargada de convertir andrógenos en estrógenos, se halla entre otros en el tejido adiposo. En general, en la obesidad los niveles de estrógenos se encuentran aumentados, por una mayor conversión periférica a cargo de esta enzima. Castro-Rodríguez et al (16) informaron que la mayor prevalencia de asma fue más marcada entre las niñas obesas que tuvieron menarca precoz (antes de los 11 años de edad) que entre las que la tuvieron después de esa edad, lo que hablaría de que la obesidad altera la producción o estimula la sensibilización periférica de las hormonas relacionadas con la pubertad en la mujer. La síntesis incrementada de hormonas femeninas (o

su sensibilidad) alteraría el desarrollo pulmonar y la regulación del tono de la vía aérea en las púberes. Varraso. et. al. en Francia,(17) confirmaron idénticos hallazgos en mujeres adultas con menarca precoz.

Otros investigadores también alertaron sobre el uso de estrógenos exógenos, los que representarían un factor de riesgo para una mayor incidencia del asma. (18)

En la práctica clínica habitual también puede inferirse esta relación, donde no es infrecuente encontrar casos de mujeres con asma grave refractaria al tratamiento, asociada a obesidad mórbida. Curiosamente el sexo femenino está también asociado a mayor gravedad en la obstrucción del flujo aéreo, obstrucción fija y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

ASMA-OBESIDAD: ACTIVACION DE GENES COMUNES

Nuevos estudios han permitido el hallazgo de un gen que vincula asma, obesidad y diabetes. En estudios experimentales se ha descubierto un ácido graso que se encuentra unido a una proteína denominada AP2 (proteína citosólica transportadora de ácidos grasos libres), la que es conocida por su papel en la obesidad y la diabetes. Se demostró que la AP2 también se encuentra con niveles elevados en el pulmón, donde es crucial para controlar la inflamación en el proceso asmático. Al ser suprimido el gen de la AP2 en animales, estos mostraron estar protegidos contra los ataques de asma. (19)

Sabemos del pleomorfismo genético, es decir, que los genes tienen muchos efectos, por lo que es biológicamente posible plantear que ciertos genes que están relacionados con una determinada enfermedad pudiesen también estarlo con otra. Así, se han identificado regiones específicas del genoma humano que están relacionadas tanto con el asma como con la obesidad (20):

GEN	UBICACION CROMOSOMICA	ACCION
ADRB2	CROMOSOMA 5q	Codifica para el receptor β 2 adrenérgico importante acción en el control del tono de la vía aérea y metabolismo basal
NR3C1	CROMOSOMA 5q	Codifica para el receptor de glucocorticoides
TNF	CROMOSOMA 6	Influencia en la respuesta inmune e inflamatoria
IFN-gama LTA4H, NOS1	CROMOSOMA 12q	Respuesta inflamatoria
STAT6, IGF1, CD361	CROMOSOMA 12q	Respuesta inflamatoria

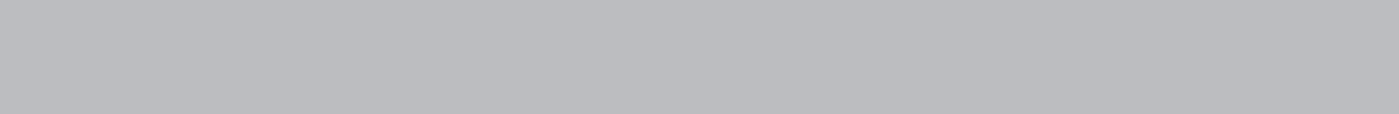
CONCLUSIONES

El conocimiento del tejido adiposo ha permitido descubrir una intrincada red de citoquinas, otorgándole significativa importancia desde el punto de vista inflamatorio, no sólo en relación con el asma, sino también con otras patologías asociadas a la obesidad, como por ejemplo, la diabetes. El estudio exhaustivo de las adipoquinas realizado hasta la actualidad, permite establecer algunos vínculos directos entre obesidad y asma.

El desafío que se presenta es el de comprobar la existencia de características fisiopatogénicas comunes, que no sólo permitan establecer una relación causal entre ambas entidades y otras comorbilidades asociadas, sino que además facilite ampliar el camino de la investigación hacia nuevas alternativas terapéuticas.

Bibliografía

- Center for Disease Control and Prevention. Surveillance for Asthma-US, 1980-1999. MMWR. 1998; 51 (SS-1):1-14.
- Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, Carroll MD, Curtin LR, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. JAMA. 2004;291:2847-50.
- Schaub B, Von Mutius E. Obesity and asthma, what are the links? Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2005;5:185-93.
- Shore SA, Schwartzmann IN, Mellena MS, Flynt L, Imrich A, Johnston RA. Effect of leptin on allergic airway responses in mice. J Allergy Clin Immunol 2005; 115: 103-9.
- Stenius-Aarniala B, Poussa T, Kvarnstrom J, Gronlund EL, Ylikahrei M, Mustajoki P. Immediate and long term effects of weight reduction in obese people with asthma randomised controlled group. BMJ 2000; 320: 827-32.
- Fredberg JJ, Inouye D, Miller B, Nathan M, Jafari S, Raboudi SH, et al. Airway smooth muscle, tidal stretches, and dynamically determined contractile states. Am J Respir Crit Care Med. 1997; 156:1752-9.
- Sontag SJ. Gastroesophageal reflux disease and asthma. J Clin Gastroenterol. 2000;30 (Suppl 3):S9-30.
- Meier U, Gressner AM. Endocrine regulation of energy metabolism: review of pathobiochemical and clinical chemical aspects of leptin, ghrelin, adiponectin, and resistin. Clin Chem 2004; 50: 1511-25.
- Friedman JM, Halaas JL. Leptin and the regulation of body weight in mammals. Nature. 1998;395:763-70.
- Fantuzzi G. Adipose tissue, adipokines, and inflammation. J Allergy Clin Immunol 2005; 115: 911-9.
- Guzik TJ, Mangalat D, Korb R. Adipocytokines - novel link between inflammation and vascular function? J Physiol Pharmacol 2006; 57: 505-28.
- Argente J, Martos-Moreno GA, Hernández M. El tejido adiposo como glándula endocrina. Bol Pediatr 2006; 46: 269-74.
- Vasudevan AR, Wu H, Xydakis AM, Jones PH, Smith EO, Sweeney JF, Corry DB, Ballantyne CM. Eotaxin and obesity. J Clin Endocrinol Metab 2006; 91: 256-61.
- Tateno H, Nakamura H, Minematsu N, Nakajima T, Takahashi S, Nakamura M, et al. Plasma eotaxin level and severity of asthma treated with corticosteroids. Resp Med 2004; 98: 782-90.
- Camargo Jr. CA, Weiss ST, Zhang S, Willett WC, Speizer FE. Prospective study of body mass index, weight change, and risk of adult-onset asthma in women. Arch Intern Med. 1999;159:2582-8.
- Castro-Rodriguez JA, Holberg CJ, Morgan WJ, Wright AL, Martinez FD. Increased incidence of asthma-like symptoms in girls who become overweight or obese during the school years. Am J Respir Crit Care Med. 2001;163:1344-9.
- Varraso R, Siroux V, Maccario J, Pin I, Kauffmann F. Asthma severity is associated with body mass index and early menarche in women. Am J Respir Crit Care Med. 2005;171:334-9.
- Troisi RJ, Speizer FE, Willett WC, Trichopoulos D, Rosner B. Menopause, postmenopausal estrogen preparations, and the risk of adult-onset asthma. A prospective cohort study. Am J Respir Crit Care Med. 1995;152:1183-8.
- Bennett O.V. Shum, Charles R. Mackay, Cem Z. Gorgun, Melinda J. Frost, Rakesh K. Kumar, Gökhan S. Hotamisligil, Michael S. Rolph. The adipocyte fatty acid-binding protein aP2 is required in allergic airway inflammation. J. Clin. Invest., doi: 10.1172/JCI24767
- Tantisira KG, Weiss ST. Complex interactions in complex traits: obesity and asthma. Thorax. 2001;56 (Suppl 2):S64-73.



SEPTICEMIA POR *Mycobacterium tuberculosis*

Dra. Stella Maris Bravo¹
Dr. Francisco Barone²
Dra. Analía Allemandi³

INTRODUCCION

En la era pre-antibiótica la sepsis por *Mycobacterium tuberculosis* era una consecuencia temprana de la infección primaria en niños y adultos jóvenes presentándose como un cuadro inusualmente grave y frecuentemente mortal, caracterizado por fiebre alta, derrame pleural y pericárdico, peritonitis, meningitis. En la actualidad, se relaciona con pacientes de mayor edad, a menudo asociada a otras enfermedades y su mecanismo fisiopatológico corresponde a una diseminación hematogena.

Se describen dos formas clínicas: aguda o tifo bacilosis o granulía de Empis, infección generalizada, con hepatoesplenomegalia y ocasionalmente alteraciones del SNC. En las formas crónicas o granulía fría de Burnand y Saye, el cuadro clínico suele ser poco llamativo, con moderado compromiso del estado general.

Desde Hipócrates hasta mediados del siglo pasado se ha creído que el embarazo predisponía a la Tb, pero este no es más que un estado fisiológico diferente en el que se plantean algunas pautas diagnósticas y tera-

péuticas particulares debiéndose recordar más que nunca el principio de "primun non nocere". El embarazo ha sido imputado en producir inmunosupresión que permite la retención del feto. En efecto, se producen anticuerpos contra aloantígenos paternos, el aumento de estrógenos, progesterona, mineralocorticoides y gonadotropina coriónica parecen actuar regulando la proliferación, activación y función de linfocitos y macrófagos. No obstante, no es tan significativo como para alterar la inmunidad mediada por células. Es de remarcar la notable mortalidad materno infantil (30-40%) por Tb activa no tratada o por retraso en el tratamiento.

En lo que se refiere al puerperio, algunos autores postulan que la situación se agravaría por el descenso brusco del diafragma en el post-parto, por la lactancia y por los cambios hormonales que predispondrían a la diseminación.

CASO CLINICO

Paciente de 20 años, oriunda de Bolivia, reside en nuestro país desde hace 3 años.

1 Neumóloga. Jefa de internación de Clínica Médica del Hospital de Morón.

2 Neumólogo. Jefe de UTI del Hospital de Morón.

3 Neumóloga del Hospital de Morón.

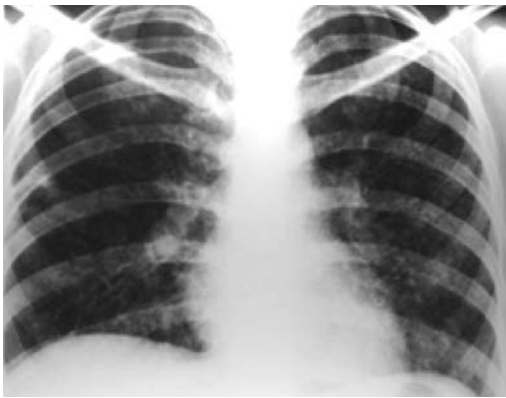


Foto 1.

Ingres a la guardia de Toco ginecología el día 09/10/08 en labor de parto dando a luz, en las primeras horas de la madrugada, un bebé de sexo masculino, de término, 3000g., Apgar 9/10. Entre los antecedentes se destaca peso actual de 63Kg, siendo su peso habitual de 64 Kg. No refiere otros antecedentes patológicos.

El embarazo fue controlado en un centro periférico siendo asistida por una licenciada en obstetricia.

El día de su ingreso presenta pico febril de 39°C vespertino, situación que se repite el día siguiente. Se realiza Rx de tórax (Foto 1) en la que se observa patrón reticulonodular, bilateral, difuso, en rango miliar que se extiende de base a vértices, y elevación de hemidiafragma derecho.

Se le administraron AINES, no asumién-



Foto 2.

dose otra conducta terapéutica y diagnóstica. Egres a 48 Hs después del parto con indicación de sulfato ferroso por anemia moderada.

Re-ingresa 20 días después refiriendo intensa disnea, astenia, adinamia, náuseas, vómitos, intensa anorexia y diarrea desde su egreso, a lo que agrega fiebre y loquios fétidos en los últimos 5 días. Al examen físico presenta sudoración profusa, adelgazada, taquicardia, taquipnea, febril 38°C, abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda, uraco palpable, hipotensa (90/50), débito bilioso por SNG.

Laboratorio: Hto 16%, Blancos 3800, Pt. 23.400, Hb 7, Glu 0.60, Ur 0.28, T. Quick 51%, test rápido para HIV negativo., ph 7.25, pCO₂ 45, pO₂ 37.6, EB -8.0, SO₂ 62%, iono 138/3.3. Rx abdomen: niveles hidroaéreos. Dilatación de vísceras huecas. (Foto 2)

Rx. Tx: Patrón mixto, miliar con áreas de rosetas alveolares confluentes. (Foto 3)

Ingres a UTI con diagnóstico presuntivo de sepsis con fallo multiorgánico (hepático, hematológico y respiratorio) a punto de partida de endometritis puerperal; neumonía grave de la comunidad, posible Tb.; pulmón de sepsis. Peritonitis.

Se solicitaron hemocultivos x 2; urocultivo; esputo seriado para BAAR negativos, PPD 2UT negativa.

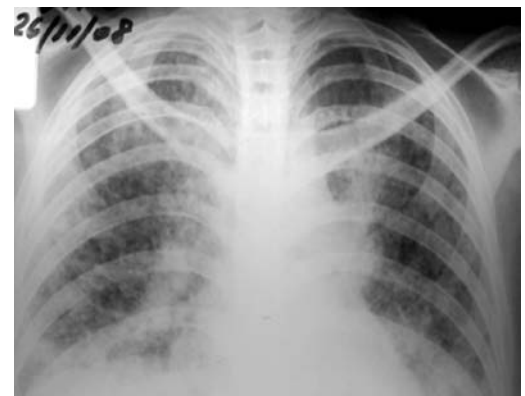


Foto 3.

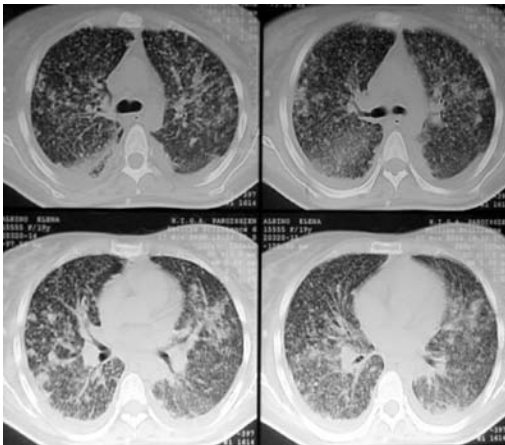


Foto 4.

La ecografía abdominal y ginecológica revela líquido libre en cavidad tabicada, hígado difusamente heterogéneo de ecogenicidad aumentada. Endometrio heterogéneo con áreas líquidas en su interior. Abundante líquido en Douglas.

Se realizó TAC de tórax-abdomen-pelvis observándose derrame pleural y pericárdico, ascitis, infiltrados pulmonares bilaterales. (Fotos 4 y 5).

Se procede a legrado evacuador previa transfusión de 6 U de Pt y 2U de GR. Pop en UTI. Inicia Tto con triple esquema Atb, inotrópicos, oxigenoterapia no invasiva, corticoterapia. Se envía muestra a AP y bacteriología.

Evoluciona lúcida, febril, sin signos peritoneales, hepatoesplenomegalia dolorosa. Se propone la realización de laparotomía exploradora, pero la paciente y su esposo se niegan.

Se realiza punción de líquido ascítico que se envía a laboratorio. Obteniéndose líquido ligeramente turbio, prot. 21.13; pH 6.8; leucocitos 80 mm³; amilasa 67; no se aislaron bacterias. Hemo y Urocultivo negativos para gérmenes comunes. Se incuban cultivos para BAAR y este resulta positivo en líquido ascítico, negativo en sangre, orina y esputos.

Se re interroga a la paciente y esta admite contacto laboral con enfermo de Tb. Se niega a toda práctica invasiva, motivo por el

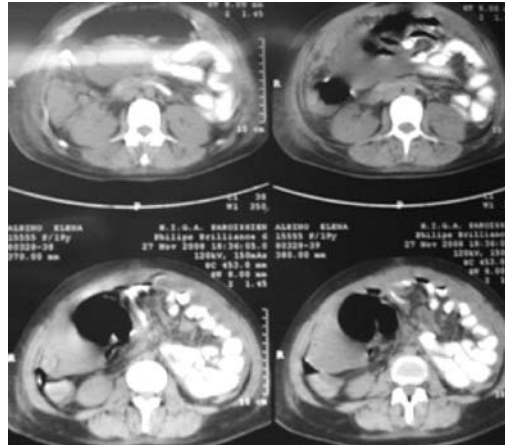


Foto 5.

cual se le inicia Tto empírico con 4 drogas antituberculosas (H-R-Z-E) a dosis plena.

Al 8° día de tratamiento anti tuberculoso se estabiliza, sin requerimientos de inotrópicos, todos los cultivos son negativos.

Se recibe resultados de Anatomía Patológica del material de legrado donde se informa endometritis granulomatosa con necrosis central, abundantes BAAR.

Evolucionó febril, con ictericia Bilirrubina total: 7.3 a predominio directa e hipoalbuminemia 2.5. por tal motivo se decidió suspender el tratamiento por 48hs, reinicia sin rifampicina.

Luego de transfusión y reposición de albúmina se indica rifampicina 450mg/día. Se realizó ecografía que demostró litiasis biliar múltiple, esteatosis hepática leve, leve ascitis.

Se realizó biopsia hepática que mostró parénquima con leve infiltrado linfocitario periportal, aislada necrosis focal y esteatosis moderada. Ausencia de granulomas, Z-N negativo.

El día 11/01 la paciente se retira sin alta médica. Se contacta a través de asistente social logrando continuar el tratamiento en su domicilio.

Hasta la fecha, la paciente se encuentra en seguimiento por neumonología de éste Hospital de Morón.

CONCLUSION

Por lo expuesto, el caso presentado puede ser encuadrado como tifobacilosis o granulía de Empis.

A pesar de la gravedad y las limitaciones se pudo arribar al diagnóstico aunque el tratamiento se inició empíricamente ante la sospecha de Tb. Sin embargo, creemos que se pasaron por alto signos de la enfermedad que ya estaban presentes durante el embarazo y parto perdiéndose la oportunidad de realizar tratamiento en una etapa temprana de la enfermedad.

Es necesaria una mayor concientización del equipo de salud respecto a la prevalencia de la enfermedad en la población, con búsqueda activa de casos aprovechando aquellas circunstancias como el embarazo en que la paciente concurre a controles médicos frecuentes.

Más aún, debe controlarse al recién nacido ante la posibilidad de una tuberculosis congénita. Si bien la incidencia en el grupo etáreo de 0 a 4 años no excede el 2.5% el reconocimiento temprano permite ofrecer una oportunidad de tratamiento ya que la mortalidad por sepsis a bacilo de Koch es muy alta en éste grupo.

La incidencia de tuberculosis en la mujer joven y embarazada se ha mantenido en la última década; sin embargo, los casos notificados de tuberculosis congénita siguen siendo muy pocos y la falta de alarma en el momento del parto lleva al subdiagnóstico.

Los criterios para diagnosticar tuberculosis congénita, inicialmente propuesta por Beitke en 1935 y revisada por Cantwell y col. en 1994, definen el cuadro cuando se cumple una o más de las siguientes condiciones:

- 1) Lesión en la primera semana de vida,
- 2) complejo primario hepático con granulomas caseosos,
- 3) confirmación de tuberculosis en la placenta o tracto genital de la madre (útero o anexos) y
- 4) exclusión de exposición post-natal a foco bacilífero incluido el personal hospitalario.

El feto puede adquirir la infección por alguno de los siguientes mecanismos:

- a) diseminación hematológica y formación de uno o más complejos primarios en hígado, bazo y pulmones o
- b) aspiración o ingestión de líquido amniótico que resulta en la formación respectiva de complejos primarios en pulmón o aparato gastrointestinal.

Bibliografía

1. Golpe Gómez R. SDRA secundario a Tb. diseminada. Htal. Monforte Lemos. Lugo. España.
2. Bridges D, Badino R. Severe Tuberculosis sepsis in an immunocompetent patient. *AJM*, Vol. 119. March 2006.
3. Nahabedian S, Gaitan C, Ortiz MC. Manual de Embarazo y Enfermedades Respiratorias. Cap.6. Ed Sigma SRL. 2007.
4. Compendio de Tisiología. Prof. Dr. Luis J González Montaner.
5. Mandell. Enfermedades infecciosas. Principios y prácticas. 4º edición.
6. Fishman's pulmonary diseases and disorders. Vol 2. 3º edición.
7. Altet Gomes MN y col. Estudio del retraso diagnóstico de la Tuberculosis. Pulmonar sintomática. Archivos de bronconeumología. www.archivobronconeumologia.org.
8. Dalamon y col. Tuberculosis congénita. Presentación infrecuente de una enfermedad habitual. Archivos argentinos de pediatría. Vol 106. año 2008.

TUBERCULOSIS PERITONEAL: Caso Clínico

Dra. Gaitán, C.*
Dra. Sosso, A.*
Dra. Morales, R.*
Dra. Trinidad, M.*

Paciente sexo femenino de 43 años de edad que consulta en abril de 2008 en el Servicio de Gastroenterología del Htal. Pte. Perón por epigastralgia y pirosis, por lo que se le indica realizar estudios de laboratorio, endoscopia digestiva y ecografía abdominal.

Resultados:

- Hemograma con Hto. 30 % y Hb 11g/dl., hepatograma y resto de la rutina de laboratorio normal.
- Fibroesofagogastroscofia: normal.
- Ecografía: presencia de litiasis biliar.

Se realiza entonces interconsulta con Cirugía, indicándose colecistectomía laparoscópica.

En el acto quirúrgico se encuentra un peritoneo invadido por una aparente carcinomatosis, por lo que se toma muestra para citología, se biopsia y se procede a cerrar, dando por concluida la cirugía.

La paciente evoluciona sin complicaciones.

- Tomografía computada de tórax: normal.
- Tomografía Abdomino-Pelvis: Colección laminar perihepática: Ascitis. Escaso líquido libre en sector pelviano inferior adyacente a ambos lados de la vejiga.

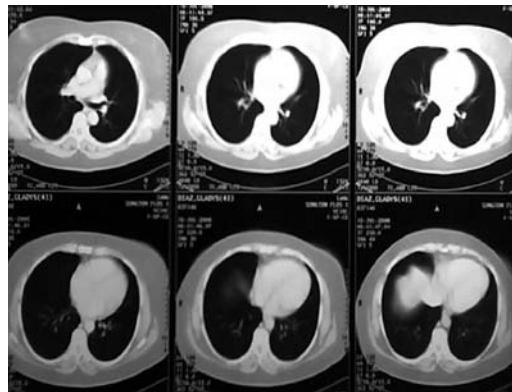


Foto 1.

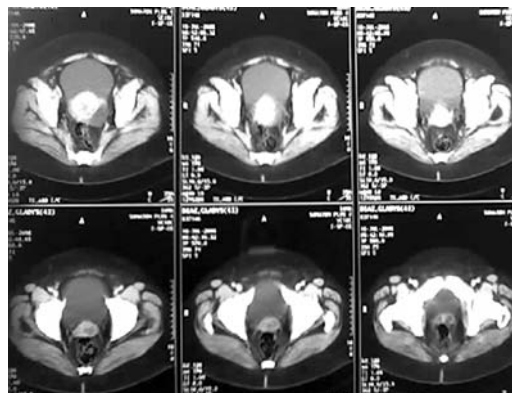


Foto 2.

* Htal. Presidente Perón, Avellaneda. Servicio de Tisioneumonología.

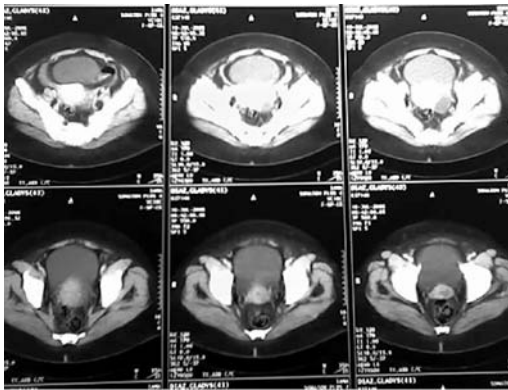


Foto 3.

Area quística parauterina Izquierda que podria corresponder a: quiste aneial, tumor ginecologico o colección organizada.

Se realiza consulta con Ginecología quienes solicitan marcadores tumorales.

- CA 125: Aumentado 9 veces.
- Ecografía: En región aneial izquierda se observa imagen de aspecto quístico simple, con tabique fino en su interior, de aproximadamente 45 mm. de diámetro. Sin registro de actividad doppler en su interior.

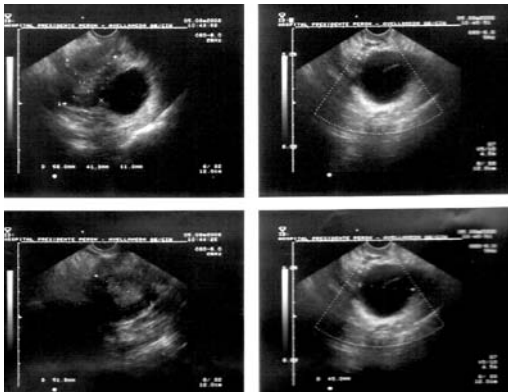


Foto 4.

La biopsia de peritoneo informa

- Fragmento de tejido fibroadiposo con parcial revestimiento mesotelial que exhibe lesiones inflamatorias crónicas y presencia de granulomas tuberculoides no caseificantes. Tinción para BAAR negativa

Con e interrogatorio recabamos los siguientes antecedentes personales de interés:

- Contacto TBC. con un compañero de oficina con el que compartía 8 hs. diarias en un ambiente cerrado con escasa ventilación, en el año 2003. En esa oportunidad se le habían realizado los estudios de catastro, negativos. No realizó quimioprophilaxis ni controles periódicos a posteriori.
- Al año siguiente tuvo un derrame pleural, cuyo diagnóstico fue Inespecífico y retrogradó sin secuela. Tenía informes de baciloscopía y cultivo para tuberculosis negativo, citología negativa y Dosaje de ADA.: 4,6 U/l.

Desde entonces la paciente padecía un síndrome anémico que no mejoró con tratamiento con hierro y una eritrosedimentación que inexplicablemente promediaba los 43 mm.

Con el resultado de la biopsia, aún con tinciones y cultivos negativos para BAAR, teniendo en cuenta los datos epidemiológicos y se decidió iniciar tratamiento convencional con H-R-Z-E, con buena tolerancia y muy buena evolución clínica.

Al alta:

- Hto. 37 % - Hb. 12,4 - Eritro 15
- Marcadores tumorales: Valores Normales.
- Tomografía Toraco-Abdomino-pelvis: Normal

DISCUSIÓN

La tuberculosis puede afectar cualquier parte del aparato gastrointestinal incluyendo el peritoneo y el sistema pancreato-biliar. La tuberculosis peritoneal ocupa el sexto lugar en la incidencia de compromiso extrapulmonar. Puede tener muchas presentaciones clínicas, ya sea de inicio agudo o crónico, fiebre (40-70%), dolor abdominal (80-90%) pérdida de peso (40-90%) y alteraciones del tránsito intestinal (20%), simulando muchas

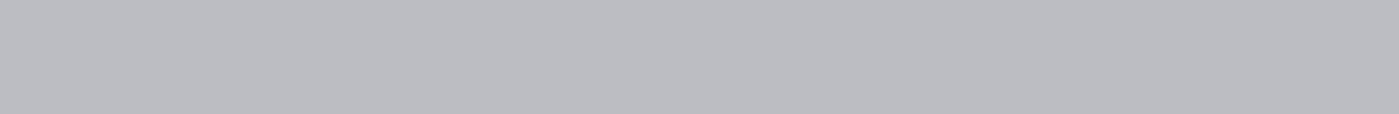
veces otras enfermedades (1), por esta razón debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las enfermedades gastrointestinales sobre todo cuando hay ascitis, ya que la tuberculosis peritoneal es la tercera causa de ascitis después de la cirrosis y las neoplasias. La radiografía de tórax muestra compromiso pulmonar entre el 18 al 25% de los casos, por ello la ausencia de hallazgos radiológicos en el tórax no descarta el compromiso extrapulmonar (2), si bien en este caso el antecedente del contacto con tuberculosis y el derrame pleural inespecífico y de resolución espontánea que la paciente había padecido años antes son de relevancia diagnóstica. Los hallazgos tomográficos incluyen ascitis loculada, colecciones líquidas en la pelvis con presencia de septos delgados que pueden simular una masa ovárica como en el caso que describimos (3;4). El antígeno CA-125 es una glucoproteína de alto peso molecular que es expresada por las células mesoteliales y células derivadas del epitelio celómico y se emplea como marcador tumoral en los tumores de ovario pero también en otros tumores ginecológicos, linfomas, hepatocarcinoma, melanomas, cáncer de páncreas, tumor renal, cáncer de colon y recto. También puede elevarse en otras enfermedades no neoplasias como peritonitis bacteriana, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, miomas cirrosis, LES y en general en patologías que causen ascitis (4). Simsek y col realizaron un estudio donde encontraron en el 100% de los pacientes con tuberculosis peritoneal elevación del CA-125 con una media de 316 UI/ml, por esta motivo el diagnóstico de tuberculosis peritoneal se debe considerar en pacientes con CA-125 elevado (5).

CONCLUSIONES

- TENER EN CUENTA LA TUBERCULOSIS PERITONEAL EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES DE OVARIO POR LA SIMILITUD EXISTENTE EN LA PRESENTACION CLINICA, HALLAZGOS RADIOLOGICOS Y ELEVACION DE CA-125
- PRESTAR ESPECIAL ATENCION A LOS EXUDADOS PLEURALES INESPECIFICOS QUE CURAN SIN SECUELA, COMO ASI TAMBIEN AL SINDROME ANEMICO REFRACTARIO COMO EXPRESION DE ANEMIA DE PROCESOS CRONICOS
- REVALORIZAR LA IMPORTANCIA DE LA QUIMIOPROFILAXIS

Bibliografía

1. El Abkari M; Guvenc BH; Sarper N; Aydogama. Peritoneal Tuberculosis in the Fes University Hospital (Morocco). Report 123 cases. *Gastroenterol Clin Biol* 2006; 30: 377-381.
2. Sharma AK; Aguarwald LD; Sharma CS Sarin YK. Abdominal tuberculosis in children: experience over a decade. *Indian Pediatr* 1993; 30:1149-53
3. Garcia G; Garcia AJ; Goez ET; Saldarriaga Cl. Tuberculosis peritoneal en un paciente con ascitis y masa anexial. Informe de un caso. *Revista Colombiana Ginecología y Obstet* 2006; 57: 62-65.
4. Sancho-Buesa T; Garcia-Puig J. Antígeno CA-125 como marcador de tuberculosis peritoneal. *Revis Clin Esp* 2001; 10: 614-615.
5. Simsek H; Savar MC; Kadayifci A. Elevated serum CA-125 concentration in patients with tuberculous peritonitis: a case control study. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 1174-76.



INTERVENCIONES DE UN SERVICIO DE SALUD MENTAL EN UN HOSPITAL MONOVALENTE ESPECIALIZADO EN VIAS RESPIRATORIAS

Dres. González Moreno C., Baffigi A., Cortiñaz M.V.,
Fernández G., Galdames A., Sinagra P.*

"... Entendemos la Salud Mental como uno de los derechos humanos fundamentales, surge como una construcción histórica, ... debe brindarse a todos por igual, en el mayor nivel de calidad posible, y con el sólo límite que la ciencia establece..."

"... concebimos al hombre destinatario de nuestra práctica desde una perspectiva integral del fenómeno... tendiendo a organizarse como una totalidad y unidad en el nivel humano de integración..." (Código de Ética, consideraciones generales).

INTRODUCCIÓN

El Htal. Zonal Dr. Antonio A. Cetrángolo es un Hospital Provincial Monovalente especializado en vías respiratorias, en tanto destinado a prestar asistencia a la salud en patología torácica y neumonológica. Nos encontramos entonces, con personas que padecen enfermedades como Asma, Bronquitis crónica, EPOC, Fibrosis quística, Cáncer de pulmón, Tuberculosis, Bronquiectasias, Hiv, entre otras.

Acordamos en el Servicio de Salud Mental una propuesta institucional *multidisciplinaria*, a través de la modalidad de *interconsulta*, solicitando nuestra intervención en salas y consultorios externos.

Convocados a ella, encontramos que nuestro modo de intervención discursiva, produce un efecto de *interdisciplina*, considerándola como la posibilidad de intercambio entre los profesionales, a partir de la

necesidad de resolver la complejidad de los problemas que impone la práctica propiamente dicha.

Consideramos que el obstáculo mismo por el que somos llamados, condensa la problemática; desplegarlo, armando una pregunta, sobre el pedido de la *interconsulta* como modelo *multidisciplinario*, posibilitaría nuestra intervención abriendo paso a la *interdisciplina*, como dispositivo que permite la revisión del problema, efectuándose desde las distintas perspectivas científicas que se ocupan del estudio de la salud de los pacientes, en un intento de no fragmentarlo.

Es desde el psicoanálisis que nos orientamos a ubicar los obstáculos que se presentan en la situación de enfermedad tanto para los profesionales intervinientes, como para el paciente, sin perder de vista el momento de la vida personal y familiar en que se encuentra, intentando trabajar cuestiones relativas

* Servicio de Salud Mental del Hospital del Tórax Dr. A. Cetrángolo

a la angustia producida o no por la situación clínica que atraviesan.

Ubicamos el obstáculo a trabajar como la trama vincular, modo de relación o lazo entre los actores de dicha interconsulta.

"Trabajar en interdisciplina exige la construcción conceptual común del problema y supone un marco de ideas compartido entre las disciplinas. Una vez que las necesidades del paciente y de su familia han sido identificadas cada profesional realiza la intervención que considera pertinente". (1)

Situamos como construcción conceptual común del problema a la enfermedad misma, teniendo en cuenta la particularidad de cada una de ellas y la singularidad de cada paciente.

Por la experiencia clínica cotidiana nos ubicamos frente a dos formas de intervenciones interdisciplinarias, la anteriormente mencionada como pedido de interconsulta y la integración en los diferentes equipos multidisciplinarios.

Situados en el dispositivo interdisciplinario desarrollado anteriormente, trabajamos del siguiente modo:

ÁREA CLINICA:

Se realiza *admisión* a la comunidad hospitalaria y tratamientos individuales dirigidos a niños, adolescentes y adultos con patología respiratoria.

Tanto en niños como en adultos la modalidad de trabajo es de *interconsulta*, con el objetivo de realizar una articulación entre las diferentes disciplinas que intervienen en la atención del paciente.

Psiquiatría Dinámica: se trabaja tanto desde la perspectiva clínica psiquiátrica, como desde la neuropsicofarmacología aplicada a la enfermedad respiratoria, tendiente a lograr la máxima racionalidad en cuanto a la prescripción de psicofármacos, disminuyendo riesgos de efectos colaterales, e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes respiratorios.

Equipo de Rehabilitación Respiratoria: trabaja con pacientes con Epoc en la administración de scores de calidad de vida siendo evaluados para medir el impacto del proceso de rehabilitación. Debido a la comorbilidad de Epoc con ansiedad y depresión los pacientes cuentan con la posibilidad de iniciar un tratamiento psicoterapéutico. El equipo está formado además por un médico neumonólogo, nutricionista y kinesiólogo

Equipo de Fibrosis Quística: (en formación) interviene en la atención de niños que padecen esta enfermedad, ya que se ha observado una importante necesidad de acompañamiento por parte de profesionales de la Salud Mental. A su vez se planifican entrevistas familiares a fin de que se pueda poner en palabras el padecimiento que esta enfermedad provoca al paciente y a su familia. Se trabaja con el Servicio de Pediatría, Servicio Social y Nutrición conjuntamente.

Equipo de Evaluación de Pre trasplante cardiopulmonar: (en formación) se trabaja en articulación con neumonólogos, médicos clínicos, nutricionistas y asistentes sociales. Desde el Servicio se realizan entrevistas psicológicas a pacientes que podrían ser trasplantados con la finalidad de establecer el posicionamiento subjetivo de los mismos frente a este tipo de intervención y evaluar la posibilidad o no de un trasplante.

Interconsulta en Sala de Mujeres, Hombres, Infectología Terapia Intensiva Cirugía y Consultorios Externos: los profesionales intervienen en las diferentes salas de internación, previo pedido de interconsulta del médico tratante, personal de enfermería, consulta del mismo paciente o de sus familiares. La intervención está destinada a la escucha de la situación que provocó el pedido, dando lugar al despliegue de las preocupaciones de quien lo hizo. Realizamos acompañamiento al grupo familiar y a su vez generamos los pedidos de interconsulta que consideremos necesarios.

Utilizamos la misma forma de trabajo en psicoprofilaxis quirúrgica pre y post operaciones pulmonares, y malformaciones torácicas.

ÁREA PREVENTIVA

El servicio desarrolla una actividad grupal donde se trabaja la relación de los integrantes con el cigarrillo como adicción.

También formamos parte del equipo interdisciplinario de *Cesación Tabáquica*, brindando tratamientos individuales y grupales.

Estos espacios están destinados a todas aquellas personas que quieran o deban dejar de fumar.

Equipo de Alimentación Saludable: Fuimos invitados por el Servicio de Nutrición a participar de talleres sobre alimentación con el objetivo de transmitir hábitos alimenticios saludables, encontrando nuestro lugar a través de intervenciones en la relación del paciente con los alimentos.

ÁREA DE INVESTIGACION

Participamos de la Investigación:

"Evaluación de Efectos Sistémicos en Epec". y su comorbilidad con otros trastornos fuera del pulmón, realizando una Evaluación Psicológica sobre Depresión, Ansiedad y Disfunción Sexual.

ÁREA DE DOCENCIA

Programa de Profesionales Autorizados: es una actividad de formación profesional asistencial y de conceptualización clínica destinada a psicólogos y médicos noveles.

Internado Anual Rotatorio, Facultad de Medicina UBA: Se trata de una instancia docente de grado, mediante la cual los estudiantes de Medicina realizan sus prácticas, durante un año por diferentes servicios, luego de concluir con todas las materias

curriculares. Con respecto de la especialidad de Salud Mental, los alumnos rotan por nuestro servicio.

ALGUNAS CONSIDERACIONES TEORICAS TENTATIVAS ACERCA DE NUESTRA PRAXIS

El circular por el hospital e intercambiar con los profesionales de las otras disciplinas, nos llevó a pensar y trabajar sobre la disnea como trastorno de la respiración, respiración esta que sucede en un sujeto, conduciendo así nuestra práctica a un estilo de intervención interdisciplinaria.

Partiendo del concepto de disnea como síntoma característico de la patología respiratoria; según la Asociación Americana de Tórax, se define como una **"sensación subjetiva de malestar ocasionada por la respiración que engloba sensaciones cualitativas diferentes que varían en intensidad y se origina a partir de interacciones entre factores fisiológicos, psicológicos, sociales y ambientales múltiples"**.

Esa evidencia, el ansia de introducir aire en los pulmones, es la parte de la subjetividad que es posible que se exprese en palabras, es decir, qué dice ese sujeto que registra la dificultad respiratoria, como aquello que si falta (la respiración) o se ve alterada, es para el humano del orden de la muerte. En tanto que el corte de la respiración no produce simbolización del corte, no hay simbolización de lo imaginario, hay entonces efecto de lo real.

Por lo tanto consideramos la respiración como algo del orden del deseo, como el ansia de introducir aire en los pulmones, como el decir de cada paciente que registra la dificultad respiratoria. En estos intervalos de aire, se produce un decir particular y singular y es en esta singularidad en donde intentamos intervenir, entendiendo nosotros de este modo la subjetividad, dicho de otro modo trabajamos sobre lo que se dice y como se dice.

Bibliografía

1. Lic. Cecilia Fasano "A propósito de la interdisciplina".
Lacan J. "Seminario VI: El deseo y su interpretación".



PESO NETO

Dr. Fernando Inza

El Dr. Fernando Inza, médico neumonólogo de la ciudad de Azul y ex presidente de la STNBA nos presenta su otra pasión - la música, es integrante de una banda llamada *Peso Neto* que se originó en la ciudad de Azul y en este espacio nos cuenta sobre ella.

El grupo nace en 1971, cuando adolescentes del secundario, se fusionan por el amor común hacia la música.

Los primeros ensayos se realizan en el altillo de una casa de la ciudad de Azul, con precarios instrumentos y amplificadores, interpretando canciones de los influyentes Beatles y Creedence para los jóvenes de esa época; las actuaciones iniciales se desarrollaron en ámbitos como cumpleaños, casamientos, boliches bailables y algún baile de carnaval (donde pagaban el "doble").-

Posteriormente el grupo fue logrando nuevos "espacios" hasta constituirse en un reconocido referente del quehacer musical de Azul y la zona.-

El camino hasta lograrlo se puede resumir en los siguientes momentos:

1972: autoridades del Colegio Inmaculada brindan a Peso Neto la oportunidad de presentarse en un show "grande", cuando lo convocan para el primer recital para jóvenes

en el cine Universal de Azul. A partir de allí se inicia un ciclo fecundo de recitales donde gradualmente se fortalece el vínculo entre la banda y los adolescentes de la época, disfrutando juntos de temas de Sui Géneris, Vox Dei, Beatles, etc.

1974: son elegidos como ganadores del primer concurso de música moderna regional, realizado en el boliche bailable "Cronopio".

1975: graban su primer disco simple incluyendo un tema propio "Déjenlo al niño".

1995: coincidiendo con sus 25 años de existencia graban 2 cassettes con otros temas covers y algunos de su autoría; por esos años ya se está presentando habitualmente en encuentros de rock de Azul y la zona y se presentan como banda soporte de reconocidos artistas de la música nacional como Tarragó Ros, Silvina Garré, Vox Dei e Ignacio Copani.

Desde 1995, en forma ininterrumpida han presentado los "Especiales Anuales" en el jerarquizado escenario del Teatro Español de Azul, shows solidarios para diversas instituciones del ámbito local, con notable apoyo y concurrencia de la comunidad.

Pero lo mas sorprendente y significativo para Peso Neto ha ocurrido en los 2 últimos años, de su dilatada trayectoria, ya que, al

coinza@ciudad.com.ar

presentarse en el segundo concurso de Bandas Covers, realizado en el Paseo La Plaza de ciudad de Buenos Aires, fueron elegidos como "Banda Finalista" de dicho concurso, obteniendo Rúben Libonatti (la voz del grupo), el primer premio como la mejor voz líder.

En junio de este año (2009), Peso Neto se presenta por primera vez, con Show propio, en un escenario de Buenos Aires, presentando "Viajan Rock", también en el jerarquizado pub The Cavern, de la calle Corrientes.

En definitiva, desde su nacimiento, el grupo ha mantenido una constante actividad musical, que a pesar del paso del tiempo (próximos a cumplir 39 años) el público le sigue correspondiendo con un incondicional apoyo otorgándole una llamativa vigencia.

Peso Neto actualmente está integrado por Rúben Libonatti (voz líder), Guillermo Taccari (Batería), Roberto Cúcaro (Bajo) Fernando Inza (Teclados y voz) Alfredo Ballesteros (guitarra), Manuel Inza (Percusión), Agustín Andrich (percusión), Sofía Inza (voz femenina), Matías Ballesteros (Primera guitarra), y Lucas Gires



(Trompeta), logrando una fusión entre los "históricos" fundadores del grupo y la sangre joven de los que fueron renovando la banda.





REGLAMENTO PARA LA PRESENTACION DE TRABAJOS XX 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. Los trabajos serán presentados, sin excepción, en forma de comunicación oral.

La evaluación de los trabajos está a cargo de un grupo de expertos con competencia en la aceptación de los resúmenes que podrán, o no, aceptarlo y sugerirán modificaciones de considerarse necesario. Treinta (30) días luego de la fecha límite de presentación de resúmenes, serán notificados por correo postal o electrónico la aceptación o rechazo del trabajo a la dirección que figure en el formulario de presentación.

Los resúmenes de los trabajos serán remitidos exclusivamente por correo electrónico:

- 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 > A través de la página Web encontrará el formulario, sitio **www.stnba.org.ar**
 - El resumen debe 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 RESUMEN DE TRABAJOS LIBRES
<p>CANCER DE PULMON</p> <p><u>Gaitán C.</u>, Morales R., Sosso A. Hospital Interzonal General de Agudos Pte. Perón, Avellaneda, Buenos Aires.</p> <p>Objetivo:</p> <p>Material y Método:</p> <p>Resultados:</p> <p>Conclusiones:</p>

- 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.

COMUNICACION ORAL

Las comunicaciones orales serán expuestas en un espacio habilitado para tal fin. El relator deberá asistir en horario determinado y contará con un tiempo, que oscilará entre 5 (Comunicación oral sin opción a premio) y 10 minutos (a los que opten a premio), para analizar con el público diferentes aspectos de su trabajo. Este tiempo asignado se ajustará según la cantidad de trabajos que se presenten en esta modalidad.

En su parte superior figurará el número asignado por el Comité Científico.

Deberá desarrollar en el texto los lineamientos generales expuestos y descriptos en el resumen enviado. Deberán exponerse claramente los objetivos del estudio y los principales resultados obtenidos que sirvan para evaluar las conclusiones.

Se indicará fecha y hora de la presentación. El relator deberá estar presente para responder a las consultas de las cuales se dispondrán de 5 minutos para discusión.

La opción a premio implica enviar el trabajo completo junto con el resumen.

DATOS DEL RELATOR

Apellido y Nombres _____

Dirección _____

C.P. _____ Localidad _____

Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____

E-mail _____

Enviar resumen a: e-mail: secretaria@stnba.org.ar o sitio Web: www.stnba.org.ar

	Función Pulmonar	
	Intersticiopatía	
	Oncología	
	Rehabilitación	
	SIDA / Infecciones Pulmonares	
	Sueño y Oxigenoterapia	
	Tuberculosis	
	Otras	
	Opta para premio	
	SI	
	NO	



XX° Congreso
Sociedad de Tisiología y Neumonología de
la Provincia de Buenos Aires



24 al 26 de Marzo de 2011 - Hotel Colonial de San Nicolás
San Nicolás de los Arroyos

**XX° CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE
TISIOLOGIA Y NEUMONOLOGIA DE LA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES**
24 al 26 de Marzo de 2011
Hotel Colonial de San Nicolás

Av Savio 2195, San Nicolás de los Arroyos
Tel: (03461) 47-2222 / Fax: (03461) 47-2231

TEMAS

- > Asma
- > EPOC y Rehabilitación
- > Patología del Sueño
- > Tuberculosis
- > Endoscopia
- > Cuidados Paliativos
- > Patología Pleural
- > Infecciones
- > Diagnóstico por Imágenes
- > Cáncer
- > Enfermedades del Intersticio
- > Evaluación Pre Quirúrgica

**Fecha Límite de Presentación de Trabajos:
30 de Octubre de 2010**

