

37º Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

Asociación Argentina de Medicina Respiratoria

Discusión de Trabajos Libres

Enfermedades obstructivas e inmunología

DOMINGO 4 DE OCTUBRE DE 2009

9.30 – 10.30

Salón Peralta Ramos S

TL1

0006. ENCUESTA SOBRE CAMBIOS EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DEL ASMA BRONQUIAL

GA Raimondi

FLENI - Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Observar la evolución del manejo del asma bronquial en médicos especialistas.

Métodos: Se envió una encuesta a 1020 especialistas de enfermedades respiratorias del listado de la AAMR referente al manejo del asma, tratamiento del acceso agudo y asma estable, en adultos (A) y niños (N) mayores de 6 años. Se compararon los resultados con los de encuestas similares realizadas en los años 1994 y 2001. Las respuestas se evaluaron como 0 (nunca), 1 (algunas veces), 2 (a menudo), 3 (siempre). Se calculó un puntaje medio. Para comparación de proporciones se utilizó el test de Chi-cuadrado y en los promedios t-Student *c/* corrección de Bonferroni.

Resultados: Se obtuvieron 341 respuestas (33.4% de los cuestionarios enviados). Hubo una buena tendencia referente al diagnóstico, utilizando más la prueba de reversibilidad a los broncodilatadores (valores del 94, 01 y 08, respectivamente) (2.30 ± 1.05 , 2.74 ± 2.3 , 2.77 ± 0.58), disminución de utilización de eosinofilia en sangre (1.80 ± 1.09 , 1.55 ± 1.13 , 1.35 ± 1.12) y de IgE específica (RAST) (1.35 ± 1.04 , 1.13 ± 1.02 , 1.03 ± 0.97), con baja utilización de pruebas cutáneas (0.88 ± 1.08 , 0.50 ± 0.83 , 0.51 ± 0.87). Para el reconocimiento del ataque del asma mejoró la utilización de la sintomatología (2.29 ± 0.90 , 2.65 ± 0.66 , 2.82 ± 0.49) mientras que desmejoró la utilización del descenso del PEFr en el último período (1.51 ± 1.20 , 1.93 ± 1.05 , 1.59 ± 1.10). Los criterios objetivos para evaluar el ataque de asma por parte del médico fueron bajos (2.13 ± 0.70 , 2.14 ± 1.04 , 2.02 ± 1.07). En el tratamiento agudo, los beta dos agonistas inhalados (β_2 inh) se indican como 1ra opción de tratamiento en el 57.5, 85.3, 78.1% para A y 63.4, 81.0, 81.5% para N. En el tratamiento de mantenimiento, aumentó la utilización de corticoides inhalados (CI), sea solos o asociados a β_2 inh de acción prolongada, tanto en A (2.21 ± 0.90 , 2.29 ± 1.06 , 2.49 ± 0.82) como en N (1.61 ± 1.00 , 2.09 ± 1.01 , 2.29 ± 0.82). El fármaco más indicado fue la asociación CI + β_2 inh de acción prolongada (solo evaluada en las 2 últimas encuestas) A: (2.12 ± 0.95 , 2.49 ± 0.82), N: (1.33 ± 1.21 , 2.29 ± 0.82). Se observó una menor utilización de β_2 inh de acción corta en trata-

miento continuo en A (2.16 ± 1.00 , 1.23 ± 1.10 , 1.08 ± 1.15) y N (1.56 ± 1.20 , 1.07 ± 1.15 , 0.78 ± 1.09).

Conclusión: Persisten serias falencias en aspectos tales como el manejo del acceso agudo (alrededor de 20% de los encuestados no eligen como 1ra opción los β_2 inh). Asimismo, el médico no utiliza y no exige al paciente el uso de datos objetivos como criterio de severidad del acceso de asma.

TL2

0028. FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR EL MANEJO Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL SEVERA

GA Raimondi¹, M Bosio², G Menga³

¹FLENI - Ciudad de Buenos Aires, Argentina. ²Hospital Británico - Ciudad de Buenos Aires, Argentina. ³Hospital María Ferrer - Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Estudiar factores que puedan influir en la calidad de manejo en pacientes con asma severa.

Métodos: De un estudio multicéntrico de internaciones anuales por asma bronquial de adultos en 8 instituciones se analizaron el total de 252 pacientes. Se dividieron estos en diferentes grupos **a)** s/cobertura médica vs con (n=168 y 68) **b)** de Instituciones Públicas vs Privadas (n=221 y 31) **c)** sin seguimiento médico/solo guardia vs *c/*seguimiento habitual (n=92 y 160) **d)** diferentes seguimientos vs Neumólogo (N) (n=110 y 142) **e)** s/plan de acción por escrito vs con (n=226 y 26). En estos grupos se analizaron las proporciones de los siguientes items: pertenecer a institución Pública o Privada, contar o no con Obra Social, contar *c/*plan de acción oral o escrito, haber recibido ARM por asma, seguido o no por N, indicación o utilización de corticoides inhalados (CI), vacunación antigripal (VAG) y antineumocócica (VAN), pacientes con >2 visitas guardia/año, >1 internación por asma. Para la comparación de proporciones se utilizó el test de Chi-cuadrado. Se aceptó como significativa $p < 0.05$

Resultados: Grupos: **a)** menos ARM (10.9 vs 23.5%), menos CI utilizados (45.1 vs 58.8%), menos VAG (12.0 vs 41.2%) y VAN (1.6 vs 19.1%) y más >2 visitas/año guardia (55.4 vs 27.9%). **b)** menos VAG (14.3 vs 61.3) y VAN (0 vs 41.9%). **c)** menos plan de acción oral (27.2 vs 45.1) y escrito (2.0 vs 15.0%), menos (CI) indicados (45.7 vs 85.0%) y utilizados (23.9 vs 63.0), menos VAG (12.0 vs 24.4) y VAN (0 vs 10.0), menos >2 visitas/año guardia (37.0 vs 54.4%), menos >1 internación por asma (34.8 vs 51.3%) y mayor ARM (20.0 vs 4.0%). **d)** menos plan de acción oral (26.4 vs 47.9%) y escrito (2.0 vs 16.9), menos ARM (4.0 vs 22.5%), menos CI indicados (46.4 vs 89.4%) y utilizados (24.4 vs 67.6%), menos VAG (10.9 vs 26.8%) y AN (0 vs 11.3%), menos >2 visitas/año guardia (36.4 vs 56.4%), menos >1 internación por asma (26.3 vs 55.6%). **e)** menos ARM (11.5 vs 38.5%), menos seguimiento p/neumólogos (52.2 vs 92.0%), menos utilización de CI (46.5 vs 69.2%) y VAN (4.4 vs 23.1), mas no controlados (39.8 vs 8.0%).

Conclusión: En asma bronquial severa, el ser tratado en Hospital Público, no contar con Obra Social, médico habitual de

seguimiento, plan de acción por escrito y no ser controlado por un Neumólogo afecta distintos indicadores de calidad de manejo. Asimismo, el seguimiento por Neumólogo, médico habitual y tener plan de acción por escrito parecen ser marcadores de severidad de asma.

TL3

0104. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN ASMA

M Bosio, S Quadrelli, R Smith, R Villagomez, E Borsini, A Salvado, J Chertcoff

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La educación del paciente asmático implica comprometer al paciente en el manejo de su propia enfermedad. El control del asma debe ser una responsabilidad compartida entre el paciente y el médico. La educación debe ser un proceso interactivo y adaptado a la capacidad del paciente. Los programas de educación para pacientes asmáticos que usan sólo información no parecen mejorar la morbilidad, mientras que aquellas intervenciones educativas que incluyen un plan de automanejo escrito y revisiones periódicas han conseguido disminuir los ingresos hospitalarios, las visitas a urgencias y las visitas no programadas al médico de cabecera. Los pacientes que más se beneficiarían con los programas educativos son los que tienen asma moderada a severa, asma muy variable, historia de visitas a urgencias o ingresos hospitalarios, mala percepción de sus empeoramientos y buena cooperación.

Objetivo: Determinar las características de los pacientes que asisten a un grupo de educación para pacientes con asma.

Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de 1 año de duración que incluyó 4 charlas desde abril del 2007 hasta marzo del 2008 y una encuesta previa a la charla y posterior a la misma. Se analizaron datos epidemiológicos y de automanejo de la enfermedad. Total de encuestas 75, Analizadas 55 se descartaron 20 por ser familiares o no estar completas. Resultados: edad media 45 ± 18 (11-79), edad de comienzo del asma 21 años, mujeres 52%, tenían espirometría el 94% de los pacientes, el 22% hacía más de 1 año. El 40% tenía plan de acción escrito, el asma le impedía realizar actividad física al 30%, el 35% de los pacientes se había internado alguna vez, el 67% había concurrido alguna vez a un servicio de emergencias por una crisis de asma si y de ellos el 35% había ido más de 3 veces. El 37% reconocía la presencia de síntomas diarios por asma pero 64% de los pacientes utilizaba un broncodilatador de rescate diariamente. Se atendía con el Neumólogo el 85%, el 72% desconocía qué es un pico flujo antes de la charla (18% continuaba sin saberlo después de la misma). El 42% se había vacunado contra la gripe y el 28% lo había hecho contra la neumonía. El 78% de los pacientes decía utilizar bien los aerosoles antes de la charla pero sólo 50% admitió hacerlo correctamente luego de las demostraciones durante la charla. El 24% refería sufrir de asma severa, el 38% moderada y el 27% leve. El 64% decía que era capaz de reconocer una crisis y el 46% había estado internado por asma. Los pacientes que dijeron reconocer bien las crisis tuvieron menor frecuencia de internaciones (2/19) que los que dijeron no hacerlo (19/35, p = 0,009). Conclusiones: los asmáticos moderados a severos son los que concurren con mayor frecuencia a un programa de educación, La mayoría de los pacientes utilizaba broncodilatadores de rescate diariamente sin referir síntomas. Solo la mitad de los pacientes utilizaba bien los aerosoles

TL4

0106. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN ASMA

M Bosio, S Quadrelli, J Rosso, M Blasco, G Peralta, E Borsini, J Chertcoff

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La mortalidad relacionada al asma bronquial ha disminuido en los últimos años, pero la prevalencia de la enfermedad continua en aumento en la mayoría de los países. Se ha asociado el aumento de morbilidad y mortalidad del asma a la inadecuada educación de los médicos y de los pacientes. Un componente clave de varias guías de tratamiento del asma es la recomendación de la educación del paciente y el examen médico regular.

Objetivo: Determinar el impacto de un programa breve de educación para pacientes con asma.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de 1 año de duración que incluyó charlas de educación en asma en donde se les realizaba a los pacientes una encuesta sobre datos epidemiológicos de severidad y de automanejo. Se incluyeron un total de 55 pacientes, se analizaron los datos y se compararon los mismos con una encuesta telefónica al año de haber asistido a la charla, se les preguntó si habían estado internados por asma y si tuvieron consultas a guardia.

Resultados: Antes de la charla el 33% de los pacientes se habían internado al menos 1 vez al año y 67% habían concurrido a un servicio de emergencias por una crisis al menos una vez al año. Después de la charla y luego de 1 año de seguimiento se constató que sólo se había internado el 6% (p = 0,0007) y el 21% había tenido que concurrir a la guardia (P < 0,0001). De los pacientes que se habían internado durante el año post charla, la mayoría padecía asma auto-evaluada como severa y coincidía que eran los que habían estado internado más de 3 veces y habían tenido varias consultas a guardias previo a la charla.

Conclusión: Concurrir a un programa de educación disminuye dramáticamente las internaciones de los pacientes asmáticos severos. Los pacientes con asma severo son los que más se benefician con los programas de educación, sobre todo los que tienen más consultas a guardia o los que se internan en forma frecuente. Estos beneficios existen aún en aquellos programas como el de este estudio basados en una única reunión informativa.

TL5

0108. TRATANDO DE EXPLICAR LA ELEVADA PREVALENCIA DE EPOC EN MONTEVIDEO ¿SOBREDIAGNÓSTICO?

MA Rey¹, E Pacheco², C Alvez², MV López Varela¹

¹Cátedra de Neumología-Facultad de Medicina UDELAR, Uruguay. ²Laboratorio de Función Pulmonar- Hospital Maciel, Uruguay.

El Estudio Platino mostró en Montevideo, Uruguay, una prevalencia de obstrucción al flujo aéreo de 19.7% siendo la más alta dentro de las 5 ciudades latinoamericanas estudiadas. Considerando que la relación VEF1/CVF declina con la edad y que la población de Uruguay se caracteriza por ser una población envejecida, el uso de la relación fija de VEF1/CVF < 0.7 pudo determinar un sobrediagnóstico de EPOC en Montevideo.

Objetivo: Analizar la prevalencia de EPOC en una población uruguaya, utilizando diferentes criterios diagnósticos.

Material y Métodos: Se estudiaron 6868 espirometrías de nuestro laboratorio de Función Pulmonar. Se calculó la prevalencia de EPOC por el criterio diagnóstico de < 70% y se comparó con el criterio de VEF1/CVF menor al límite inferior de la normalidad (LIN) calculado para 4 ecuaciones de referencia: Knudson, NAHNES III, Platino y Enright.

Resultados: El uso de la relación fija produce un sobrediagnóstico de EPOC al compararlo con el diagnóstico por el LIN. Este sobrediagnóstico es diferente según la ecuación de referencia utilizada (Platino 10%, Enright 9%, Nhanes III 6%, y Knudson 1%) y fue mayor en sujetos mayores de 65 años.

Conclusiones: El criterio diagnóstico VEF1/CVF menor de 70% origina un sobrediagnóstico de la enfermedad en el rango de 1 a 10% sobretodo en mayores de 65 años. Considerando que un 47.5% de la población encuestada por Platino en Montevideo

era mayor de 60 años, este hecho podría explicar la elevada prevalencia de EPOC hallada en nuestro país.

TL6

0178. CONTROL DEL ASMA EN PACIENTES EVALUADOS POR ESPECIALISTAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

AR Aguirre, VS Giovini, I Boyeras, RJ Gene

Hospital de Clínicas Jose de San Martin, Argentina.

Introducción: Las guías actuales del asma han enfatizado que el objetivo principal del tratamiento es lograr un óptimo control de la enfermedad.

El ACT (Asthma Control Test) ha sido desarrollado como un método simple que permite cuantificar y reflejar la multidimensionalidad del control del asma. Este concepto hace referencia a la medida en que las manifestaciones del asma se han reducido o eliminado con el tratamiento.

Objetivos: determinar el nivel de control de pacientes con diagnóstico de asma atendidos en el servicio de neumonología de un hospital universitario

Métodos: entre agosto a diciembre del 2009 se incluyeron pacientes con diagnóstico de asma que consultaban al servicio de neumonología del Hospital de Clínicas José de San Martín.

Se evaluaban mediante un cuestionario propio donde se constataban síntomas diurnos, nocturnos, tratamiento realizado y visitas no programadas, ACT y espirometría.

Se definió severidad con FEV1 <80% y falta de control como ACT <20. Se cuantificó el tratamiento controlador con un esquema arbitrario: 100 mcg de Fluticasona o 200 mcg de Budesonide o Beclometasona = 1 punto y 1 dosis de LABA, (4,5 mcg de Formoterol o 25 mcg de Salmeterol) = 0.25. Se determino dosis baja de tratamiento a los que recibían 200-400 mcg de budesonide o equivalentes asociado a LABA, dosis media a los que recibían 400-800 mcg de budesonide o equivalentes mas LABA y dosis alta entre 800-1600 mcg de budesonide o equivalentes mas LABA.

Resultados: se evaluaron 201 pacientes, con edad promedio de 54,7 ± 20.6 años, 139 (69%) de sexo femenino y 62 (31%) sexo masculino. El ACT promedio fue de 19,62 ± 5,32.

Presentaron ACT ≥ 20 grupo controlado 126 (62,6%) pacientes y ACT <20 grupo no controlado 75 (37,4%) pacientes.

Comparando las características en los pacientes del grupo controlado vs no controlado observamos: síntomas nocturnos 23 (18%) vs 39 (52%) (OR: 4.85 IC 95% 2.55- 9.2 p: 0.0001), FEV1 <80% del predicho 53 (42%) vs 52 (69.3%) (OR: 3.11 IC:95%:1.7-5.7 p: 0.0001), utilización de glucocorticoides (GCC): 116 (92%) vs 60 (80%) (OR: 0,34 IC 0,15-0,81 p: 0.012). GCC asociado LABA: 104 (82%) vs 46 (60%) (OR: 0,33 IC 0,17-0,64). Con respecto a la intensidad del tratamiento en grupo controlado vs no controlado utilizaban dosis bajas, media y alta de corticoides 37 (29%) vs 19 (25%); 43 (34%) vs 12 (16%); 36 (28%) vs 27 (36%), respectivamente.

Visitas no programadas 4(3%) vs 19 (25%).

Conclusión: Los pacientes con asma no controlada presentaron significativamente más síntomas nocturnos, menor FEV1 en porcentaje teórico, menor tratamiento con GCC y/o LABA y mayor número de visitas no programadas.

En nuestra población el porcentaje de pacientes controlados es similar al reportado en la bibliografía.

TL7

0179. FACTORES ASOCIADOS AL MAL CONTROL DEL ASMA

VS Giovini, AR Aguirre, RJ Gene

Hospital de Clínicas Jose de San Martin, Argentina.

Introducción: A pesar que la meta principal del tratamiento del asma es alcanzar el control de la enfermedad una sustan-

cial proporción de pacientes asmáticos están aun lejos de lograrlo.

Objetivo: Determinar en que preguntas del ACT (Asthma Control Test) se obtuvo menor puntaje. Determinar los factores asociados a mal control.

Método: De agosto a diciembre del 2009 consultaron pacientes con diagnóstico de Asma al Servicio de Neumonología de nuestro hospital .Se evaluó mediante ACT y por cuestionario propio la adherencia al tratamiento en el último mes, con una pregunta con 5 opciones con puntaje ascendente (1-prácticamente no usó la medicación, 2-usó casi todo los días, 3-usó la mitad de las veces, 4-olvidó pocas veces, 5-usó siempre, se definió severidad con FEV1 <80% y falta de control como ACT <20, se subclasificó a este grupo en ACT14-20 y ACT <14. Se determinó puntaje bajo en cada pregunta del ACT cuando la respuesta correspondía a la opción 1 y/o 2. Se determinó comorbilidades asociadas: rinosinusitis (el diagnóstico se realizó por clínica y radiografía de senos paranasales), reflujo gastroesofágico (diagnóstico por clínica), obesidad (IMC ≥30) y tabaquismo activo (p significativa <0.05).

Resultados: Se evaluaron 201 pacientes (p), presentaron ACT ≥20 (grupo controlado) 126 p (62,6%) y ACT <20 (grupo no controlado) 75 p (37,4%), de estos últimos, 46 tenían ACT entre14-20; con promedio del ACT de 16.2±1.8 y 29 con ACT <14; con promedio del ACT de 9.6±2.29.

De las preguntas del ACT aquellos con ACT14-20; 12 (26%) tenían el menor puntaje en las preguntas 2 (con qué frecuencia sintió falta de aire en las últimas 4 semanas); 3 (con qué frecuencia los síntomas del asma lo/a despertaron durante la noche o más temprano que de costumbre a la mañana en las últimas 4 semanas) y 4 (con qué frecuencia usó mediación de rescate en aerosol o en nebulizaciones), mientras que 25 (86%) con ACT <14 tenían menor puntaje en esas mismas preguntas. OR:17 (IC 95% 5-61 p: <0.05).

Comparando los factores asociados a mal control entre el grupo ACT14- 20 vs ACT <14 observamos: rinosinusitis 16 (34.78%) vs 22 (75.86%) OR:0.17 (IC 95%:0.060-0.482 p:0.001), adherencia al tratamiento 4 (19%) vs.14 (48%) prácticamente no usaron la medicación (p: 0.04). Los pacientes con ACT ≥20 tuvieron mayor adherencia al tratamiento (p <0.001)

No hubo diferencia significativa en obesidad, reflujo gastroesofágico y tabaquismo.

Conclusión: En nuestra población obtuvimos menor puntaje en las respuestas de las preguntas 2, 3 y 4 del ACT en aquellos que tienen mal control del asma. Entre los factores asociados al mal control se encuentran la rinosinusitis y la adherencia al tratamiento. Es importante evaluar el cumplimiento con las indicaciones en cuanto a la dosis de medicación utilizada con respecto a la dosis prescrita, controlar el medio ambiental, tabaquismo activo y pasivo y visitas periódicas, que se deberán pautar de acuerdo con la severidad y control de la enfermedad. En esta experiencia se observó un significativo peor control en aquellos pacientes con bajo cumplimiento.

TL8

0182. MORTALIDAD POR ASMA EN ARGENTINA AÑO 2000-2007

D Pascansky, M Sivori, C Saenz

Unidad de Neumotisiología Hosp. J.M Ramos Mejia Cdad. Aut. de Bs.As, Argentina.

Nuestro grupo realizó la primera publicación sobre comportamiento de la evolución de la tasa de mortalidad de Asma en el período 1980-1998.

Objetivo: Evaluar el comportamiento de la tasa de mortalidad por Asma en Argentina, global, específica y por género en el período 2000 a 2007.

Materiales y Método: Se evaluó la información de la base de datos de certificados de defunción del Ministerio de Salud de

Nación. Se consideraron los códigos de mortalidad para Asma: Codificación Internacional de Enfermedades CIE-10 J45 a J46 para los años 2000 a 2007. Se calculó la tasa de mortalidad global por 100.000 habitantes para cada código y año, según sexo y edad específica. Los datos poblacionales fueron provistos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Se realizó comparación de tasas con prueba de proporciones, siendo significativo $p < 0.05$

Resultados: Para el 2000 la mortalidad global en todo el país fue de 1,73/100000 hab. y de 1,53/100000 en el 2007 (-11,7 %, p:NS). La tasa en el sexo masculino 1,63/100.000 en el año 2000 a 10,5/100.000 en el año 2007 (-35,59%, p=NS). La tasa en el sexo femenino 1,85/100.000 en el año 2000 a 1,99/100.000 en el año 2007 (+7,5 %, p=NS). Se destaca un aumento sustancial a partir del año 2002 con un pico en el 2003 de 2,46/100000 (+32,97% p=NS) y descenso a partir del 2004. La tasa específica por edad de 5-34 Años 0,29/100000 hab a 0,25/100000 en el año 2007. (-13,79%, p=NS).

Conclusiones: La mortalidad global en todo el país no se ha modificado en forma significativa. El aumento significativo se da en el sexo femenino a partir del 2002 con un impacto en valores de diferencia porcentual pero estadísticamente no significativa y el descenso se produce a partir del 2004.

Las tasa por edad específica no se han modificado.

Estas modificaciones en el comportamiento de las tasas es posible determinarla debido al sistema de vigilancia epidemiológica instituido por nuestro grupo.

Epidemiología y Tabaco

DOMINGO 4 DE OCTUBRE DE 2009
9.30 – 10.30
Salón Real S

TL9

0061. CONSULTORIO DE CESACIÓN DE TABAQUISMO. PRIMERA EXPERIENCIA

M Collante, O Díaz, H Sale, D Rivetti, A Rovarini, D Saad, E Salazar, A Marteau

Hospital de Clínicas Dr Nicolás Avellaneda - Tucumán, Argentina.

Se atendieron en el consultorio de Abril de 2008 a Junio de 2009, 80 pacientes. 50 60% masculino y 30 40% femenino. Edad promedio: 45 años.

Según test de Fagestron el 4 - 5% (- 4) 12 - 15% (4 a 6) 60 - 80% (+ 6). 1 - 3% se encontraron en etapa de precontemplación, 15 - 18% en etapa de contemplación, 59 - 73% en etapa de preparación y 5 - 6% en etapa de acción. Entre los factores de comorbilidad y antecedentes de los fumadores se encontraron: dislipemias, HTA y en menor frecuencia EPOC.

En las espirometrías computadarizadas predominó el defecto ventilatorio de tipo obstructivo. Al ser de fuertemente dependiente, necesitaron tratamiento farmacológico con Bupropion 150 mg. Cesaron el hábito tabaquico 15 pacientes 18% y cabe destacar que la mayoría de los fumadores no realizaron consultas posteriores.

TL10

0069. ENTREVISTA MOTIVACIONAL GRUPAL EN EL ÁMBITO LABORAL

B Arresevgor¹, FW Müller¹, A Russo¹, G Senatore¹, M Roseti¹, S Resnik², G Delgado², A Reisin², MI De La Iglesia², M Kaplan²

¹Proyecto MEDEF, Argentina. ²Aire Libre, Argentina.

Introducción: El ámbito laboral es el medio ideal para la intervención en tabaquismo ya que representa el lugar donde quienes fuman se encuentran agrupados con mayor facilidad. De los 3.000.000.000 de personas que representan la fuerza laboral mundial, 900.000.000 son fumadores. Por lo tanto, el tratamiento de cesación tabáquica en este grupo de personas es un punto clave para la salud de la población. Sin embargo, al ser el tabaquismo una enfermedad adictiva, requiere el compromiso y la aceptación del paciente para el éxito del tratamiento. En este sentido es fundamental lograr que los fumadores estén motivados para el cambio.

La motivación es el estado de disponibilidad o deseo de cambiar. La entrevista motivacional es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente que, fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su percepción de eficacia.

Objetivo: Medir la tasa de adherencia a un Programa de Cesación Tabáquica en el ámbito laboral luego de una Entrevista Motivacional Grupal.

Material y Métodos: En el marco de un Programa de Capacitación Empresaria (obligatorio y remunerado), 168 empleados fumadores de una empresa de autopartes fueron convocados a una Reunión Grupal Motivadora en grupos de 20 fumadores, en la sede de la compañía. Asistidos por 2 profesionales (un médico y un psicólogo). El encuentro consistió en informar sobre tabaquismo, características del Programa de Cesación y finalmente se estableció una discusión abierta en la que se trabajó con técnicas motivadoras.

Resultados: La edad comprendía entre los 19 y 63 años, con una media de 32,87. Del total de participantes 164 eran hombres y 4 mujeres.

La integrantes de la población estudiada ocupaban diferentes funciones en la empresa: operarios 52,3%, administrativos: 36,3%, supervisores y técnicos: 9,6% y gerentes 1,8%.

Fumaban entre 2 y 40 cigarrillos por día, con una media de 15,96. Medida por el test de Fagerström, el 8,9% tenía una dependencia alta; el 55,9% un nivel intermedio de dependencia y el 31,2% dependencia baja. El 41,1% de los participantes nunca había intentado dejar de fumar.

Se realizó diagnóstico de fase (Prochaska-Diclemente) previo a cada uno de los 168 participantes de la muestra. 19% se manifestaron pre contempladores, 60% contempladores y solo 21% reportaban estar preparados para dejar de fumar «en el próximo mes».

Una vez concluida la intervención, se invitó a participar voluntariamente del tratamiento. 85,7% (n=144) de los fumadores en distintas etapas de cambio adhirieron al Programa de Cesación Tabáquica que se desarrolló en la compañía.

Conclusiones: La EMGAL es un instrumento de valor en la motivación para iniciar un programa de cesación tabáquica permitiendo que preparados, contempladores y pre contempladores acepten iniciar el tratamiento.

TL11

0099. INCREMENTO EN EL SEXO FEMENINO DE LA TASA DE MORTALIDAD POR EPOC EN ARGENTINA: 2000 A 2007

D Lavagnino, L Bustamante, M Alonso, S Delgadillo, M Sivori, C Sáenz

Unidad de Neumotisiología Hospital Ramos Mejía Buenos Aires, Argentina.

Nuestro grupo realizó la primera publicación sobre comportamiento de la evolución de la tasa de mortalidad de EPOC en el período 1980-1998 (Sivori y col. Medicina Buenos Aires 1998).

Objetivo: Evaluar el comportamiento de la tasa de mortalidad por EPOC en Argentina, global y por género en el período 2000 a 2007.

Materiales y Método: Se evaluó la información de la base de datos de certificados de defunción del Ministerio de Salud de Nación. Se consideraron los códigos de mortalidad para EPOC: Codificación Internacional de Enfermedades CIE-10 J40 a J44 para los años 2000 a 2007. Se calculó la tasa de mortalidad global por 100.000 habitantes para cada código y año, según sexo. Los datos poblacionales fueron provistos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Se realizó comparación de tasas con prueba de proporciones, siendo significativo $p < 0.05$. Resultados: La tasa global de mortalidad se incrementó de 22.71/100.000 en el año 2000 a 25.44/100.000 en el año 2007 (+12.02%, $p = NS$).

La tasa en el sexo masculino se incrementó de 16.48/100.000 en el año 2000 a 17.7/100.000 en el año 2007 (+7.4%, $p = NS$). La tasa en el sexo femenino se incrementó de 6.23/100.000 en el año 2000 a 7.74/100.000 en el año 2007 (+24.2%, $p = NS$).

Conclusión: Si bien la tasa de mortalidad ha tenido un leve incremento en el período analizado, está estable desde la década del 90. Se observa un dramático incremento en el sexo femenino de 24.2% en el período 2000-2007, consistente con la publicación anterior del período 1980-1998. Este comportamiento ya ha sido reportado en otros países del mundo y refleja las consecuencias del incremento de tabaquismo en la mujer de décadas atrás.

TL12

0114. PREVALENCIA DE EPOC Y TABAQUISMO EN LA CIUDAD DE SALTA

M Gomez¹, F Gomez Augier¹, M Giapella¹, RA Jossen¹, RC Baena-Cagnani², M Najoz², CE Baena-Cagnani³

¹Instituto Medico ALAS, Argentina. ²Hospital Transito Caceres, Argentina. ³Facultad Medicina Univ. Catolica Cordoba, Argentina.

Introducción: la prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se ha reportado por encima del 14% en algunas de las principales ciudades de Latinoamérica. Sin embargo no hay datos equivalentes en nuestro medio regional.

Objetivo: Determinar la presencia de EPOC y el consumo de tabaco en población adulta de la ciudad de Salta.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal utilizando cuestionarios basados en los ya validados previamente, en una población al azar, de ambos sexos y edades comprendidas entre 18 y 65 años. Encuestadores entrenados registraron respuestas personales de voluntarios en un lugar de afluencia masiva.

Resultados: Se analizaron 3092 encuestas válidas. Edad promedio: 32.22 años. 55.3% masculino.

Refirieron haber recibido diagnóstico médico de EPOC 338 individuos (10.93%). El 58.1% fumó alguna vez (1796 encuestados), el 31.44% fuma a diario (972 encuestados) y el promedio de tiempo de fumador fue 10.9 años, con un promedio de 9.5 cigarrillos / día.

La condición de fumador actual no tuvo asociación significativa con diagnóstico de EPOC, pero sí el fumador alguna vez: OR 1.45 (IC 95% 1.14-1.85), $p < 0.005$.

Conclusiones: La prevalencia de diagnóstico de EPOC entre los adultos de Salta es elevada, aunque levemente inferior a la reportada para otras ciudades de Latinoamérica. No obstante es posible que exista un sub-diagnóstico en base al consumo de tabaco detectado, o que los fumadores actuales lo desarrollarán en su evolución.

Este sería el primer reporte sobre EPOC y tabaquismo de esta ciudad norteña.

TL13

0168. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MEDICIÓN DEL MONÓXIDO DE CARBONO EXHALADO COMO MARCADOR DE CONSUMO DE TABACO

GE Zabert¹, FB Verra², A Videla³, GRUPO Fumar/Fumahba⁴

¹UNComahue, Argentina. ²AsAT, Argentina. ³IUAustral, Argentina. ⁴AAMR, Argentina.

Introducción: dos reportes previos revelaron la prevalencia de fumar en estudiantes de medicina de Argentina (FUMAr) y en médicos de hospitales de Buenos Aires (FUMAHBA) usando Monóxido de carbono (COesp) como marcador de consumo de tabaco. Para explorar el comportamiento de este marcador, se realiza un análisis «posthoc» de ambos estudios con la hipótesis que existen otros factores que pueden modificar los valores de medición.

Objetivos: 1) Determinar los valores de COesp para las diferentes categorías de consumo de tabaco. 2) Explorar factores asociados que pueden afectar los valores de medición del COesp. Métodos: estudio de corte transversal en 10 Facultades de Medicina en Argentina (Agosto y Noviembre del 2003) y 7 hospitales de la provincia de Buenos Aires (Noviembre del 2004 y Octubre del 2005), usando un mismo cuestionario y medición de COesp (técnica de Jarvis)

Resultados: se incluyeron 3455 estudiantes de medicina y 1333 médicos. Se excluyeron del análisis dos Facultades por distintas razones (elevada contaminación ambiental y muestreo fuera de término). 98,8% realizó determinaciones de COesp. La prevalencia de fumador y fumador diario entre los estudiantes y entre los médicos fue de 34,7% y 32,5% (OR=1,10 IC0,90-1,27) y de 24,5% y 25,1% (OR=0,97 IC0,83-1,12) respectivamente. La edad fue menor (22,6 vs 42,6 años $t = 97$ $p < 0,0001$) y los hombres menos prevalentes (43,1% vs 54,8% OR 0,63 IC 0,57-0,71) entre los estudiantes El COesp discriminó entre fumadores diarios, actuales y no fumadores y se correlacionó con el número de cigarrillos diarios; sin embargo en el análisis univariado se observó diferencias significativas entre otros factores. En un modelo de regresión logística se identificaron como asociados a valores elevados de COesp no solo a la categoría de fumador, fumador diario sino también al área geográfica donde se realizó la medición y al estudio en el que se realizó la medición.

Conclusiones: la medición de COesp es útil como marcador biológico del consumo de tabaco y para discriminar las categorías de consumo, sin embargo se evidencian otros determinantes que pueden modificar sus valores, en particular posiblemente la contaminación ambiental, y que deben ser considerados en los estudios epidemiológicos.

TL14

0183. ESCUELAS SIN TABACO

E Alchapar, R Alchapar, M González, R Villegas

Hospital Lencinas, Argentina.

Objetivo General: Evaluar el comportamiento del tabaquismo en la comunidad escolar primaria, en menores de entre 11 y 14 años de edad de la Provincia de Mendoza.

Objetivos Específicos:

- Conocer el impacto del tabaquismo en esta población estudiantil.

- Grado de conocimiento de los efectos del tabaco sobre la salud.

- Determinar como es el entorno de estos menores, relacionados con Humo Ambiental del Tabaco, tanto a nivel escolar como en el ámbito familiar.

Materiales y Métodos: Para la recolección de datos se utilizó la fuente primaria, ya que la información fue obtenida mediante el contacto directo con los estudiantes de escuelas primarias de la Provincia de Mendoza.

El estudio se realizó en una Escuela Primaria de Ciudad y en una Escuela Primaria Rural al norte de la provincia.

El relevamiento se realizó a través de una encuesta auto-administrada anónima, las mismas fueron recolectadas en soporte papel, en todos los casos el instrumento fue el mismo, con las mismas preguntas y el mismo orden.

Resultados:

- N (225), de las cuales 120 son mujeres y 105 hombres, con un promedio de edad de 12,5 años (11 - 14).

- El 92,3% de los encuestados NO a tenido contacto con el tabaco y el 7,7% ha tenido contacto con el cigarrillo.

- Con respecto al grupo de amigos que fuman el 48,8 % de los encuestados, manifiesta que sus amigos y/o compañeros fuman.

- Se fuma en el 44,2% en los hogares

- El 49,7% de los encuestados manifiesta que sus docentes o maestros fuman.

- El 70,5% conoce una ley de prohibición de fumar en lugares, con acceso al público, ya sea públicos o privados.

Conclusión: El tabaquismo en las escuelas primarias en un problema mundial, ya que en esos espacios se encuentran los futuros fumadores de nuestra comunidad, y es hacia ellos donde están orientadas las campañas publicitarias de las empresas tabacaleras. A través de este estudio se puede observar que el 92,3 % de los estudiantes de estas escuelas primarias, no ha tenido contacto con el cigarrillo, es decir no fuman actualmente, es importante recalcar que el 48,8% de sus amigos y/o compañeros escolares si fuman, por lo que llama poderosamente la atención el bajo porcentaje de pacientes escolares no fumadores, esto es interpretado como sesgo ya que la encuesta misma nos demuestra lo contrario y la misma se realizó en el colegio en presencia de los docentes.

Otro dato importante es que se fuma en el 44,2% de los hogares de dichos pacientes, lo que habla de la alta exposición al Humo Ambiental del Tabaco (H.T.A.).

Es para destacar el alto porcentaje de docentes que fuma, figuras comunitarias que deberían servir de ejemplo a esta población vulnerable .

TL15

0206. FUMAR EN CONSULTA

FW Müller¹, L Wehbe¹, G Zabert⁴, B Arseygor¹, M Roseti³, A Russo², G Senatore²

¹MEDEF AAMR AsAT, Argentina. ²MEDEF, Argentina. ³MEDEF-CETAB, Argentina. ⁴AAMR, Argentina.

Introducción: Los profesionales de salud desempeñan un rol fundamental en el control y tratamiento del tabaquismo. La población con problemas de salud mental tiene > prevalencia de tabaquismo que la población general. Cuanto mas grave el trastorno psiquiátrico > los % de prevalencia y > la dependencia a nicotina.

Objetivos: Investigar actitud de los Profesionales de Salud Mental (PSM) frente a su propio tabaquismo y el de sus pacientes en la consulta - Establecer % de PSM que practican algún tipo de intervención para la Cesación Tabáquica (CT) - Analizar Etapa de Cambio en PSM

Resultados: Se encuestaron 1000 asistentes al Congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos. 57,2 % médicos psiquiatras; 24,1% Psicólogos; 19,7% otros. 62,9% mujeres. Edad (Mediaedad=43,05)

Fumar en Consulta:

- 25.3% del total de los PSM; 29% de los psiquiatras y 21.5% de los psicólogos fuma o fumó en consulta.

Permitir Fumar en Consulta:

- 33.2% del total de los PSM; 32.3% de los psiquiatras y 36.0% de los psicólogos permite fumar en consulta; 8-10% lo hace siempre o casi siempre.

Fase de Cambio:

- 51.5% de los PSM; 56.1% de los psiquiatras y 43.2% de los psicólogos califican como Precontempladores

Intervención:

- 24.3% del total de PSM; 16.2% de los psiquiatras y 44.4% de los psicólogos nunca interviene en CT

Discusión: Significativos % de tolerancia al consumo en consulta, altos % de NO intervención y más del 50% de los PSM en pre contemplación implican un verdadero vacío asistencial.

Conclusión: Recomendamos un rápido y profundo cambio en la actitud de buena parte de los PSM por la salud de sus pacientes y la suya propia.

TL16

0211. PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN INDIVIDUOS CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y CON SINDROME METABÓLICO

MR Salazar¹, MR Landea¹, AG Marillet², M Novello²

¹HIGA Gral. San Martín La Plata Bs As, Argentina. ²Htal San Andrés de Giles Bs As, Argentina.

Propósito: Determinar la prevalencia de tabaquismo en individuos de alto riesgo cardiovascular.

Material y métodos: Se realizó una encuesta de tabaquismo y factores de riesgo cardiovascular (FR) en una muestra poblacional aleatoria de > 15 años de San Andrés de Giles, Bs As. Se aceptaron como válidas el 98,4% de las encuestas (n=1591). Se midió presión arterial (PA), peso, talla y perímetro de la cintura. En 1016 encuestados se determinaron glucemia, colesterol total y HDL, triglicéridemia. Para definir fumadores actuales, ex fumadores y no fumadores se usó el cuestionario en español de National Health Interview Survey.

Fueron analizados, nivel de instrucción, acceso a la vivienda, percepción de ingresos, actividad física regular y consumo de alcohol. Se consideraron FR: 1- Hipertensión arterial (PA ≥140/90mmHg o tratamiento) 2- Diabetes (glucemia ≥126mg/dl o tratamiento) 3- Obesidad (IMC ≥ 30) 4- Dislipemia (colesterol ≥ 200mg/dl o triglicéridos ≥150mg/dl o tratamiento). Se diagnosticó síndrome metabólico (SM) de acuerdo a ATPIII. Se consideró enfermedad cardiovascular a infarto, angina de pecho, enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular. Las variables continuas se expresaron como media ± es y las proporciones en %. Para el ajuste de prevalencias se usó el censo 2001. Para diferencias entre proporciones se usó x2. Se aceptó como significativa p<0,05.

Resultados: Fueron encuestados 1091 mujeres (edad 40,80 ± 0,54 años) y 500 varones (edad 40,42 ± 0,78 años), 459 (28,8%) eran fumadores actuales y 142 (8,9%) ex fumadores.

La prevalencia de fumadores actuales ajustada fue 32,8 por 100 habitantes en varones (IC95% 28,7-36,9) y 25,4 en mujeres (IC95% 22,9-28,0). 67,3% de los fumadores actuales tenían menos de 45 años y 48,6% menos 35 años. 53,3% fumaba ≤10 cigarrillos/día, 36,9% 11 a 20 y 9,8% >20.

Mostraron nivel de educación bajo, medio y alto 22,5%, 60,0% y 17,5% sin diferencias en la prevalencia de fumadores actuales (p= 0,699). La prevalencia de fumadores actuales fue mayor en los sin vivienda propia (36,8%, vs. 24,9% p=0.000) y en quienes consumían alcohol, 40,9% vs 23,7% (p=0,000). La prevalencia de fumadores actuales fue más baja en quienes realizaban actividad física regular (25,1% vs. 32,0% p=0,003).

En la muestra las prevalencias de hipertensión, diabetes, obesidad, y dislipemia fueron 25,5%, 5,4%, 28,4%, 36,4% respectivamente. Eran fumadores actuales 23,5% de los hipertensos, 15,1% de los diabéticos, 23,9% de los obesos y 22,3% de los dislipémicos, Eran fumadores actuales 29,5%, 23,9%, 15,9% y 5,3% de quienes tenían 1, 2, 3 y 4 FR. Tenían SM el 19,9% de la

muestra y de ellos fumaban el 20,9%. Tenían antecedentes de enfermedad cardiovascular 8,8% y de ellos continuaban fumando 27,1%.

Conclusiones: Alrededor del 20% de los sujetos con riesgo cardiovascular aumentado fumaban en el momento de la encuesta y casi 1/3 de quienes ya tenían enfermedad cardiovascular continuaban fumando. La falta de actividad física regular, el consumo de alcohol y algunos indicadores socioeconómicos se asociaron con una prevalencia mayor de tabaquismo.

Neumonología clínica I

DOMINGO 4 DE OCTUBRE DE 2009
9.30 – 10.30
Salón Real N

TL17

0038. TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTES CON ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA

JM Ossés, R Ahumada, G Wagner, D Absi, A Bertolotti, F Klein, J Caneva, R Favaloro

Fundación Favaloro, Argentina.

Introducción: El soporte preoperatorio con asistencia respiratoria mecánica (ARM) de pacientes en lista de espera para trasplante pulmonar (TP) prioriza a los mismos en la recepción de órganos. Sin embargo los resultados del TP en pacientes con ARM son controvertidos.

Objetivo: Reportar nuestra experiencia en esta población de pacientes considerando la morbilidad y mortalidad temprana, tiempo de hospitalización y sobrevida.

Material y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes TP en ARM en nuestra institución durante el período comprendido entre 09/1990 y 05/2009.

Resultados: Durante el período de estudio fueron trasplantados 185 pacientes, 35 cardiopulmonares y 150 pulmonares. 23 (15%) de los TP fueron realizados en ARM, 13 (56.6%) hombres, con una edad media de 44 ± 15 años (15-65 años). Las indicaciones para trasplante incluyeron a 9 pacientes con enfisema, 6 con fibrosis quística, 3 con fibrosis pulmonar idiopática, 4 con bronquiolititis obliterante y 1 paciente con bronquiectasias. El tiempo de ARM pre trasplante fue de 35 ± 58 días (1-230 días). Recibieron trasplante bipulmonar 15 (65.2%) pacientes, unipulmonar 7 (30.5%) y 1 (4.3%) paciente trasplante lobar. En el pos operatorio 15 (65%) pacientes tuvieron injuria de reperfusión, 12 (52%) neumonía, 5 (22%) neumotórax, 3 (13%) rechazo celular agudo, 1 (4%) fistula bronquial y 1 (4%) paciente infección por citomegalovirus. La mortalidad hospitalaria fue de 30% (4 pacientes fallecieron por sépsis, 1 por hemoptisis masiva, 1 por falla primaria del injerto, 1 por falla biventricular). El tiempo de internación fue de 42 ± 43 días (1-210 días). La sobrevida al año fue del 65%, y a los 5 años 56%. **Conclusiones:** La sobrevida de pacientes con TP en ARM es aceptable, sin embargo la morbilidad y mortalidad pos operatoria es substancial, de tal manera que la indicación de trasplante en estas circunstancias debe ser cuidadosa y analizada para cada paciente.

TL18

0039. TRASPLANTE PULMONAR EN FIBROSIS QUÍSTICA: EXPERIENCIA EN UN ÚNICO CENTRO

JM Ossés, G Wagner, R Ahumada, D Absi, A Bertolotti, J Caneva, R Favaloro

Fundación Favaloro, Argentina.

Introducción: El trasplante de pulmón (TP) en Fibrosis Quística (FQ) es una opción terapéutica válida para pacientes con enfermedad respiratoria avanzada, representando en la actualidad la 3ª indicación de trasplante a nivel mundial y la primera en menores de 18 años.

Objetivos: Evaluar las características clínicas de pacientes con FQ y resultados del TP en los mismos.

Material y Métodos: Se consideraron todos los pacientes con FQ receptores de TP bilateral entre 6/1992 y 3/2009. Fueron analizados retrospectivamente datos de la evaluación pre trasplante, incluyendo estudios de función pulmonar, comorbilidades, colonización de la vía aérea, condición clínica al momento del trasplante, mortalidad, estadía hospitalaria pos trasplante y sobrevida alejada.

Resultados: Durante el período de estudio fueron derivados 53 pacientes con FQ para TP, de los cuales 19 (36%) recibieron trasplante bipulmonar, 11 (58%) masculinos y con una edad media de 25 años ? 7 (13-37 años). La clase funcional al momento de la evaluación fue II en 2 (11%) pacientes, III en 11 (58%) y IV en 6 (31%). El FEV1 fue de $22\% \pm 6$ del predicho (14-34%), la PaO2 de 58 ± 9 mm Hg (43-81 mm Hg) y la PaCO2 50 ± 10 mm Hg (33-70 mm Hg). Requirieron intervenciones terapéuticas por hemoptisis 5 (26%) pacientes y 3 (16%) por neumotórax. Todos los pacientes tenían insuficiencia pancreática y sinusitis crónica, 5 (26%) diabetes, 8 (42%) hipertensión pulmonar con una media de 36 ± 6 mm Hg (27-45 mm Hg). El trasplante fue realizado en condición electiva en 11 (58%) pacientes, 3 (16%) fueron trasplantados en urgencia y 5 (26%) en emergencia. Cinco (26%) pacientes fallecieron en el post operatorio, 3 por sépsis y 2 por falla primaria del injerto. La estadía hospitalaria para los sobrevivientes fue de 24 ± 17 días (7-64 días). Incluida la mortalidad hospitalaria la sobrevida a 3 meses fue de 74%, al año 63% y a 5 años 53%.

La sobrevida en pacientes no trasplantados (en lista de espera) es de 48% al año, 21% a los dos años y de 11% a 3 años.

Conclusiones: En nuestra experiencia el TP en pacientes con FQ y enfermedad respiratoria avanzada permite mejorar significativamente tanto la sobrevida como calidad de vida de los mismos, sin embargo la derivación en estadios avanzados de la enfermedad y la poca disponibilidad de donantes condiciona una elevada mortalidad en lista de espera.

TL19

0040. USO DE DOS INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE PULMÓN CON FIBROSIS QUÍSTICA

JM Ossés, G Wagner, R Ahumada, D Absi, A Bertolotti, J Caneva, R Favaloro

Fundación Favaloro, Argentina.

Introducción: Las infecciones respiratorias (IR) son la principal causa de morbilidad y mortalidad en los primeros meses pos trasplante pulmonar (TP) debido a los elevados niveles de inmunosupresión que se utilizan a fin de evitar el rechazo agudo (RA). El esquema de inmunosupresión incluye habitualmente tres fármacos (inhibidores de calcineurina, antagonistas de la síntesis de purina y esteroides).

Objetivos: Evaluar la prevalencia de IR y RA durante los 6 primeros meses pos TP en paciente con FQ utilizando dos inmunosupresores (Tacrolimus y Prednisona).

Material y Métodos: Se incluyeron en el estudio 5 pacientes (4 hombres) trasplantados por FQ durante el período comprendido entre 7/2007 y 5/2009. La edad media fue de 25 ± 6 años, dos pacientes se encontraban en clase funcional III y tres en clase IV. El FEV1 pre trasplante fue de $22\% \pm 5$ del predicho (15-29%), la PaO2 de 54 ± 7 mm Hg (43-63 mm Hg) y la PaCO2 50 ± 8 mm Hg (42-66 mm Hg). Todos los pacientes tenían sinusitis crónica, cuatro estaban colonizados con Pa y Sa, y un paciente con Burkholderia cepacia y Aspergillus sp. Dos pa-

cientes se trasplantaron electivamente, dos en condición de urgencia y uno en emergencia. La dosis de mantenimiento de tacrolimus se adecuó para alcanzar niveles de 10-15 ng/ml y la dosis de prednisona fue de 0.2 mg/kg. Para la vigilancia del RA se realizaron broncoscopias con biopsias transbronquiales a los 15, 30, 60, 90 y 180 días post trasplante.

Resultados: La mortalidad hospitalaria fue de 0%, con una media de internación de 23 +/- 12 días (8-42 días). Dos de los 5 pacientes trasplantados no presentaron RA, 3 pacientes presentaron un episodio de rechazo leve (A2) asintomático dentro del primer mes pos trasplante requiriendo aumento de la dosis de esteroides. Tres pacientes no desarrollaron IR durante el período evaluado, un paciente presentó dos episodios de neumonía por Pa pos obstructiva debido a estenosis del bronquio intermedio a los 30 y 90 días pos trasplante y otro paciente un episodio de neumonía por Pa a los 30 días del trasplante, ambos pacientes evolucionaron favorablemente.

Conclusiones: En nuestra experiencia el uso de dos inmunosupresores en pacientes TP con FQ, si bien la muestra es pequeña, es seguro con una baja prevalencia de RA y fundamentalmente de IR, disminuyendo ostensiblemente las reinternaciones y la morbimortalidad asociada.

TL 20

0060. FIBROSIS PULMONAR Y RESTRICCIÓN FUNCIONAL: UN DIFERENTE TIPO DE RECHAZO CRÓNICO EN TRASPLANTADOS PULMONARES

JM Osses, R Ahumada, G Wagner, D Absi, A Bertolotti, J Caneva, R Favaloro

Fundación Favaloro, Argentina.

Introducción: El factor limitante en la sobrevida de pacientes con trasplante pulmonar (TP) es el rechazo crónico, cuya expresión anatomopatológica es la bronquiolititis obliterante (BO), la cual genera obstrucción progresiva e irreversible al flujo aéreo. Sin embargo recientes datos publicados han demostrado que un porcentaje de pacientes con BO desarrollan desde el punto de vista funcional restricción.

Objetivo: Reportar el patrón de anormalidad funcional en pacientes con TP y Cardiopulmonar (CP) que desarrollaron BO. **Material y Métodos:** Fueron analizados retrospectivamente todos los pacientes con BO durante el período comprendido entre noviembre de 1990 y mayo de 2009. El diagnóstico de BO se estableció por biopsia quirúrgica (BQ), transbronquial (BTB) o clínicamente (síndrome de bronquiolititis obliterante, «BOS»). Se analizaron los estudios de función pulmonar y los hallazgos de la tomografía computada de tórax (TACT) al momento del diagnóstico de BO.

Resultados: Durante el período de estudio fueron trasplantados 185 pacientes, 35 cardiopulmonares y 150 pulmonares. 61 (33%) pacientes desarrollaron BO, 32 (52%) mujeres, la edad media fue de 42 años ± 15 (rango entre 13 y 67 años). El diagnóstico de BO se estableció por BQ en 10 pacientes, 10 por BTB y 41 clínicamente (BOS). 37 (61%) pacientes recibieron trasplante unipulmonar, 17 (28%) bipulmonar y 7 (11%) cardiopulmonar. 52 (85.2%) pacientes con BO presentaron patrón de obstrucción de la vía aérea y 9 (14%) restricción. Los hallazgos de la TACT en pacientes con obstrucción fueron predominantemente atrapamiento aéreo y bronquiectasias (71%), todos los pacientes con restricción presentaron diversos grados de compromiso intersticial (fibrosis, engrosamiento de septos y pérdida de volumen).

Conclusiones: En nuestro trabajo restricción funcional en pacientes con BO se observó en un 14%, con cambios intersticiales de diferente magnitud en el pulmón trasplantado. Debido al hallazgo en este estudio y otros reportados sobre la presencia de restricción sería necesario reconsiderar el sistema actual de diagnóstico clínico del rechazo crónico (BOS).

TL21

0072. A PROPÓSITO DE UN CASO CALCICOSIS CUTIS

M López García, N Vazquez, S Fabio, R Amaya, F González, O Márquez, M Carrizo, R Del Río, C Moreno, M Sosa, B Stivala, D Abdala, J Avalos

Hospital Angel C. Padilla, Argentina.

Introducción: Se trata de una enfermedad en la cual se produce depósito de hidroxapatita en distintos tejidos superficiales y profundos por una alteración del metabolismo cálcico.

Motivo de consulta: paciente de sexo femenino, de 75 años de edad, sin comorbilidades, consulta por tos y expectoración hemoptoica de 2 meses de evolución.

Examen físico: paciente adelgazada, taquipneica 28x min., saturación O2 92%, FC 84x min, TA: 120/80, rales crepitantes en tercio inferior de hemitórax izquierdo, tipo velcro en 2/3 del hemicampo derecho. Se palpan adenopatías laterocervicales múltiples, de consistencia dura pétreas, que se extiende hasta huecos surpaclaviculares. Rx de tórax: se observan cadenas ganglionares laterocervicales de aspecto calcificado que se extiende hasta tórax proyectándose en ambos vértices e hilios. Volúmenes pulmonares reducidos, patrón reticulonodulillar bilateral, con imagen radiopaca, de bordes difusos, broncograma aéreo a nivel hilar izquierdo.

Rx de columna lumbosacra múltiples calcificaciones bilaterales paravertebrales.

TAC de tórax: consolidación con broncograma aéreo en lóbulo inferior izquierdo con calcificación en su interior. En lóbulo superior izquierdo calcificaciones parenquimatosas focales. En hilios pulmonares y hepáticos focos calcificados de probable origen ganglionar.

Diagnóstico: Biopsia ganglionar Calcinosi cutis.

Conclusión: enfermedad de baja incidencia donde se debe considerar el diagnóstico diferencial con TBC ganglionar, ya que esta patología es endémica en el norte argentino, y también con otras granulomatosis.

TL22

0115. NEUMOTÓRAX POST-TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA: DOS DIFERENTES ETIOLOGÍAS

V Abate, M Elias, M Blua, T Vallone, J Perez, R Navarro, A López

Hospital Privado, Argentina.

El neumotórax secundario asociado a radioterapia (RTX) o quimioterapia (QMT) es rara vez reportado, generalmente es recurrente y bilateral. Se presenta en pacientes con linfoma mediastinal asociado a tratamiento con RTX en manto superior y/o quimioterapia, especialmente con Bleomicina o Carmustina.

Caso 1: Mujer 30 años. Linfoma Hodgkin, variedad Esclerosis Nodular EIII, a los 26 años. Realizó 6 ciclos de QMT (ABVD: Adriamicina, Bleomicina, Vinblastina, Dacarbacina). Recurrencia 1 año después, recibió 2 ciclos de QMT de rescate con DHAP (Dexametasona, Cisplatino, Cytarabine) y luego con BCNV (Carmustina, Ciclofosfamida, Etopósido). Trasplante autólogo de Médula Ósea (MO). Nueva recurrencia a 1 año post trasplante. Recibió 4 ciclos con ICE (I-Fosfamida, Carbaplatino, Etopósido). Posterior al 4º ciclo, neutropenia febril y sepsis por *Bramhanella catarralis*. TAC de Tórax de Alta Resolución (HRCT): engrosamiento pleural biapical, vidrio esmerilado en parches, en lóbulos superiores, trazos fibróticos con bronquioloectasias de tracción en lóbulo medio y lingula. Internación en UTI, asistencia ventilatoria no invasiva. Biopsia pulmonar a cielo abierto: fibrosis intersticial, infiltrado monocitario, pleuritis crónica, sin infección ni malignidad. Disnea G IV. Espirometría restricción severa: CVF: 1,33 (34,4%) VEF1: 1.17(34.9%) VEF1/CVF: 88,4 (105%). Inicia corticoterapia. Neumotórax apical en HRCT. Deterioro funcional: CVF

0,53 (12%). Disnea de reposo. Episodio final febril, HRCT: absceso pulmonar derecho, fibrosis pulmonar con neumotórax derecho y bullas subpleurales. Evolucionó a insuficiencia respiratoria hipoxémica hipercápnica, (pH: 7,31, PCO₂: 71, PO₂: 60, FiO₂:0.5). Fallece en UTI.

Caso 2: mujer 26 años. A los 23 años Linfoma No Hodgkin difuso, mediastinal tipo Bulky y supraclavicular E II. QMT 4 ciclos con remisión parcial. A los 5 meses del diagnóstico, trasplante autólogo de MO y consolidación con RTX en manto superior, dosis total 40 Gy. Pruebas funcionales normales pre-radioterapia: CVF 3.67 (104%). A los 31 meses post trasplante, HRCT con secuelas fibróticas paramediastínicas y engrosamiento pleural biapical. Tres semanas previas a la consulta, disnea G III.. Sat O₂ 98% (Fi O₂ 0.21). Espirometría: CVF 1.45 (38%), VEF1 1.37 (45%) VEF1/CVF 95%. Rx de tórax: neumotórax bilateral con colapso parcial de lóbulos superiores. HRCT: aumento volumen neumotórax derecho. Hospitalización y drenaje con resolución parcial. Deterioro progresivo, oxigenoterapia domiciliar. Fallece en lista de espera de trasplante pulmonar, 3 años posteriores a la consulta por neumotórax y 6 años post trasplante de MO.

Comentario: El neumotórax espontáneo bilateral, en pacientes con trasplante de MO, es una complicación tardía. Puede ser secundario a neumonitis inducida por ciertas drogas citostáticas y también por radioterapia en manto superior. En estas dos pacientes, el neumotórax fue causa de descompensación respiratoria aguda y marcó el comienzo de insuficiencia respiratoria irreversible y terminal.

TL23

O116. ENFERMEDAD INJERTO VS HUÉSPED PULMONAR EN TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA: NUESTRA EXPERIENCIA

V. Abrate, M. Elías, A. Blua, T. Vallone, J. Perez, R. Navarro, A. Basquiera, J. García, A. López

Hospital Privado, Argentina.

La Bronquiolitis Obliterante (BO) y la Neumonía Organizante Criptogénica (COP) son las complicaciones pulmonares tardías, no infecciosas, más frecuentes del trasplante de médula ósea (TMO) alogénico, asociadas a GVH (enfermedad injerto contra huésped), como expresión de injuria inmune epitelial bronquial inducida por células T citotóxicas del donante. Incidencia: 6 - 26%. Aparece entre 3 meses a 2 años post trasplante, pero sus consecuencias funcionales persisten. El pronóstico es desfavorable, con alta mortalidad, atribuible a falla respiratoria progresiva o infecciones oportunistas.

Presentamos 4 pacientes con trasplante de MO y GVH pulmonar, lo que representa una incidencia del 8% del total (4/49); y del 16% (4/24) de los trasplantes alogénicos realizados en el Hospital Privado entre el 1/10/2007 y 28/02/2009.

Edad promedio: 40 años (rango 22-58), varones. En 3 ptes, el trasplante alogénico fue relacionado y en 1 no relacionado. Los diagnósticos de la enfermedad de base fueron: mielofibrosis, aplasia medular, leucemia linfática aguda y leucemia mieloide aguda. El tiempo transcurrido desde el trasplante a la aparición del GVH pulmonar fue de 8 meses (rango 5-10), siendo más precoz en el pte con trasplante alogénico no relacionado. En todos hubo GVH extrapulmonar, que en 3 ptes, precedió entre 1 a 6 meses al GVH pulmonar. En sólo un paciente, que tenía EPOC moderado, el compromiso pulmonar fue la manifestación inicial, pero a los 2 meses desarrolló GVH intestinal, hepático y mucositis. Todos tuvieron disnea G III, tos en 2; sólo 1 pte tuvo fiebre recurrente.

Tres pacientes tenían espirometría normal pre-trasplante, 2 desarrollaron un patrón obstructivo, con un VEF1 de 1.24 lts (37% del teórico) y 2.75 lts (64%). El 3º paciente, con hallazgos

tomográficos de COP, tuvo un patrón restrictivo moderado: CVF 2.94 lts (53%), VEF1 2.93 lts (66%) VEF1 / CVF 100%.

En el paciente 4º, con EPOC moderado, hubo una caída del 72% del VEF1: 2.01 (59%) inicial, reducido a 0.55 (16%).

La TAC de tórax alta resolución (HRCT), en el 3º pte, con COP, evidenció vidrio esmerilado en parches en LS y consolidación subpleural bibasal. El paciente 2 tuvo un patrón de perfusión en mosaico, los 2 restantes, no mostraron diferencias significativas entre cortes inspiratorios y espiratorios máximos.

Todos recibieron pulsos de metilprednisolona con mejoría clínica inicial. Hubo recurrencia del GVH pulmonar en 2 pacientes, el 4º paciente, con EPOC moderado, falleció a los 6 meses del GVH y a los 12 meses post trasplante por insuficiencia respiratoria. Un paciente desarrolló posteriormente Linfoma Hodgkin abdominal y otro Aspergillosis pulmonar invasiva.

Comentario: En nuestra experiencia el GVH pulmonar siempre se produjo en trasplante alogénico de MO y se asoció a compromiso extrapulmonar. Su impacto fue negativo en la evolución de los pacientes, con aparición de una segunda neoplasia, recaída del GVH pulmonar, infección oportunista y fallo respiratorio irreversible.

TL 24

O201. TOXICIDAD PULMONAR ASOCIADA A SIROLIMUS. PRESENTACIÓN DE UN CASO

E. Weinstein, M. Dalurzo, M. Las Heras, J. Viudes, G. Svetliza, C. Dubra, J. Rodríguez Gimenez, J. Precerutti, A. de la Canal

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La toxicidad pulmonar por sirolimus fue descrita por primera vez en el año 2000 en 2 pacientes trasplantados renales. De acuerdo a una revisión, desde entonces y hasta 2005 se han descrito 66 casos.

Las manifestaciones más frecuentes son disnea de esfuerzo, tos seca y fiebre. Los estudios por imágenes revelan infiltrados alveolo-intersticiales bilaterales difusos o en parches.

La citología del BAL y la anatomía patológica evidenciaron diversos hallazgos, incluyendo alveolitis linfocítica, neumonitis intersticial linfocítica, neumonía organizativa con bronquiolitis obliterante, hemorragia alveolar y combinaciones de los anteriores.

Los casos reportados ocurrieron dentro del año de la indicación del sirolimus y en trasplantados renales se ha descrito mayor incidencia en los casos de switch tardío en comparación a aquellos con instauración inicial del inmunosupresor.

La suspensión del fármaco es la medida determinante para la resolución del cuadro.

Presentación de caso: Paciente de sexo femenino de 68 años que consultó por disnea en clase funcional II de 2 meses de evolución. Se mantuvo afebril durante la evolución de la enfermedad actual.

Antecedente de trasplante hepático en 1998 por cirrosis biliar primaria. Inmunosuprimida inicialmente con ciclosporina, micofenolato y corticoides. La ciclosporina fue rotada a 2 años del trasplante a sirolimus por deterioro de la función renal.

El examen físico no mostró particularidades. La radiografía de tórax y la TC de tórax evidenciaron infiltrado micronodulillar bilateral. La espirometría y los volúmenes pulmonares fueron normales con DLCO de 74%. Durante el test de la marcha la saturación basal fue de 95% con caída a los 6 minutos a 89% recorriendo 320 m.

Se realizó FBC con BAL y BTB. El examen directo y cultivo del BAL fue negativo para gérmenes comunes, hongos, bacilo de Koch y P. Jirovecii.

La celularidad del BAL mostró 63% de linfocitos, 23% de macrófagos y 11% de neutrófilos. La anatomía patológica arro-

jó alveolos con áreas de neumonitis descamativa con acúmulos de macrófagos en la luz alveolar.

Se sospechó toxicidad por sirolimus por lo que se retiró el mismo y se rotó a tacrolimus.

Evolucionó con desaparición de la disnea a la semana del retiro de la droga.

La TC de tórax a las 3 semanas de la suspensión de la droga mostró mínimo compromiso del intersticio. La DLCO fue de 78% y la saturación basal de 97% y a los 6 minutos de 95%, recorriendo 350 m.

Discusión: La toxicidad pulmonar por sirolimus es una entidad infrecuente pero un diagnóstico diferencial a ser tenido en cuenta frente a la aparición de infiltrados pulmonares en trasplantados de órgano sólido. Es un diagnóstico de exclusión al igual que otros efectos adversos pulmonares relacionados con drogas.

Presentamos este caso por el largo tiempo transcurrido entre el inicio del tratamiento con sirolimus y la aparición de la complicación pulmonar, a nuestro entender no descripta previamente.

Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva I

DOMINGO 4 DE OCTUBRE DE 2009
9.30 – 10.30
Salón Peralta Ramos N

TL25

0083. ORIGEN DE LA OBSTRUCCIÓN FARINGEA DURANTE EL SUEÑO N Ezeritchi

Practica privada, Argentina.

En un estudio de anatomía comparada entre la estructura faringea de un humano y otros mamíferos vemos que el hombre tiene la pared anterior de la faringe cubierta por la base de la lengua, no sucede lo mismo en otros mamíferos donde la zona nasal está conectada directamente con la zona laríngea, la lengua está totalmente ubicada en la cavidad bucal lo que le permite respirar y comer al mismo tiempo, no así en el humano donde la base de la lengua conforma una especie de cámara de resonancia que permite al ser humano tener la capacidad de hablar, pero como contrapartida puede colapsar contra las paredes posterior y laterales de la faringe, la importancia de la función de la lengua demuestra que no cualquier aparato de adelantamiento mandibular puede ser efectivo y no iatrogenico.

TL26

0096. COMPARACIÓN DEL ANÁLISIS AUTOMÁTICO VERSUS EL ANÁLISIS MANUAL DEL APNEALINK PARA DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME APNEA/HIPOPNEA DEL SUEÑO

CA Nigro, S Aimaretti, S Gonzalez, B Varela, S Malnis, E Dibur, E Rhodius

Servicio Neumonología, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

Antecedentes: El análisis automático del ApneaLink™ (AL) ha sido validado contra polisomnografía.

Objetivo: Comparar la exactitud del análisis automático versus el análisis manual del AL para diagnóstico del Síndrome Apnea/Hipopnea del Sueño (SAHS).

Materiales y métodos: Se estudiaron simultáneamente con polisomnografía y AL 104 pacientes consecutivos con sospecha de SAHS. El análisis del AL se realizó en forma automática

usando dos definiciones de hipopnea (\downarrow flujo aéreo-FA $\geq 30\%$ y $\geq 50\%$ del basal $\geq 10s$) y manualmente (\downarrow FA $\geq 50\%$ del basal $\geq 10s$ o descenso del FA $\geq 30\%$ con limitación al flujo aéreo $\geq 10s$). Se calculó sensibilidad (S) y especificidad (E), razón de probabilidad positiva (RPP) y negativa (RPN). Se evaluó concordancia interobservadores de la lectura manual del AL.

Resultados: Se excluyeron 14 pacientes (mala señal PSG o AL, tiempo total de sueño < 180 min., tiempo de registro valido del AL < 4 h.). Se analizaron 90 pacientes (60 varones) con una edad media de 50 años (rango 21-78), índice de masa corporal (IMC) mediano de 29.3 Kg./m² (rango 19-64) y un IAH mediano de 13.9 (rango 0-103). El análisis automático del AL usando como criterio de hipopnea un descenso $\geq 50\%$ fue más exacto que una caída $\geq 30\%$ (IPR/IAH ≥ 15 : área bajo curva ROC: 0.82 vs. 0.69, $p < 0.05$). La concordancia entre observadores fue buena (coeficiente de correlación intraclase 0.89-0.96).

| PSG AL (IPR)(IAH) | ANÁLISIS AUTOMÁTICO AL (HIPOPNEA = 50%) | | | | ANÁLISIS MANUAL AL | | | |
|-------------------|---|-----------------------|------|------|----------------------|-----------------------|-------|------|
| | S (IC95%) | E (IC95%) | RPN | RPP | S (IC95%) | E (IC95%) | RPN | RPP |
| = 5 = 5 | 85.5* (75.3-92.4) | 66.7** (38.4-88.2) | 0.22 | 2.56 | 97.3* (90.7-99.7) | 40** (16.3-67.7) | 0.067 | 1.6 |
| = 10 = 10 | 76.8* (63.6-87) | 85.3** (68.9-95) | 0.27 | 5.22 | 94.6* (85.1-98.9) | 58.8** (40.7-75.4) | 0.091 | 2.3 |
| = 15 = 15 | 77.3* (62.2-88.5) | 86.9** (73.7-95.1) | 0.26 | 5.92 | 90.9* (78.3-97.5) | 73.9** (58.9-85.7) | 0.12 | 3.48 |
| = 20 = 20 | 85.3 (68.9-95) | 98.2** (90.4-100) | 0.15 | 47.8 | 94.1* (80.3-99.3) | 78.6** (65.6-88.4) | 0.075 | 4.39 |
| = 30 = 30 | 85.2 (66.3-95.8) | 96.8 (89-99.6) | 0.15 | 26.8 | 88.9 (70.8-97.6) | 92.1 (82.4-97.4) | 0.12 | 11.2 |

IPR: índice perturbación respiratoria; IAH: índice apnea/hipopnea; S: sensibilidad; E: especificidad; IC95%: intervalo de confianza 95%. RPN / RPP: razón probabilidad negativa y positiva. **/**: $p < 0.05$

Conclusiones: El análisis manual del AL fue superior que el análisis automático como método de catastro para el SAHS. En SAHS severo (IPR ≥ 30) el análisis automático del AL tuvo similar capacidad diagnóstica que al análisis manual.

TL27

0098. OXIMETRÍA DE PULSO: INFLUENCIA DE LA FRECUENCIA DE MUESTREO DE LA SATURACIÓN DE O₂ PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

CA Nigro, B Varela, S Malnis, P Ibañez, E Dibur, EE Rhodius

Servicio de Neumonología, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El tiempo de promediación de la señal de SO₂ y la frecuencia de muestreo pueden influenciar el nivel de desaturación de O₂.

Objetivo: Evaluar si la frecuencia de muestreo de un modelo de oxímetro puede afectar su capacidad diagnóstica para el Síndrome Apnea/Hipopnea del Sueño (SAHS).

Materiales y métodos: Se estudiaron consecutivamente en forma simultánea con polisomnografía y oximetría de pulso (3 oxímetros Nonin WristOx 3100™) 37 pacientes con sospecha de SAHS. Los oxímetros fueron configurados con diferentes frecuencias de muestreo (1, 2 y 4 s). Hipopnea: \downarrow flujo aéreo basal (cánula nasal) $\geq 30\%$ + desaturación de O₂ $\geq 3\%$ o arousal. Se calculó el índice de desaturaciones de O₂ $\geq 2, 3$ y 4% (ID₂, 3 y 4) mediante un programa (nVision 5.01). SAHS se definió como un índice de perturbación respiratoria (IPR) ≥ 10 y 15. Se

realizo análisis ROC para evaluar la exactitud de la oximetría de pulso con las diferentes frecuencias de muestreo.

Resultados: 5 pacientes fueron excluidos (mala señal de los oxímetros). Se analizaron 32 sujetos (26 varones), edad media 59 años (rango 33-80), índice de masa corporal (IMC) medio 28.2 Kg./m² (rango 19-39.5) e IPR medio 20.5 (rango 0.8-63.8). Área debajo la curva ROC del ID2, 3 y 4 con diferentes frecuencias de muestreo de la SO₂:

| PSG (IPR) | INDICE DE DESATURACIONES DE O ₂ (ID) | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|-----------------|------------------|--|----------------|----------------|--|-----------------|-----------------|--|--|--|
| | ID2 | | | ID3 | | | ID4 | | | | | |
| | ABC-ROC (EE) | | | ABC-ROC (EE) | | | ABC-ROC (EE) | | | | | |
| | FRECUENCIA DE MUESTREO SO ₂ (SEG) | | | FRECUENCIA DE MUESTREO SO ₂ (SEG) | | | FRECUENCIA DE MUESTREO SO ₂ (SEG) | | | | | |
| | 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 4 | | | |
| = 10 | 0.83 (0.077) | 0.86 (0.07)* | 0.75 (0.095)* | 0.81 (0.08) | 0.88 (0.06) | 0.85 (0.07) | 0.87 (0.065) | 0.90 (0.055) | 0.88 (0.063) | | | |
| = 15 | 0.89 (0.06) | 0.91 (0.05)* | 0.80 (0.08)* | 0.89 (0.06) | 0.90 (0.06) | 0.91 (0.05) | 0.92 (0.05) | 0.90 (0.05) | 0.92 (0.05) | | | |

IPR: índice perturbación respiratoria; ID2, 3 y 4: índice de desaturaciones de O₂ ≥ 2, 3 y 4%; ABC-ROC: área debajo curva ROC; (EE): error estándar; *: p < 0.05.

Conclusiones: 1) La frecuencia de muestreo del Nonin WristOx 3100™ no influyó en su capacidad diagnóstica cuando se usó como criterio el ID3/ID4 2) De usarse el ID2 como método de catastro del SAHS, este debería ser configurado a una frecuencia de muestreo de 2 s, dado que se observó un menor número de falsos positivos y negativos.

TL28

0111. CUMPLIMIENTO CON CPAP EN PACIENTES CON SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO. ENCUESTA A PACIENTES EN ARGENTINA

C Codinardo, C Nigro, E Rhodius

Hospital Alemán, Argentina.

El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHOS) es un trastorno frecuente que ha demostrado estar asociado con significativa morbilidad cardiovascular.

El objetivo de esta encuesta a domicilio ha sido analizar el nivel de cumplimiento de tratamiento con CPAP en un grupo de pacientes con SAHOS.

Se utilizó un cuestionario diseñado a tal fin, siendo el mismo completado en el curso de las visitas periódicas que enfermeras realizan a los pacientes en domicilio. La población analizada han sido 109 pacientes con SAHOS bajo tratamiento con CPAP (58 hombres; edad promedio de 59 +/- 11 años).

Se recolectaron datos en términos de horas de uso de CPAP por día y número de noches por semana, y factores predictivos de cumplimiento, así como efectos colaterales. Se consideró también la disponibilidad de humidificador.

Los pacientes fueron considerados con adecuado cumplimiento cuando usaron cpap e» 5 horas por día (75% del total) y e» 5 noches por semana (fueron 85% del total).

Como resultado, se observó mejoría en ronquidos (75.2%), hipersomnolencia diurna (76.1%) y fragmentación del sueño (sueño interrumpido, 67%), mientras que mejor control de la hipertensión arterial en un 28%. El 12% de los pacientes sufrieron efectos colaterales en la piel nasal, un 5% extravió de algunos accesorios ó conectores y un 10% cambios en la calidad de los materiales (Ejemplo: endurecimiento de silicona). Llamó la atención que el 80% de los pacientes no refirieron sequedad nasal (20% requirieron un humidificador por tal motivo).

Se concluyó que, los problemas sufridos con máscaras nasales, el uso de cpap durante menos de un año y un impacto negativo del tratamiento cpap sobre el ronquido pre-tratamiento han

sido factores predictivos de bajo cumplimiento con tratamiento cpap, en términos de horas diarias de uso (menos de 5 horas).

TL29

0119. EVALUACIÓN PRELIMINAR DEL APNEALINK-OX VERSUS POLISOMNOGRAFÍA PARA DIAGNÓSTICO DEL SINDROME APNEA/HIPOPNEA DEL SUEÑO

E Dibur, CA Nigro, B Varela, S Malnis, A Arce, E Rhodius

Servicio de Neumonología, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El ApneaLink-Ox™ (ALOX) es un equipo que permite registrar simultáneamente flujo aéreo (FA) por presión nasal y oximetría de pulso.

Objetivo: Evaluar la capacidad diagnóstica del ALOX versus polisomnografía (PSG) para el diagnóstico de Síndrome Apnea/Hipopnea del Sueño (SAHS).

Materiales y métodos: Se estudiaron en forma consecutiva 16 pacientes con sospecha de SAHS. El ALOX y la PSG se registraron en forma simultánea en el laboratorio de sueño. Hipopnea se definió en la PSG como una caída del FA ≥ 30% + reducción de la SO₂ ≥ 3% o arousal. SAHS se diagnosticó cuando el índice de perturbación respiratoria (IPR) fue ≥ 10. ALOX: se hizo el análisis automático con tres criterios de hipopnea: 1) descenso del FA basal ≥ 30% + reducción de la SO₂ ≥ 3%, 2) disminución del FA ≥ 30% + reducción de la SO₂ ≥ 4% y 3) caída del FA ≥ 50%. Se calculó la sensibilidad (S) y especificidad (E) con los diferentes criterios de hipopnea del ALOX. **Resultados:** Se evaluaron 16 pacientes (11 mujeres), edad media 53 años (rango 29 - 76), índice de masa corporal (IMC) mediano de 26.8 kg./m² (rango: 19 - 42) e IPR mediano 12.9 (rango 1.6 - 50.5).

Exactitud diagnóstica del ALOX usando diferentes criterios de hipopnea:

| PSG (IPR) | DEFINICIONES DE HIPOPNEA EN EL ALOX | | | | | |
|-----------|---|---------------|---|---------------|----------------|---------------|
| | H (? FA = 30% + ? SO ₂ = 3%) | | H (? FA = 30% + ? SO ₂ = 4%) | | H (? FA = 50%) | |
| | S (%) (IC95%) | E (%) (IC95%) | S (%) (IC95%) | E (%) (IC95%) | S (%) (IC95%) | E (%) (IC95%) |
| = 10 | 85.7 (42-99) | 100 (66-100) | 71.4 (29-96) | 100 (66-100) | 85.7 (42-99) | 100 (66-100) |

IPR: índice de perturbación respiratoria; IAH: índice apnea/hipopnea; H: hipopnea; ↓ FA: reducción del flujo aéreo. S: sensibilidad; E: especificidad; IC95%: intervalo de confianza 95%.

Conclusiones: El análisis automático del ApneaLink-Ox™ tuvo menor sensibilidad cuando se realizó con los criterios de hipopnea recomendados por la Academia Americana de Medicina del Sueño (↓ FA ≥ 30% + ↓ SO₂ ≥ 4%). Asimismo, la exactitud del ALOX fue similar cuando los criterios de hipopnea fueron ya sea una ↓ FA ≥ 50% o una ↓ FA ≥ 30% + ↓ SO₂ ≥ 3%.

TL30

0139. ANÁLISIS DE REGISTROS DE POLIGRAFÍA DE DOS CANALES. EXPERIENCIA CON AUTOCOLOCACIÓN DOMICILIARIA

E Borsini, F Lascar, M Bosio, S Quadrelli, R Smith, M Blasco, G Peralta, J Chertcoff

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los métodos de registro poligráfico ultra abreviados de dos canales han sido validados en la literatura extranjera, y localmente, en el laboratorio de sueño. Las dificultades prácticas en el domicilio, y la colocación del equipo por parte del paciente no han sido reportadas en nuestro medio.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia en la realización de poligrafías respiratorias domiciliarias usando un método de dos canales en el periodo de 18 meses.

Método: Análisis descriptivo y retrospectivo basado en poligrafías domiciliarias, realizadas desde el 01/01/2008 hasta el 31/05/2009, coordinadas por el laboratorio de función pulmonar del Hospital Británico de Buenos Aires. Todos los registros fueron realizados con equipos portátiles Apnea Link Oxy (Resmed). Se utilizaron cánula nasal de neumotocografía de alta sensibilidad y oximetría de pulso. Los datos fueron analizados con software especialmente diseñado con scoring de edición manual por staff entrenado en la lectura, siguiendo las normativas ASDA. Se excluyeron durante el análisis manual los períodos del registro con señal demasiado pequeña o de mala calidad, pérdidas transitorias del sensado o desconexión. Se correlacionaron con datos de la historia clínica adjunta al informe. Los registros se tomaron en el domicilio durante una noche. En todos los casos se explicó al paciente la metodología para la auto-colocación del polígrafo y se entregó un instructivo ilustrado provisto por el software del equipo.

Resultados: Se realizaron 133 poligrafías en 130 pacientes. Fue necesario repetir el estudio una segunda noche en tres pacientes (2.23%). El error en estos casos fue no encender el equipo una vez colocado. Fueron descartados 16 estudios que se consideraron no aceptables, por tener menos de cuatro horas válidas para la lectura. Finalmente fueron analizados 117 registros. La población se distribuyó de la siguiente manera; 73 hombres (64%) y 41 mujeres. La edad promedio fue de 52,9 años y el IMC promedio fue de 34,6 para las mujeres y de 33,2 para los hombres. 25 pacientes tuvieron IAH < 5 (21,3%), 48 entre 5 y 14 (41,8%), 18 entre 15 y 30 (16,2 %) y 23 casos > de 30/h (20,5%). El tiempo de registro promedio fue de 8,3 horas, y el tiempo de evaluación (tiempo con señales adecuadas para el scoring manual) fue menor, con un promedio de 6,55 horas.

Conclusión: La poligrafía con método de dos canales es factible de realizarse en el ámbito del domicilio y la colocación del equipo por el mismo paciente no representa riesgo significativo de pérdida del estudio. El porcentaje de repeticiones fue bajo y en 88% de los casos, los registros tuvieron un tiempo de análisis manual aceptable.

TL31

0217. EVALUACIÓN DE UN SOFTWARE DE AUTOANÁLISIS DE POLIGRAFÍA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL DIAGNÓSTICO DE APNEAS DEL SUEÑO

JF Nogueira, P Micci, S Grandval, G Simonelli, MJ De Luca

Instituto Argentino de Investigación Neurológica, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Se han desarrollado diferentes programas de autoanálisis de estudios polisomnográficos, con el propósito de simplificar y reducir los tiempos de análisis de estudios de sueño. De todos modos hasta el momento no ha sido demostrado que estos puedan reemplazar el scoring manual realizado por un observador experto. La Poligrafía Cardio-Respiratoria (PCR) nivel 3 constituye una alternativa simplificada para la evaluación de ciertos pacientes con sospecha de Apneas Obstructivas del Sueño (SAHOS). Estos equipos cuentan también con software de autoanálisis, aunque aun no han sido validados.

Objetivo: Evaluar el nivel de concordancia entre los resultados de PCR obtenidos mediante soft de autoanálisis y los resultados de la revisión y corrección de dos revisores expertos.

Métodos: 40 pacientes consecutivos mayores de 18 años, con sospecha de SAHOS, estudiados con PCR nivel 3 (Stardust II, Respironics). Se analizaron los resultados obtenidos por el soft de autoanálisis del equipo, fundamentalmente los valores parciales y totales de los diferentes eventos respiratorios con sus respectivos índices. Dos revisores expertos revisaron y corrigieron simultáneamente cada estudio, página por página, utilizando los criterios establecidos por la AASM. Se compararon los datos obtenidos por los revisores vs. los datos del autoanálisis.

La severidad del SAHOS fue establecida mediante el Índice de Perturbación Respiratoria (IPR), considerando normal un índice < 5 ev/h; leve 5-14.9; moderado 15-29.9 y severo ≥ 30 . Se evaluó el nivel de concordancia en la definición de cada evento respiratorio y en la categorización diagnóstica final obtenida por ambas modalidades de análisis, se utilizó para tal fin el porcentaje de concordancia y el coeficiente kappa; un valor de kappa > 0.7 fue considerado aceptable.

Resultados: 28/40 hombres; edad 49.47 ± 15.9 años; IMC 28.3 ± 4.3 . Se revisaron un total de 16.413 horas de PCR en páginas de 60 segundos. Se analizaron 8.297 eventos respiratorios. El IPR obtenido por soft fue 29.11 ± 19.35 ev/h; y 24.20 ± 22.72 ev/h el resultante de la revisión. Entre ambas modalidades de análisis se obtuvo un muy bajo nivel de concordancia en la definición y clasificación de cada evento, 30,1%, mientras que el coeficiente de correlación resultó 0.126 y el kappa 0.03. Al comparar la clasificación diagnóstica y de severidad obtenida por IPR mediante ambos sistemas de análisis, mejora sensiblemente la concordancia (68%) y los índices de correlación (0.85) y el kappa (0.56), no obstante ello no alcanzan los valores considerados aceptables.

Conclusión: Si bien los software de autoanálisis de Poligrafía Cardio-Respiratoria nivel III permiten una rápida evaluación inicial del estudio, carecen del nivel de precisión suficiente que permita prescindir de la revisión de los trazados por un observador experto.

TL32

0222. ESTIMACIÓN DEL ÍNDICE DE PERTURBACIÓN RESPIRATORIA RESIDUAL EN PACIENTES TRATADOS CON AUTO-CPAP MEDIANTE EL PROPIO ALGORITMO DE DETECCIÓN DEL EQUIPO

JF Nogueira, S Grandval, P Micci, R Rey

Instituto Argentino de Investigación Neurológica, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Uno de los objetivos del tratamiento con CPAP en pacientes con Apneas del Sueño (SAHOS) es normalizar el Índice de Perturbación Respiratoria (IPR). Los equipos de CPAP Autoajutable (ACPAP) son útiles para titular la presión de CPAP, ya sea en domicilio o en el Laboratorio de Sueño bajo control polisomnográfico. El algoritmo de detección de eventos respiratorios de estos equipos permite calcular el IPR residual (IPRr) en pacientes bajo ACPAP.

Objetivo: determinar la capacidad y precisión de estos equipos en la determinación del IPR residual en pacientes bajo tratamiento con ACPAP.

Métodos: pacientes con diagnóstico clínico y polisomnográfico de SAHOS e indicación de CPAP. A cada paciente se le efectuó una Titulación de CPAP mediante un equipo de ACPAP (Spirit, ResMed) controlada con polisomnografía (PSG). Al cabo del procedimiento se efectuó el scoring manual del trazado PSG por un revisor experto y se recabaron los datos recolectados por el equipo de ACPAP, presiones media, máxima y percentilo 95 (P95) de presión de CPAP, fuga del circuito e IPRr. Los casos con fuga mayor de 0.4 L/m durante al menos 1/3 del estudio fueron descartados. Se compararon los IPRr calculados automáticamente por el equipo de ACPAP y el obtenido mediante el análisis manual de la PSG. Se calcularon las diferencias entre ambas mediciones y se establecieron dos puntos de cortes, 3 y 5 ev/h, para evaluar la eficacia del ACPAP. Las características de las poblaciones de pacientes con diferencias mayores y menores de 3 ev/h en el IPRr fueron comparadas (T student y chi cuadrado).

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes. 2 casos fueron descartados por fuga superior al límite establecido. 21/24 hombres; 55.3 ± 13.9 años; BMI 32.15 ± 7.5 ; IPR basal 44.4 ± 24.5 ev/h; P95 CPAP 11.08 ± 2.97 cmH2O. La media del IPRr calculado por el ACPAP fue 12.32 ± 12.41 vs. 11.17 ± 14.23 medido por PSG. En

20/24 pacientes (83.3%) la diferencia en el IPRr medido por ambos métodos fue menor a 5 ev/h y en 16/24 (66,7%) menor a 3 ev/h. No se hallaron diferencias significativas entre los pacientes con diferencias mayores o menores a 5 ev/h.

Conclusión: Los equipos de ACPAP son capaces de medir el IPRr con bastante exactitud al compararlos con la medición manual de dicho índice. Esta determinación resulta de suma utilidad a la hora de evaluar los resultados de la Titulación con ACPAP, fundamentalmente en ámbitos y situaciones no controladas como las Titulaciones en domicilio sin monitoreo polisomnográfico.

Enfermedades infecciosas

DOMINGO 4 DE OCTUBRE DE 2009

15.45 – 16.45

Salón Peralta Ramos N

TL33

0010. NEUMONÍA AGUDA DE LA COMUNIDAD: PREVALENCIA, ETIOLOGÍA Y SCORES DE GRAVEDAD

B Vazquez, D Violi, C Pereyra, K Cogo, P Chirino, V Chaparro Jalil, N Frisoli, JC Calcagno, J Lopez

HIGA Prof. Luis Guemes-Haedo-Bs As, Argentina.

Objetivo: Observar la prevalencia de Neumonía adquirida de la comunidad (NAC) en el Servicio de Clínica Medica. Utilización de criterios de internación y scores de gravedad. Efectividad en el diagnóstico. Morbimortalidad.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal, durante 12 meses (enero-diciembre 2008). Se analizaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en el servicio (32 camas) utilizando como diagnósticos de ingreso: NAC, Neumopatía, Broncopatía, NAC en HIV, NAC en EPOC, infección respiratoria baja. Se definió NAC según consenso argentino intersociedades (2003). Se recolectaron datos filiatorios, enfermedades concomitantes, factores de riesgo, criterios de internación, métodos diagnósticos, rescate bacteriológico, antibioticoterapia, intercurencias y diagnóstico de egreso. Los datos se expresaron en porcentaje y mediana según corresponda.

Resultados: Durante este período, ingresaron 904 pacientes de los cuales 121 cumplían con algún criterio diagnóstico de ingreso. Se analizaron 84 historias clínicas (69%) mientras que las 37 restantes no se obtuvo acceso. Los diagnósticos de egreso fueron: NAC 60 pacientes (71%), TBC pulmonar 11 pacientes (13%), Bronquitis aguda 5 pacientes (6%), Neoplasia 2 pacientes (2.3%), Insuficiencia cardiaca 1 paciente (1%) y Otros 5 pacientes (6%). En cuanto los pacientes con NAC, la edad promedio fue 51 años (17-89), sexo masculino 37 pacientes (62%), días de internación mediana 11 días (3-57), los factores de riesgo prevalentes tabaco 45%, alcohol 38% HIV 10% y EPOC 10%. Patrón radiológico: condensación 34 casos (57%) con predominio de bases pulmonares (25 casos), ápice (8 casos) y bilobar (1 caso), infiltrado retículo-nodulillar bilateral 9 casos (15%) y sin descripción del patrón en 7 casos (12%). Según el score de gravedad CURB 65 se incluyeron en el Gpo 0-1=38 casos (63%) Gpo 2=11 casos (18%) y Gpo 3-4= 9 casos (15%). Asimismo, según el score PSI (Pneumonia Severity Index) Gpo I-II-III= 27 casos (45%), Gpo IV= 25 casos (42%) y Gpo V=6 casos (10%). De 60 casos de NAC 11(18%) presentaron atb previos. En 13 casos (22%) se observó la presencia de derrame pleural

(exudado) evolucionando en 2 casos a empiema. El 8 % de los pacientes (5 casos) requirieron internación en UTI. La mortalidad en este grupo fue del 5%.

Se obtuvo rescate bacteriológico en 71 pacientes del total de 84 analizados, hallándose *S.pneumoniae* 9 ptes (32%), *Mycoplasma* spp. 2 ptes (7.1%), *S. viridans* 2 ptes (7.1%), *K.pneumoniae* 2 ptes (7.1%), *H.influenzae* 1 pte (3.6%), *S.aureus* meticilino resistente 1 pte (3.6%) y por ultimo, *M.tuberculosis* 11 pacientes (39.3%).

Conclusiones: El uso de atb previo podría ser una de las razones por la cual se observó en esta muestra un mayor porcentaje de pacientes ingresados con scores de bajo puntaje de gravedad. La mortalidad del grupo es similar a la descripta en la bibliografía. La condensación de un lóbulo fue el patrón radiológico más frecuente. En cuanto etiología se destaca el alto porcentaje de tuberculosis pulmonar diagnosticada seguido por neumococo (100% bacterémicos).

TL34

0079. PARACOCCIDIOMICOSIS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS. HOSPITAL SAMIC EL DORADO MISIONES

ME Brizuela, RB Sotelo, R Paviolo, ZA Nocenti

SAMIC Eldorado Misiones, Argentina.

Objetivos: Evaluar las características Clínico-epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de paracoccidiomicosis.

Material y Método: Se revisaron historias clínicas a partir de diagnósticos positivos obtenidos en el laboratorio (serologías, exámenes directos y biopsias) ya que no figuraban como diagnóstico de egreso en el sistema de archivos; en el periodo 01/01/04 y 31/03/09.

Resultados: Se diagnosticaron 16 pacientes, de los cuales 93,75% eran de sexo masculino, con edad mínima de 33 y máxima de 70. En el año 2009 se diagnosticaron en tres meses el 37,5% de los casos. Los motivos de consulta fueron tos 31,25%, disfonía 25%, pérdida de peso y úlceras orales, 18,5% respectivamente y lesión de piel 6,25%. Respecto a la forma de diagnóstico, 31,25% fue por examen directo de esputo, biopsia 25%, serológica 12,5%, serológica + biopsia 6,25%, serológica + esputo 12,5%, serología + esputo + biopsia 6,25% y esputo + biopsia 6,25%. La serología fue positiva en 31,25%, negativa en el 18,75% y no investigada en el 50% de los casos.

El 75% de los pacientes tuvieron radiología compatible con micosis pulmonar.

En orden de frecuencia la localización fue: pulmonar 37,5%, oral 25%, laringea 12,5% pulmonar + cutánea 12,5%, intestinal y ganglionar 6,25% y cutánea 6,25%.

Conclusiones: Observamos mayor diagnóstico en el último año, creemos que se debe a la mayor sospecha clínica inicial, disponibilidad de la serología y fibrobroncoscopia como métodos diagnósticos

En coincidencia con reportes anteriores los casos observados fueron mas frecuentes en el sexo masculino en edad laboral activa.

Excepto las presentaciones cutánea, intestinal y laringeas todas las demás tuvieron radiología compatible. Los motivos de consulta fueron coincidentes con las formas clínicas de presentación. Tos-pulmón, disfonía-laringea, oral-úlceras orales. Tal como figura en la bibliografía los casos reportados corresponden en su totalidad a las formas diseminadas crónicas y respiratoria crónica.

A pesar de ser una zona endémica de esta patología, tuvimos dificultades para realizar la búsqueda de pacientes en el archivo ya que no figuran como diagnóstico de egreso por lo que existen subdiagnósticos oficiales.

No obstante de acuerdo a los casos reportados en el citado periodo de tiempo y tal como observamos en estudio anterior de

este servicio creemos que la incidencia en nuestra región (área III Zona de Salud) sería sensiblemente mayor que lo reportado en estudios epidemiológicos oficiales

TL35

0112. ASPERGILOMA PULMONAR SECUNDARIO ASINTOMÁTICO EN TABAQUISTA

M Elias, V Abrate, A Blua, T Vallone, JP Casas, J Perez, R Navarro, A López

Hospital Privado, Argentina.

El Aspergiloma, producido por colonización del *Aspergillus* en una cavidad preexistente (aspergiloma secundario), se ha reportado en 11- 17% de las cavidades posttuberculosas; también se ha asociado a sarcoidosis, histoplasmosis, blastomicosis, absceso pulmonar, quistes, bronquiectasias, fibrosis pulmonar, asbestosis, nódulos reumatoideos e infarto pulmonar. El Aspergiloma primario, de menor frecuencia, surge dentro del árbol bronquial, produciendo cavitación.

Presentamos una paciente con Aspergiloma pulmonar secundario asintomático persistente por 8 años.

Caso: Mujer 55 años, tabaquista activa 18 paq/año. Madre con antecedente de TBC pulmonar. Pleurectomía Izquierda a los 40 años y derecha a los 41 años, ambas por neumotórax espontáneos recidivantes. Rx: casquetes pleurales bilaterales.

A los 47 años, fiebre, tos con expectoración mucopurulenta, pérdida de 6 kg, sudoración nocturna de 1 mes de evolución. Rx de tórax: engrosamiento pleural con retracción hiliar bilateral, quistes apicales e infiltrado inflaclaricular derecho. TAC de tórax de alta resolución (HRCT): consolidación con broncograma aéreo en segmento posterior de LSI, masa gravedad dependiente intracavitaria en LSI e imágenes pediculadas intracavitarias derecha. Debido al antecedente epidemiológico, clínica e imágenes sugestivas de TBC, inicia tratamiento empírico antibacilar, suspendido a los 20 días por hepatotoxicidad. Espudo y BAL (directo y cultivo) negativo para TBC. BAL (cultivo): desarrolló *Aspergillus*. Tratamiento con Itraconazol 8 meses con resolución de la lesión intracavitaria izquierda. Actualmente, luego de 8 años sin controlarse, consulta para cese de tabaquismo. Nueva HRCT, muestra voluminosa masa sólida en cavidad apical Izquierda de 45 mm por 30 mm, otras pediculadas, de menores dimensiones en cavidades apicales derechas. Paciente asintomática. Reinicia tratamiento con Itraconazol 400mg/día.

Comentario: A pesar de no existir manifestaciones clínicas de actividad del aspergiloma pulmonar, las lesiones deben controlarse. Su persistencia o recurrencia pueden ser indicación de tratamiento a largo plazo. El antecedente epidemiológico sugiere TBC subclínica con cavernas detegidas y aspergiloma secundario

TL36

0134. EFECTO DE ANTI-QUORUM-SENSING DEL ÁCIDO CARNÓSCICO COMO MECANISMO DE ACCIÓN ANTIMICROBIANA SOBRE PSEUDOMONAS AERUGINOSA PAO1. PERSPECTIVA HACIA LA FIBROSIS QUÍSTICA

ES Mengoni, AA Vojnov

Instituto de Ciencia y Tecnología «Dr. Cesar Milstein» - Fundación Pablo Cassará Saladillo 2468 (C1440FFX) Bs As., Argentina.

Introducción: La Fibrosis Quística (FQ) es una enfermedad genética severa con una ocurrencia de 1/2500 nacidos vivos, y padecerla implica un fuerte acortamiento en la expectativa de vida. La insuficiencia pulmonar es la complicación más seria de la FQ debido a las infecciones bacterianas crónicas que se establecen en el individuo originando deterioro del tejido pulmonar y en ocasiones es necesario el trasplante. *P. aeruginosa* (PA) es el patógeno más comúnmente hallado en los

individuos afectados y su adquisición se asocia al deterioro clínico.

P. aeruginosa contiene 2 sistemas que censan la densidad de población bacteriana conocido como quórum sensing (QS) y esta formado por la expresión de los genes *lasI/r* y *rhlI/R*. Estas dos vías están involucradas en la expresión de moléculas señalizadoras conocidas como homoserin-lactonas (AHLs). La interacción de estas moléculas con sus respectivos receptores desencadena la expresión de diversos factores como la piocianina, exoproteasas, lipasas, etc., y a su vez regulan el movimiento bacteriano coordinado en distintas superficies para finalmente formar el biofilm. Estos procesos permiten la adaptación y supervivencia de la bacteria en ambientes hostiles. En presentaciones anteriores hemos evaluado diferentes extractos de romero, y compuestos bioactivos aislados de él, como potenciales antimicrobianos y antiinflamatorios. En el presente trabajo presentamos resultados donde se muestra al ácido carnósico (CA), como un inhibidor de factores de virulencia, motilidad y AHLs, todos ellos fenómenos regulados por el «quórum sensing».

Objetivos: Evaluar al ácido carnósico como inhibidor de factores regulados por el quórum sensing en *Pseudomonas aeruginosa* con potencial uso en modelos orientados hacia la enfermedad fibroquística.

Metodología: PAO1 fue crecida en medio LB. Los ensayos de motilidad se realizaron empleando medio FAB con casaminoácidos 1% como única fuente de carbono adicionado con agar al 0.5% para swarming, y 1% para twitching. La inhibición de piocianina se visualizó por ausencia del pigmento verde-azulado característico de las cepas de *Pseudomonas aeruginosa* y se corroboró en LB mediante la extracción con cloroformo y HCl. Se determinó su presencia a 490 nm. La inhibición de HSL fue realizada empleando la cepa sensible a AHSL *Cromobacterium violaceum* CV026 y la de *Agrobacterium tumefaciens* NTL4.

Resultados: El AC inhibió el swarming y twitching de PAO1, como también la producción de piocianina tanto en medio mínimo (FAB) como en medio rico (LB). A su vez observamos que el AC afectó la síntesis de las AHLs.

Conclusión: Debido a que el ácido carnósico inhibió dos tipos de movimientos necesarios para la formación de biofilm, a su vez redujo la síntesis de piocianina, afectó la producción de AHLs, todos procesos regulados por el quórum sensing, y a su vez reportamos anteriormente que presenta actividad antimicrobiana, el AC es un potencial candidato para utilizarse como agente quimioterapéutico y así favorecer la erradicación de *P. aeruginosa* más rápidamente.

TL37

0137. ASPERGILOSIS CRÓNICA NECROTIZANTE

RM Gasteneguy, MI Anganuzzi, P Featherston, C Gómez, SE Marquez, MG Vicens

H.I.E.A. y C. San Juan de Dios de La Plata, Argentina.

Introducción: La Aspergilosis Crónica Necrotizante (ACN) es una enfermedad destructiva, indolente del pulmón a causa de la invasión por *Aspergillus sp.* Es usualmente diagnosticada en adultos y ancianos con enfermedades pulmonares preexistentes como EPOC, tuberculosis inactiva o inmunosupresión leve.

Caso clínico: Presentamos un paciente de 59 años de edad, sexo masculino, con antecedente de tabaquismo; que es derivado de un hospital de la región, donde consultó por tos con expectoración, fiebre y empeoramiento de su disnea habitual hasta CF IV, de 2-3 semanas de evolución. Refirió además pérdida de peso, astenia y anorexia en el último año.

Refiere haber recibido tratamiento empírico con tuberculostáticos por 12 meses hasta 3 meses previos, cuando los suspendió sin indicación médica.

Al examen físico paciente lúcido, en regular estado general, adelgazado, normotenso, afebril. Taquipneico, con disnea de reposo. A la evaluación del aparato respiratorio se constata disminución de la excursión de vértices y amplexación de bases. Vibraciones vocales disminuidas. Percusión sonora hasta T 11 bilateral, columna sonora. Se ausculta murmullo vesicular disminuido con abolición en mitad superior de ambos hemotórax.

Se solicita laboratorio en sangre y orina: Rto. leucocitos 6.400/mm³ (S:77%, B:0%, E:3%, L:19%, M:1%), Hb 7.8 g/dl, Hto. 25.2%, ERS >120mm/h, Albúmina 23.8g/l.

Nomoionograma: pH 7.38, pCO₂ 44 mmHg, pO₂ 73 mmHg, SatO₂ 95%, HCO₃⁻ 26.3 mmol/l.

Serología para HIV negativo.

Rx de tórax: Signos de hiperinsuflación. Radioopacidad difusa, heterogénea en tercio superior de ambos hemitórax, con signos de retracción y presencia de bullas. Engrosamiento pleural bilateral.

Bacteriología: Hemocultivo negativo. Espudo: directo y cultivo para GC y BAAR negativos. Examen de esputo para hongos: positivo para *Aspergillus fumigatus*.

Ecografía abdominal normal.

Durante la evolución de la enfermedad, el paciente presentó como complicación neumotórax espontáneo, que fue tratado quirúrgicamente con buena evolución.

Se inició tratamiento con Itraconazol 400 mg/d vía oral.

Se evidenció buena respuesta clínica, por lo que continua con Itraconazol.

Conclusión: La ACN es una forma importante de aspergilosis que se presenta con disnea, tos crónica, pérdida de peso, sudoración nocturna, fiebre y hemoptisis intermitente. El diagnóstico requiere Rx de tórax compatible, síntomas típicos, cultivo de *Aspergillus* en esputo o muestras broncoscópicas, debiendo ser excluidas las patologías con similar cuadro clínico de presentación como tuberculosis pulmonar, infección por mycobacterias atípicas, histoplasmosis crónica, paracoccidiodomicosis crónica pulmonar.

TL38

0165. COCCIDIOIDOMICOSIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NÓDULO PULMONAR SOLITARIO

NG Douglas Nazareno, H Gongora Jara

Hospital V. Barros - La Rioja, Argentina.

Introducción: La Coccidiodomicosis es una micosis sistémica exclusiva de América generada por dos especies de hongos dimorfos del género *Coccidioides* (*Immitis* y *Posadasii*). Es propia de regiones con clima y vegetación de tipo desértico y suelos arenosos o arcillosos. Se adquiere por vía inhalatoria y mas de la mitad de las infecciones primarias producidas por este germen son asintomáticas u oligosintomáticas. Gran parte de las formas pulmonares tienen resolución espontánea.

La enfermedad fue descubierta en la Argentina a fines del siglo IX. Las investigaciones epidemiológicas definieron que las áreas endémicas en nuestro país son la pampa occidental seca y las zonas pre cordilleranas.

La presencia del hongo en el suelo de la provincia de La Rioja fue determinada en el primer estudio de esta naturaleza realizado en la Argentina (1977).

Caso: Mujer de 54 años, cuidadora de plazas, con antecedentes de tabaquismo (30 paq/año). No refería otro antecedente patológico u hábito tóxico. Consulta por disnea de esfuerzo (clase funcional II) de aproximadamente un año de evolución. Al examen físico no se detectaron elementos relevantes, mas allá de una leve hipoventilación en la auscultación pulmonar. El funcional respiratorio mostró un patrón obstructivo moderado (VEF1 post BD 74%). En Rx de tórax se detectó una imagen

nodular en lóbulo superior derecho, que se confirmó por TAC, donde pudo observarse además que era de unos 20mm, de bordes definidos, no se acompañaba de adenopatías mediastinales y en ambos lóbulos superiores se encontraron áreas de enfisema centroacinar. El laboratorio indicaba un Hto de 34%, GB de 9,600 con fórmula conservada, VSG de 27mm y el resto de las determinaciones básicas resultó normal.

Ante la sospecha de malignidad se decidió toma de material por vía quirúrgica. El estudio anatomopatológico reveló formaciones granulomatosas, con áreas de necrosis caseiforme, encontrándose además formaciones esféricas de 40 a 60 micras con H/E, que fueron positivas con una posterior tinción de PAS, lo que permitió el diagnóstico de Coccidiodomicosis. Se consideró a la lesión como residual y asintomática (los síntomas de la enferma se atribuyeron a EPOC).

Conclusiones: La Coccidiodomicosis no es una enfermedad de denuncia obligatoria y la mayoría de los casos son asintomáticos, por lo tanto no se conoce su real prevalencia. Sin embargo en zonas endémicas debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales cuando los cuadros clínicos y/o radiológicos son sugestivos.

TL39

0180. INFECCIÓN RESPIRATORIA BAJA EN PACIENTES INTERNADOS EN EL CONTEXTO DE EPIDEMIA INFLUENZA H1N1 EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO

G Tabajá¹, M Fernández Acquier¹, M Labato², O Caberloto¹, E Giugno¹, G Gramblicka¹, P Malamud¹, D Lancellotti¹, L Grodnitzky¹, V Morandi¹

¹Hospital Zonal de Agudos y Crónicos Dr. Antonio A. Cetrángolo, Argentina. ²Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

Introducción: El virus H1N1 es un nuevo virus de influenza que causa enfermedades en el hombre. En los Estados Unidos, este virus fue detectado en humanos por primera vez en abril de 2009. Se transmite de persona a persona, probablemente de una manera muy similar a cómo se propagan los virus de influenza o gripe estacional. En un comienzo se lo denominó virus de la «gripe porcina» porque las pruebas de diagnóstico en laboratorio indicaron que muchos de los genes presentes eran muy similares a los virus de la influenza que afectan con regularidad a los cerdos de Norteamérica. Sin embargo, estudios adicionales han indicado que este nuevo virus es muy diferente. Tiene dos genes de virus de la influenza que circulan comúnmente en cerdos en Europa y Asia, así como genes de aves y humanos.

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por neumonía dentro del contexto de epidemia de influenza H1N1 en un hospital especializado.

Materiales y métodos: Se recolectaron retrospectivamente, datos de las historias clínicas de los pacientes internados por neumonía en el Hospital Cetrángolo, en el contexto de pandemia de influenza H1N1. El estudio de etiología virológica fue realizado en el Instituto Malbrán por Per-rt.

Resultados: Entre el 21 de junio y el 24 de julio de 2009, se internaron 48 pacientes con sospecha de neumonía por virus H1N1, 21(43%) hombres y 27(56%) mujeres. La edad promedio fue 41±14 años, el promedio de días de internación fue de 8.3±5.3 días. 7 pacientes (14%) habían recibido inmunización contra influenza y de ellos sólo uno requirió UTI pero no ARM. Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre (100%), tos y disnea (77%), expectoración (65%), cefalea (56%) y mialgias (45%). Del total, 10 pacientes (20.8%), requirieron ingreso a UTI, 5 (10.4%) ARM y 3 (6.2%) fallecieron. Con respecto a las comorbilidades en pacientes fallecidos se evidenció obesidad, HIV y tabaquismo. En relación al laboratorio, la PaO₂/FIO₂ promedio fue de 296±73 y las alteraciones más frecuentes fueron

leucocitosis, elevación de la LDH y ESD. En cuanto a la radiología, el 62.5% presentó opacidades bilaterales, con patrón alveolar el 44%, intersticial el 22% y el resto mixto. El 83% de los pacientes presentaron un Score de CURB65 de 0 y 1. En el 70% de los casos se utilizó un tratamiento antibiótico acorde a las guías vigentes. La etiología se determinó en el 25% de los casos. Los patógenos descubiertos fueron *Moraxella*(1), *Neumococo*(2), *Klebsiella*(1), *Pseudomona*(1) e *Influenza A H1N1*(7). El ingreso a UTI se asoció con internación mayor a 7 días y a mortalidad, mientras que el tratamiento antibiótico inadecuado y el uso de esteroides con estadía prolongada.

Conclusiones: La infección por el virus de la influenza H1N1 se puede asociar con neumonía adquirida en la comunidad que implique internación del paciente, pudiendo afectar a sujetos de mediana edad con y sin condiciones mórbidas asociadas. Un porcentaje significativo de los pacientes puede requerir internación aunque no se vea reflejado en los scores de severidad.

TL40

0186. MYCOBACTERIUM AVIUM - INTRACELLULARE EN PACIENTE HIV (-) Y SIN ENFERMEDAD PULMONAR PREVIA (SÍNDROME DE LADY WINDERMERE)

NG Douglas Nazareno¹, D Gomez²

¹Hospital E. V. Barros, La Rioja, Argentina. ²Programa de Lucha Anti Tuberculosa, La Rioja, Argentina.

Introducción: El *mycobacterium avium-intracellulare* (MAI) ha sido considerado clásicamente como un germen oportunista que es causa de infecciones diseminadas en los pacientes HIV (+) o de infecciones pulmonares en aquellos que tienen patologías respiratorias previas como EPOC, bronquiectasias o una TBC anterior.

Desde fines de los 80' se han comenzado a detectar casos de patología pulmonar producida por este microorganismo en pacientes que no tienen estos factores predisponentes. Llamativamente gran parte de estos enfermos fueron mujeres, post menopáusicas, no fumadoras, de raza blanca. La enfermedad en las pacientes con este fenotipo se atribuyó al hábito de inhibir la tos voluntariamente, lo que se conoce con el nombre de Síndrome de Lady Windermere. Sin embargo pareciera que el mecanismo responsable subyacente estaría relacionado con defectos sutiles en la inmunidad celular congénitos o adquiridos como una mutación en el gen de la proteína de resistencia natural-asociada a macrófagos o una caída del nivel de estrógenos.

Caso: Mujer de 42 años de raza blanca, ama de casa, no fumadora, sin antecedentes personales patológicos ni hábitos tóxicos de relevancia. Nueve meses previos a la consulta había sido asistida en otra institución por sintomatología respiratoria consistente en tos, expectoración muco purulenta, fiebre y astenia de un par de meses de evolución. Presentaba en aquel momento alteraciones en la Rx y TAC de tórax consistentes en imágenes nodulares múltiples, bronquiectasias y algunas áreas consolidativas no muy extensas que comprometían ambos pulmones y diferentes lóbulos. Se le solicitó esputo para BAAR que fue positivo y se le inició tratamiento para TBC que se extendió más allá de los seis meses por la falta de respuesta clínica y radiológica. No se le había realizado, durante el tratamiento, controles baciloscópicos.

Al momento de la consulta en nuestra institución la paciente refería sintomatología similar a la reinante durante todo el cuadro y sus lesiones radiológicas mostraban una leve progresión. Tenía un Hto de 34, GB de 8100 con fórmula conservada, VSG de 68mm y HIV (-). La saturometría era de 97%.

Una nueva baciloscopia de esputo fue positiva y el material se remitió para cultivo, identificándose un *Mycobacterium intracellulare* sensible a Claritromicina.

Se inició tratamiento con Claritromicina + Rifampicina + Etambutol, con buena respuesta clínica y negativización del esputo al tercer mes de la terapéutica. Cumple el séptimo mes con buena tolerancia hasta el momento.

Conclusiones: La falta de sospecha de mycobacteriosis atípicas en pacientes sin factores predisponentes conduce al retraso en el diagnóstico, lo que a su vez podría significar pobres resultados de la terapéutica, incremento de lesiones secueles, etc. La falta de un conocimiento profundo sobre la fisiopatogenia de estas infecciones oportunistas en pacientes «aparentemente» inmunocompetentes posiblemente se relacione con los malos resultados del tratamiento observado en algunas series. Tal vez en la combinación con una terapia inmuno moduladora esté la respuesta.

Enfermedades intersticiales I

DOMINGO 4 DE OCTUBRE DE 2009

15.45 – 16.45

Salón Real S

TL41

0122. PROTEINOSIS ALVEOLAR

SE Carpaneto, A Perez, N Poratto, C Lemaggio Blasi, M Torregiani, G Bertolot, G Portiglia

Servicio de Radiología Higa "Abraham Pyñeiro" Junin, B. A. Argentina.

Introducción: La proteinosis alveolar (PAP) es una enfermedad alveolar infiltrativa que rellena los espacios aéreos de material lipoproteico PAS positivo derivado del surfactante en el espacio alveolar. La mayoría de los casos son de origen idiopático, aunque también como consecuencia de la exposición importante a polvos (silicoproteinosis), reacción a fármacos o alteración inmunológica. Es más frecuente en adultos masculinos entre 20 y 50 años con clínica de disnea y tos productiva, el diagnóstico se realiza mediante lavado broncoalveolar (bal) o biopsia de pulmón bien abierta o transbronquial (btb). Presentamos el caso de un paciente masculino joven que ingresa a emergencia por trauma cerrado de tórax.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 32 años que ingresa por el servicio de emergencias de nuestro hospital, debido a un accidente de tránsito con traumatismo torácico. No presentaba antecedentes de tabaquismo, drogas, alergias ni antecedentes laborales

La radiografía de tórax de ingreso muestra imágenes densas que se interpretan como contusión pulmonar bilateral. Debido a la evolución desfavorable del cuadro respiratorio se le efectúa TC de pulmón, donde se observan áreas bilaterales de atenuación en vidrio esmerilado (Fig. 1), asociados con engrosamiento lisos de los septos ínter lobulares e intralobulillares (Fig. 2) de distribución geográfica con una demarcación nítida entre el parénquima normal y anormal; con aspecto de «empedrado loco» (crazy paving) (Fig. 1 y 2).

Las imágenes características nos sugerían proteinosis alveolar, sin poder descartar otras patologías que cursan con un patrón similar, Ej. (*Pneumocystis carinii*, ca. broncoalveolar, *nii*, neumonía. lipoidea, hemorragia pulmonar, distress respiratorio del adulto, etc.) Ante la sospecha, se consulta con el Servicio de Neumonología e inmediatamente se realiza un lavado bronquio-alveolar (BAL) y biopsia transbronquial (btb) con resultado positivo para PAP. Se descarta infección por hongos, mycobacterias y gérmenes comunes.

Discusión: Nos enfrentamos con un caso de enfermedad poco frecuente (PAP) que ingresa a un hospital general y cuyo ingreso esta relacionado a un trauma cerrado de tórax. Es de destacar que el pedido de (TACAR) fue de fundamental ayuda para sospechar la etiología de esta enfermedad ya que la clínica de ingreso y la rx de torax se relacionaron con el accidente. La broncofibroscopia con toma de (bal) y (btb), permitió descartar infección, y presencia de sangre, el (bal) fue de fundamental importancia dado que presentaba la característica descripción en su aspecto macroscópico «lechoso» y microscópico «material con residuos (PAS+)». Se menciona además en la literatura que la clínica (tos, disnea, infección recurrente) sumado a las imágenes tomográficas características inducen al diagnóstico con un 75% de certeza, 1/3 de los pacientes que la padecen se encuentran asintomáticos. La falta de antecedentes laborales y de enfermedad sistémica descartó una forma secundaria. No creímos necesario llegar a una biopsia pulmonar quirúrgica.

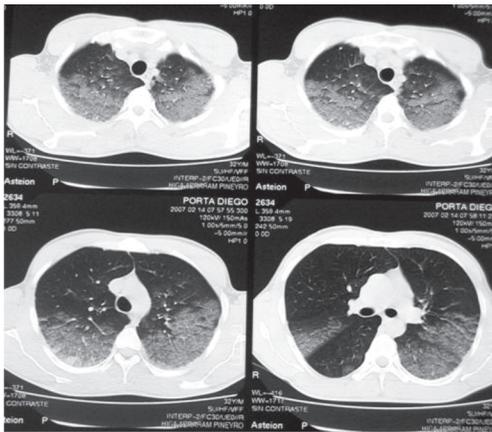


Fig. 1

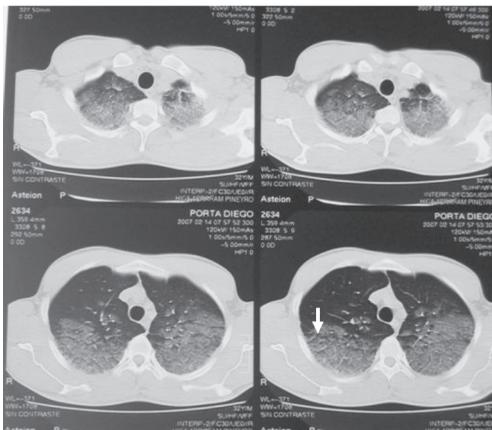


Fig. 2: Típica imagen del «crazy paving» que predomina en los sectores posteriores. Engrosamiento liso de los septos interlobulillares (flecha)

TL42
0127. INCREMENTO DE LA TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD INTERSTICIAL EN EL SEXO FEMENINO EN ARGENTINA DURANTE EL PERÍODO 2000 A 2007

M Alonso, M Barth, M Sivori, D Pascansky, C Saenz

Unidad de Neumotisiología Hospital Ramos Mejía, Argentina.

Nuestro grupo realizó la primera publicación sobre comportamiento de la evolución de la tasa de mortalidad de enfermedad intersticial en el período 1980-2004 (Sivori y col. AAMR 2006)

Objetivo: Evaluar el comportamiento de la tasa de mortalidad por diferentes enfermedades intersticiales en Argentina, global y por género en el período 2000 a 2007.

Materiales y Método: Se evaluó la información de la base de datos de certificados de defunción del Ministerio de Salud de Nación. Se consideraron los códigos de mortalidad para enfermedad intersticial: Codificación Internacional de Enfermedades CIE-10 J60 a J84 para los años 2000 a 2007. Se calculó la tasa de mortalidad global por 100.000 habitantes para cada código y año, según sexo. Los datos poblacionales fueron provistos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Se realizó comparación de tasas con prueba de proporciones, siendo significativo $p < 0.05$.

Resultados: La tasa global de mortalidad se incrementó de 1.40/100.000 en el año 2000 a 1.54/100.000 en el año 2007 (+10%, $p = 0.0001$).

La tasa en el sexo masculino se redujo de 1.47/100.000 en el año 2000 a 1.41/100.000 en el año 2007 (-4%, $p = NS$).

La tasa en el sexo femenino se incrementó de 1.34/100.000 en el año 2000 a 1.67/100.000 en el año 2007 (+24.62%, $p = 0.000000225$).

Conclusión: Se observó un incremento de la tasa global de mortalidad en el período analizado determinado por el sexo femenino. Su magnitud llama la atención y queda pendiente en las tasas de mortalidad por enfermedades intersticiales en Argentina.

TL43

0131. HEMORRAGIA PULMONAR Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

MC Hasner, MM Baldi

Cordis SA, Ciudad de Salta, Argentina.

El Sme antifosfolípido (SAF) se caracteriza por la presencia de Ac antifosfolípidos (Ac AF) y una serie de manifestaciones clínicas resultantes de la trombosis tanto arterial como venosa. La Hemorragia Alveolar (HA) es una complicación mas bien inusual del SAF pudiendo subestimar su diagnostico o atribuir sus manifestaciones a otras enfermedades.

Caso clínico: Mujer, 24 años, APP: endocarditis bacteriana en la infancia con insuficiencia tricúspide; en embarazo de 32 sem, presenta ruptura de membranas y parto prematuro. En el puerperio inmediato evoluciona con disnea súbita y hemoptisis.

EF: FR: 28x'; FC: 110x'; crep bibasales, SS 3/6 en 4 focos.

Lab: Hb 9.5 g/dl-GB 13800-VSG 110- EAB:7.31/36/62/18/88% (0.21%).Se solicita colágenograma.

RX TX F opacidades alveolares bilaterales. TAC TX opacidades pulmonares bilaterales difusas en vidrio esmerilado y coágulos endoluminales.

Ecodoppler MMII: - para TVP.

FBC sin alteraciones endobronquiales y BAL: 80% de hemoderréforagos.

TTO: corticoides en ↑ dosis con evolución favorable.

Colágenograma: complemento normal; Ac ANA, antiDNA, ANCA P y C, y antimembrana basal: negativos. VDRL 1/32.

IC con reumatología: Anticoagulante lúpico +; Ac anticardiolipina + (IgG e IgM).

Dx: SAF primario y hemorragia pulmonar 2ª; Tto: AAS.

En 1 año de seguimiento: episodio de hemoptisis leve (coincidente con la suspensión de esteroides), TAC TX y fx pulmonar (espirometría y EAB normales).

Las principales formas de compromiso pulmonar del SAF son el TEP y la HTP tromboembólica. La HA es una manifestación infrecuente, encontrada fundamentalmente en pacientes con SAF secundario a lupus eritematoso sistémico (LES), aun-

que recientemente también se ha observado en pacientes con SAF primario.

El Dx requiere descartar hemorragia procedente del árbol bronquial y demostrar más del 20% de hemosiderófagos en BAL.

La mayoría de las HA se presenta en sujetos con dx previo de SAF primario, hay 3 casos reportados en los que esta complicación fue la manifestación primaria de la enfermedad. El espectro clínico de la HA en el SAF primario puede extenderse desde una manifestación leve a un cuadro de Insuf Resp grave.

Este caso reúne los 2 criterios principales de SAF: parto prematuro y presencia en suero de Ac anticardiolipina y anticoagulante lúpico. No hay datos clínicos ni serológicos de enfermedad autoinmune; creemos que se trata de un paciente con un SAF primario. Si bien no disponemos de biopsia el diagnóstico de HA quedó documentado por la demostración de un alto % de hemosiderófagos (BAL).

El Tto más utilizado son los esteroides y la ciclofosfamida, con buena respuesta inicial pero con recidivas frecuentes.

Conclusión: el espectro clínico de la HA en el SAF primario es amplio. La FBC y el BAL confirman el Sdr de HA (excluyen otras causas de hemorragia pulmonar); la Bx pulmonar es el «gold standard» pero el patrón histológico es inespecífico y añade un riesgo evidente al paciente. Si las manifestaciones clínicas y otras pruebas complementarias son compatibles con HA secundaria a SAF este diagnóstico puede asumirse sin realizar biopsia pulmonar.

TL44

0144. FACTORES PREDICTORES DE LA CAÍDA DE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO DURANTE LA CAMINATA DE 6 MINUTOS EN LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

L Molinari¹, SA Quadrelli¹, EM Sobrino¹, A Salvado², G Tabaj², J Chertcoff²

¹Instituto Lanari, Argentina. ²Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Ha sido comunicado que la prueba de caminata de seis minutos (PC6m) es potencialmente útil para proporcionar información pronostica en la fibrosis pulmonar idiopática (FPI). La misma es subutilizada en pacientes con FPI.

Objetivo: Determinar la correlación entre los metros caminados en una PC6m y las variables clínicas y funcionales de los pacientes con FPI y determinar la existencia de predictores de desaturación durante la PC6m que permitan seleccionar qué pacientes tienen indicación más precisa para su realización.

Material y métodos: Se incluyeron 53 pacientes con diagnóstico de FPI de acuerdo a la definición de la ATS/ERS y sin contraindicaciones para PC6m a los que se les realizó espirometría, medición de volúmenes pulmonares, DLCO y PC6m.

Resultados: La cantidad de metros caminados en la PC6m no correlacionó con la edad ($r = -0.154$; $p = 0.272$), con la CVF en % del predicho ($r = 0.249$; $p = 0.078$), con la DLCO en % del predicho ($r = 0.261$, $p = 0.065$), ni con la magnitud de la caída de la SaO₂ durante la caminata ($r = -0.225$; $p = 0.09$) pero sí correlacionó con la SaO₂ basal ($r = 0.359$; $p = 0.007$).

Los pacientes que mostraron caída de la SaO₂ durante la caminata (> de 4 puntos) no fueron diferentes de los que no mostraron desaturación en términos de presencia de disnea en el momento del diagnóstico, (78 vs 66%; $p = 0.2509$), presencia de una TAC catalogada como neumonía intersticial usual definitiva (89% vs 80%; $p = 0.52$) o proporción de pacientes con CVF % normal (50% vs 21%; $p = 0.29$) pero tuvieron diferencias estadísticamente significativas en el valor de la CVF expresado en % del predicho (61.80±17.50 vs. 82.50±19.02; $p = 0.003$) y en la saturación basal (94.03±1.98 vs. 95.87± 2.17; $p = 0.004$) (Tabla 2). Los pacientes que presentaron desaturación severa (caída >10 puntos) no fueron diferentes en términos de presencia o no de disnea en el momento del diagnóstico, (16% vs 56%; $p = 1.000$), presencia o no de una TAC

catalogada como NIU definitiva (20% vs 60%; $p = 1.000$), proporción de pacientes con CVF en % del predicho normal (4% vs 28%; $p = 1.000$) o presencia de un Borg 0 al inicio de la caminata (16% vs. 60%; $p = 1.000$).

En un modelo de regresión logística ni la CVF <50% (OR: 1, 6875, IC 0,152-18,710, $p = 0,669$) ni la presencia de disnea > CF II (OR 3,473, IC 8,832-14,517, $p = 0,087$) predijeron la caída de la SaO₂ durante la PC6m.

La presencia de una DLCO <60% del predicho aumentó el riesgo de desaturar durante la caminata (OR 6,500, IC 1,001-42,171, $p = 0,049$) aunque ninguna variable predijo la desaturación severa (caída SaO₂ > 10 puntos).

Conclusiones: La magnitud de la caída de la SaO₂ durante la PC6m no puede predecirse por los valores de DLCO ni por las anomalías encontradas en la TAC de tórax o la disminución de la CVF. Ninguna variable detecta los pacientes que mostrarán caída severa (> 10 puntos) de la SaO₂ durante la PC6m. Este estudio enfatiza la importancia de evaluar la caída de la SaO₂ en la FPI independientemente de la disnea o la DLCO.

TL45

0146. PREVALENCIA DE COMPROMISO PULMONAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLERODERMIA

R Villagomez¹, M Otaola², N Baillieu², G Tabaj¹, M Collado⁵, V Di Boscio⁵, S Quadrelli¹

¹Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina. ²Hospital de Clínicas, Argentina. ³Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari, Argentina. ⁴Instituto de Rehabilitación Psicológica, Argentina.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una complicación frecuente de la esclerosis sistémica progresiva (SSc). Su incidencia varía entre 25 y 90% y generalmente se acompaña de pobre pronóstico. En la gran mayoría de pacientes con SSc y EPI el patrón histopatológico del compromiso pulmonar corresponde neumonía intersticial no específica (NSIP) y estos pacientes rara vez necesitan biopsia. La EPI se define según criterios clínicos, funcional y radiológicos. Lo más ampliamente aceptado es definirlo por difusión de monóxido de carbono (DLCO) disminuida y cambios en la tomografía de alta resolución (TACAR) con compromiso intersticial.

Objetivo: Determinar la prevalencia de EPI en una población de 70 pacientes con diagnóstico de SSc independientemente de síntomas respiratorios definida por distintos métodos.

Material y métodos: Estudio de cohorte de 70 pacientes ingresados consecutivamente de 2002 a 2005 si cumplían todos los criterios de la American Rheumatism Association. Se realizó a todos los pacientes historia clínica estandarizada, TACAR, espirometría, volúmenes pulmonares y DLCO. Se realizó diagnóstico de EPI por uno de dos métodos: a) DLCO <70% o b) compromiso intersticial en la TACAR.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes (59 mujeres, edad 54,7 ± 9, años), CVF 78,0 ± 19,2%, CPT 80,9 ± 18,1%, SaO₂ 96,1 ± 2,3% de los cuales 48 (68,6%) tuvieron diagnóstico de EPI por DLCO y 40 (57,1%) por TACAR. Los pacientes definidos como EPI por DLCO disminuida mostraron una media de CVF 74,6%, CPT 78,9%, SaO₂ 90,6%. Los pacientes definidos como EPI por TACAR mostraron valores funcionales significativamente más bajos que los que tuvieron TAC normal (CVF 73,1%, CPT 77,6%, SaO₂ 91,1%, DLCO 57,5%). De los 22 pacientes con DLCO > 70% (normales por DLCO) 8 (36,4%) tenían TAC patológica y de los 30 pacientes con TAC normal 17 (56,6%), tenían DLCO <70%. El grado de acuerdo entre ambos métodos para definir la presencia de EPI fue pobre (coeficiente kappa 0,24).

Conclusiones: La prevalencia de EPI en esta serie es similar a otras previamente publicadas. Ya que no existe un gold standard para el diagnóstico de EPI en SSc, su prevalencia depen-

de del criterio utilizado para definirla. El diseño de este estudio no permite determinar si el diagnóstico por la DLCO o TACAR tienen mayor relevancia clínica y pronóstica pero dado el bajo grado de acuerdo entre ambos, probablemente sea una necesaria una combinación de ambos métodos para evitar falsos negativos.

TL46

0148. CARACTERÍSTICAS TOMOGRÁFICAS Y SOBREVIDA A CINCO AÑOS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA

N Baillieu¹, M Otaola¹, R Villagomez², V Di Boscio³, G Tabaj⁴, JC Spina², S Quadrelli²

¹Hospital de Clínicas, Argentina. ²Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina. ³Instituto de Rehabilitación Psicofísica CABA, Argentina. ⁴Hospital Cetrángolo, Argentina.

Introducción: La esclerosis sistémica (SSc) es frecuentemente asociada a enfermedad pulmonar intersticial (EPI), complicación que constituye la principal causa de morbi-mortalidad. Existe controversia en la literatura respecto a la real correlación entre los hallazgos tomográficos y el pronóstico de pacientes con diagnóstico de SSc. Los sistemas de estratificación tomográfica no son practicables en la práctica diaria, lo cual lleva a utilizar apreciaciones subjetivas del grado de extensión y tipo de afectación pulmonar.

Objetivos: Determinar si la presencia de compromiso pulmonar intersticial y el tipo de afectación (sospecha de UIP Vs no UIP) por tomografía axial computada de alta resolución (TACAR) correlaciona con la mortalidad a 5 años en un grupo de 70 pacientes con diagnóstico de SSc.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte de 70 pacientes ingresados consecutivamente de 2001 a 2004 si cumplían todos los criterios de la American Rheumatism Association. Se realizó a todos los pacientes historia clínica estandarizada, TACAR y estudios funcionales. La TACAR fue evaluada en forma ciega por dos observadores independientes sin conocer los datos funcionales. Se incluyeron todos los pacientes independientemente de la presencia o no de síntomas y se realizaron los estudios en el momento del ingreso al protocolo. Los pacientes fueron mantenidos en seguimiento por al menos 5 años y si no permanecían en seguimiento se los contactó a todos de manera telefónica en julio de 2009 (a más de 5 años del diagnóstico) para constatar mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes (59 mujeres, edad 54,7±9 años). El 57% tenían compromiso pulmonar intersticial definido por TACAR, de los cuales 17% fueron consideradas altamente sospechosas de neumonía intersticial usual (UIP). La CVF (73,1±17,8% vs 84,5±19,3% p = 0,016) y la DLCO (57,4±16,6% vs 66,6±16,9% p = 0,028) de los pacientes con diagnóstico de EPI por TACAR fueron significativamente menores que los del grupo con TACAR normal. La función pulmonar de los pacientes con EPI altamente sospecho de UIP vs EPI no UIP no fue diferente. La presencia de EPI no incrementó significativamente la mortalidad a cinco años (15 Vs 3% p = 0,226). Los pacientes que presentaron EPI no UIP vs EPI sospechosa de UIP en TACAR no presentaron diferencias significativas en la supervivencia a cinco años (pacientes vivos a cinco años 81 Vs 100%, p = 0,567). En un modelo de regresión logística ni la presencia de EPI en TACAR (OR 0,195 IC 0,0223 a 1,7150 p = 0,140) ni la sospecha de UIP en TACAR (p = 0,967) predijeron la mortalidad a 5 años.

Conclusiones: El compromiso funcional de los pacientes con SSc y EPI es frecuentemente de grado leve. La presencia de EPI no empeora la supervivencia en los primeros 5 años del diagnóstico aunque implica compromiso funcional identificado por DLCO y CVF. El patrón de UIP por TACAR en pacientes con SSc no generó el impacto en la supervivencia observado en el contexto de enfermedad idiopática.

TL47

0155. BRONQUIOLITIS OBLITERANTE. SERIE DE CASOS

P Peñaloza, V Moyano, M Uribe, A Babini

Hospital Italiano, Argentina.

Objetivos: describir 5 casos de Bronquiolitis obliterante de diferente epidemiología y fisiopatogenia. La Bronquiolitis Obliterante (BO) es una patología que afecta las vías aéreas pequeñas, definida como una injuria inflamatoria no específica con obstrucción fibrosa. Se trata de un síndrome secundario a varias causas. Y en la literatura lo hallado son relatos de casos aislados o pequeñas series de casos.

Caso 1: mujer 79 años pintora. Disnea y opresión torácica luego de angioplastia coronaria. Derivada para manejo de enfisema. TACAR enfisema lóbulos inferiores, áreas de vidrio esmerilado.

VEF1 65%. Test de marcha 60% del predictivo, Borg 6, desaturación, salmeterol fluticasona. Nueva TACAR con cortes en espiración: áreas de atenuación y mosaico de perfusión. Tratamiento esteroides vía oral, claritromicina. Se suspende exposición a trementina y barnices. TACAR a 6 meses y 12 mese sin cambios. Mejoría funcional.

Caso 2: mujer 74 años. Artritis Reumatoidea un año de tratamiento. Asma desde la juventud, disnea progresiva, bronco espasmo sin tratamiento. Luego de broncodilatadores y esteroides inhalados sin respuesta, subcrepitanres bibasales. TACAR en espiración áreas parcheadas de hipo atenuación parenquimatosa, patrón en mosaico, nódulos aislados. Test de marcha 70% del predictivo, desaturación. Borg 4 Se inicia azatioprina.

Caso 3: Mujer 30 años tabaquista, trastorno psiquiátrico, anorexia, disnea, broncoespasmo. Insuficiencia respiratoria UTI. Recibe broncodilatadores, esteroides venosos e inhalados. Mejoría, sin resolución. Radiología: hiperinsuflación pulmonar, infiltrado retículo nodulillar. TACAR vidrio esmerilado, áreas de condensación parcheadas, patrón de árbol con yemas. BAL stafilococo aureus. Por sospecha de T.B.C. recibe tratamiento con tuberculostático. Mala evolución. Disnea progresiva, hipoxemia, oxigenoterapia crónica. Relato de exposición a humo durante varias horas por incendio de material por poliuretano. TACAR patrón de árbol con yemas, nodulillos centroacinares, atenuación, y mosaico de perfusión.

Insuficiencia respiratoria hipoxémica hipercápnica. Fallece.

Caso 4: Varón 20 años. Artritis reumatoidea juvenil. Lupus eritematoso sistémico. Disnea broncoespasmo, compromiso funcional con caída progresiva. TACAR bronquiolitis folicular. Refractoriedad terapéutica. Respuesta a rituximab. Mejoría clínica y funcional.

Caso 5: varón 20 años. Fibrosis Quística. Posterior a trasplante pulmonar bilateral. Deterioro funcional. (VEF1). TACAR BO.

Conclusión: En los casos aquí descriptos observamos que la presunción diagnóstica inicial fue de un trastorno obstructivo por las manifestaciones clínicas y funcionales pero no específicamente esta entidad.

El diagnóstico se realiza por TACAR y cortes en espiración, dando ésta una clasificación adecuada para distinguir los diferentes patrones, en base a sus hallazgos, con importancia sensibilidad y destacando que es un método no invasivo.

TL48

0174. HISTIOCITOSIS X. PRESENTACIÓN DE UN CASO

J Navarro, L Fabaro, J Bettini, C Marmanelli, N Cardozo

Hospital Naval Puerto Belgrano, Argentina.

Introducción: La Histocitosis X o Granulomatosis de células de Langerhans es una enfermedad pulmonar intersticial poco frecuente e idiopática, que afecta a adultos jóvenes fumadores

y se presenta con tos seca y disnea de esfuerzo progresiva. La mitad de los pacientes están asintomáticos en las fases iniciales. En ocasiones se asocia a lesiones quísticas óseas en el cráneo, huesos largos y pelvis; y diabetes insípida (28% de los casos). Radiológicamente se presenta con patrón intersticial difuso y quistes aéreos de predominio apical. El examen funcional respiratorio puede ser normal o con patrón mixto. El lavado broncoalveolar evidencia células CD1 + más 5% de las células de estirpe macrofágica; y la biopsia pulmonar demuestra acumulo de células de Langerhans, eosinófilos, linfocitos y fibrosis tisular con formación de quistes y cavidades.

El pronóstico es variable ya que puede resolverse espontáneamente, permanecer estable o evolucionar hacia la fibrosis. Dichas manifestaciones pueden mejorar con el abandono del hábito tabaquico, siendo esto y los glucocorticoides el tratamiento de la enfermedad.

Objetivo: Revisión bibliográfica de esta enfermedad poco frecuente.

Caso Clínico: Paciente mujer de 44 años tabaquista de 20 cigarrillos/día que consulta por tos seca y disnea de esfuerzo clase funcional III. Se realizó radiografía y TACAR de tórax que evidencio patrón pulmonar de tipo reticonodullillar, en vidrio deslustrado y área de atrapamiento aéreo con distorsión de la arquitectura a predominio de lóbulos superiores.

La Espirometría mostraba patrón restrictivo moderada y obstructivo leve. Severa disminución DLCO, la TLC y el RV dentro de valores normales, el RV/TLC se encontró aumentado indicando atrapamiento aérea, el Test de marcha de 6 minutos presentó desaturación de un 4% respecto al valor basal, durante el esfuerzo realizado. Se realizó, además Fibrobroncoscopia con BAL que mostró células de predominio linfocitario y Biopsia Quirúrgica pulmonar que dio como resultado infiltrado inflamatorio linfocitario intersticial moderado con algunos eosinófilos, proliferación de células alveolares y descamación intraalveolar.

La investigación inmunohistoquímica con anticuerpo monoclonales anti CD1a, marcador de células de Langerhans, mostró numerosas células CD1a positivas, formando parte de los infiltrados inflamatorios.

Diagnostico: Severo enfisema difuso centrolobulillar. Hallazgo histológico compatible con Histiocitosis X (Granuloma Eosinofílico de pulmón) en etapa incipiente. Se inicio tratamiento con prednisona vía oral 20 mg/día, salmeterol mas fluticasona inhalatorios, y abandono del cigarrillo.

Conclusión: La Histiocitosis X es una enfermedad que debe tenerse en cuenta en el diagnostico diferencial de pacientes jóvenes fumadores con Enfermedad Pulmonar Intersticial con patrón nodulillar y quistico. Su evolución es variable desde la remisión espontánea hasta la fibrosis, siendo esta ultima la mas frecuente en la mayoría de los pacientes que continuaron fumando, por eso la importancia del abandono de ese hábito.

Kinesiología - Oncología

DOMINGO 4 DE OCTUBRE DE 2009

15.45 – 16.45

Salón Peralta Ramos S

TL49

0044. ATIPIA PULMONAR. PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE

H.Sale, O Diaz, M Collante, M Noguera, A Rovarini, E Salazar

Hospital Nicolás Avellaneda, Tucumán, Argentina.

Paciente masculino 31 años, consulta por tos y síndrome febril prolongado de 2 meses de evolución. Dolor en hombro y hemotórax izquierdo, con impotencia funcional, post traumática secundaria a golpiza. Incapacidad de elevar el brazo.

Antecedentes: Residente en instituto penal, adicto inhalatorio (cocaína). Ex tabaquista leve por 5 años.

Al examen físico, adelgazamiento marcado, palidez cutaneo-mucosa, taquicardico 116 l/m., febril: 38.5. Frecuencia respiratoria de 20/m. Crepitantes en base izquierda.

Ex. Complementarios: Hto=29%, G. Blancos=11100. Neu = 76%, VSG= 120 mm. Hepatograma y función renal normales. Rx Tórax: Opacidad intersticio-alveolar para hilar izquierda, homogénea. Por antecedente se plantea diagnóstico diferencial con contusión pulmonar complicada.

Hemocultivo: Stafilococo coagulasa negativo metilino resistente. Urocultivo negativo. Inicia Vancomicina 2gr/día. Completa esquema 21 días, con mala evolución, febril y dolor persistente con escasa respuesta a aines. Ecocardiograma normal. HIV negativo. Colagenograma normal, sorología para hongos negativa.

Normaliza recuento de de blancos con VSG alta mas de 100, progresión de imágenes radiológicas, presenta tos hemoptóica. Se solicita TACAR. Masas nodulares en lóbulo superior izquierdo, ganglios mediastinales.

Fibrobroncoscopia: En la entrada de Bronquio fuente Izquierdo, coágulo adherido a pared. Lavado bronquial: gérmenes, micológico y BAAR negativos.

Biopsia endobronquial: Adenocarcinoma de celulas claras. Eco abdominal y Tac de abdomen Normales.

Se expone el caso ante la presentación de tumor poco frecuente en individuo joven.

TL50

0056. RESPUESTA FISIOLÓGICA A LA EJERCITACIÓN PROPIOCEPTIVA EN PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA. INFORME PRELIMINAR

D.Torres, P Nieto, N Tiribelli, D Noval, S Ilutovich

Sanatorio Trinidad Mitre, Argentina.

Objetivo: Los pacientes en ventilación mecánica (VM) están expuestos a complicaciones neuromusculares y articulares asociadas a la inmovilización prolongada. El objetivo de este trabajo es observar modificaciones en los parámetros hemodinámicos y respiratorios, en pacientes en VM ante una rutina de movilización/ejercitación de patrones propioceptivos.

Material y métodos: Es un estudio prospectivo, transversal, observacional.

Se incluyeron pacientes en VM de la Terapia Intensiva del Sanatorio Trinidad Mitre de Marzo a Junio de 2009. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, estables hemodinámicamente: Frecuencia cardíaca (FC) entre 60-130 L/m, Tensión arterial sistólica (TAS) entre 90-160 mmHg, sin arritmias, con o sin drogas vasoactivas; con intercambio gaseoso adecuado (SatO₂ > 92% con FiO₂ < 0.6 y PEEP < 10 cmH₂O). Se excluyeron pacientes en cuidados paliativos y con fracturas inestables. Se fijó una rutina de movilización con patrones propioceptivos de 20 minutos de duración (5 minutos por miembro, activa o pasiva), la cual se adaptaba al nivel de sedación (según la escala RASS). Se evaluó al comienzo y al final de la rutina: FC, frecuencia respiratoria (FR), TAS, volumen minuto respiratorio (VMR) y SatO₂. Para el análisis estadístico se utilizó el Test de T apareado. Los resultados aparecen como media y desvío estándar, diferencia de medias e intervalo de confianza. Se consideró estadísticamente significativa una p < 0.05.

Resultados: Se evaluaron 20 pacientes en VM (14 hombres, 6 mujeres). La edad fue de 64 años (18.6). Causas de VM: Coma

(n=3), Insuficiencia respiratoria aguda (n= 16), IRA sobre crónica (n=1). Al momento del tratamiento 12/20 pacientes (60%) recibían drogas vasoactivas; y 16/20 pacientes (80%) analgesia y/o sedación, con un score RASS de -4 (1.16).

En un paciente la movilización debió detenerse por disminución de la FC mayor a un 20%, que se normalizó sin otras medidas. No se registraron otros eventos adversos que motivaran la suspensión de la movilización.

| Variable | Inicio | Final | Diferencia de medias | IC 95% | p |
|-------------|--------------|--------------|----------------------|----------------|------|
| TAS (mmHg) | 119.1 (18.9) | 129.6 (27.1) | - 10.5 | - 21.5 a 13.3 | 0.62 |
| FR | 18.2 (5.7) | 18.4 (3.6) | - 0.2 | - 2.7 a 4.2 | 0.65 |
| FC | 84.3 (20.7) | 82.6 (15.7) | 1.7 | - 7.07 a 18.58 | 0.36 |
| SatO2 (%) | 97.5 (1.7) | 98 (1.68) | - 0.48 | - 1.5 a 0.6 | 0.37 |
| VMR (l/min) | 8.5 (2.3) | 8.81 (3.17) | - 0.31 | - 2 a 2.3 | 0.88 |

Conclusión: La implementación de una rutina de movilización/ejercitación de patrones propioceptivos no produjo alteraciones hemodinámicas ni respiratorias y pudo aplicarse de manera segura.

TL51

0089. OAT CELL DE PULMÓN, PRESENTACIÓN ATÍPICA

CM Boccia, D Benedetti, ML Martinez, JA Gonzalez, C De Salvo

Hospital E.Tornú, Argentina.

Introducción: Los Carcinomas Neuroendócrinos de Células Pequeñas comprenden una variedad de neoplasias pulmonares, con clínica, tratamiento y pronóstico que difieren del resto.

Caso Clínico: Paciente de 60 años, sexo femenino, que consulta por tos y hemoptisis de grado leve de 1 año de evolución. Pérdida de peso no cuantificada. Tabaquismo severo. Rx. Torax: opacidad heterogénea periférica en campo inferior izquierdo y ensanchamiento mediastínico. TAC de Torax s/c: Imagen lobulada que presenta contacto con la pared torácica, adenomegalias mediastínicas y tumoración que compromete la cisura menor. FBC: compresión extrínseca del bronquio fuente izquierdo; árbol bronquial derecho: edema de la mucosa con engrosamiento en la entrada al Lóbulo Medio y suboclusión de la luz. Biopsia: caracteres morfológicos e inmunohistoquímicos que corresponden a Carcinoma Neuroendócrino de Células Pequeñas.

Conclusión: La hemoptisis no es la forma habitual de presentación de este tipo de cáncer ya que crece a partir de la submucosa, ni por los grandes crecimientos locales (aún siendo de crecimiento muy rápido) ya que antes se manifiesta por MTTTS a distancia (cerebro 90% hígado 60%) ó por síndromes paraneoplásicos. No es característica la localización periférica en el pulmón. Dado el tiempo prolongado de evolución de la enfermedad, hubiera sido esperable alguna de estas situaciones al momento del diagnóstico, o tal vez por su frecuencia un síndrome de Vena Cava Superior y / o manifestaciones neurológicas.

TL52

0102. PRESENTACIÓN INUSUAL DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CELULAS B PRIMARIO DE MEDIASTINO COMO TUMOR DE PARED TORÁCICA

E Muiño Aguilar, K Patané, A Rosales, C Poleri, O Rojas

Hospital de Rehabilitación Respiratoria Maria Ferrer, Argentina.

Introducción: Los tumores de la pared torácica presentan diversas diferenciaciones debido a la variedad de tejidos que la conforman. Los podemos clasificar en primarios, metastásicos, por invasión local de tumores adyacentes y lesiones no

neoplásicas. Más del 60% de estos tumores corresponden a metástasis o invasión local por tumores adyacentes y los linfomas corresponden sólo al 2%. El Linfoma de células B primario de mediastino es una afección infrecuente, que representa del 2% al 6% de los Linfomas no Hodking y un 6% a un 10% de los linfomas de células grandes.

Presentamos un paciente con Linfoma Difuso de Grandes Células B mediastinal, con una presentación clínico radiológica inusual de tumor de pared, destacando la importancia de considerar el diagnóstico prequirúrgico en los tumores de pared.

Caso Clínico: Paciente masculino de 26 años de edad que concurre a la consulta presentando una formación torácica paraesternal derecha, de aproximadamente 15 por 15 cm de diámetro, de tres meses de evolución. Presenta como síntoma acompañante dolor en hemitórax derecho, y sudoración nocturna. Al examen físico se constata tumoración de características duro elásticas, sin otros hallazgos clínicos de importancia.

Se comprueba en las imágenes tomográficas y en la RMN una masa con densidad de partes blandas que invade región paraesternal derecha con crecimiento endotorácico hacia mediastino anterosuperior, sin plano de clivaje con estructuras mediastínicas.

Se realiza biopsia incisional de la tumoración de pared torácica antero lateral derecha. En el estudio histopatológico se observó una proliferación de grandes células con citoplasma claro y núcleo con nucleolo prominente con inmunofenotipo CD20 +, CD3 -, CD15 - y CD30 + en aisladas células.

Diagnóstico: Linfoma difuso de grandes células B primario de mediastino.

Se deriva al paciente a servicio de oncohematología para inicio de tratamiento quimioterápico (esquema CHOP 6 ciclos y MABTHERAPY 4 ciclos) constatando al final del tratamiento remisión casi completa de la lesión.

Discusión: El linfoma difuso de grandes células B de mediastino deriva de los linfocitos B medulares del timo. Se presenta en pacientes jóvenes, en la 4ta década de la vida y a predominio de mujeres, con invasión del compartimiento anterior del mediastino, presentando también invasión pleural, pericárdica, pulmonar y raras veces de la pared torácica.

El tratamiento inicial de estos pacientes es la modalidad combinada presentando superioridad sobre la quimioterapia como única terapéutica. La utilización de esquema CHOP asociado a radioterapia aumenta la sobrevida libre de enfermedad. El advenimiento de anticuerpos monoclonales ha determinado que se use dentro de la primera línea de tratamiento el Rituximab. Remarcamos que la realización de una biopsia e histología prequirúrgica permitió adecuar en este paciente el tratamiento específico.

TL53

0120. CARACTERÍSTICAS DE LA ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS

SD Aguilar, ME Jara, ML Francesconi Pic, MA Vergara Labrin, ML Figueroa

Sanatorio Frances CIPREM - Córdoba, Argentina.

La desconexión del paciente de la Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) debe ser considerada desde el momento mismo de su inicio, esta actividad kinesica es la que mayor relevancia ha tomado en los últimos tiempos.

Objetivos: Analizar características y evolución de los pacientes que requirieron ARM en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Sanatorio Francés de la ciudad de Córdoba.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, incluyó la totalidad de pacientes ingresados a UTI que requirieron ARM por mas de 12 hrs; desde el 01 de Diciembre de 2008 al 31 de Marzo de 2009. Registramos datos demográficos,

puntaje APACHE II, motivo y días de ARM, persona que extuba, días de UTI y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes, sexo femenino 51,16% (n=22) y masculino 48,84% (n=21). Edad media de 71,79±18,26 años, rango 23 a 95. Los diagnósticos de ingreso fueron Insuficiencia Respiratoria Aguda 32,56% (n=14); Síndrome Agudo Vascular Encefálico 13,95% (n=6); Abdomen Agudo y EAP 11,63% (n=5); Neumopatía Infecciosa Grave y Síndrome Séptico 6,98% (n=3); Traumatismo Craneo Encefálico, Shock Cardiogénico y Postquirúrgico Cardiovascular 4,65% (n=2) e Insuficiencia Renal Aguda 2,33% (n=1). El puntaje APACHE II fue 25,09 ±9,23 puntos, rango 4 a 40. Permanencia en UTI de 8,77 ± 9,62 días. Mortalidad 60,47% (n=26).

Los pacientes recibieron ARM desde el 1,44 ±2,57 día del ingreso, rango 0 a 13, y durante 5,07 ±8,29 días, rango 1 a 49. El Weaning se realizó en 53,49% (n=23) pacientes, al 2,83 ±1,29 día de ARM, utilizando Presión de Soporte 52,17% (n=12) y Prueba de Tubo en T 47,83% (n=11), éxito en 73,91% (n=17) y fracaso en 26,09% (n=6). El personal que extubo fue el licenciado de kinesiología 76,47% (n=13), médico de turno 17,65% (n=3) y el mismo paciente 5,88% (n=1).

El grupo de pacientes fallecidos (n=26) fueron sexo masculino 53,85% (n=14) y femenino 46,15% (n=12). Edad media de 79,85 ±9,42 años, rango 59 a 95. El puntaje APACHE II fue 30,62 ±5,42 puntos, rango 17 a 40. Días en UTI 8,15 ±10,76. **Conclusiones:** Se observó alta mortalidad en pacientes conectados a ARM, en relación a su mayor edad y mayor score de gravedad.

TL54

0153. FIBROBRONCOSCOPÍA ASISTIDA CON VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

S Di Yelsi, J Osses, J Lardies, G Wagner, R Ahumada

Fundación Favaloro, Argentina.

Introducción: La realización de Fibrobroncoscopia (FBC) en pacientes con insuficiencia respiratoria severa (IRS), no intubados y con altos requerimientos de oxígeno suele estar contraindicada debido a los riesgos de arritmias graves o abrupto deterioro ventilatorio.

Un importante número de estudios ha demostrado que la utilización de ventilación no invasiva (VNI) como soporte ventilatorio durante la FBC en pacientes con IRS, es una alternativa a la intubación, segura y efectiva, permitiendo un adecuado intercambio de gases durante el procedimiento.

Objetivo: Evaluar la utilidad y seguridad de la VNI durante la realización de FBC en pacientes con IRS.

Material y método: Se evaluaron prospectivamente pacientes internados en unidad de cuidados intensivos, con IRS, no intubados que requerían FBC con lavado broncoalveolar (BAL) por sospecha de neumonía nosocomial. El procedimiento se realizó a través de máscara facial, conectado a un generador de doble nivel de presión (BiPAP), con aporte de O₂ utilizando un adaptador en «T». El ingreso fue por vía transnasal.

Durante el estudio se controló tolerancia, saturación de oxígeno y parámetros de mecánica ventilatoria, incluyendo frecuencia respiratoria (FR) y volumen corriente (VT).

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes (8 femeninos), la edad media fue de 55 años (rango 13-82), 6 pacientes con trasplante pulmonar, 1 con trasplante cardíaco, 6 en posoperatorios de cirugía cardíaca y 5 internados por motivos clínicos. Se utilizaron niveles de IPAP entre 10 y 22 CH₂O y de EPAP entre 4 y 10 CH₂O. La FiO₂ fue entre 35 y 40%. El VT medio fue de 437 ml (rango 130-760). La FR media, inicial fue de 23 (rango 14-33) y la final de 26 (rango 18-39). La saturación media, al inicio fue de 96% (rango 92-100%) y al final del estudio 96% (rango 91-100%) respectivamente.

La adaptación y tolerancia durante el estudio fue buena en 13 (72%) pacientes, Tres presentaron taquipnea y dos desaturación durante el procedimiento sin necesidad de suspender el estudio. Ningún paciente presentó arritmias ni requirió intubación posterior a FBC.

Conclusión: La aplicación de VNI durante la FBC representa una alternativa segura y efectiva, permitiendo evitar la intubación en pacientes con IRS.

TL55

0154. VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE PULMÓN

S Di Yelsi, J Lardies, J Osses, V Morozovsky, J Steimberg, Y Perna, A Bertolotti, R Favaloro

Hospital Universitario Fundación Favaloro - Universidad Favaloro, Argentina.

Introducción: El trasplante de pulmón es una alternativa terapéutica en los pacientes con enfermedades pulmonares crónicas. Las dos causas más frecuentes de falla respiratoria durante el postoperatorio inmediato de trasplante pulmonar son las infecciones (alrededor de un 20%) y la injuria de reperfusión (entre un 11 y un 35%). La utilización de ventilación no invasiva (VNI) en el postoperatorio inmediato ha sido utilizada con éxito en estas complicaciones.

Objetivo: analizar la utilidad y efectividad de la VNI en pacientes postrasplante pulmonar.

Material y métodos: Se evaluaron retrospectivamente pacientes trasplantados pulmonares en la Fundación Favaloro entre el 01/01/2008 y el 30/06/09 y que recibieron VNI en el periodo postrasplante de pulmón inmediato. Se incluyeron 21 casos (14 del sexo masculino), edad promedio de 52 años (rango 22-65), 9 pacientes eran portadores de enfisema pulmonar, 6 de fibrosis pulmonar, 3 de fibrosis quística del páncreas, 3 bronquiolitís obliterante. Sobre el total de 21 casos, 13 pacientes recibieron trasplante unipulmonar, 8 trasplante bipulmonar, y entre éstos había 2 retrasplantes. La mediana de tiempo de asistencia respiratoria mecánica (ARM) postquirúrgica inmediata fue de 58 horas (rango 15-528). En la VNI, como soporte ventilatorio post extubación, se utilizó presión positiva inspiratoria (IPAP) de 14,0±2,7 y espiratoria (EPAP) de 5,8±1,0 (en cm de agua, media±DE). La fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) fue entre 35 y 40%. Se analizaron indicaciones de VNI, éxito de la aplicación y mortalidad.

Resultados: En función de la evolución post extubación, se divide el análisis de los 21 casos en tres grupos. Un primer grupo de 10 pacientes desarrolló falla hiperkápnica post extubación (5 tuvieron disfunción muscular respiratoria y 5 deterioro del sensorio) resolviendo en todos los casos su compromiso respiratorio mediante VNI (tiempo de VNI 9,5 días, rango 1-17).

Un segundo grupo de 5 pacientes desarrolló insuficiencia respiratoria aguda (IRA) hipoxémica (4 por neumonía y 1 por injuria de reperfusión). En tres casos el compromiso se resolvió mediante el uso de VNI (2,7 días, rango 1-4), en tanto que 2 requirieron ARM posterior.

Un tercer grupo de 6 pacientes desarrolló IRA mixta (4 por neumonía y 2 por injuria de reperfusión). En tres casos el compromiso se resolvió mediante VNI (11,3 días, rango 11-12), mientras que 3 pacientes necesitaron ARM posterior.

De los 5 pacientes que requirieron ARM el diagnóstico fue neumonía nosocomial, de los cuales 3 fallecieron.

En resumen, sobre un total de 21 casos, en 16 pacientes (76%) la aplicación de VNI permitió revertir las complicaciones gasométricas post trasplante.

Conclusión: La aplicación de VNI en pacientes postrasplante de pulmón representa una alternativa en el tratamiento de las complicaciones respiratorias durante el periodo postoperatorio inmediato.

TL56

0181. ABLACIÓN DE TUMORES POR RADIOFRECUENCIA EN PULMÓN: EXPERIENCIA INICIALC Seinelidín¹, H Pfeiffer², S Seinelidín¹, L Pieretti¹¹Hospital Español de Rosario, Argentina. ²Clinica de Nefrología de Santa Fe, Argentina.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia inicial en el tratamiento de tumores primarios y metastásicos de pulmón con el empleo de la técnica de ablación por radiofrecuencia.

Material y método: Desde noviembre de 2007 hasta julio de 2009 hemos tratado 14 pacientes de los cuales 3 fueron con intento curativo y 11 como procedimiento paliativo. En tres casos se trató de metástasis de carcinoma de colon. En 11 de ellos, se realizó bajo guía tomográfica y en los 3 restantes bajo visión intraoperatoria. En un caso se realizó una segunda ablación por recidiva tumoral.

Resultados: La ablación por radiofrecuencia se pudo realizar en la totalidad de los pacientes y la media del seguimiento fue de meses. Las complicaciones presentaron una incidencia del 40% siendo estas neumotorax, hemoptisis y quemadura del lugar de la punción que no requirieron tratamiento complementario y un derrame pleural que fue drenado. No hubo muertes relacionadas con el procedimiento.

Conclusiones: La ablación de tumores por radiofrecuencia es un método con aceptable morbilidad y nula mortalidad que se puede utilizar como tratamiento definitivo o complementario del cáncer de pulmón y de metástasis pulmonares.

Neumonología Clínica II**DOMINGO 4 DE OCTUBRE DE 2009****15.45 – 16.45****Salón Real N**

TL57

0087. USO DE TOBRAMICINA EN BRONQUIECTASIAS: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

G Kalayan

Centro de Enfermedades Inmunológicas, Argentina.

Las bronquiectasias son un síndrome caracterizado por tos crónica y producción de esputo diario asociado con dilatación de la vía aérea. Para su producción es necesario que exista: infección, compromiso del drenaje, obstrucción de la vía aérea y/o disminución de las defensas del paciente. Requiere la actividad de mediadores tales como proteasas neutrofilicas, peroxidasa, citokinas (IL-8, TNF-alfa) y elastasa. Si bien en los períodos de estabilidad este círculo está activo, su mayor expresión se observa durante las exacerbaciones. Se presenta el caso de una paciente de 19 años con Bronquiectasias de 6 años de evolución, se extirpó parte del lóbulo basal del pulmón derecho en 2003 y 2007. Las biopsias respectivas informaron bronconeumonía inespecífica, la cual sería el origen del proceso supurativo.

Datos positivos: Espirometría con Moderada restricción pulmonar que no mejora con la broncodilatación, test de sudor negativo y cultivo de esputo positivo a Pseudomona Aureginosa. Se inicia el tratamiento con Tobramicina inhalada 300 mg b.i.d c/12 hs durante 3 meses. Al mes del tratamiento el esputo se negativizó para Pseudomona Aureginosa. El uso de Tobramicina no mejora la función pulmonar pero sí disminuye el número de agudizaciones que deterioran la calidad de vida.

Las ventajas potenciales de esta opción terapéutica serían la aplicación de antibióticos tópicos en altas dosis en el sitio de la infección, de esta manera se solventa el riesgo de aparición de resistencias y la presencia de efectos secundarios debido a su escasa absorción sistémica.

TL58

0095. NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO. REPORTE DE UN CASO

SM Vergottini, EE Oviedo, GV Kevorkof

Hospital Tránsito Cáceres de Allende, Argentina.

Introducción: El neumomediastino espontáneo asociado a crisis asmática es una entidad poco frecuente; habitualmente de curso benigno, autolimitado y resolución espontánea. Afecta generalmente a varones jóvenes y sanos.

Objetivo: Presentación de un proceso inusual, complicación de una exacerbación de asma severa.

Material y Métodos: Paciente de sexo masculino de 16 años de edad con diagnóstico de Asma Bronquial no controlado. Consulta al Servicio de Guardia por exacerbación asmática severa y dolor en región anterior del cuello de 4 días de evolución. Al examen físico: disnea, taquipnea, fiebre (38°), taquicardia; roncus y sibilancias diseminadas en ambos campos pulmonares; crepitación a nivel del cuello y región anterosuperior del tórax. Se efectuó Radiografía de Tórax (PA) y Tomografía computarizada de Tórax evidenciando Neumomediastino, Neumoraquis y Enfisema subcutáneo. Tratamiento: Antibióticos, antiinflamatorios, corticoides sistémicos, broncodilatadores y oxígeno a bajo flujo. Tiempo de internación: 8 días.

Resultados: Paciente resolvió favorablemente por lo que no fue necesario implementar maniobras terapéuticas que difieran de las habituales para el tratamiento del broncoespasmo agudo.

Conclusión: Si bien el cuadro clínico e imagenológico son impactantes, el tratamiento es conservador, el pronóstico favorable y las recidivas infrecuentes. La relación hombre/mujer se estima en 8/1. Conocer la incidencia real de este proceso es difícil debido a que la mayor parte de la literatura médica recoge la descripción de casos aislados, y las series de casos recogidas apenas hacen referencia a unas pocas decenas de pacientes.

Palabras Clave: Neumomediastino, Asma.

TL59

0123. PRUEBA AGUDA DE VASOREACTIVIDAD PULMONAR CON ILOPROST INHALADO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A CORTOCIRCUITOS SISTÉMICO-PULMONARES

R Ahumada, G Wagner, L Valdivieso, C Fava, G Lev, M Diez, L Favaloro, F Klein, J Osses, J Caneva

Fundación Favaloro, Argentina.

Introducción: La prueba aguda de vasoreactividad pulmonar (PVRP) es un reto farmacológico de alto nivel de evidencia en hipertensión arterial pulmonar idiopática (HTAPI) en el marco de la evaluación diagnóstica, pronóstica y terapéutica de esta patología, de acuerdo a las reiteradas recomendaciones de la OMS. Menor evidencia se ha observado en hipertensión arterial pulmonar asociada (HTAPA) a otras patologías, como ser los cortocircuitos sistémico-pulmonares (CSP); asimismo se ha limitado su aplicación por el riesgo potencial de complicaciones.

Objetivo: Valorar la respuesta hemodinámica aguda y las complicaciones en la PVRP con iloprost inhalado en pacientes con HTAPA a CSP.

Material y método: Se evaluaron en forma prospectiva y consecutiva 149 pacientes (ptes.) (12-83 años;100 mujeres;67.2%), portadores de HTP de los grupos I-V de la OMS; 107 HTAPI (71,8%); 15 CSP (10%), colagenopatías 8 (5,3%), tromboembólica crónica 9 (6%), enfermedad pulmonar parenquimatosa

5 (3,4%), cardiopatías izquierdas 1 (0,6%), VIH 2 (1,3%), hipertensión portal 1 (0,6%), secundaria a hipoxemia severa 1 (0,6%); fueron sometidos a cateterismo cardíaco derecho con PVRP con iloprost inhalado entre junio de 2001 y mayo de 2009 sin contraindicaciones para el mismo. Se midieron parámetros hemodinámicos basales y a los 3, 6, 9 y 12 minutos durante la inhalación con 50 µg de iloprost. Se consideró respuesta positiva al descenso > 10 mmHg en la presión media de la arteria pulmonar (PAPm) y con nadir < 40 mmHg, ambos parámetros al final de la prueba. La severidad fue considerada por el grado de la PAPm: leve: 25-35 mmHg; moderada PAPm: 36-45 mmHg; severa PAPm >45 mmHg. Se consideraron para el análisis 15 pacientes con CSP (10% de la población global), con 11 mujeres (73,4%), rango 12-50 años; media 30 años.

Resultados: La HTAP en CSP fue: severa: 13 ptes. (86,6%); moderada: 1 pte. (6,7%); leve: 1 pte. (6,7%).

La PAPm basal y final fue de 73 y 69 mmHg. No se registraron complicaciones cardiovasculares asociadas al procedimiento.

Conclusiones: La PVRP en CSP no demostró respuesta positiva ni complicaciones del método confirmando seguridad al procedimiento y orientando a la prescripción de nuevas drogas antihipertensivas pulmonares.

TL 60

0124. PRUEBA AGUDA DE VASOREACTIVIDAD PULMONAR CON ILOPROST INHALADO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO

R. Ahumada, G Wagner, L Valdivieso, C Fava, G Lev, M Diez, L Favalaro, F Klein, J Osses, J Caneva

Fundación Favalaro, Argentina.

Introducción: La prueba aguda de vasoreactividad pulmonar (PVRP) es un reto farmacológico de alto nivel de evidencia en hipertensión arterial pulmonar idiopática (HTAPI) en el marco de la evaluación diagnóstica, pronóstica y terapéutica de esta patología, de acuerdo a las reiteradas recomendaciones de la OMS. Menor evidencia se ha observado en hipertensión arterial pulmonar asociada (HTAPA) a otras patologías, como ser las enfermedades del tejido conectivo (ETC).

Objetivo: Valorar la respuesta hemodinámica aguda y las complicaciones en la PVRP con iloprost inhalado en pacientes con ETC.

Material y método: Se evaluaron en forma prospectiva y consecutiva 149 pacientes (ptes.) (12-83 años; 100 mujeres; 67,2%), portadores de HTP de los grupos I-V de la OMS; 107 HTAPI (71,8%); 15 CSP (10%), collagenopatías 8 (5,3%), tromboembólica crónica 9 (6%), enfermedad pulmonar parenquimatosa 5 (3,4%), cardiopatías izquierdas 1 (0,6%), VIH 2 (1,3%), hipertensión portal 1 (0,6%), secundaria a hipoxemia severa 1 (0,6%); fueron sometidos a cateterismo cardíaco derecho con PVRP con iloprost inhalado entre junio de 2001 y mayo de 2009 sin contraindicaciones para el mismo. Se midieron parámetros hemodinámicos basales y a los 3, 6, 9 y 12 minutos durante la inhalación con 50 µg de iloprost. Se consideró respuesta positiva al descenso > 10 mmHg en la presión media de la arteria pulmonar (PAPm) y con nadir < 40 mmHg, ambos parámetros al final de la prueba. La severidad fue considerada por el grado de la PAPm: leve: 25-35 mmHg; moderada PAPm: 36-45 mmHg; severa PAPm >45 mmHg. Se consideraron para el análisis 8 pacientes con ETC (5,3% de la población global), con 100% mujeres, rango 30-68 años; media 50 años. Esclerodermia 4 (50%) ptes., lupus eritematosos sistémico 2 (25%), ETC mixta 1 (12,5%), artritis reumatoidea 1 (12,5%).

Resultados: La HTAP en ETC fue: severa: 4 ptes. (50%); moderada: 2 ptes. (25%); leve: 2 ptes. (25%).

La PAPm basal y final fue de 44 y 40 mmHg respectivamente. No se observaron complicaciones del procedimiento.

Conclusión: La PVRP en HTP asociada a ETC no demostró respuesta positiva ni complicaciones del método, orientando a la prescripción de nuevas drogas antihipertensivas pulmonares y confirmando seguridad al procedimiento.

TL61

0156. EMBOLIZACIÓN BRONQUIAL EN BRONQUIECTASIAS

A de la Canal, R García Mónaco, G Svetliza, J Prececutti, O Peralta, C Dubra, J Rodríguez Gimenez, J Viudes, E Wainstein, M Las Heras

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Las bronquiectasias no corresponden a una única enfermedad sino más bien al estadio final de una variedad de agresiones pulmonares y de eventos causales, no relacionados entre sí. La hemoptisis en esta patología puede amenazar la supervivencia porque el sangrado proviene de los vasos bronquiales que soportan presiones sistémicas. La hemoptisis complica el 50% de las bronquiectasias.

La hemoptisis masiva es una emergencia potencialmente fatal si no se realiza un tratamiento invasivo adecuado que permita el cese de la misma. La embolización de arteria bronquial es un tratamiento adecuado y seguro, con porcentajes bajos de complicaciones, para controlar el sangrado en pacientes que no son candidatos para cirugía.

Objetivo: Determinar la eficacia de la embolización de arterias bronquiales en el control de la hemoptisis en pacientes con bronquiectasias

Material y métodos: Se realizó estudio retrospectivo de 20 procedimientos, efectuados entre los años 2001 y 2008, de embolización bronquial por hemoptisis en pacientes con bronquiectasias en el Hospital Italiano de Buenos Aires. 12 mujeres y 8 hombres, con rango de edad de 15-83 años (mediana: 51 años).

La indicación de embolización fue un sangrado bronquial mayor a 300 ml/24 horas o hemoptisis persistentes durante más de 3 días consecutivos con requerimiento de hospitalización. Todos los pacientes tenían exámenes de laboratorio, incluyendo estudios de coagulación, Rx simple de torax, tomografía computada de tórax. Angiografía bronquial. Fibrobroncoscopia fue realizada en 6 de ellos.

La embolización fue efectuada a través de un acceso endovascular por punción percutánea femoral con técnica Seldinger y cateterismo arterial selectivo bajo estricto control radioscópico en una sala de Angiografía Digital. La embolización de los territorios patológicos fue realizada bajo control radioscópico con micropartículas o emboesferas de 250-500 micrones en todos los pacientes, siendo complementadas con esponjostan en algunos de ellos.

Resultados: La causa de las bronquiectasias fueron: secundarias a infecciones 40%, 40% post TBC y 20% en enfermedad fibroquística. El 60% presentó hemoptisis moderada y 20% severa. En el 85% de los casos se practicó embolización bronquial y en el resto bronquial y mamaria. Fue bilateral en el 60%, 20% del lado derecho y 20% del izquierdo. En 18 pacientes se logró desvascularización completa y en dos no.

Se logró control agudo del sangrado en el 100%, 2 resanaron a los 8 y 12 meses respectivamente. Como efecto colateral al tratamiento se observó dolor torácico leve y transitorio en dos pacientes; medicados con antiinflamatorios no esteroide.

Conclusiones: La embolización de arteria bronquial constituye un tratamiento adecuado y seguro, para control agudo de la hemoptisis moderada y severa de pacientes con bronquiectasias no candidatos para cirugía. Se requiere una estrecha colaboración del grupo de trabajo formado por Radiólogo Intervencionista y Neumólogo para un tratamiento adecuado de los pacientes.

TL62**0157. AZITROMICINA EN FORMA CRÓNICA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROQUÍSTICAS**

A De La Canal, J Precerutti, G Svetliza, C Dubra, J Rodríguez Gimenez, J Viudes, E Wainstein, M Las Heras, H Benito

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Las bronquiectasias constituyen dilataciones anormales e irreversibles de los bronquios de mediano calibre, que se acompaña de destrucción del componente elástico y muscular de las paredes de los bronquios afectados.

La hipótesis del círculo vicioso en las bronquiectasias se sustenta en que la colonización bacteriana del aparato respiratorio prolonga los cambios inflamatorios y el daño pulmonar. Dados los resultados obtenidos con macrólidos en los pacientes con Panbronquiolititis y Enfermedad fibroquística, es de interés creciente investigar su potencial papel en las bronquiectasias no relacionadas con Enfermedad fibroquística. No se considera el efecto antibacteriano de los macrólidos, sino el anti-inflamatorio e inmunomodulador

Las propiedades antiinflamatorias de los macrólidos son debidas a su capacidad de inhibir el factor nuclear k B y la proteína activadora (AP-1), con lo que se disminuye la secreción de citocinas proinflamatorias y quimiocinas. Inhiben la expresión de la enzima óxido nítrico sintasa inducible y la secreción de óxido nítrico. Otro factor importante es su capacidad para acumularse en el neutrófilo e interferir en su quimiotaxis y migración al foco inflamatorio, al regular en su superficie celular la expresión de selectinas, integrinas y otras moléculas de adherencia intracelular y vascular. Se ha demostrado que favorecen la apoptosis del neutrófilo y su aclaramiento celular por los macrófagos.

Objetivo: Determinar la eficacia del tratamiento con Azitromicina en forma prolongada en pacientes con bronquiectasias con episodios de reagudización frecuente

Material y métodos: Se realizó en la Sección de Neumonología del Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano, estudio retrospectivo de historia clínica electrónica de 14 pacientes con diagnóstico de bronquiectasias a los que se los trató con Azitromicina 250 mg 3 veces por semana durante por lo menos 12 meses. Todos los pacientes tenían cultivo de esputo. TC de tórax. Se comparó la cantidad de episodios de reagudización pre y post tratamiento con Azitromicina.

Resultados: De los 14 pacientes el 86% era de sexo femenino y 14% masculino. Edad entre 52 y 96 años (mediana: 76 años). Cultivo de esputo: 8 con *Pseudomona* (57%) *Haemophilus influenzae* 5 (36%) y 1 con flora mixta (7%).

La localización de las bronquiectasias: Bilaterales 8(57%), en hemitórax derecho (22%) y 3 en hemitórax izquierdo (21%).

El número de exacerbaciones pre Azitromicina fueron entre 4 y 12 en 12 meses (media:7) y post tratamiento con Azitromicina entre 0 y 2 episodios en 1 año (media:0.20). Por lo tanto la disminución de las exacerbaciones fue significativa ($p > 0.00004$). Cinco pacientes reciben la medicación por más de 3 años en la actualidad.

Conclusión: Si bien el número de pacientes presentado es pequeño La incorporación de Azitromicina en forma crónica al tratamiento en pacientes con bronquiectasias no fibroquísticas ha demostrado utilidad con disminución de las exacerbaciones. La pregunta sería ¿Hasta cuándo continuar con el tratamiento?.

TL63**0164. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN UN ADOLESCENTE PREVIAMENTE SANO. ¿QUÉ ENFERMEDAD NO OLVIDAR?**

O Paladini¹, R Giosso¹, R Rodríguez¹, H Sacristán², V Morandi¹, P Malamud¹

¹Hospital Zonal de Agudos y Crónicos Dr. Antonio A. Cetrángolo, Argentina. ²Hospital Municipal Prof. Dr. Bernardo A. Houssay, Argentina.

Paciente de 15 años sin antecedentes patológicos previos que ingresa el 09/05/2009 a la Unidad de Terapia Intensiva de otra institución por presentar insuficiencia respiratoria aguda grave requiriendo intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva. Punción lumbar negativa para Sme. de Guillian Barré. El paciente requiere traqueostomía (29/05/2009) por ventilación mecánica invasiva prolongada. Ante la dificultad en el weaning y la sospecha de enfermedad neuromuscular se realiza electromiograma que no concluye diagnóstico. Intercurre con granuloma a nivel del segundo anillo traqueal que obstruye el 75% de la luz de la vía aérea por lo que es derivado a nuestra institución los primeros días de julio del corriente año. El paciente presentaba, al ingreso, atrofia muscular generalizada más cuadriparesia a predominio de miembros inferiores. El interrogatorio dirigido agregó diplopía en el plano horizontal, disfagia y disfonía cinco días previos a la hospitalización. Se interpreta el cuadro como una enfermedad neuromuscular de inicio fulminante, con compromiso motor cefalocaudal. Se realiza electromiograma siendo el mismo compatible con miopatía severa. Se descarta miopatía carencial y distrofias preexistentes por interrogatorio al entorno familiar. Presenta enzimas musculares dentro del rango normal. Frente a la fuerte sospecha clínica de enfermedad de placa se inicia tratamiento empírico para miastenia gravis a la espera de anticuerpos antireceptor de acetilcolina. El paciente evoluciona satisfactoriamente con mejoría paulatina de sus habilidades motoras y espirométricas con normalización del electromiograma. La intención de presentar este caso es pensar a la miastenia gravis como diagnóstico diferencial en la insuficiencia respiratoria de inicio abrupto en un paciente previamente sano.

Enfermedades intersticiales II

LUNES 5 DE OCTUBRE DE 2009

9.30 – 10.30

Salón Peralta Ramos S

TL64**0002. METOTREXATO Y NEUMONÍA INTERSTICIAL**

E Baran

IPENSA, Argentina.

Introducción: La neumonía intersticial por metotrexato es un evento adverso serio e impredecible que puede comprometer la vida del paciente, con una prevalencia descripta entre 0.3 a 7.5%. Inicialmente utilizado como droga antineoplásica, demostró ser un excelente antiinflamatorio. Se lo utiliza en muchas patologías: psoriasis, cirrosis biliar primaria, enfermedades inflamatorias intestinales y comúnmente en artritis reumatoidea.

Caso clínico: Paciente masculino de 43 años de edad con diagnóstico de artritis psoriásica. Comenzó hace seis meses con tratamiento con metotrexato 20 mg/semanales + naproxeno 500 mg/d. Presenta síndrome febril de 20 días de evolución acompañado de disnea y tos no productiva. En radiografía de tórax: infiltrado intersticial bilateral y fue medicado con claritromicina 500 mg cada 12 horas durante ocho días. Sin respuesta, consulta a nuestra institución donde es internado. Se suspende la medicación de base.

Examen físico: taquipneico, temperatura axilar 39.4°C, disnea clase funcional IV, murmullo vesicular conservado sin ruidos agregados. Estudios complementarios: Laboratorio: leucocitos

9800/mm³, ers 56 mm, Hemoglobina 13.6 g%, Hematocrito 40.5%, LDH 410 U/L, urea 0.33 g/l, creatinina 1.37 mg%, TGO 26 U/L, TGP 21 U/L, FAL 222 U/L, Na⁺ 139 meq/l, K⁺ 3.9 meq/l, PO₂ 94 mm Hg, PCO₂ 38 mm Hg, PH 7.41. Espu: flora mixta, sin leucocitos. Hemocultivos (2) negativos. Telera-diografía de tórax: infiltrado intersticial bilateral difuso. Tomografía Axial Computada de Tórax con cortes de alta resolución (TACAR): infiltrados de tipo intersticial a nivel de ambos hemitórax, que comprometen principalmente en lóbulos superiores a predominio izquierdo. Escasas y pequeñas imágenes nodulares subpleurales que promedian 5 mm en ambos hemitórax. BAL: linfocitosis. Se indicó hidrocortisona 600 mg/d durante 3 días. Muy buena respuesta al tratamiento instaurado, es dado de alta con meprednisona 40 mg/día por vía oral, durante dos meses con descenso de la dosis. A los 2 meses nueva TACAR: resolución de las lesiones, siendo en este momento normal.

Conclusión: Un diagnóstico definitivo de neumonía por metotrexato es difícil de realizar dado que los hallazgos clínicos e histológicos no son específicos. Los criterios más importantes para su diagnóstico son: historia de exposición, infiltrados radiológicos y exclusión de otras enfermedades pulmonares, especialmente infecciones.

TL65

0008. DIABETES INSÍPIDA CENTRAL SECUNDARIA A GRANULOMA HIPOFISARIO. HISTIOCIITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS

SE Carpaneto, G Bertolot, G Portiglia

HIGA Junin, Clínica La Pequeña Familia, Argentina.

Presentamos el caso de un paciente adulto joven, fumador, con diabetes insípida central (dic) y extensas lesiones pulmonares típicas de (hcl) en diferentes estadios evolutivos. la resonancia magnetica (rm) sin y con contraste del eje hipotalamo hipofisario y la tomografía computada de alta resolución (tcar) de pulmon resultaron decisivas en el diagnostico por su excelente correlacion con los hallazgos clinicos y anatomopatologicos.

Palabras clave: hystiocitosis pulmonar, diabetes insípida. tcar, rm

TL66

0009. COMPROMISO INTERSTICIAL EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA

M Fernández Casares, A González, J Sagardia, H Leczycki, M Zamboni

Hospital A. Posadas, Argentina.

Propósito del estudio: Evaluar enfermedad pulmonar intersticial (ILD) detectada por TACAR en la Artritis Reumatoidea (AR), los factores de riesgo y la repercusión clínico-funcional. **Material y Métodos:** Se estudiaron pacientes con AR con o sin síntomas respiratorios. Se realizó evaluación clínica; evaluación reumatológica (test HAQ20); espirometría; DLCO; 6MWT y TACAR.

Resultados: 36 pacientes fueron incluidos. Por TACAR se detectó ILD en 11 pacientes (30,5%). No fueron factores de riesgo significativos edad, sexo, tiempo de la AR, Factor Reumatoideo, tabaquismo, uso previo de Methotrexate ni Leflunomida y test HAQ 20. La DLCO y la desaturación en el 6 MWT fueron predictores significativos de ILD. Entre los 11 pacientes con ILD, hubo 3 (27,2%) que eran asintomáticos respiratorios, tenían espirometría y DLCO normales y no desaturaron en el 6MWT.

Conclusión: nuestros datos confirman la alta prevalencia de ILD en la AR aún sin síntomas o alteraciones funcionales. No se encontró ningún factor de riesgo significativo de los reportados por la literatura. La TACAR ha demostrado su utilidad en el diagnóstico precoz de ILD aunque no se conoce su valor cuando no hay repercusión clínico-funcional.

TL67

050. PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR: LAVADO PULMONAR COMPLETO CON RECIDIVA PRECOZ Y TRATAMIENTO CON FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS GRANULOCÍTICO-MACROFÁGICAS

ME Fernandez, FM Caro, MF Chavez, D Lombardi, G Menga, P Grynblat

Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

Paciente masculino de 42 años, ingresó con insuficiencia respiratoria aguda. Único antecedente: trabajador en soldadura de tanques, en una planta de secado de arroz y soja, en siembra y cura de semillas, banderillero en fumigaciones con insecticidas, herbicidas y rodenticidas.

Comienza con disnea de esfuerzo, progresiva durante un año, tos seca, febrícula ocasional y pérdida de peso. Consultó inicialmente en Paraná, se realizó Rx Tx que evidenciaba infiltrados intersticio-alveolares difusos. Posteriormente se realizó TC de tórax: observándose patrón en vidrio esmerilado bilateral con engrosamiento de los septos inter e intralobulillares con distribución en parches. Se efectuó biopsia pulmonar a cielo abierto con diagnóstico de Proteinosis Alveolar Pulmonar. Evolucionó con empeoramiento de los síntomas con progresión de la disnea a CF IV e incremento de la tos.

Examen físico del ingreso: tiraje subcostal, rales crepitantes hasta campo medio en hemitórax derecho. Serología HIV/HBV/HCV negativa, hipoxémico con desaturación al aire ambiente. Se indica tratamiento con lavado pulmonar total. Se inicia con el lavado pulmonar derecho, quedando el pulmón izquierdo para un segundo tiempo debido a biopsia quirúrgica reciente.

Luego del lavado derecho evoluciona con expansión de hemitórax ipsilateral, mejoría de la mecánica ventilatoria, del murmullo vesicular y aislados crepitantes en dicho hemitórax. EAB posterior: pH: 7,44/ PaCO₂ 41,2/PaO₂ 81,6/CO₃H: 27,7/ Sat O₂ 95% (Fio₂: 28%).

Evoluciona con deterioro de la mecánica ventilatoria con requerimientos de ventilación no invasiva y progresión de los infiltrados en hemitórax derecho nuevamente. Por este motivo se decide volver a realizar lavado pulmonar total bilateral 14 días post-lavado inicial. Evolucionó favorablemente a nivel clínico-radiológico y gasométrico, El paciente continúa con requerimientos de oxígeno (Fio₂: 28%) saturación: 98%.

Al 22º día presenta nuevamente deterioro del intercambio gaseoso, y progresión radiológica, con requerimientos ventilación no invasiva. Se realizó nuevo lavado pulmonar total bilateral e iniciar factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF) via subcutánea. El paciente evoluciona favorablemente, sin recurrencia de la enfermedad. En los últimos controles presenta: hipoxemia para la edad y sat 93% aire ambiente.

Test de marcha de 6 minutos: recorre 465 mts. (67%) con una saturación inicial de 93%, con desaturación durante el recorrido. EFR: CVF: 2190ml (49%) VEF1: 1930ml (52%) relación: 88% TLC: 3690ml (59%) RV: 1580ml (84%) RV/TLC: 43.

Presentamos un caso de Proteinosis Alveolar Pulmonar con evolución favorable con varias series de lavado pulmonar bilateral y Factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos.

TL68

0058. HISTIOCIITOSIS X PULMONAR EN UN PACIENTE DE 21 AÑOS

D Martinez, A Abritta, G Botte, A Pattin, J Pavon, S Magno, P Barragán, O Gomez, V Vincent

Complejo Medico de la Policía Federal Argentina «Churrucá Visca», Argentina.

La Histiocitosis X es una enfermedad multisistémica, de etiología desconocida, con distintos perfiles clínicos según la edad y el grado de extensión, caracterizada por la proliferación monoclonal y la infiltración de distintos órganos por células de

Langerhans. También denominada granuloma eosinófilo o granulomatosis de células de Langerhans, afecta a adultos jóvenes en la 2ª y 4ª década de la vida. Se presenta un paciente de 21 años de edad con antecedentes de Histiocitosis X a los 8 años con lesión en oído izquierdo. Se realizó biopsia observándose Histiocitosis X, recidivando en oído derecho a los 9 años y en esternón a los 11 años. En las tres oportunidades fue tratado con quimioterapia y radioterapia. A los 20 años inició su hábito tabáquico, consumiendo 10 cigarrillos diarios y luego de un año consultó por tos seca y disnea CFII. Se realiza TAC de tórax observándose lesiones quísticas en ambos campos pulmonares compatibles con la enfermedad infantil. La espirometría tiene una restricción leve con severa disminución de la pequeña vía aérea, en test de los 6 min. desatura 5 pts y camina 520 mts. La DLCO es de 80% que pasa a 98% en D/VA. La analítica del laboratorio es normal al igual que el centellograma óseo corporal total y la ecografía de abdomen. Al examen físico, la semiología respiratoria fue normal. Hace 6 meses dejó de fumar y se realizó nueva TAC de Tórax, no observándose cambios significativos.

Se presenta este paciente por lo infrecuente de esta patología y su forma de presentación en la juventud luego de haber comenzado en la niñez con remisión posterior al tratamiento y recaída pulmonar 11 años después, luego de iniciado el hábito tabáquico.

TL69

0086. COMPROMISO FUNCIONAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

GC Tabajá¹, V Di Boscio², L Molinari¹, R Villagomez¹, R Villagomez¹, M Correa², M Collado², S Quadrelli¹

¹Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina. ²Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina.

Las complicaciones pulmonares pueden llegar a causar hasta el 20% de la mortalidad global de la artritis reumatoidea (AR). Funcionalmente, se describen defectos ventilatorios de tipo restrictivo y compromiso de la vía aérea con defecto ventilatorio obstructivo con signos de atrapamiento aéreo.

Objetivo: Describir las características de los estudios de función pulmonar en una población de pacientes con AR.

Materiales y métodos: Una cohorte de pacientes con diagnóstico de AR fue estudiada funcionalmente mediante capacidad vital forzada (CVF), volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1), capacidad pulmonar total (CPT), volumen residual (VR) y capacidad de difusión de monóxido de carbono por respiración única (DLCO). Los resultados se expresaron en valor absoluto y en porcentajes del valor predicho para edad, talla y sexo.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes en forma consecutiva (edad media 56.5 ± 11.2 años, 25 mujeres y 11 varones). Los valores espirométricos medios fueron para CVF 2.71 ± 0.76 (82% \pm 19), para VEF1 2.21 ± 0.61 (91% \pm 22) y para la relación VEF1 /CVF 82 ± 4.6 . Con respecto a los volúmenes pulmonares, los valores de la media fueron: para CPT 4.71 ± 0.8 (93% \pm 35.5), para CRF 0.51 ± 0.18 (48% \pm 13), para VR 1.06 ± 0.4 , para REV 45 ± 44.7 y para relación VR/CPT 42 ± 9.9 . La DLCO media expresada en porcentaje medida por respiración única fue de $69.7\% \pm 28$, ajustada a la Hb $71.9\% \pm 31$ y la kCO $99\% \pm 19$.

El 38.8% de los pacientes presentó descenso de la CVF (< 80%), y de éstos sólo el 35% refirió disnea. Solamente en un paciente (2.7%) se encontró obstrucción por espirometría, y en ningún caso se evidenció hiperinsuflación (TLC < 120%), 63.8% presentaron DLCO < 80% y sólo 9 (39%) tenían disnea y 11 (47%), descenso de la CVF. De los 17 pacientes sin disnea, 8 presentaban DLCO anormal (47%).

Conclusiones: las alteraciones espirométricas y el descenso de la DLCO son frecuentes en los pacientes con AR, aún en aquellos casos asintomáticos.

TL70

0091. SARCOIDOSIS PULMONAR Y NEUMOTÓRAX RECIDIVANTE

SE Marquez, MF Curró, J Fuentes, RM Gasteneguy, A Lardizábal, ML Uría, MG Vicens

H.I.E.A. y C. San Juan de Dios de La Plata, Argentina.

Introducción: La sarcoidosis es un trastorno granulomatoso sistémico de etiología desconocida que afecta más a menudo a adultos jóvenes y con mayor frecuencia se presenta con linfadenopatías mediastinales bilaterales, infiltración pulmonar y lesiones cutáneas u oculares.

Caso clínico: Paciente de 25 años de edad, sexo masculino, de nacionalidad paraguaya, que consultó al Servicio de Guardia por presentar disnea CF III-IV, progresiva, de un mes de evolución, astenia y escasa tos seca. Se encontraba en tratamiento con tuberculostáticos, cumpliendo el cuarto mes con HRZE, sin diagnóstico de certeza.

Se decidió internación en sala de Neumonología.

Se realizaron análisis de laboratorio, nomioionograma (pH 7.45, pCO₂ 40 mmHg, pO₂ 68 mmHg, HCO₃ 28 mmol/l, SatO₂ 91%), Rx de tórax: radioopacidades difusas, heterogéneas, micronodulares, en ambos campos pulmonares con predominio de tercios superiores y medios.

Directo y Cultivo de esputo para GC, BAAR y micológico: negativos.

Espirometría: FEV1/FVC: 84, FEV1: 1.86 (47%)/ 2.00 (51%)/ 8%; FVC: 2.31 (48%)/ 2.30 (47%)/ -1%.

FBC con BAL: directo y cultivo para GC, BAAR y micológico negativos. BTB que informó enfermedad granulomatosa no caseificante sugestiva de SARCOIDOSIS.

Se indicó tratamiento con Meprednisona 40mg/d y se citó por Consulta Ambulatoria, a la cual no concurrió.

A los 12 meses del diagnóstico, consultó por guardia por presentar dolor torácico opresivo de dos días de evolución, de comienzo agudo, acompañado de su disnea habitual. Refiere haber abandonado el tratamiento con corticoides al mes de iniciado el mismo.

Se realizó Rx de tórax constatándose NEUMOTÓRAX BILATERAL grado II. Se colocaron tubos de avenamiento pleural bilaterales con buena expansión en los controles radiológicos. Al suspender la aspiración continua, se evidenció falla en la reexpansión bilateral y se reconectó. A los 30 días de internación se constataron drenajes bloqueados. Rx de control: reexpansión bilateral y signos de fibrosis.

Continuó seguimiento por consultorio externo. Se descendió gradualmente el tratamiento con corticoides. Se indicó broncodilatadores y evaluación espirométrica y gasométrica para evaluar requerimiento de oxigenoterapia domiciliaria. No adhirió a las indicaciones.

El neumotórax bilateral presentó recidiva en 6 oportunidades en los 12 meses posteriores. Se realizó pleurodesis con sangre en espacio pleural izquierdo.

TACAR: Múltiples imágenes bullosas asociadas a neumotórax bilateral. Áreas de colapso pulmonar. Sin adenomegalias mediastinales.

En los siguientes 12 meses posteriores a la pleurodesis presentó 6 internaciones por neumotórax recidivantes con fallas de reexpansión bilateral.

Conclusión: El neumotórax ocurre en el 2 al 4% de los pacientes con sarcoidosis pulmonar. La necrosis de un granuloma subpleural o la ruptura de bullas o ambas han sido el mecanismo de esta manifestación rara de sarcoidosis. El neumotórax puede ser recurrente e involucrar ambos lados en diferentes ocasiones.

TL71

0103. COMPROMISO TOMOGRÁFICO DE LA VÍA AÉREA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEAG Tabaj¹, V Di Boscio², L Molinari¹, R Villagomez¹, MA Correa², M Collado², JC Spina¹, S Quadrelli¹¹Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina. ²Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Argentina.

Las complicaciones pulmonares de la artritis reumatoidea (AR) incluyen pleuritis, derrame pleural, neumotórax, enfermedad pulmonar difusa, patología de la vía aérea como bronquiectasias y bronquiolitis, hipertensión pulmonar y afectación de los músculos respiratorios. Se ha demostrado que la incidencia de enfermedad de la vía aérea puede ser considerablemente mayor de lo que se pensaba previamente.

Objetivo: Determinar la prevalencia de compromiso de la vía aérea en la tomografía computada de alta resolución (TCAR) en pacientes con artritis reumatoidea.

Materiales y métodos: Se estudió en forma prospectiva una cohorte de 47 pacientes con diagnóstico de AR mediante estudios de función pulmonar y TCAR (CT Toshiba X Press, y Picker CT Twin). Se realizaron cortes en inspiración y espiración: los primeros fueron de 1 y 2 mm de espesor cada 10 mm de desplazamiento de la camilla, desde los ápices hasta las bases y los cortes en espiración se realizaron cada 30 mm de desplazamiento.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes en forma consecutiva (edad media 55 ± 13 años, 35 mujeres y 12 varones). El volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF_1) medio fue de $90\% \pm 24$, la capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) media fue de $70\% \pm 24$.

Del total de los pacientes estudiados, 16 (34%) mostraron compromiso de la vía aérea. Los hallazgos más prevalentes fueron: bronquiectasias (17%), bronquiectasias (17%), atrapamiento aéreo (12%) y enfisema (9%).

En términos de frecuencia de síntomas, los pacientes con compromiso de la vía aérea no fueron diferentes de aquellos sin alteraciones. No hubo diferencias en el sexo (69% mujeres y 31% varones vs 77% mujeres y 23% hombres, $p=0,30$), la prevalencia de disnea (22 vs 47%, $p=0,882$), tos (14 vs 29%, $p=0,995$), bronquitis crónica (0 en ambos grupos con $p=1,000$), tabaquismo actual (25% vs 13%, $p=0,500$), ex tabaquismo (38 vs 13%, $p=0,302$). Tampoco hubo diferencia en la frecuencia de obstrucción bronquial por espirometría, definida como $VEF_1 < 70\%$ en los pacientes que presentaron compromiso de la vía aérea por TCAR (12.5% vs 0% $p=0,258$).

Conclusiones: las alteraciones de la vía aérea en la AR son frecuentes en la TCAR aún en pacientes asintomáticos y no fumadores. La relevancia clínica de las mismas no está al presente determinada y requiere estudios posteriores.

Neumonología crítica

LUNES 5 DE OCTUBRE DE 2009

9.30 – 10.30

Salón Real N

TL72

0011. PERICARDITIS PURULENTO Y DERRAME PLEURAL ASOCIADOS A ARTRITIS REUMATOIDEA

A Feldman, G Adamowicz, B Sabastano, M Visciglia, S Gonzalez, M Rolando

Hospital Pirovano. Servicio de Terapia Intensiva, Argentina.

Se presenta un caso de una paciente de sexo femenino de 38 años de edad, con historia de artritis reumatoidea de diez años de evolución en tratamiento con metotrexate 15 mg/d que había desarrollado una artritis séptica y neumonía grave de la comunidad. Fue medicada con ceftazidime y vancomicina en forma incompleta por alta voluntaria. Reingresa a terapia intensiva séptica con pericarditis purulenta y sepsis por catéter, con taponamiento pericardio resuelto con pericardiocentesis guiada por ecocardiografía y colocación de tubo de avenamiento pleural, antibióticoterapia con tazonam mas vancomicina y altas dosis de esteroides sistémicos. Líquido Pericardio: Aspecto Turbio Purulento, Prot 4.5, LDH 2220 U/L, Alb 0.2, Gluc 2 mg/dl, Cel 66000/mm³ Neut 97% Ly 3%, aislamiento de stafilococcus aureus. Paralelamente se rescato SA de punta de catéter y hemocultivos.

Recibió GamaGlobulina 400 mg/kg por 3 días. Evoluciona afebril, hemodinámicamente estable y se realiza Tac de control que evidencia escaso derrame pleural bilateral, engrosamiento del pericardio con ligera cantidad de líquido e imágenes aéreas, espesor del pericardio es de 9 mm en comparación con el anterior de 16, membrana del pericardio de 3.5 mm, parénquima pulmonar con tractos fibrosos basales y a nivel del lóbulo inferior izquierdo y hepatomegalia. Ecocardiograma: AI normal, VI de dimensiones y FSVI conservada, derrame pericárdico leve a predominio anterior sin colapso de cavidades derechas, VCI levemente dilatada c/colapso inspiratorio conservado. No se observó oscilación de los flujos valvulares (descarta patología constrictiva). Evoluciona normotensa, afebril, se retira el catéter pericárdico y pleural. Se realiza ETT de control evidenciando leve derrame pericárdico. Completa tratamiento ATB y se otorga alta con control reumatológico.

Conclusión: La pericarditis es frecuente en la artritis reumatoidea pero la forma purulenta y el taponamiento son infrecuentes dentro de todas las presentaciones clínicas de pericarditis. Si se constata constricción o taponamiento puede tener un desenlace fatal. La pericardiectomía por lo general se recomienda en la pericarditis constrictiva.

TL73

0047. PRONÓSTICO DE PACIENTES CON REAGUDIZACIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN TERAPIA INTENSIVA

D Varela, L Grieco, A Lucero, R Sanchez, N Tiribelli, M Bono, C Canessa, E Arista, N Falcon Perez, A Marino

Hospital Churrucá Visca, Argentina.

Objetivo: Analizar las características clínicas y pronóstico de los pacientes con diagnóstico de reagudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que requieren ingreso a Terapia Intensiva.

Materiales y Métodos: Se analizaron los pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) desde el 30/09/2006 hasta 30/04/2009 con especial énfasis en los pacientes que presentaron reagudización de su EPOC. Para el análisis se tomo en cuenta: edad, sexo, Apache II, SAPS II, requerimiento y días de asistencia respiratoria mecánica (ARM) invasiva y no invasiva (VNI), días de Weaning de ARM, estadía en UTI, requerimiento de traqueostomía, trasfusión de glóbulos rojos (GR), vasopresores, fallo renal agudo y mortalidad. Los datos se expresaron como media y desvío estándar para las variables continuas, y como porcentaje las nominales. Para el análisis estadístico se utilizó el test de t y el chi Cuadrado o Fisher. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Ingresaron un total de 1487 pacientes, de los cuales 105 presentaron reagudización de EPOC (7.1%), con un VEF_1 de 31.3. En el 62.8% de los casos se le realizó inicialmente VNI con un éxito de 56.1%. El 60.9% de los casos requirió ARM.

| | EPOC | No EPOC | p |
|----------------------|-----------------------|-------------|------|
| n | 105 | 1382 | |
| Edad | 64.8 (16.3) | 61.9 (18.4) | 0.1 |
| Apache | 16.8 (8.4) | 15.5 (10) | 0.1 |
| SAPS | 36.4 (18.2) | 36.2 (22.3) | 0.9 |
| Requerimiento de ARM | 60.9 % | 47.7 % | 0.01 |
| Días de ARM | 9.4 (10.2) | 5.5 (6.9) | 0.00 |
| Días de Weaning | 2.0 (4.3) | 1.3 (1.6) | 0.00 |
| Reintubación | 17.2 % | 11.2 % | NS |
| Traqueostomía | 17.2 % | 14.7 % | NS |
| Estadía en UTI | 9.9 (12.1) | 5.4 (7.9) | 0.00 |
| GR | Taza 5.7 % | 24.1 % | 0.00 |
| | Unidades 2.8 (1.8) | 4.1 (4.1) | 0.00 |
| Vasopresores | Taza 37.1 % | 28.2 % | 0.06 |
| | Días 5.2 (2.9) | 5.4 (4.2) | 0.6 |
| Fallo Renal Agudo | 22.8 % | 21.6 % | 0.8 |
| Mortalidad | 28.6 % | 21 % | 0.09 |

Conclusiones: Los pacientes con reagudización de EPOC que ingresan a UTI tienen similar edad, Apache II y SAPS II, pero tienen mayor requerimiento y días de ARM, días de weaning, estadía en UTI y similar mortalidad que el resto de pacientes que ingresan a UTI.

TL74

0049. LA PAFI02 COMO VARIABLE PRONÓSTICA EN PACIENTES QUE REQUIEREN VENTILACIÓN MECÁNICA

A Lucero, L Grieco, N Tiribelli, D Varela, R Sanchez, M Bono, C Canessa, E Arista, A Marino, N Falcon Perez

Hospital Churrucá Visca, Argentina.

Objetivos: Analizar los valores de PaFiO2 registrada a las 24 Hs del inicio de la Ventilación Mecánica (VM), como variable pronóstica.

Material y Método: Se incluyeron prospectivamente los pacientes que requirieron VM >24 Hs, entre 01/09/06 y 31/03/08. Se registró datos demográficos, APACHE II, SAPS II, PaFiO2 a las 24Hs de VM, días VM, días UTI y mortalidad. Se tomo en cuenta seis subgrupos (PaFiO2 <100, entre 100-150, 150-200, 200-250, 250-300 y >300). Para el análisis estadístico se utilizó el Chi Cuadrado y el Test de la varianza. Los resultados se expresan en Media y Desvío Estándar (DS). Se consideró significativa $p < 0.05$.

Resultados: Ingresaron a UTI 1040 pacientes, requirieron VM 414 (40%), 268 hombres y 146 mujeres. Edad 62.4 (17.6), APACHE II 18.6 (10.3), SAPS II 43 (22.2), mortalidad 36% (149/414). Se halló $p < 0.05$ cuando analizamos mortalidad del grupo <100 comparada con cada uno de los subgrupos, y también cuando analizamos APACHE II y SAPS II entre los distintos grupos. No hubo diferencia significativa al analizar edad, estadía en UTI y días de ARM de cada uno de los grupos.

Un valor de PaFiO2 <100 a las 24hs de VM es una variable de mal pronostico en pacientes que requieren VM; los que presentan valores >300 tienen menor mortalidad.

Conclusiones: Los pacientes con PaFiO2 <100 tienen scores de gravedad mas altos que el resto de los grupos analizados. No hubo diferencias en los días de ARM y estadía en UTI.

| PaFiO2 | <100 | 100-150 | 150-200 | 200-250 | 250-300 | >300 | p |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|-------|
| n | 20 | 40 | 61 | 89 | 65 | 130 | NS |
| Edad | 63.7(14.3) | 65.9(17.5) | 66.6(12.6) | 68.3(17.5) | 66.9(14.9) | 60.3(20.7) | NS |
| APACHE II | 28.1(11) | 22.4(8.2) | 21.2(9.2) | 22.3(9.3) | 23(10.8) | 19.0(8.9) | <0.05 |
| SAPS II | 61.1(22.9) | 62.3(19.2) | 48.8(22) | 61.8(21.6) | 50.9(19.8) | 45(19.2) | <0.05 |
| Estadía en UTI | 9.4(14.3) | 8.5(9.2) | 12.1(10.8) | 10(14.7) | 10.2(10.8) | 9.2(11) | NS |
| PaFiO2 | 76.8(19.9) | 124.2(14.6) | 181.5(25.4) | 235(41.2) | 277.8(19.3) | 384(78.2) | <0.05 |
| Días de ARM | 8.1(4.6) | 6.7(5.9) | 8(7.3) | 8(10.7) | 5.7(6.4) | 6.7(7.6) | NS |
| Mortalidad | 80 % (16/20) | 47 % (23/49) | 36 % (22/61) | 41 % (37/89) | 34 % (22/65) | 22.3 % (29/130) | NS |

TL75

0067. PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON VENTILACIÓN NO INVASIVA EN TERAPIA INTENSIVA

R Sanchez, L Grieco, A Lucero, D Varela, N Tiribelli, E Arista, C Canessa, M Bono, A Marino

Hospital Churrucá Visca PFA, Argentina.

Objetivo: Evaluar el pronostico de los pacientes que requieren la implementación de Ventilación No Invasiva (VNI) en la Unidad Terapia Intensiva (UTI).

Material y Método: Se incluyeron pacientes consecutivos que ingresaron a UTI desde 30/09/2006 al 30/04/2009 con Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) de diversas etiologías que cumplieron los criterios del protocolo de VNI de nuestro servicio. Se utilizaron equipos binivelados con interfases oronasales. Se registraron datos de la población, scores de gravedad, estadía en UTI, días de VNI, mortalidad. Éxito ó fracaso (necesidad de intubación y conexión a ARM), hipoxemicos (PaO2 <60mmhg) hipercapnicos (PaCO2 >45mmhg); necesidad de transfusiones de glóbulos rojos, vasopresores e insuficiencia renal. Se analizaron los datos totales y en subgrupos (éxitos vs fracasos). Los datos se expresan como taza, media y DS. Para el análisis comparativo entre los grupos se utilizó el Test de Chi Cuadrado para las variables nominales y el Test de T la para las variables continuas. Se considero significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Ingresaron a UTI 1487 pacientes de los cuales el 53% (792/1487) requirieron soporte ventilatorio. El 23.5% (186/792) requirieron VNI (107 mujeres y 79 hombres) con edad de 66.4 (17.1) años; APACHE II 17.0 (8.0); SAPS II 38.9 (18.0), estadía en UTI 9.7 (11.3), días de VNI 2.2 (1.8). El 64% (119/186) presentaron éxito y la mortalidad fue del 25.3% (47/186).

| | n | SEXO | EDAD | APACHE II | SAPS II | DIAS UTI | DIAS VNI | MORT |
|----------------|----------|-------|------------|-----------|------------|------------|----------|-------|
| EXITOS | 119(64%) | 58.8% | 65.7(17.9) | 14.8(6.8) | 34.5(15.8) | 6.1(7.7) | 2.1(1.7) | 10% |
| FRACASOS | 67(36%) | 55.2% | 67.6(15.5) | 20.8(8.6) | 46.3(19.1) | 16(13.1) | 2.4(2.0) | 52% |
| P | NS | NS | NS | 0.001 | 0.001 | 0.001 | NS | 0.001 |
| HIPOXEMICOS: | 102 | | | | | | | |
| EXITOS | 63(62%) | 61.9% | 65.4(19.4) | 15.2(7.0) | 38.9(16.5) | 7.5(9.6) | 2.1(1.8) | 14% |
| FRACASOS | 39(38%) | 56.4% | 67.2(14.8) | 22.9(8.5) | 52.9(18.4) | 13.4(9.2) | 2.4(2.1) | 51% |
| P | NS | NS | NS | 0.001 | 0.001 | 0.001 | NS | 0.001 |
| HIPERCAPNICOS: | 84 | | | | | | | |
| EXITOS | 56(66%) | 55.4% | 65.9(16.3) | 14.3(6.7) | 29.5(13.3) | 4.5(4.2) | 2.0(1.7) | 5% |
| FRACASOS | 28(34%) | 53.3% | 68.1(16.7) | 15.7(8.1) | 33.3(16.6) | 9.7(17.6) | 2.2(1.9) | 53% |
| P | NS | NS | NS | NS | NS | 0.05 | NS | 0.001 |
| TRANSFUNDIDO | 33 | | | | | | | |
| EXITOS | 14(42%) | 42.8% | 61.0(18.0) | 16.9(7.6) | 40.4(15.7) | 11.4(11.0) | 2.0(1.2) | 7% |
| FRACASOS | 19(58%) | 63.2% | 63.5(14.9) | 23.9(8.9) | 53.3(18.4) | 21.6(18.4) | 2.5(2.1) | 68% |
| P | NS | NS | NS | 0.01 | 0.04 | NS | NS | 0.002 |
| INSUF RENAL | 67 | | | | | | | |
| EXITOS | 35(52%) | 54.3% | 68.9(17.3) | 18.2(7.3) | 40.9(17.5) | 8.5(12.4) | 2.0(1.9) | 17% |
| FRACASOS | 32(48%) | 26.8% | 69.2(11.9) | 23.3(8.1) | 50.1(18.0) | 16.8(14.4) | 2.5(2.2) | 23% |
| P | NS | NS | NS | 0.001 | 0.001 | 0.01 | NS | 0.001 |

Conclusión: Los pacientes que fracasaron presentaron scores de gravedad mayores con una estadía en UTI mas prolongada con iguales días de VNI. Los pacientes hipoxemicos, con requerimientos de transfusiones y falla renal que fracasaron son pacientes mas graves una con mayor estadía en UTI.

TL76

0107. 9 AÑOS DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN LA UCI, NUESTRA EXPERIENCIA

V Nunes Velloso, A Schmidt, E Canedo, C Velluso, M Deheza

Hospital B Rivadavia, Argentina.

Objetivo: describir la población general y la utilización de ventilación no invasiva (VNI) en nuestra Unidad de Terapia Intensiva (UCI) desde febrero de 2000 a febrero de 2009.

Material y Métodos: Pacientes ingresados en dicho periodo donde se consignaron edad, sexo, APACHE II, motivo de internación, discriminando en grupo medico o quirúrgico, motivo para realizar VNI, días de internación y la mortalidad. Los resultados se expresaron en promedio y desvío estándar.

Resultados: Ingresaron un total de 2986 pacientes, 1629 pacientes de sexo masculino (54,5%); edad promedio 47 años (18-99 años), APACHE II promedio grupo quirúrgico 14 ± 7 y del médico 21 ± 4 .

1141 pacientes fueron quirúrgicos (38,2%) y el grupo médico estuvo constituido por 1845 pacientes (61,8%).

Días de internación, grupo quirúrgico de 7 ± 9 días, y grupo médico 10 ± 5 días.

Requirieron VNI 537 pacientes (18%), 424 del grupo médico (79%) y 113 del grupo quirúrgico (21%). APACHE II de 17 para los quirúrgicos y 19 para el grupo médico.

Las etiologías más habituales para realizar VNI fueron, ICC 214 pacientes, EBOC y neumonías 193 y post extubación 130. Promedio de días de VNI 3.5 ± 4 días. 97 (18%) de los pacientes presento como complicación lesiones faciales y problemas a nivel de la interfase. Un 72% de los pacientes ($n=387$) tuvieron éxito con la VNI.

La mortalidad para el grupo VNI éxito fue del 5% ($n=27$). Mortalidad global 29,8% ($n=890$).

Hubo falla de la VNI con posterior necesidad de ARM en 150 pacientes (28%), APACHE II de 18.

Conclusiones: En una terapia polivalente con pacientes de mayor riesgo, evidenciando por el APACHE II, y alta prevalencia de patología médica, con alta mortalidad, el grupo VNI presento reducido tiempo de soporte ventilatorio, menor estadía, un escaso número de complicaciones, así como menor mortalidad.

TL77

0160. INFLUENZA H1N1. CASO CLÍNICO

A Feldman, S Gonzalez, M Valdez Fiad, M Salazan Saez, A Plitt, M Rolando

Hospital Pirovano Servicio de Terapia Intensiva, Argentina.

Se presenta paciente de 58 años de edad de sexo femenino, proveniente de la Provincia de Santa Fe, presentando cuatro días previos a la consulta en la guardia del Hospital Pirovano tos con expectoración y fiebre.

Se realiza laboratorio completo, Rx de Tórax que evidencia infiltrados intersticio alveolares en cuatro cuadrantes por lo cual se decide realizar TAC de Tórax que muestra consolidación bilateral a predominio izquierdo, áreas de vidrio esmerilado y adenopatías mediastínicas pre aórticas, subaórticas y precarinales. El día 21/07/09 ingresa al Servicio de Terapia Intensiva en insuficiencia respiratorio Tipo uno con falla renal, por mala mecánica ventilatoria asociada a taquicardia, taquipnea e hipoxemia se decide Intubación orotraqueal y conexión a Asistencia Mecánica Respiratoria. Evoluciona con hipotensión arterial no respondiendo a expansores por lo cual se decide colocar vasopresores. Se realiza interconsulta con el Servicio de Neumonología realizándose fibrobroncoscopia con realización de BAL en lingula no observándose lesión endoluminal enviándose muestra para gérmenes comunes, BAAR, virus incluyendo H1N1. Se indica como tratamiento ATB vancomicina, imipenem, claritromicina y oseltamivir, ajustado a función renal.

Se realiza frotis por hematología que informo granulaciones toxicas y marcada desviación a la izquierda. Paciente presenta Paro cardiorespiratorio con respuesta satisfactoria a las maniobras de reanimación. Evoluciona oligúrica sin respuesta a tratamiento médico se indica diálisis.

A las 48 hs (día 23/07/09) se recibe resultado del BAL positivo para Influenza A H1N1, y gérmenes comunes Bacillus S/P. Paciente evoluciona febril persistente, hemodinamicamente inestable requirente de drogas vasopresoras Saturación venosa mixta 56% taquicardia, recuperando ritmo diurético con tratamiento médico acompañado de diálisis.

TL78

0184. FPI: MORTALIDAD A MEDIANO PLAZO LUEGO DE LA INTERNACIÓN EN UTI

R Villagomez¹, N Baillieu², G Tabaj¹, MA Blasco¹, S Quadrelli¹, JF Chertcoff¹

¹Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina. ²Hospital de Clínicas, Argentina.

Introducción: La fibrosis pulmonar idiopática es una enfermedad crónica de causa desconocida. Se ha demostrado la presencia de exacerbaciones agudas (EA) caracterizadas por empeoramiento súbito de los síntomas y curso clínico impredecible, que pueden llevar a falla respiratoria aguda y muerte en un corto período de tiempo. Esto conlleva al ingreso a una unidad de cuidados críticos y alta mortalidad.

Objetivo: Determinar la mortalidad intrahospitalaria y al año, de los pacientes con diagnóstico previo de fibrosis pulmonar idiopática (FPI) admitidos en una Unidad de terapia Intensiva (UTI) y comparar la mortalidad de los pacientes admitidos por EA y por comorbilidades respiratorias.

Material y métodos: Se incluyeron 14 pacientes admitidos de manera consecutiva en nuestra UTI entre junio de 2005 y diciembre de 2008 con diagnóstico de FPI de acuerdo a la definición de la ATS/ERS. Todos los pacientes tenían confirmación de neumonía intersticial usual (NIU) por biopsia quirúrgica (85%) o una tomografía computada de tórax de alta resolución (TACAR) considerada como NIU definitiva por dos observadores independientes (15%). El criterio de inclusión fue la internación por un cuadro respiratorio agudo. Se consideró EA cuando se cumplieron los criterios de Akira (1)

Resultados: Se analizaron 14 pacientes, 4 mujeres, edad $72 \pm 8,9$ años, un período desde el diagnóstico de FPI a su internación de 2 años 10 meses. A su ingreso el 57% presentaba disnea CF IV, 43% CF III, el 75% de los pacientes presentaba $pO_2 < 60$ mmHg, (media 55mmHg, DS 12,6), el 14% requirió ARM, (media 3,5 días, DS 3,54). El 28% de los pacientes cumplía criterios de Akira para EA, el resto fueron admitidos por insuficiencia cardíaca (28%), neumonía (44%). Los pacientes que requirieron ventilación mecánica tuvieron una mortalidad más elevada (100% vs 8% $p=0.033$). Cuando se compararon los pacientes con EA vs las otras causas ni la mortalidad intrahospitalaria (0 vs 3, $p=0.505$) ni la mortalidad al año fueron diferentes (2 vs 2, $p=1.00$). En un modelo de regresión logística ni el haberse internado por una EA (OR -0,299, IC 0,234 a 1,634, $p=0,248$), ni la presencia de disnea CF III-IV (OR 0,022, IC 0,230 a 0,009, $p=0,962$) ni la edad (OR 0.010, IC 0.012 a 0.652, $p=0.450$) ni el tiempo de evolución de la disnea (OR -0.070, IC 0.080 a 0.761, $p=0.416$) predijeron la mortalidad en UTI y solamente el requerimiento de ARM lo hizo en forma significativa (OR 0,917, IC 0,211 a 18,857, $p=0,001$). Ni el motivo ni la PO2 al ingreso, ni la magnitud de la disnea predijeron la mortalidad al año.

Conclusiones: La mortalidad de pacientes con FPI internados en UTI de nuestro centro fue menor a la mayoría de las series publicadas. La internación en UTI aún por una clara exacerbación de FPI en nuestro medio no conlleva un pronóstico ominoso. Sin embargo confirma hallazgos previos sobre la alta mortalidad de estos pacientes cuando requieren ARM. Esto último reafirma el concepto de consensuar previamente por los médicos tratantes las restricciones de medidas terapéuticas en estos pacientes al requerir ARM.

TL79

0197. VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

E Quintana¹, I Bazzino¹, JP Salisburly¹, J Bozzola², L Piñeyro³

¹Asistente del Instituto del Tórax. ²Prof. Adj. del Instituto del Tórax. ³Prof. Dr. del Instituto del Tórax, Uruguay.

El objetivo del presente trabajo es mostrar una experiencia piloto en ventilación mecánica no invasiva, en una sala general de Neumología del Hospital Maciel en periodo 2008-2009. Se incluyeron 20 pacientes con las siguientes patologías: 8 eran portadores de Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC), 5 Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS), 4 Enfermedad Bronquiectásica, 2 hipoventilación alveolar (una secundaria a obesidad y la otra a toracopatía) y uno era un postoperatorio de tórax con neumonectomía y neumonía intrahospitalaria. De los EPOC; 6 correspondían a un estadio muy severo según las pautas GOLD y todos tenían cor pulmonale e indicación de oxigenoterapia a domicilio. Los 2 restantes se clasificaban como severos. La media de días internados fue de 13 días (3-32). La edad media de los pacientes fue 49 años. 9 eran hombres y 10 mujeres. Todos presentaron mejoría clínica y gasométrica. Solo un paciente no toleró el uso de la máscara. No se evidenciaron complicaciones por el uso de la misma. Para la indicación de ventilación se tomaron en cuenta criterios clínicos y gasométricos con hipoxemia moderada severa e hipercapnia. En 9 pacientes el pH fue menor a 7.35. Los valores de presión promedio empleados en los pacientes con EPOC fueron 4 cmH₂O de EPAP y 8 cmH₂O de IPAP. En el grupo de SAOS se requirieron presiones mayores con EPAP 8-10 cmH₂O e IPAP 18-20 cmH₂O. Conclusiones: Se demuestra la utilidad de VMNI en un grupo seleccionado de pacientes, con resultados favorables en la morbimortalidad y en la optimización de recursos sanitarios. En todos los pacientes se evidenció buena evolución clínica y adecuada tolerancia. Nuestra experiencia avala lo descrito en la literatura sobre la posibilidad de realizar VMNI en sala general bajo determinadas correcciones.

Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva II

LUNES 5 DE OCTUBRE DE 2009
9.30 – 10.30
Salón Real S

TL80

O140. ANÁLISIS DE LA CURVA FLUJO VOLUMEN ESPIROMÉTRICA. CORRELACIÓN CON LA POLIGRAFÍA DOMICILIARIA NOCTURNA

E. Borsini, F. Lascar, S. Quadrelli, A. Salvado, M. Bosio, M. Blasco, M. Chertcoff, J. Chertcoff

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las alteraciones en la fase espiratoria de la curva flujo volumen descriptas como «escotaduras», «muescas» o patrón en «serrucho», han sido reportadas en las anomalías de la vía aérea superior incluyendo el síndrome de apneas de sueño (SAS) y las enfermedades neuromusculares. Sin embargo, su identificación es difícil y su interpretación a menudo inespecífica.

Objetivos: Describir alteraciones de la curva flujo volumen en las espirometrías de pacientes derivados para la realización de una poligrafía domiciliaria.

Método: Análisis descriptivo y retrospectivo basado en poligrafías y espirometrías computadas con curva flujo volumen, realizadas desde el 01/02/2007 hasta el 01/05/2009, coordinadas por el laboratorio de función pulmonar del Hospital Británico de Buenos Aires, en pacientes derivados para estudio por sospecha de apneas de sueño obstructiva. Solo se consideraron aquellas espirometrías que cumplieron requisitos de aceptabilidad y reproducibilidad, y fueron caracterizadas según cri-

terios de la ATS. Las curvas flujo volumen fueron analizadas por dos staff entrenados a tal fin, ciegos entre sí, en búsqueda de anomalías de la curva espiratoria forzada (escotaduras, muescas, curva en «serrucho» o «notch»). Se realizó análisis del grado de acuerdo inter-observador utilizando coeficiente Kappa.

Resultados: En 26 meses fueron derivados para estudio 206 pacientes.

Se realizaron espirometrías computadas en 65. Tres fueron descartadas por no ser aceptables. Finalmente se estudiaron 62 curvas flujo volumen. 36 espirometrías fueron normales (58,06%). Se describió defecto sugestivo de restricción en 15 sujetos (24,2%) y obstructivo en 11 (17,7%). El observador N° 1 identificó anomalías de la curva espiratoria en tres casos. Las poligrafías de estos sujetos tuvieron un IAH < 10/h. El 2° observador lo hizo en 2 casos. En ambos el IAH también fue menor a 10/h. En los 58 pacientes sin anomalías de la curva flujo volumen, solo 5 tuvieron poligrafías normales (8,6%), mientras que el 91,4% tuvo IAH patológico (> 5/h) y el 6,9% fueron casos severos (IAH > 30/h). Los observadores coincidieron en la descripción de anomalías espirométricas únicamente en un caso. El grado de acuerdo por coeficiente Kappa fue de 0,376.

Conclusiones: El hallazgo de anomalías de la curva flujo volumen descriptas como vinculables al SAS fue infrecuente y en individuos con IAH cercano a la normalidad. Dos médicos entrenados para su identificación tuvieron un grado de acuerdo bajo.

TL81

O141. RELACIÓN ENTRE ANORMALIDADES ESPIROMÉTRICAS Y LA MAGNITUD DE LA DESATURACIÓN NOCTURNA CON POLIGRAFÍA DOMICILIARIA

E. Borsini, F. Lascar, S. Quadrelli, M. Bosio, A. Salvado, R. Smith, M. Blasco, C. Delgado, J. Chertcoff

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La magnitud de la desaturación nocturna depende del grado de las alteraciones respiratorias episódicas durante el sueño, pero puede ser de mayor en aquellos individuos que tienen alteraciones funcionales respiratorias basales, como la EPOC, los síndromes de hipoventilación por obesidad o de restricción torácica.

Objetivos: Describir la relación entre las espirometrías y el tiempo de saturación debajo de 90% (T < 90) en una población de pacientes derivados para la realización de una poligrafía respiratoria domiciliaria nocturna. El análisis estadístico incluyó el cálculo de chi square. Se consideró diferencia significativa un valor de p = < 0,05.

Método: Análisis descriptivo y retrospectivo basado en poligrafías y espirometrías computadas, realizadas desde el 01/02/2007 hasta el 01/05/2009, coordinadas por el laboratorio de función pulmonar del Hospital Británico de Buenos Aires, en pacientes derivados para estudio por sospecha de apneas de sueño obstructiva. Las espirometrías analizadas fueron realizadas a menos de tres meses de la poligrafía y solo se consideraron aquellas que cumplieron requisitos de aceptabilidad y reproducibilidad, y fueron informadas según criterios de la ATS. Los registros poligráficos se tomaron en el domicilio durante una única noche con equipos portátiles; Apnea Link Oxy (Resmed) y Alpha Screen (Viasys). Se utilizaron cánula nasal y oximetría de pulso. Los datos fueron analizados con software y scoring de edición manual por staff entrenado en la lectura, siguiendo las normativas ASDA. Se consideró el tiempo de saturación menor de 90%, expresado en porcentaje del tiempo total de registro válido para la lectura. Se excluyeron durante el análisis manual; períodos de registro con señal demasiado

pequeña, de mala calidad, pérdida transitoria del sentido o desconexión.

Resultados: En 26 meses fueron realizadas 65 espirometrías computadas y poligrafías en igual número de individuos. Tres pacientes fueron descartados por espirometrías no aceptables. Finalmente se analizaron 62 sujetos, 26 fueron hombres. En 36 casos (58,06%) las espirometrías fueron normales. En ellos, la media de la edad fue de 50 años, la media del IMC de 33,7 (SD: 9,01), el T < 90 medio: 17,2% (SD: 0,27) y el IAH medio de 17,6/h (SD: 21,14).

En el grupo espirometría patológica, se describió defecto restrictivo en 15 sujetos, (24,2%) y obstructivo en 11 (17,7%). Fueron 15 hombres (57,6%), la edad media de 58,6 años, el IMC medio fue de 32,3 (SD: 7,73), el T < 90 medio: 27,2% (SD: 0,32) y el IAH medio fue de 14,2/h (SD: 19,92)

Conclusiones: No existieron diferencias significativas en la severidad por IAH entre los dos grupos ($p=0,52$). El tiempo de saturación menor de 90% fue más elevado en el grupo espirometrías patológicas pero no alcanzó significación estadística: $p=0,20$.

TL82

0142. SÍNDROME DE APNEAS DEL SUEÑO Y OBESIDAD, PREVALENCIA Y CUMPLIMIENTO DE LA INDICACIÓN DE DESCENSO DE PESO

JF Nogueira, S Grandval, P Micci

Instituto Argentino de Investigación Neurológica, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El exceso de peso constituye el factor de riesgo más importante para el desarrollo de Síndrome de Apneas e Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHOS). El descenso de peso es una medida terapéutica que ayuda a controlar y revertir eficazmente el síndrome.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de sobrepeso en una población de pacientes a los que se les diagnosticó SAHOS moderado-severo y determinar que porcentaje de estos pacientes consiguen bajar de peso posteriormente.

Métodos: Muestra consecutiva de pacientes a los que se les diagnosticó SAHOS moderado severo mediante PSG. La severidad del SAHOS fue establecida según el Índice de Perturbación Respiratoria (IPR), normal < 5 ev/h; leve 5-14.9 ev/h; moderado 15-29.9 ev/h y severo ≥ 30 ev/h. A todo paciente con exceso de peso se le indicó verbalmente y por escrito que debía consultar un nutricionista y bajar de peso.

Entre 6 y 12 meses posteriores al estudio se les realizó una encuesta telefónica indagando sobre la evolución del peso y las medidas adoptadas para su control. Se reportan las características de la muestra y se describen las proporciones relacionadas con cada aspecto evaluado. Se consideró sobrepeso cuando el IMC supero los 25 k/m^2 , obesidad IMC >30 k/m^2 y obesidad mórbida >35 k/m^2 .

Resultados: N: 417 pacientes, de los cuales 313 respondieron la encuesta, tasa de respuesta 75%. 256 hombres (81.8%); edad 53.03 +/- 13.07 años; peso 98.59 +/- 26.92 kg; IPR 52.33 +/- 24.26 ev/h.

290 pacientes (92.6%) presentaban exceso de peso, 102 (32.6%) eran obesos y 108 (34.5%) obesos mórbidos. 129 (41.2%) refirieron en la encuesta haber bajado de peso. Sin embargo, al comparar el peso de referencia al momento del estudio y el peso referido en el control diferido, 104 pacientes (33.2%) en realidad subieron de peso, solo 33 (10.5%) bajaron más del 10% y 13 (4.15%) más del 20% del peso basal. Solo 121 pacientes (38.6%) consultaron un nutricionista.

Conclusiones: La prevalencia de exceso de peso en nuestra población de pacientes con SAHOS es muy elevada. Pocos pacientes con sobrepeso consultan un nutricionista y muy pocos de ellos bajan sustancialmente de peso. Debemos efectuar ma-

yores esfuerzos y revisar la estrategia para conseguir que los pacientes normalicen su peso como elemento fundamental del tratamiento del SAHOS.

TL83

0149. VARIABILIDAD DEL REQUERIMIENTO DE PRESIÓN DE CPAP DURANTE VARIAS NOCHES DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON APNEAS DEL SUEÑO

JF Nogueira, P Micci, S Grandval, MJ De Luca

Instituto Argentino de Investigación Neurológica - Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La presión efectiva de CPAP necesaria puede variar significativamente noche a noche en algunos pacientes, dependiendo fundamentalmente de la posición corporal, el consumo de alcohol o sedantes, la arquitectura y profundidad del sueño y la permeabilidad de la VAS. Los equipos de CPAP Autoajutable (ACPAP) son útiles para titular la presión efectiva de CPAP.

Objetivo: Determinar la variabilidad de las presiones promedio de ACPAP requeridas en 6 noches consecutivas de tratamiento de pacientes con Síndrome de Apneas del Sueño (SAOS). **Métodos:** Pacientes con clínica y polisomnografía compatibles con SAHOS moderado-severo, tratados en su domicilio durante 6 noches con un equipo de ACPAP. Se analizaron los perfiles de presiones, los niveles promedio de cada noche, el percentilo 90 de presión y las horas de uso de todas las noches. Se calcularon para cada paciente la diferencia entre los valores mayores y menores de presión promedio de las diferentes noches (rango) y el Desvío Standard de la media de dicha presión (SD). Los pacientes fueron dicotomizados por rango de presión y SD tomando como puntos de corte los 2 cmH_2O de diferencia en las presiones promedio y 0.85 en el SD. Se compararon entre ambas poblaciones las variables antropométricas, el percentilo 90 de presión de CPAP de todas las noches y el índice de perturbación respiratoria (IPR).

Resultados: 177 pacientes, 86.4% varones, edad 55.01 \pm 13.3, IMC 33.7 \pm 8.4, IPR 51.2 \pm 21.8 ev/h. Los pacientes usaron el equipo 5.85 \pm 1.28 hs/noche con un Percentilo 90 de presión de 9.28 \pm 2.43 cmH_2O . 98 pacientes (55.4%) presentaron diferencias en los niveles promedio de presión ≥ 2 cmH_2O e incluso 47 de ellos (26.5% del total) ≥ 3 cmH_2O . 89 pacientes (50.3%) presentaron un SD de la media de presión promedio >0.85. Al comparar las dos poblaciones descriptas, se encontró entre los pacientes con diferencias > de 2 cmH_2O un mayor requerimiento de presión de CPAP (Percentilo 90 10.0 vs. 8.3 cmH_2O ; $p=0.0001$). El resto de las variables no mostraron diferencias de significancia estadística.

Conclusión: Más de la mitad de los pacientes con SAHOS tienen variaciones significativas noche a noche en los requerimientos de presión de CPAP apreciados en 6 noches de seguimiento. Este elemento debe ser tenido en cuenta sobre todo en pacientes con inadecuada adaptación o respuesta clínica al CPAP, que hayan sido titulados en una sola noche.

TL84

0150. ACEPTACIÓN Y ADAPTACIÓN INICIAL AL TRATAMIENTO CON CPAP. RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA ESPECÍFICO DE EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN EL USO DE CPAP PARA PACIENTES CON APNEAS DEL SUEÑO

JF Nogueira, S Grandval, P Micci, G Simonelli, R Rey

Instituto Argentino de Investigación Neurológica - Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La educación, el entrenamiento y el seguimiento programático específico de los pacientes con Síndrome de Apneas del Sueño (SAHOS) que requieren CPAP mejoran la adherencia al tratamiento. Ha sido demostrado que la primera semana es clave en la adaptación final del enfermo, por lo

que mayores esfuerzos deben ser empeñados en ese momento.

El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la implementación en nuestro medio de un programa personalizado de educación, entrenamiento y seguimiento inicial de pacientes con SAHOS que deben ser tratados con CPAP.

Métodos: Estudio de cohorte longitudinal prospectivo. Muestra consecutiva de pacientes adultos con diagnóstico de SAHOS moderado severo confirmado por Polisomnografía, con indicación de tratamiento con CPAP, sin experiencia previa en el uso de estos dispositivos, entre los meses de junio 2006 y enero 2009.

Se implementó un programa personalizado de educación, entrenamiento y seguimiento consistente en: a) entrevista educativa/informativa con médico especialista del equipo; b) sesión de prueba y entrenamiento en el uso de CPAP en el Laboratorio de Sueño con un técnico especializado; c) selección de la interfase más apropiada; d) utilización de un equipo de CPAP autoajustable en el domicilio del paciente durante una semana; e) apoyo y seguimiento técnico telefónico las 24hs.

Se tomó como indicador de adherencia la cantidad de horas de uso por noche, registrado mediante el reloj interno de cada equipo, considerando como valor ideal un nivel ≥ 5 hs/noche y óptimo cuando este valor resultó ≥ 4 hs/noche. El dispositivo registra a su vez los niveles de presión de CPAP alcanzados.

Resultados: Se incluyeron 319 pacientes; 265 (83.1%) hombres; edad 54.4 ± 13.5 años; IMC 33.7 ± 8.1 ; Índice de Perturbación Respiratoria (IPR) 47.9 ± 22.3 ev/h. Durante el período de tiempo testeado 243 pacientes (76,2%) utilizaron el equipo más de 5hs/noche y 290 (90,9%) lo hicieron por más de 4hs/noche. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que utilizaron más de 5hs/noche vs. los que lo hicieron menos tiempo, en lo que respecta a sexo, edad, peso, IMC, IPR, nivel de somnolencia y nivel de presión requerida.

Conclusiones: La implementación de este tipo de programas específicos constituye una medida sumamente efectiva en términos de conseguir una apropiada aceptación y adaptación inicial al CPAP en pacientes que así lo requieren.

TL85

0152. PATRÓN POLISOMNOGRÁFICO DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA. REPORTE DE 2 CASOS

S Pavon, J Abdala, J Pujol, M Lopez Bravo, E Barimboim

SOMNUS. Centro de sueño Mendoza, Argentina.

Introducción: La Fibromialgia (FM) es una enfermedad común que se caracteriza por dolor musculoesquelético difuso, rigidez, parestias, alteraciones del sueño y fatiga. Es más frecuente en mujeres que en varones en una proporción de 9 a 1, de entre 30 y 50 años de edad y su prevalencia aumenta con la edad.

Caso 1: Paciente Varón de 44 años con diagnóstico de fibromialgia, IMC 24, roncadador con una intensidad «mayor a la respiración profunda». Refiere dificultad para dormirse, cansancio y excesiva omolencia diurna (ESD). Se queda dormido contra su voluntad y a sufrido ataques súbitos de sueño. Escala de Epworth 10/24.

Caso 2: Paciente mujer de 51 años con diagnóstico de fibromialgia, bajo tratamiento con amitriptilina 10 mg/día y ácido fólico 5mg/día. Roncadora. Refiere cansancio y ESD todos o casi todos los días. Ha sufrido ataques de sueño incontrolable y haberse quedado durante actividades habituales y en el trabajo. Escala de Epworth 20/24.

Resultados: En los 2 pacientes se encontró en el registro polisomnográfico ritmo alfa en estadio 4, y en otros estadios NREM y fragmentación del sueño por múltiples microdespertares y despertares.

Conclusiones: en los pacientes con FM comúnmente se describe el sueño como inquieto, fácilmente interrumpido por ruido y no reparador. También insomnio, despertares tempranos con rigidez, dolor y fatiga después de 6 a 8 horas de dormir.

El patrón alfa-delta es identificado en los pacientes con este diagnóstico e implicado en su fisiopatología, además presentan menos sueño lento, menos sueño REM y menor tiempo total de sueño. El ritmo alfa durante el sueño sugiere sueño no reparador, además la frecuencia del patrón alfa-delta es relacionado con el dolor y la depresión, a mayor actividad alfa que ocurra durante el sueño mayor incremento del dolor nocturno.

El mejoramiento en el sueño, podría tener implicancias en el tratamiento de la FM.

- Moldofsky H. Sleep and fibrositis syndrome. *Rheum Dis Clin North Am.* 1989, 15: 91-103.

- Shapiro CM, et al. Sleep problems in patients with medical illness. *Br Med J.* 1993; 306: 1532-1535.

- Watson R, et al. Alpha-delta sleep: EEG characteristics, incidence, treatment, psychological correlates in personality. *Sleep Res.* 1985; 14: 226.

TL86

0177. DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE APNEA COMPLEJA (SAC,COMPAS-ACOMPS) TRATADO CON SISTEMA AUTOCAP SERVOASISTIDO

JS Sillio¹, R Ferraris², JH Geuna², C Becerra², E Yañez²

¹LABROSUR Bahía Blanca Instituto Diagnostico, Argentina. ²LABROSUR, Argentina.

Presentamos este caso por ser una entidad nueva, por ahora con infrecuencia de diagnóstico y por ser este, el primer caso tratado con sistema Auto Cap servoasistido en nuestro país. El Síndrome de Apnea Compleja (SAC,CompSAS-AcompS) es un sub-diagnóstico del Sínd.de Apnea-Hipopnea Obstructiva en el Sueño (SAHOS), este se diagnostica cuando aparecen apneas centrales o respiración tipo Cheyne Stokes (RCS) al aplicar presión positiva en la vía aérea (PAP) ya sea por medio de un CPAP o BPAP.

Caso: Pac. fem. de 58 años, con antec. de accidente de tránsito con lesión cervical por mec. de latigazo, depresión, migrañas, reflujo gastroesofágico, al examen Sobrepeso BMI 31, Mallapanti IV de implantación de Fauces, al momento de la consulta, tenía 5 años, de diagnóstico con PSG (Polisomnografía) de SAHOS Severo RDI de 57 event./ hora, con 15 años de evolución sintomática, sin tratamiento efectivo hasta hace 5 años, que se realiza Noche de titulación PAP con PSG. Por requerimientos de presiones altas y disconfor, se indica (BPAP) Doble Nivel de Presión Positiva Continua, La paciente evoluciona periódicamente con Cefaleas intensas y somnolencia. En Clínica de Obesidad BsAs, se le intenta recalibrar las presiones, dejando las mismas y luego se la someten a cirugía de Uvuloplastia, sin mejoría. Continua con Bipap y persistencia de sintomatología diurna, se realiza PSG se observan Apneas Obstructivas, Centrales, Hipopneas y Respiraciones Periódicas, se programa Titulación PSG, al aplicar Presión positiva continua, desarrollaba respiración periódica tipo Cheyne Stokes, se agrega Oxígeno al BPAP Espontáneo, sin reducción de las apneas centrales o reducción de los picos y valles de la respiración periódica y luego se calibra un nuevo equipo pero con frecuencia de Respaldo BPAP-S/T. Este paso, de BPAP espontáneo a temporizado, controla parcialmente las apneas centrales con ventilaciones mecánicas pautadas, se logra bajar el requerimiento de presión terapéutica (Ipap/Epap) de 16/8 a 14/7, con agregado de 12 c/min de frecuencia. Relación I/E 45%. Se diagnostica Síndr.de Apnea Compleja y se indica tratamiento con Autocap Servoasistido tipo Autoset CS 2®, la paciente tarda 2 años en conseguir equipo en el exterior, mientras tanto, realiza estudios de RNM (Res. Mag. N.Cerebral), observa:

en sustancia blanca de localización periependimaria supratentorial imágenes hiperintensas de presumible origen vascular isquémico. Eval. cardiológica y Ecocardi. normal. Con el equipo de Autoset CS 2®, y se procede en el Laboratorio de Trastornos Respiratorio en el Sueño a calibrar las presiones efectivas de optimización respiratoria, la paciente evoluciona favorablemente desapareciendo la somnolencia diurna y cefaleas matinales. Hoy presenta casi 2 años de tratamiento con buena evolución. Conclusiones: Se calcula que entre un 4 y 15 % de los pacientes con SAHOS presentan SAC, esta entidad tiene pocos años de descripción, debe ser sospechada por síntomas o signos de intolerancia al tratamiento con Presión positiva Continua o Doble Nivel.

TL87

O194. EQUIVALENCIA DE TRES DISPOSITIVOS DE OXÍGENO PORTÁTIL EN PACIENTES CON EPOC EN OXÍGENO TERAPIA DOMICILIARIA. RESULTADOS PRELIMINARES

FA Serrano², BE Varela², C Codinardo², S Giavedoni³, C Nigro², EE Rhodius²

²Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina. ³Queen's Medical Research Institute, Edinburgo, Reino Unido.

Introducción: La diversidad de fuentes de O2 ambulatorio, asociado a sus costos, hace necesario compararlas para determinar el flujo óptimo de O2 en cada paciente.

Objetivo: Comparar tres fuentes de O2 ambulatorio en pacientes con EPOC en oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD).

Materiales y métodos: 10 pacientes con EPOC estable en tratamiento con OCD. Se excluyeron sujetos con cardiopatía descompensada e infecciones agudas. Se realizaron múltiples pruebas de caminatas de 6 minutos (PC6M) cada 7 días con los siguientes equipos portátiles de O2: Grupo 1 (G1): O2 líquido (O2L) portátil con flujo continuo (Cryopal®), Grupo 2 (G2): O2 líquido portátil con flujo pulsado (Tycos®, Puritan Benett®) y Grupo 3 (G3): Concentrador portátil, modelo Lifestyle (Air Sep®). Se utilizó oximetría de pulso (WristOx 3100). Desenlaces: primario: flujos promedio de los 3 equipos para mantener una SpO2 e» a 94% (S94) en reposo y en ejercicio; secundarios: efectividad, analizada mediante: tiempo con una SpO2 e» 94 (S94), tiempo de SpO2 e» a 90% (S90), metros recorridos y disnea (escala de Borg). Análisis estadístico: Test de t (muestras pareadas) y Wilcoxon.

Resultados: 8 pacientes (5 mujeres, edad media 67 a) completaron el estudio. Solo un paciente en el G1 cumplió el objetivo de mantener la S94 >80%, por lo que la equivalencia en ejercicio no pudo evaluarse. El flujo requerido para mantener una SpO2 > 94% en reposo fue de G1: 3.31±1.43, G2: 2.41±0.58 y G3: 3.5±0.54, con diferencia significativa entre G1 y G3 y entre G2 y G3 (p=0.01). El flujo de O2 medio fue: G1 5.62 l/min. (max: 7 l/min.), G2: 4 l/min. (max: 4 l/min.), y G3: 5 unidades (max: 5 unidades). La S94 para G1, y G2 fue de 54.85±23.95% y 22.58±18.97% (p= NS). La S90 fue de 79.43±22.81%, 58.62±30.55% y 46.9±16.3% respectivamente, diferencia entre G1 y G3 significativa (p=0.01). La distancia caminada fue G1: 254.5±91.63 m, G2: 194.16±118.04 m y G3: 162±95.69 m (p=0.02 entre G1 y G3). El delta Borg fue similar, G1: 3.81±3.46, G2: 5.25±3.46 y G3: 5.5±3 (p= NS). La desaturación máxima fue mayor en G3 versus G1 y G2, aunque no significativa (14.6±4.77% vs. 7.5±6.32% y 7.33±4.63%, p=0.08). Todos los pacientes del G1 terminaron las caminatas, mientras que 2 del G2 y 3 del G3 no realizaron PC6M por no lograr el objetivo de SpO2 en estado basal.

Conclusión: Estos datos preliminares nos permitieron determinar el flujo equivalente entre los 3 equipos evaluados solo para el reposo. Según los resultados obtenidos, el O2L a flujo continuo impresiona ser el sistema más efectivo de los 3, ya

que se obtuvo significancia estadística de esta comparación en el S90 y la distancia recorrida, con una tendencia a favor del mismo en el resto. Consideramos de utilidad la información hallada en este estudio como base de futuras investigaciones sobre la eficacia clínica de estos equipos con un mayor número de pacientes.

Tuberculosis I

LUNES 5 DE OCTUBRE DE 2009

9.30 – 10.30

Salón Peralta Ramos N

TL88

O013. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN HOSPITAL SAMIC EL DORADO. MISIONES

RB Sotelo, R Paviolo, Z Nocenti, ME Brizuela

SAMIC Eldorado Misiones, Argentina.

Objetivo: Analizar las características clínico epidemiológicas de los pacientes ingresados al programa de lucha antituberculosa en el periodo 01/01/04 al 31/12/08.

Materiales y métodos: fichas de notificación de TBC, revisión de historias clínicas, utilizado EPI INFO 6.

Resultados: Se trataron 168 pacientes, en el año 2004 se diagnosticaron 46 casos nuevos, 52 en el 2005, 24 en 2006 y 2007, 22 pacientes en 2008. El 95% de los pacientes eran argentinos y el 5% paraguayos, el motivo de consulta fue en un 89,9% por síntomas respiratorios, examen de contactos 8,9%, 0,6% derivado de otro centro y 0,6% por hallazgo intraoperatorio. Se observaron dos picos de edades en las décadas de los 20 y 40 años. 63.9% de los pacientes fueron del sexo masculino, bacteriología positiva se obtuvo en 54,2%, negativa 26,8% y no investigada 19%. Las formas radiológicas fueron BCC 26%, UCC 15,5%, BSC 33,9%, USC 10,1%, Miliar 7,1%, otras formas 7,4%. En relación a la localización de la enfermedad el 93,5% fue pulmonar y el 6,5% extrapulmonar, siendo mas frecuente el compromiso pleural (55,6%) ganglionar (16,7%), renal (11,1%) meníngeo, dermico y genito urinario 5,6% respectivamente. Patologías asociadas se presentaron en 59 pacientes (EPOC 20,3%, alcoholismo 18,6%, diabetes 18,6%, HIV 15,3%, Hansen 6,8% Paracoccidiodomicosis 3,4%, otros 17%). Se evaluaron además los antecedentes epidemiológicos de los pacientes tratados observándose que el 18,6% tenían contacto previo con pacientes infectados con TBC. El tratamiento fue supervisado en 43,5% y autoadministrado 56,5%, con antecedente de tratamiento previo para TBC en el 10,1% (tratamiento previo completo 2,4% e incompleto el 7,7%), fueron dados de alta el 66,7%, abandono el tratamiento el 10,7%, fallecieron 10,1%, trasladados el 8,9% y en tratamiento continua el 3,6%.

Conclusión: La TBC continúa siendo una patología prevalente, que afecta principalmente a pacientes jóvenes, mas frecuentemente en el sexo masculino. Consideramos el porcentaje de abandono de tratamiento como una problemática a resolver, teniendo en cuenta que se dispone como alternativa de tratamiento el supervisado.

Hemos observado además una importante disminución de los casos nuevos en los últimos tres años (datos coincidentes con las estadísticas nacionales y latinoamericanas), creemos que la misma se debe a subdiagnósticos y no a una disminución de la enfermedad.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal de los casos notificados al Programa de Control de la Tuberculosis entre noviembre de 2008 y junio de 2009 en el Hospital Ángel C. Padilla. Se evaluaron las siguientes variables: sexo, edad, nivel de instrucción, localización de la patología (pulmonar o extrapulmonar), distribución geográfica y compromiso de la radiografía de tórax al momento de la consulta.

Resultados: Se analizaron 44 casos donde la relación hombre/mujer fue 1,3. La localización más frecuente fue la pulmonar 77% de los casos. Los grupos de edades más afectados fueron los comprendidos entre 16 y 35 años 23 casos (52%) y entre 56 y 75 años 13 casos (30%). Se observó que el 62% de los pacientes presentaban solo estudios primarios de los cuales (32% completos y un 29% incompletos). En cuanto a las formas de presentación radiológica 20 pacientes (58%) tuvieron compromiso bilateral al momento de la consulta y de ellos 14 casos (70%) se observaron imágenes compatibles con cavitación. Del grupo que contaba solo con estudios primarios 7 pacientes (20%) presentaban las formas más graves, y de los que contaban con terciario completo solo el 5% se encontraban en este estadio.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que existiría una relación entre el nivel de instrucción y forma graves de tuberculosis el acceso a la educación.

TL92

0090. ESCROFULODERMA GLÚTEA EN UN PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR

M. Fielli, H. Baez, G. Gonzalez, C. Mroue, A. Dassoro, A. Christiani

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Argentina.

Introducción: La tuberculosis cutánea representa el 1.5% de las formas extrapulmonares. Una de las presentaciones de la tuberculosis cutánea es la escrofuloderma.

La escrofuloderma es el resultado de la afección por contigüidad de la piel que recubre otro proceso tuberculoso. La localización habitual es en los ganglios linfáticos. En ocasiones menos frecuentes se puede presentar como secundaria a diseminación hematogena como abscesos fluctuantes con trayectos fistulosos con drenaje purulento en la región de tronco, pubis y glúteos. La biopsia en estos casos muestra infiltrado granulomatoso, con ZN y cultivo para BAAR negativo en aproximadamente el 50% de los casos.

El compromiso cutáneo cursa generalmente con afección de otros órganos.

El caso clínico a presentar se trata de un paciente con diagnóstico de Tuberculosis pulmonar asociada a una lesión en glúteo compatible con escrofuloderma.

Caso Clínico: Paciente de 60 años, con antecedentes de etilismo y ex tabaquista. Se interna por cuadro de 15 días de evolución, de astenia, adinamia, pérdida de aprox. 10 Kg. de peso y tos con expectoración mucosa, agregando en los últimos 4 días registros febriles de 39 °C.

A su ingreso, se constata paciente en regular estado general, adelgazado, buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, con crepitantes en base izquierda.

Piel y faneras: Tumoración exofítica e indurada glútea con bocas fistulosas con supuración.

Laboratorio al ingreso: Hto: 37% GB: 15.600 Pla: 568000 Rx Tórax: Infiltrado bilateral.

Con diagnóstico presuntivo de Neumonía adquirida comunidad severa, se inicio tratamiento empírico con Ampicilina-sulbactam y claritromicina. Se solicita esputo, Hemocultivos x 2, serología HIV y biopsia de lesión glútea.

Se reciben resultados: Hemocultivos x 2: negativos. Esputo para Gérmenes comunes: Flora polimicrobiana. ZN esputo: Regulares BAAR. HIV negativo.

Se interpreta el cuadro como Tuberculosis pulmonar. Se inicia tratamiento con isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida.

Luego se recibe Biopsia de piel que informa: Infiltrado inflamatorio con presencia de granulomas. No se observan BAAR. Se reinterpreta el cuadro como Tuberculosis con compromiso pulmonar y extrapulmonar.

Conclusión: En este caso destacamos principalmente la importancia clínica de constatar compromiso extrapulmonar en un paciente con Tuberculosis, ya que modifica el seguimiento y el tiempo de tratamiento, y en segundo lugar nos ayuda a recordar una forma muy poco frecuente de presentación (cutánea) en una localización atípica (glúteo).

TL93

0129. ENCUESTA SOBRE TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE CORRIENTES

HR. González, J. Garay, R. Cardozo

Servicio de Neumología. Hospital J R Vidal. Corrientes, Argentina.

Introducción: La Tuberculosis (TB) es una enfermedad prevalente a nivel global. Argentina es un país de mediana incidencia de la enfermedad y es de resaltar que en Corrientes, la tasa anual de morbilidad por TB oscila entre 37-45/100.000 habitantes y en aumento.

Objetivo: Se propone realizar un relevamiento epidemiológico en la vía pública a fin recabar datos sobre que nivel de información posee la población sobre ésta enfermedad, en víspera de la conmemoración del Día Mundial de la Tuberculosis.

Material y métodos: Se realizó una encuesta en la vía pública en la ciudad de Corrientes en Marzo de 2009 a través de un cuestionario impreso con cuatro preguntas de opción múltiple (tres opciones) sobre TB utilizando lenguaje comprensible dirigido a la población en general, a cargo de alumnos del Internado Rotatorio de la Facultad de Medicina.

Resultados: Se obtuvieron 500 encuestas, de las cuales 252 (50.4%) eran Mujeres y 248 (49.6%) eran Hombres. Con edad promedio de 35.2 años. (rango de 12-95). En cuanto al nivel de instrucción se encuestaron a 73 (14.6%) del nivel primario, 242 (48.4%) del nivel secundario, 87 (17.4%) del nivel terciario y 98 (19.6%) con estudios universitarios.

Se detectaron 132 (26.4%) fumadores activos y 49 (9.8%) sintomáticos respiratorios.

Los datos obtenidos sobre las 4 preguntas sobre TB fueron: 228 (45.6%); 319 (63.8%); 314 (62.8%) y 279 (55.8%) respectivamente contestaron de forma *correcta*. Un bajo porcentaje no contestaron o dieron doble respuesta.

De acuerdo al nivel de instrucción en forma incorrecta:

| | 1ºPreg.54 (73.9%) | 2ºPreg.30 (41%) | 3ºPreg.37 (50.6%) | 4ºPreg.30 (41%) |
|------------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| Nivel Primario | 119 (49.1%) | 98 (40.4%) | 92 (38%) | 110 (45.4%) |
| Nivel Secundario | 49 (56.3%) | 25 (28.7%) | 35 (40.2%) | 35 (40.2%) |
| Nivel Terciario | 50 (51%) | 29 (29.5%) | 23 (23.4%) | 46 (46.9%) |

Conclusión: Es importante recalcar que la mayoría de los encuestados tenían mediano nivel de instrucción. Entre un 30 a 50% de respuestas incorrectas en el nivel Universitario, no fue diferente a los del nivel Terciario y Secundario. En el nivel Primario las incorrectas superan el 50%.

Lo que demuestra el alto índice de desconocimiento que existe en la población en general sobre esta patología tan frecuente y en aumento y que la mayoría de los encuestados consideraban desaparecida.

Queda en nosotros los médicos y Autoridades de la Salud insistir en forma constante y perseverante en la concientización y educación de la población.

TL94

0135. RELEVAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE TUBERCULOSIS EN TRABAJADORES DE LA SALUD DEL HOSPITAL J.R. VIDAL CORRIENTES

HR González¹, J Garay¹, D Gorvein¹, S Turza¹, C González¹, R Cardozo¹, N Fernández Céspedes²

¹Servicio de Neumonología Hospital J R Vidal. Corrientes, Argentina. ²Servicio de Clínica Médica. Hospital J R Vidal. Corrientes, Argentina.

Introducción: Se demostró que el riesgo de contraer Tuberculosis (TB) en los trabajadores de la salud (TS) en Argentina es 3.58 veces superior al de la población general.

Se ha visto la falta de aplicación de medidas de control de infecciones intrahospitalarias referidas a tuberculosis.

Objetivo: Se propone realizar un relevamiento epidemiológico de TB a los TS de un hospital universitario por sectores de trabajo.

Material y métodos: Se efectuó una encuesta a los TS a través de un formulario impreso previo consentimiento informado que incluía: datos filiatorios, sector de trabajo, enfermedades comórbidas, cicatriz BCG, la utilización de protección, si es o no sintomático respiratorio y se realizó además Intradermoreacción de Mantoux (IDR)-PPD, que se leyó a las 72 hs. El formulario incluía tres preguntas de conocimientos básicos de TB.

1. La TB es una enfermedad producida por: a) Virus b) *Bacteria* c) Hongo.

2. La TB es una enfermedad: a) Clínica sin > cuidado, bien tratable y curable b) Infecciosa y curable c) Infecciosa, contagiosa y curable.

3. La TB se transmite por: a) Elementos contaminados (sábanas, cucharas, tazas) b) La tos, estornudos, al hablar c) Por la saliva al tomar mate.

Resultados: Se completaron 382 encuestas, con predominio de mujeres 62%; edad promedio de 40 años (rango de 20-72).

El 42,5% presentaban comorbilidades, siendo las más frecuentes: Tabaquismo, Diabetes e HTA.

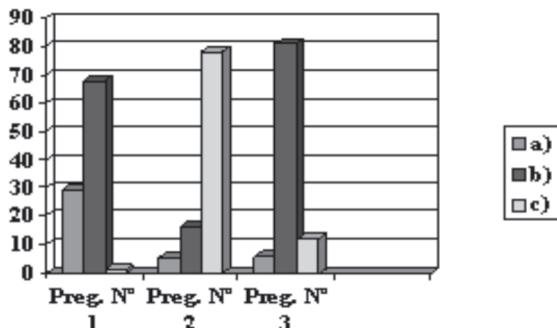
Del total, 87% tenía cicatriz BCG.

Se detectó un 11% de sintomáticos respiratorios de los cuales solo uno accedió a realizarse baciloscopia.

La PPD a las 72 hs. fue de 66% Negativos, 33% Positivos y 1% No Controlados.

En el rango de 5 a 9 mm se incluyeron 16% de los Negativos.

De las 3 preguntas sobre TB el 31,5%; 21% y 17% respectivamente contestaron de forma incorrecta.



Se separaron las encuestas en tres grupos de acuerdo al sector de trabajo, donde se observó el siguiente porcentaje de respuesta correcta respectivamente:

-Profesionales (135): 1ºPreg. 93.3% (126), 2ºPreg. 88.8% (120), 3ºPreg. 89.6% (121).

-Enfermeros (98): 1ºPreg. 64.2% (63), 2ºPreg. 77.5% (76), 3ºPreg. 74.4% (73).

-Administrativos (149): 1ºPreg. 49.6% (74), 2ºPreg. 65.7% (98), 3ºPreg. 66.4% (99).

Conclusión: Llama la atención el alto porcentaje de PPD negativos, la alta comorbilidad que existe en el personal y el notable desconocimiento básico que se tiene respecto a la TB. Además del 7 al 13% de los profesionales, la mayoría médicos, contestaron de forma incorrecta las preguntas. Factores que hay que tener en cuenta y corregir para evitar el contagio intrahospitalario de la TB.

TL95

0136. TUBERCULOSIS DE LA CAVIDAD ORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

K Bendezu Mejía, R Estevan

Hospital Francisco Javier Muñiz, Argentina.

Propósito del caso: Considerar la posibilidad de tuberculosis en toda lesión de las vías aéreas superiores.

Presentación del caso: Se presenta a la consulta paciente EA, de sexo masculino de 43 años de edad. Motivo de consulta: lesión ulcerada en cara interna de carrillo derecho de 2 meses de evolución. Enfermedad actual: El paciente refiere que luego de una infección dentaria le aparece una pequeña úlcera ipsilateral a la muela infectada. La úlcera aumentó de tamaño progresivamente, produciéndole dificultad para la ingesta por el dolor. Niega tos, ni otros síntomas respiratorios. Consulta a otro centro donde le realizan diversos análisis de laboratorio presentando una leve leucocitosis de 11,900 mm³ (72% PMN) y una eritrosedimentación acelerada de 70 en la 1era hora, siendo los otros parámetros de laboratorio normales. Le realizan una biopsia de la lesión. El estudio anatomopatológico informa: 27/06/09: »mucosa bucal que presenta en el corion una proliferación granulomatosa con células epiteloideas y células multinucleadas tipo Langhans e infiltrado linfohistiocitario. El diagnóstico: el cuadro histopatológico corresponde a una lesión inflamatoria crónica granulomatosa específica. Se sugiere realizar estudios microbiológicos (cultivo de lesión) para identificar el agente etiológico». Con este resultado concurre por primera vez a nuestra consulta con diagnóstico presuntivo de Histoplasmosis, y solicitud de evaluación por servicio de micología. Antecedentes personales: Ocupación: camionero. Sin factores de riesgo para retrovirus. Al examen físico se observa paciente que impresiona adelgazado. Presenta pequeñas adenopatías cervicales a predominio derecho, ipsilaterales a la lesión. La misma es una lesión ulcerada, de fondo granulomatoso, que cubre todo el carrillo derecho, no sangrante, cubierta de exudado levemente blanquecino, dolorosa a la palpación y de forma espontánea. No se observan otras lesiones. Presenta hepatomegalia de 1 1/2 través de dedo por debajo del reborde costal. A la auscultación pulmonar presenta crepitantes finos bilaterales en ambos vértices. La radiografía de tórax muestra opacidades en ambos vértices. Resultados de laboratorio: 17/07/08: baciloscopia: +10 bacilos por campo. Cultivo micobacterias: positivo (19/08/08). Examen de secreción de lesión de paladar: no se observaron elementos micóticos. Pruebas serológicas para *Histoplasma capsulatum* por dos técnicas: negativas. El paciente inició tratamiento con las cuatro drogas antifúngicas: isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida, con excelente tolerancia. El 20/08/08 se recibe nuevo esputo (a los dos meses de tratamiento): baciloscopia y cultivo: negativos. Se cicatrizó la úlcera en el lapso del primer mes de tratamiento.

Conclusiones: Es importante considerar posibilidad de tuberculosis en toda lesión de las vías aéreas superiores. Se destaca la importancia de enviar material de la biopsia en solución fisiológica para cultivo y no solo a anatomía patológica.

Cirugía Torácica

LUNES 5 DE OCTUBRE DE 2009

15.45 – 16.45

Salón Real N

TL96

0003. RARO TUMOR DE PARED TORÁCICA: LIPOSARCOMA DE BAJO GRADO DE MALIGNIDAD

OM Barrionuevo Bustos, RC Torres, JL Sarquis

Hospital Regional De Villa Dolores, Argentina.

Antecedentes: los sarcomas primarios de la pared torácica son poco comunes. Estos tumores están rodeados de una pseudo cápsula que es invadida por tejido tumoral y se extienden por los fascículos musculares, vasos, nervios y fascias. Tienen tendencia a recurrir localmente y a dar metástasis con facilidad. Representan entre el 25 y 50% de los tumores malignos de la pared torácica. Los más frecuentes incluyen el fibrosarcoma, liposarcoma, histiocitoma fibroso maligno, rabdomiosarcoma, sarcoma sinovial y el angiosarcoma. El liposarcoma constituye el 15% de estas neoplasias y la mayoría (70%) son de bajo grado de malignidad.

Objetivo: aportar nuestra experiencia.

Lugar de aplicación: hospital regional con amplia zona de influencia.

Diseño: presentación de caso.

Población: paciente de 52 años de edad consulta por tumoración en región dorsolumbar de varios meses de evolución, de crecimiento progresivo y permanente. El exámen muestra una lesión redondeada de 8 x 5 cm, consistencia duroelástica, fija a planos profundos, no dolorosa a la palpación. La RMN muestra las características de dicha lesión.

Método: resección de la lesión con margen amplio de unos 3 a 5 cm, utilizando una vía de abordaje similar a una toracotomía. Tumoración firmemente adherida a los planos musculares profundos, sin comprometer el plano óseo.

Resultados: el estudio de la pieza quirúrgica muestra un liposarcoma de bajo grado de malignidad con compromiso de los márgenes de resección. La ampliación de los márgenes quirúrgicos asegura la exéresis completa. No se realiza tratamiento oncológico.

Conclusiones: el liposarcoma es infrecuente y como todo sarcoma, el tratamiento consiste en la resección amplia en bloque, incluso en ocasiones, se impone la resección compartimental. Es poco útil la quimio o radioterapia.

TL97

0012. SECUESTRO BRONCOPULMONAR DE RARA PRESENTACIÓN

J Garay¹, H González², R Cardozo³, C Reyes², A Vizcaino³, L Vasconcellos³

¹Servicio de Neumonología Hospital J. R. Vidal. Corrientes., Argentina. ²Servicio de Clínica Médica Hospital J. R. Vidal. Corrientes. Argentina, Argentina. ³Servicio de Cirugía Hospital J. R. Vidal. Corrientes, Argentina.

Introducción: el secuestro pulmonar, malformación congénita caracterizada por tejido embrionario quístico no funcionante con vascularización sistémica anómala.

Caso clínico: Paciente masculino, 23 años admitido por: tos, expectoración hemoptoica de 3 semanas de evolución.

Semiología compatible con condensación derecha en región subescapular. Rx de tórax: opacidad hemitorax inferior derecho.

Antecedente: Tabaquismo. Alcoholismo. 2006, cuadro de expectoración purulenta fétida y una gran cavidad en L1D, complicado con Neumotórax bilateral, Diagnóstico al alta Absceso pulmonar (cavidad residual de gran tamaño) no regresa a control.

Internación actual persiste con expectoración hemoptoica, durante 7 días presentando como complicación hemoptisis de 250ml en 3 hs. motivando derivación a UTI. Evolución estable durante 6 días, presenta episodio de sangrado de 150ml, con descenso de 11 % del hematocrito, obligando a reposición hemática.

Diagnósticos diferenciales:

1. Absceso pulmonar
2. Cáncer de Pulmón
3. Aspergilosis Intracavitaria
4. Secuestro Pulmonar

Exámenes confirmatorios:

FBC: sangrado activo en segmento basal medial derecho.

TAC de tórax contenido heterogéneo que rellena la cavidad residual.

TC volumétrica doble circulación: pulmonar y sistémica de la aorta abdominal con gran trama de neoformación de vasos sustentando el diagnóstico de secuestro broncopulmonar.

Serologías para micosis profundas, Negativas. Baciloscopia (negativa)

Toracotomía: diagnóstico terapéutica: Ligadura de vaso anómalo abdominal y vasos pulmonares. Resección diafragmática con rafia simple. Lobectomía inferior abarcando el Secuestro. Evolución Postoperatoria favorable.

Conclusión: Motiva la presentación de caso el tipo de circulación anómala no descrita anteriormente en la literatura revisada.

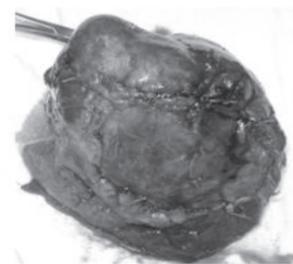


Foto 1: Circulación sistémico pulmonar.

Foto 2: Secuestro bronco pulmonar pieza quirúrgica

TL98

0051. MIASTENIA GRAVIS Y TIMOMA: SUPERVIVENCIA ALEJADA Y FACTORES PRONÓSTICOS

H Rivero, AK Patané, G Menga, A Rosales, C Poleri, M Rayá, O Rojas, M Rosenberg

Hospital de Rehabilitación respiratoria María Ferrer, Argentina.

Antecedentes: se denomina timomas a las neoplasias derivadas de las células epiteliales del timo y representan el tumor más frecuente del mediastino anterior, afectando preferentemente pacientes entre la 4° a 6° década de la vida.

Objetivos: presentar la serie de pacientes con diagnóstico de miastenia gravis y timoma tratados quirúrgicamente y determinar qué variables clínicas e histopatológicas afectaron la supervivencia global de éstos pacientes.

Diseño: cohorte retrospectiva de tipo analítico.

Materiales y métodos: 72 pacientes con diagnóstico de timoma y miastenia gravis operados desde enero 1972 a diciembre del 2006 fueron incluidos en el análisis, de los cuales sólo 1 (1.4%) fue perdido de seguimiento. De los 71 restantes, 13 (18.57%) se hallaban muertos a la fecha del presente trabajo. El promedio

de seguimiento fue de 10.13 +/- 8.45 años. Se analizaron las variables: edad, sexo, estadio de Masaoka (1994), actual clasificación histológica de la OMS del tumor original y evolución clínica de la miastenia definida según la clasificación modificada de Osserman. Para el análisis estadístico se utilizó el análisis de tiempo al evento (muerte) a través de las curvas de Kaplan Meyer y la regresión múltiple de Cox, chequeándose el supuesto de proporcionalidad sobre el modelo final.

Resultados: 38 pacientes fueron hombres (54%) y 33 mujeres (46%), con un promedio de edad de 47 años (rango 13-78); 43/71 (60%) presentaron estadios I y II de la clasificación de Masaoka y los 28 restantes (40%) estadios más avanzados (III y IV). Sólo pudieron reclasificarse según la clasificación de la OMS 51/71 pacientes ingresados en el estudio (72%), debido a que algunos de ellos fueron intervenidos en otros centros no pudiéndose recuperar el material para revisión; de éstos 38 (76%) pertenecieron a la clasificación B2 y B3 de la OMS. Sobre los 71 pacientes resecaados, 6 (8%) presentaron remisión de la enfermedad durante al menos 5 años, 50 (71%) evolucionaron con enfermedad estable, 9 (13%) presentaron progresión de los síntomas con requerimiento de inmunosupresión, y los restantes 6 (8%) evolucionaron desfavorablemente, falleciendo todos ellos a causa de crisis miasténicas durante los primeros 15 años de la experiencia. Tanto en el análisis univariado como multivariado, el mayor predictor de supervivencia fue la evolución clínica de la enfermedad, observándose una frecuencia de muerte 18 veces mayor en pacientes con progresión de los síntomas o evolución desfavorable en comparación a aquellos que presentaron remisión o estabilidad de la enfermedad (HR 18.11 IC 95% 3.91- 83.81, p = 0.000).

Conclusiones: en pacientes con timoma y miastenia gravis, la evolución clínica postoperatoria de la miastenia es un factor pronóstico independiente de mortalidad, lo cual remarca la relevancia clínica que presenta éste síndrome asociado frente a otras variables pronósticas conocidas como la estadificación de Masaoka y la clasificación histológica de la OMS.

TL99

0062. CARCINOMA SARCOMATOIDE ENDOBRONQUIAL DE COMPORTAMIENTO INVASOR TEMPRANO

R García, AK Patané, A Rosales, C Poleri, P Grynblat, O Rojas

Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

Objetivos: Presentar un paciente con un Carcinoma Sarcomatoide endobronquial de comportamiento invasivo temprano, destacando su inusual agresividad.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 48 años, ECOG PS II, tabaquista de 30 p/y, con antecedente de cirugía por carcinoma de endometrio en el año 2001, que consulta por disnea CF III, fiebre, tos y expectoración mucopurulenta de 3 meses de evolución. Ingres a UTI con diagnóstico de sepsis secundaria a neumonía aguda de la comunidad, hallándose en la Rx de tórax velamiento del hemitorax derecho hasta tercio medio, con nivel hidroaéreo y líquido purulento en la toracocentesis, colocándose drenaje pleural y tratamiento antibiótico. El cuadro séptico mejora, al igual que la radiología, desarrollando 9 días después de colocado el drenaje atelectasia completa del pulmón derecho; se realiza fibrobroncoscopia con el hallazgo de una lesión exofítica, de superficie irregular, que obstruye casi completamente la luz del BFD a 2 cm de la carina. Se realiza toma de biopsia y desobstrucción del bronquio fuente derecho con broncoscopio rígido, con diagnóstico histopatológico de Carcinoma pobremente diferenciado de células fusiformes (Carcinoma Sarcomatoide), no pudiéndose alcanzar completa permeabilidad de la vía aérea debido a que la invasión de la misma se extendía a todo el árbol bronquial. En la tomografía de tórax post desobstrucción se observa una masa pulmonar

con invasión mediastinal correspondiente a un estadio T4 de su enfermedad. Debido a la persistencia de infección en el espacio pleural y la irresecabilidad de la lesión se realiza ventana pleurocutánea con buena evolución. Se decide alta hospitalaria al día 46 de internación y continuar con Quimioterapia. La paciente fallece a los 5 meses del alta.

Discusión: Los Carcinomas Sarcomatoides constituyen un grupo de carcinomas no pequeñas células poco diferenciados constituidos por un componente de Sarcoma o símil (células fusiformes o células grandes). Ocupan entre 0.16% y 1,3% de la población de todos los tumores de pulmón malignos, siendo más frecuente en el sexo masculino y en tabaquistas severos. De acuerdo a su crecimiento se describen 2 tipos: uno periférico, invasor, por lo general de peor pronóstico y otro central, de característico crecimiento endobronquial. Este último origina un síndrome obstructivo precoz que permite el diagnóstico cuando el tumor está en estadios tempranos y por ello tiene mejor pronóstico. En el caso de nuestra paciente, la expresión endobronquial fue la manifestación tardía de la progresión local de la enfermedad, razón de su pobre evolución y sobrevida.

TL100

0169. NEUMOTÓRAX POR ENFERMEDAD DE LANGERHANS. OBSERVACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

CA Cejas¹, E Palma²

¹Practica Privada Santorial, Argentina. ²Hospital de Clínicas de Buenos Aires, Argentina.

La Histiocitosis X o enfermedad de Langerhans es una rara enfermedad intersticial asociada al tabaquismo, afecta a adultos jóvenes entre 20 y 40 años, con predominancia masculina. La incidencia estimada es de 2-5 nuevos casos por año cada millón de habitantes. Puede afectar diversos órganos y tejidos como hígado, piel, huesos, ganglios linfáticos, glándula pituitaria y cerebro, pero el sitio más frecuente es el pulmón en un 85 % de los casos. Se debe a la acumulación e infiltración del órgano por células monoclonales llamadas histiocitos de Langerhans que inicialmente forman granulomas y luego destruyen los bronquiolos distales formando pequeños quistes que afectan predominantemente a los campos medios y superiores. Estos quistes al romperse producen neumotórax que es la forma de presentación más frecuente. Se estima que entre el 10 al 15 % de los pacientes portadores de esta patología presentan neumotórax en algún momento de su vida. Son altamente recidivante y se aconseja la cirugía por VATS en el primer episodio.

El diagnóstico presuntivo de esta enfermedad se realiza con tomografía computada de alta resolución donde se detectan los nódulos y los quistes predominantemente en los sectores apicales y medios. La distribución de las lesiones y la presencia de nódulos hacen la diferencia de otra enfermedad similar, la linfangioleiomiomatosis. La biopsia pulmonar certifica el diagnóstico con el hallazgo de las células específicas.

Presentamos una observación clínica en una paciente de 28 años, tabaquismo de 13 p/y y sin síntomas previos desarrolla neumotórax izquierdo que se trató con drenaje simple en otra institución. En Rx. y TAC se detecta la patología intersticial. Por persistencia del neumotórax es derivada para resolución quirúrgica que se realizó por VATS con resección de un sector afectado y abrasión pleural. Cursó buen postoperatorio pero a los 15 días recidiva el neumotórax siendo abordada por toracotomía pequeña para evaluación manual del pulmón realizándose dos amplias biopsias de pulmón y pleurectomía parietal «en parches». Sin complicaciones fue dada de alta. La anatomía patológica confirmó la enfermedad en etapa crónica o fibrosa. La función pulmonar informó obstrucción moderada e incremento del volumen residual. La paciente presentó mejoría clínica con la suspensión del tabaquismo.

Conclusiones: La enfermedad de Langerhans es poco frecuente. Se debe sospechar en pacientes tabaquistas con neumotórax y radiología sospechosa de enfermedad quística difusa. Por ser altamente recidivante se aconseja cirugía videotoracoscópica en el primer episodio.

TL101

0195. FÍSTULA BILIOBRONQUIAL SECUNDARIA A QUISTE HIDATÍDICO COMPLICADO

M Trinidad, C Gaitán, A Sosso, D Díaz, M Morales

Hospital Presidente Perón - Avellaneda, Argentina.

La fístula biliobronquial es la comunicación anormal entre la vía biliar y el árbol bronquial. Congénitas ó secundarias a traumatismo, hemihepatectomía e infecciones hepáticas particularmente las parasitarias. La hidatidosis es la causa principal debido a la ruptura de los quistes ubicados en el lóbulo superior del hígado, que ocurren aproximadamente en 3.5 % de los casos, asociado a alta morbilidad y mortalidad, requiriendo manejo rápido y organizado.

Caso clínico: Paciente de 87 años que ingresa al Servicio de Neumonología presentando deterioro del estado general, fiebre, disnea de reposo y expectoración amarilla verdosa, espumosa, de 15 días de evolución. Internada en otro nosocomio desde hacía cuatro días, con antibióticos y ante la falta de respuesta es derivada a nuestro hospital.

Antecedentes Personales: Oriunda de Chascomús.

Tabaquista desde los 10 años (77 pack/year).

Quiste hidatídico hepático tipo V diagnosticado hace 15 años y constatado por ecografía que informa vía intra y extrahepática no dilatada.

Examen Físico: Adelgazada, taquipneica, con mala mecánica ventilatoria. TA: 100/70 mmHg, FC: 108 x min, FR: 32 r x min, T: 37.2.

Ap. Respiratorio: roncus, sibilancias y rales gruesos generalizados. **Ap. Cardiovascular:** 2 ruidos en 4 focos, silencios libres, no edemas, buena perfusión periférica.

Abdomen: depresible, hepatomegalia 2 traveses de dedo, dolorosa, sin defensa ni reacción peritoneal.

Ex. Neurológico: Somnolienta, sin foco motor, ni meníngeo. **Laboratorio:** Gases PH: 7.42, PCO2: 42.5, PO2: 71.5, HCO3: 28.3, SatO2: 94.5 (FiO2: 0.21%).

GB: 12.6 predominio neutrofilico, GR: 4.29, Hb. 12.3, Hto. 36.2, plaquetas 265, glucemia 193, urea 17, creatinina 0.60, FAL 167, GOT 19, GPT 11, BT 0.81, BD 0.27.

Bacteriológico y bacilosκόpico de esputo negativo; pigmentos biliares + debil.

Rx Torax Consolidación en base derecha. TAC de torax y abdomen Parénquima: aumento difuso intersticial bilateral con incipiente enfisema centrolobulillar biapical con sutil infiltrado alveolointersticial parcheado en lóbulo medio derecho. Infiltrado alveolointersticial con broncograma aéreo a nivel basal posterior derecho.

Abdómen: Hepatomegalia leve, a nivel de su domus formación quística calcificada con área hipodensa periquística del lado derecho en contacto pleural, absceso subfrénico?. Otra imagen hipodensa a nivel anterior intraparenquimatoso hepática por lo que no se descarta pequeña colección a dicho nivel, bilis?. En la reconstrucción sagital la parte cálcica del quiste se introduce por el diafragma en forma aparente hasta la colección alveolointersticial con la llegada del broncograma aéreo al quiste por lo que no se descarta fistula desde el aparente quiste hidatídico al pulmón. Resto de la vía biliar intra y extrahepática no dilatada. Vesícula de difícil visualización. Fibrobroncoscopia sin alteración endobronquial. Se observa abundante secreción biliar.

Se decide la cirugía de urgencia realizando una fistulectomía y colecistectomía.

Evoluciona con shock séptico posquirúrgico, sin respuesta favorable al tratamiento, obitando 25 días después.

TL102

0212. LOBECTOMÍA POR VIDEOTORACOSCOPIA. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

C Cejas¹, H Esteve², T Núñez², T Portas², J Alsinet²

¹Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina. ²Idem, Argentina.

Los procedimientos quirúrgicos realizados por videotoracoscopia han aumentado su espectro en el ámbito de la cirugía torácica. La lobectomía pulmonar debida a neoplasia pulmonar en estadios tempranos o por patología benigna realizada por este método está ampliamente aceptada. Los resultados oncológicos son similares al abordaje convencional con las grandes ventajas de la toracotomía pequeña de 4-6 cm. que al no utilizar el separador intercostal reduce significativamente el dolor, minimiza la repercusión funcional y acorta la recuperación postoperatoria. Hay datos en la literatura de beneficios en términos oncológicos de supervivencia comparados con la técnica convencional. También en la posibilidad de realizar en tiempo mas breve terapia adyuvante si el paciente lo requiere. Es nuestra inquietud mostrar la experiencia en este tipo de procedimiento.

Entre 2005 y 2009 se realizaron 15 lobectomías, 14 por carcinoma de pulmón y el restante por bronquiectasias. La técnica habitual es usando toracotomía anterior de 4-6 cm. y 2 o 3 trócares accesorios. La resección es similar a la convencional con ligadura o grapado por separado de los vasos y utilización de sutura mecánica en el bronquio y cisura. Se realizó en todos los casos muestreo ganglionar mediastinal.

Fueron 9 mujeres y 6 hombres, entre 33 y 75 años, con una media de 59.

Tipos de resección:

Lobectomía superior derecha 5

Lobectomía superior izquierda 3

Lobectomía inferior derecha 4

Lobectomía inferior izquierda 2

Lobectomía media + segment. 1

No hubo mortalidad en la serie. Complicaciones intraoperatorias no hubo y las postoperatorias ocurrieron en 7 enfermos. Enfisema subcutáneo en 3, infección de herida en 2, aerorragia y empiema en uno y edema de pulmón en el restante.

La anatomía patológica determinó que fueron 9 adenocarcinomas, 3 con componente de bronquioloalveolar y dos casos de carcinoma de células grandes. La estadificación definitiva fue:

T1N0M0 5

T2N0M0 4

T2N1M0 3

T2N0M1 2

Conclusiones: La lobectomía pulmonar realizada por videotoracoscopia es una práctica aceptada como segura técnicamente y oncológicamente. Se elige realizarla en los estadios tempranos. Presenta múltiples ventajas objetivas sobre la técnica convencional.

TL103

0218. RESECCIÓN SEGMENTARIA DE BRONQUIO FUENTE IZQUIERDO. ASPECTOS TÉCNICOS

C Cejas¹, T Portas²

¹Practica Privada Sanatorial. Buenos Aires, Argentina. ²Practica Privada Sanatorial, Buenos Aires, Argentina.

La presencia de una lesión tumoral de baja malignidad como el tumor carcinoide en un sector de un bronquio principal nos

permite realizar resecciones segmentarias conservadoras de parénquima pulmonar con buenos resultados anatómicos, funcionales y seguros en lo oncológico. Se trata de la llamada «resección en manguito» y puede utilizarse en otros sectores del árbol bronquial.

Las pautas principales son: respeto por los márgenes oncológicos, discreta disección de los cabos bronquiales y anastomosis con prolijidad y sin tensión.

Se presenta un caso (video de la técnica) de una paciente de 20 años no fumadora que presentó episodios de hemoptisis. Luego de varios meses de diagnósticos y estudios erróneos se detecta un tumor en tercio medio de bronquio fuente izquierdo sin otra patología asociada. Se realizó broncoscopia visualizando el típico aspecto carcinóide. No se efectuó biopsia. Fue operada por toracotomía anterolateral izquierda realizándose resección segmentaria con anastomosis. Los márgenes de resección se controlaron durante la cirugía siendo negativos lo mismo que el relevamiento ganglionar mediastinal. Cursó un postoperatorio sin complicaciones. La patología determinó un carcinóide típico con ganglios negativos.

La paciente se presenta libre de enfermedad luego de 5 años de operada

Conclusiones: Los tumores carcinoides endobronquiales permiten realizar cirugía segura conservadora de parénquima pulmonar aún cuando están ubicados en sectores de mayor dificultad técnica.

Endoscopia

LUNES 5 DE OCTUBRE DE 2009
15.45 – 16.45
Salón Real S

TL104

0024. COMPROMISO TRAQUEOBRONQUIAL EN LA ENFERMEDAD DE WEGENER

FM Caro, ME Fernandez, MF Chavez, D Lombardi, F Galindez, G Menga, P Grynblat

Hospital de Rehabilitación Respiratoria «María Ferrer», Argentina.

La enfermedad de Wegener (EW) es una Vasculitis sistémica de pequeños y medianos vasos. Mucho se conoce acerca del compromiso sistémico de la enfermedad pero muy poco sobre el compromiso traqueobronquial (TB).

Objetivo: Describir las lesiones TB en la EW, analizar su comportamiento y discutir el tratamiento.

Entre un 15 y 55% de los pacientes con EW pueden tener afectación TB. Generalmente se acompaña de compromiso sistémico pero la afección TB puede ser el único hallazgo en un 25% de los casos (Forma Limitada) dificultando el diagnóstico. Además los signos y síntomas de las lesiones TB son inespecíficos, tardíos y pueden evolucionar silenciosamente en pacientes estables a pesar de los inmunosupresores.

Presentamos 6 casos de EW con lesiones TB de difícil manejo de las cuales se hallaron: Estenosis Subglóticas (5), estenosis de traquea media (1), estenosis TB complejas (4) y múltiples lesiones de la mucosa bronquial descritas en EW como granulomas, úlceras, túneles submucosos, bandas fibrosas, estenosis puntiformes, mucosa costrosa pétreo, etc.

Desde 1970 se conoce la inducción a la remisión con GC y Ciclofosfamida que alcanza una tasa de remisión completa de 75% y un marcado descenso en la mortalidad. Sin embargo estos datos no pueden aplicarse al compromiso TB de la EW ya

que no sólo se desconoce cuando iniciar tratamiento de inducción sino que la mayoría de las lesiones TB no responden a inmunosupresores. Es aquí donde juega un rol fundamental el tratamiento endoscópico. Nuestros casos habían realizado múltiples procedimientos terapéuticos con un promedio de 1,3 tratamientos de inducción y de 5,5 procedimientos endoscópicos por paciente sin éxito lo que marca el alto número de recidivas, la ausencia de un tratamiento efectivo y la necesidad de múltiples procedimientos invasivos con el consecuente deterioro de la calidad de vida.

Se describen nuevas técnicas como la dilatación con balón y posterior inyección de triamcinolona local para evitar la reestenosis con resultados alentadores. Sin embargo, aún no hay consenso sobre el mejor tratamiento en el compromiso TB de la EW.

Conclusión: Es poco lo que se conoce acerca del compromiso TB en EW. Creemos que la falta de un enfoque multidisciplinario con este tipo de pacientes hace que los mismos desarrollen lesiones TB tardías de tipo cicatrizal muy complejas de resolver. Faltan estudios que determinen la utilidad de realizar una FBC temprana en pacientes estables y así detectar precozmente lesiones inflamatorias potencialmente tratables.

TL105

0027. FIBROBRONCOSCOPÍA BED-SIDE EN CENTROS DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA

D Samolski, R Duré

Hospital Francisco Muñiz, Argentina.

Introducción: La fibrobroncoscopia (FBC) es una técnica invasiva diagnóstica y terapéutica que, usualmente, se realiza en el ámbito hospitalario. En pacientes internados en Centros de Rehabilitación Respiratoria (CRR) y donde el traslado hacia dicho ámbito sea complejo o potencialmente riesgoso, la FBC podría realizarse en la propia cama del paciente, al menos para procedimientos con baja tasa de complicaciones.

Objetivos: Evaluar si la FBC realizada en CRR es un método de trabajo útil, posible y libre de complicaciones para procedimientos técnicamente sencillos.

Materiales y métodos: Se incluyeron las FBC realizadas en CRR durante el año 2008.

Las mismas fueron realizadas para evaluación estructural y funcional de la vía aérea (EEFVA) ante sospecha de estenosis traqueal, traqueomalacia, fistula traqueoesofágica (FTE), presencia de cánula de traqueostomía de largo término y control pre-decanulación, aspiración de secreciones (AS) traqueobronquiales, cambios de cánula de traqueostomía (CCT), localización de sitios de sangrado y tratamiento en hemoptisis leve y lavado broncoalveolar (LBA).

La endoscopia se llevó a cabo con la presencia de 2 operadores: uno efectuando el procedimiento per se y el restante en tareas de asistencia y monitoreo de variables clínico-oximétricas. En todos los casos estuvo disponible una fuente de oxígeno, un aspirador y un oxímetro.

Previo anestesia tópica naso-faringo-laríngea con lidocaína al 2%, se utilizó un FBC Olympus BFP30 ingresando a la vía aérea por fosas nasales, boca o traqueostomía según los objetivos del procedimiento a realizar.

Resultados: Se realizaron 25 FBC en 19 pacientes (14 traqueostomizados – rango de edad 30 a 75 años): acceso nasal en 22 FBC, traqueostomía en 19 y oral en 2. En los 25 estudios se realizó EEFVA y AS con criterio terapéutico, en 3 se realizó localización de sitio de sangrado y hemostasia, en 3 se efectuó CCT con control endoscópico, en 5 pacientes se procedió a decanulación luego de la FBC. En 1 paciente con FTE ya conocida se controló la evolución de la misma y en 1 paciente se realizó un LBA por neumonía de lenta resolución. La toleran-

cia al procedimiento fue buena y no se presentó complicación alguna.

Conclusiones: La FBC «bed-side» realizada en pacientes internados en CRR es una técnica potencialmente viable, útil, bien tolerada y libre de complicaciones, al menos para procedimientos sencillos y en pacientes seleccionados que no puedan ser movilizados al ámbito nosocomial.

TL106

0031. ESPIROMETRÍA Y CURVA FLUJO VOLUMEN PRE Y POST DILATACIÓN ENDOSCÓPICA EN ESTENOSIS TRAQUEAL

A Ortiz Naretto¹, A Sansostera¹, D Samolski¹, C Audagna², N Cornejo², L Alicio², R Duré¹

¹Hospital Francisco Muñiz, Argentina. ²Sanatorio 15 de Diciembre II, Argentina.

Introducción: La dilatación endoscópica con instrumental rígido es el tratamiento inicial de elección en la estenosis traqueal sintomática. Habitualmente estos pacientes presentan un hallazgo espirométrico sugestivo: aplanamiento (criterio visual, especificidad 94%)¹ de la rama espiratoria, inspiratoria o ambas («cajón») en la curva flujo-volumen (CFV). A su vez, hay índices que correlacionan variables numéricas espirométricas y que sugieren la presencia de dicha estenosis¹ ($FEV_1/PEFR$, MEF_{50}/MIF_{50} , $FEV_1/FEV_{0.5}$).

Objetivos: Evaluar las características espirométricas de los pacientes con estenosis traqueal previo y posterior a la realización de la dilatación endoscópica.

Materiales y métodos: Se incluyeron los procedimientos de dilatación realizados en pacientes con diagnóstico estenosis traqueal por FBC en el año 2008. Se realizó una espirometría y CFV (espirómetro Spirobank G®, MIR, Italia) previo a la dilatación y 24 hs posteriores a la misma. De los parámetros obtenidos se tomó en consideración los valores totales de FEV_1 y PEFR y la apariencia visual de la CFV. Se procedió luego al cálculo del índice $FEV_1/PEFR$ (mayor especificidad para diagnóstico de estenosis¹: 97%).

Resultados: Se realizaron 25 dilataciones endoscópicas en 15 pacientes diagnosticados de estenosis traqueal por FBC.

Resultados pre-dilatación:

FEV_1 total: 1.39 L +/- 0.81 L.

PEFR total: 1.54 +/- 1.32 L/seg.

Índice $FEV_1/PEFR$: 14.57 +/- 2.03 ml/L/min.

CFV con aplanamiento espiratorio 7; inspiratorio 3; cajón 12; normal 3

Resultados post-dilatación:

FEV_1 total: 2.10 L +/- 0.62 L.

PEFR total: 2.76 +/- 1.15 L/seg.

Índice $FEV_1/PEFR$: 12.57 +/- 2.35 ml/L/min.

CFV con aplanamiento espiratorio 9; inspiratorio 0, cajón 9 (aunque con mayor área bajo la CFV respecto a pre-dilatación); normal 7.

Conclusiones:

La espirometría pre-dilatación tuvo elevada especificidad para el diagnóstico de estenosis traqueal, utilizando los valores de FEV_1 y PEFR y su índice (análisis numérico) así como a través de la visualización de la morfología de la CFV (análisis visual). La realización de la espirometría post-dilatación permitió objetivar la mejoría de la estenosis a través de ambos parámetros: disminución del cociente $FEV_1/PEFR$ o bien la mejoría (mayor área de curva y/o menor aplanamiento) de la CFV. Queda aún por definir si el seguimiento espirométrico permite predecir los pacientes que requerirán nuevos procedimientos de dilatación por re-estenosis de la vía aérea.

1. Modrykamien A et al. Respir Care 2009, 54(4): 474-9.

TL107

0045. CORRELACIÓN CLÍNICA FIBROBRONCOSCÓPICA Y ANATOMOPATOLÓGICA

N Vazquez, J Avila, M Albert, P Bueno, M Espeche, M Gomez Martinez, A Perez Renfiges, M Sosa, S Fabio

Hospital Padilla, Tucumán. Residencia de Neumonología. Servicio de Neumonología, Argentina.

Objetivos: 1) Determinar nº de FBC y método fibrobroncoscópico realizados desde 01/01/03 hasta 31/05/08. 2) Relacionar la citología con la histología. 3) Determinar la imagen patológica más frecuente relacionada a la hemoptisis. 4) Relacionar la imagen endoscópica con la citología. 5) Determinar la neoplasia más frecuente. 6) Relacionar el diagnóstico positivo para células neoplásicas con el hábito tabáquico.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal desde 01/01/03 hasta 31/05/08 de ptes internados y ambulatorios que consultaron en el servicio de neumonología del hospital. Se revisaron 374 fichas de las cuales se enviaron 265 muestras a patología.

Resultados: total de ptes estudiados 265, predominio del sexo masculino (64%), siendo mayores de 50 años el 69%. Motivos principales del pedido de FBC: Rx Patológica 91% y tos 60%. La imagen radiológica más frecuente fue infiltrado (50%). Al relacionar la clínica con la imagenología, se observó que de los ptes que tenían hemoptisis, el 26% presentó cavitación y el 31% masa. El método FBC más utilizado fue el lavado bronquial ingresando a bacteriología el 100%, a anatomía patológica el 23%, lavado + cepillado 17% y lavado + cepillado + biopsia 14%. La imagen endoscópica más frecuente fue la inflamatoria (54%). Se encontró una frecuencia significativamente alta de imagen vegetante e infiltrante en los ptes que tenían imagen Rx masa. Se realizó diagnóstico citológico a 260 ptes (en 5 ptes no se registró el dato), siendo los más frecuentes el inflamatorio (53%) y el positivo para células neoplásicas (6%). La histología se realizó en 94 ptes, siendo positiva en un 35% (33). Se observó que los ptes que tenían infiltrado presentaban alta frecuencia de diagnóstico inflamatorio citológico. Los ptes con masa tenían alta frecuencia de diagnóstico de células neoplásicas. Las muestras negativas para células neoplásicas por citología presentaron un 67% de falsos negativos con respecto a la histología. En el caso de diagnóstico citológico positivo, se observó un 20% de muestras con falsos positivos y un 10% de sospecha de malignidad, que fueron confirmadas por histología en un 32%. De los ptes tabaquistas (45%) se biopsiaron un 30% siendo positivas para neoplasia un 39%. Las lesiones endoscópicas con citología positiva fueron 33% vegetantes y 29% infiltrantes. La neoplasia más frecuente fue el carcinoma escamoso (48%). **Conclusión:** la citología sola no es suficiente para el diagnóstico, la combinación de técnicas FBC optimiza los resultados.

TL108

0048. BRONCOFIBROSCOPIA DIAGNÓSTICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE CÁNCER BRONCÓGENICO. EXPERIENCIA REALIZADA EN HOSPITAL PÚBLICO. HOSPITAL TRÁNSITO CÁCERES DE ALLENDE, CORDOBA -ARG. ENTRE 2005-2008

VCM Bringas, EE Oviedo, G Kevorkof, C Ahumada

Hospital Transito Caceres de Allende Cordoba., Argentina.

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos con el lavado, cepillado y biopsia bronquial en tumores visibles endoscópicamente.

Materiales y Métodos: En forma retrospectiva se estudiaron 93 broncofibroscopias (BFC) llevadas a cabo en Hospital Transito

Cáceres de Allende (HTCA) en un periodo de 41 meses, comprendido entre enero 2005 a mayo 2008, se incluyeron para el estudio aquellos pacientes con sospecha clínica y radiológica de neoplasia de pulmón y a las cuales se le realizó biopsia bronquial (BB), cepillado bronquial (CB), lavado bronquial (LB), cuyas muestras fueron enviadas para estudio histo patológico y citopatológico. Se utilizó BFC olympus, sin apoyo fluoroscópico; los pacientes recibieron premedicación de rutina atropina diazepam IM, la anestesia tópica se realizó con lidocaína al 2%. Las variables de estudio fueron: el sexo, la edad, tabaquismo, imágenes radiológicas, hallazgos endoscópicos, y el método empleado para su estudio tratando de identificar malignidad.

Resultados: De 93 pacientes, 74 (79,6%) eran hombres, fumadores 71(76%), edad media 61 años (min33 Max 82) es de destacar 1)-Una rx de tórax con imagen central fue acompañada de hallazgos fibrobroncoscopicos con signos directos en 60%. Una RX de tórax con imagen periférica fue acompañada de hallazgos broncofibroscopicos con signos directos de lesión en 11% (chicadrado de Pearson $P < 0,001$, correlación de Spearman $+0.538$ $p < 0.001$). 2)- Los resultados (+) de las biopsias bronquiales se dieron en $33/40 = 82\%$ de los casos con signos directos en broncofibroscopia y en $4/27 = 18\%$ de casos con signos indirectos. (Chicadrado de Pearson $p < 0.001$, correlación de Spearman $+0.674$). 3)- los resultados del cepillado bronquial fueron (+) en $9/14$ (39%) de los casos con signos directos broncofibroscopicos, siendo (+) en el 21% del total realizado. (chicadrado de Pearson 0.016, correlación de Spearman 0.175 P 0.43). 4)- Los resultados del lavado bronquial fueron (+) en $17/43$ (39%) de los casos con signos directos al broncofibroscopio y en $2/31$ (6.5%) de casos con signos indirectos ala broncofibroscopia (chicadrado de Pearson < 0.001 correlación de Spearman $+0.382$ $P < 0.001$).

Discusión: Observamos hallazgos broncofibroscopicos con signos directos de malignidad en el 60% de las radiografías con imágenes de localización central, las mismas se acompañaron de células malignas en el 82.5% de las biopsias, y 39% de los cepillados y lavados bronquiales, cifras algo inferior al descripto por la bibliografía.

Conclusión: La broncofibroscopia sigue siendo el principal método diagnóstico en el cáncer pulmonar, especialmente en las lesiones que se encuentran visibles en la mucosa, en las recomendaciones de la American Thoracic Society (ATS) se considera el método mas sensible para confirmar el diagnóstico de cáncer con un buen nivel de evidencia y un grado de recomendación B, para nuestro medio la BFC es un método útil para el diagnóstico de cáncer de pulmón.

TL109

0118. HEMOPTISIS CRIPTOGÉNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M Díaz, S Malnis, B Varela, C Nigro, E Rhodius

Hospital Alemán Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Se estima que un 30% de los pacientes que presentan hemoptisis quedan sin un diagnóstico etiológico. Dichos casos se los denomina como hemoptisis de etiología idiopática o criptogénica.

Caso Clínico: Se presenta un paciente de 27 años sin antecedentes respiratorios que consulta por presentar hemoptisis moderada en dos oportunidades (2008-2009). El sangrado fue autolimitado. Padre y abuelo con telangiectasias nasales y antecedentes de epistaxis.

El examen físico fue normal.

En ambas oportunidades presentó TAC de tórax con contraste endovenoso y cortes de alta resolución con opacidad en vidrio esmerilado en lóbulo medio y FBC con coágulos en dicha zona. Bx mucosa: infiltrado inflamatorio crónico con esporádi-

cos eosinófilos. VEDA y Fibrolaringoscopia normales. Gases en sangre sin evidencia de hipoxemia.

Estudios inmunológicos negativos. Coagulograma y VSG normal.

HIV y BAAR negativo. Ecocardiograma con contraste endovenoso sugestivo de shunt D-I pudiendo corresponder con fistula arteriovenosa. Angiotac negativa para malformaciones arteriovenosas. Angiografía bronquial y pulmonar negativa.

Conclusiones: Se presenta un paciente que luego de ser estudiado en forma completa, no se ha podido establecer causa de sangrado.

TL110

0176. OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA CENTRAL POR TUMOR TRAQUEAL: COMPLICACIÓN DE SU TRATAMIENTO CON RESECCIÓN MECÁNICA Y SU RESOLUCIÓN

M Díaz¹, J Roller¹, S Malnis¹, R Gigliotti², E Prieto¹, B Varela¹, C Nigro¹, E Rhodius¹

¹Hospital Alemán Buenos Aires, Argentina. ²Hospital Ricardo Gutierrez, Argentina.

Introducción: El tratamiento endoscópico de la obstrucción de la vía aérea central puede realizarse con diferentes modalidades terapéuticas. Todas estas pueden presentar complicaciones durante el procedimiento, tales como, traumatismo labial o dental, inflamación laringea, laceración o perforación de traquea o bronquial, hemorragias, isquemia cardiaca, lesiones por quemaduras durante el uso de laser con FIO2 mayor a 0.4%, el reconocimiento precoz de estas permite la rápida instauración de medidas terapéuticas adecuadas.

Objetivo: evaluar la posibilidad de resolución simultanea de la patología obstructiva de la vía aérea y las complicaciones del tratamiento.

Paciente de 69 años de edad con antecedentes de tabaquismo, obesidad, DBT II, HTA, hipotiroidismo. Cirugía laríngea 20 años antes por nódulos cordales y asma no controlado con estridor inspiratorio de tres años de evolución.

Consulta por progresión del cuadro obstructivo, con disnea progresiva.

Se realizó espirometría computarizada que mostró amputación de PEF y laringoscopia sin evidencia patología. Considerando la alta presunción de obstrucción de la vía aérea central, se efectuó fibrobroncoscopia que objetivó traqueomalacia y tumoración en tercio medio de la tráquea. El resultado de la biopsia de la lesión fue carcinoma epidermoide queratósico semidiferenciado.

Durante el procedimiento de desobstrucción mediante resección mecánica posterior a la aplicación de láser diodo, se constató laceración de la pared lateroposterior izquierda traqueal, zona con mucosa de características normales. Ante esto se decide la colocación de un stent que cubra ambas zonas afectadas.

La paciente desarrolló enfisema subcutáneo y neumomediastino, tos y dolor torácico, instaurándose tratamiento antibiótico con betalactámicos.

Permaneció internada durante tres días con evolución favorable. Al mes del procedimiento comenzó quimio y radioterapia. Se retiró el stent nueve meses luego de su colocación. Se constató remisión local del tumor.

Un nuevo estudio endoscópico mostró lesión residual con granulomas por decubito del stent sin obstrucción significativa de la vía aérea.

Conclusión: Las complicaciones de la instrumentación de la vía aérea central tales como la laceración mucosa pueden presentarse durante el procedimiento, el postoperatorio inmediato o tardíamente. El reconocimiento así como su tratamiento precoz es de significativa importancia ya que disminuiría la morbimortalidad asociada.

TL111

0191. ROL DE LA BRONCOFIBROSCOPIA EN LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA: ESTUDIO COMPARATIVO EN EL TIEMPOL. Vegetti¹, R. Roselli¹, A. Ballina¹, S. Wustten¹, R. Gonzalez Vara¹, A. Bergesio²¹Hospital Jose Maria Cullen, Santa Fe, Argentina. ²Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina.

La neumonía asociada a la ventilación mecánica(nav) es la infección nosocomial de mayor frecuencia en las unidades de cuidados intensivos.

El diagnóstico se basa en criterios clínicos, radiológicos y de laboratorios. Con la broncofibroscopia(bfc) se realiza lavado broncoalveolar para obtener etiología lo que condujo a racionalización de atb e impacto en la mortalidad.

Incidencia de nav c/1000 ds en nuestra UCI es de 26%.

Objetivo: Analizar la contribución de la bfc en el diagnóstico de nav, conocer los agentes etiológicos y sensibilidad atb, comparar resultados actuales con años previos.

Métodos: Estudio desde diciembre 2006 hasta marzo 2009 (27meses). Registro de edad, sexo, causa y tiempo de asistencia respiratoria mecánica(arm) al momento de realizar la bfc y bacteriología. CPIS como criterio diagnóstico de nav.

Resultados: Registro de 179 bfc en 165 ptes con arm, mientras que en el registro de los primeros 19 ms se realizaron 87 en 83 ptes. Días de amr con valor central de 5 vs.4. Edad media: 37,6 años, 84,7% masculinos, Apache II: 17 y patologías en frecuencia: traumatismo encéfalo craneano (29,8%), politraumatismos (23,8%), clínicas (23,8%), post operatorios toracoabdominales (7,3%), heridas arma blanca y fuego (7,3%) y neurológicas (7,9%), con resultados similares al registro previo. CPIS ≥ 6 en 73,6% y cultivos positivos en semejante porcentaje (86.3% vs.84,3).

| Agente etiológico | Nº casos | Porcentaje |
|------------------------------|----------|------------|
| Pseudomona aeruginosa(PA) | 27 | 14.7 |
| Acinetobacter baumannii(ACI) | 32 | 17.4 |
| Citrobacter freundii | 2 | 1.1 |
| Escherichia coli | 5 | 2.7 |
| Enterobacter | 4 | 2.2 |
| Haemophilus influenzae(HI) | 22 | 12.0 |
| Klebsiella pneumoniae | 10 | 5.4 |
| Streptococcus pneumoniae(SP) | 11 | 6.0 |
| Proteus mirabilis | 11 | 6.0 |
| Staphylococcus aureus(SA) | 49 | 26.6 |
| Polimicrobiano:>2ger. | 6 | 3.2 |
| 2ger | 52 | 34 |
| Candida | 3 | 1.6 |

Patrones sensibilidad:

SA: 50% meticilino resistente(R); PA: 66% sensible(S) a todos los atb y las restantes la mayor R fue a la ciprofloxacina (cp) (22%) y al imipenem (im) (11%); ACI: el total S a tigeclina, colistin y minociclina, con alta resistencia al resto de los atb: S aminoglucósidos (ag):25%, cp:6%, im:3%; HI y SP S amoxicilinaclavulánico(ams); resto de gérmenes S a ams, cp y/o ag, excepto 1 proteus R a cp y 1 enterobacter R a ams.

En el 4to y 5to día incluido predomina el SAMS y HI y se evalúa que a partir del 5to día hay un aumento notable del nº de ACI y PA.

Comparando con registro inicial aumentó el nº de PA y SAMR, el ACI con igual resistencia y similar porcentaje de polimicrobianas. Presencia de gérmenes resistentes precozmente.

Consideramos como nav tardía desde el 5to.día incluido usando como tto empírico vancomicina más imipenem y en la nav precoz ams.

Complicaciones en un 19%, sin mortalidad.

Conclusión: La bfc continúa mostrando que tiene un alto rédito en el diagnóstico etiológico. La relación germen-día de internación nos permite indicar el atb empírico. Los gérmenes encontrados en orden de fcia fueron SA, ACI, PA y HI. Aumento significativo del nº de PA .El germen de mayor resistencia atb continúa siendo el ACI con presencia de gérmenes resistentes en forma precoz.

Laboratorio pulmonar y fisiopatología

LUNES 5 DE OCTUBRE DE 2009

15.45 – 16.45

Salón Peralta Ramos N

TL112

0022. COMPARACION DE EFICACIA ENTRE LA RELACION VEF1/VEF6 Y FEV1/FVC PARA EL DIAGNOSTICO DE OBSTRUCCION EN LAS DISTINTAS ECUACIONES DE REFERENCIA UTILIZADAS EN LA PRACTICA CLINICAL. Rolando¹, M. Otaola¹, N. Baillieau¹, P. Rodriguez², E. Jolly¹¹Hospital de Clínicas, Argentina. ²CEMIC, Argentina.

Introducción: La espirometría, estudio funcional simple y no invasivo, es el test más utilizado en la práctica diaria neumonológica. Es reconocida la relación VEF1/CVF como el método estándar para certificar la obstrucción al flujo aéreo. El esfuerzo necesario para alcanzar la CVF y cumplir criterios de aceptabilidad y reproducibilidad a veces no es logrado en personas mayores o con afecciones severas. En numerosos trabajos se ha propuesto la relación VEF1/VEF6 para sortear esta dificultad en el diagnóstico de obstrucción. Se realizó este trabajo con el objetivo de comparar la eficacia entre la relación VEF1/VEF6 y FEV1/FVC para diagnóstico de obstrucción en las ecuaciones de referencia más utilizadas en la práctica clínica.

Material y métodos: Se analizaron un total de 2416 espirometrías (realizadas en adultos desde 01/2007 a 06/2009) utilizando las siguientes ecuaciones de referencia: Morris, NHANESIII, ERS 1993 y Crapo. Se definió como espirometría obstructiva («gold standard») a toda aquella que tuviera una relación VEF1/FVC inferior al límite inferior normal (LIN) según el consenso de ATS/ERS del 2005. Se definió como obstrucción por relación VEF1/VEF6 a la que tuviera una relación <70%. Se analizaron estos resultados en tabla de 2x2 para el cálculo de la sensibilidad y especificidad.

Resultados: La edad media de la población fue de $57,4 \pm 16,3$ años; 55% (1329) mujeres y 45% (1087) hombres. La prevalencia de obstrucción y la sensibilidad y especificidad de la relación VEF1/VEF6 con 70% como valor de corte fijo fue variable según la ecuación de referencia analizada (ver tabla).

| | %Prev. Obst. FEV1/FVC (n) | Sens VEF1/VEF6 % | Esp VEF1/VEF6 % | VPP | VPN |
|-----------|------------------------------|---------------------|--------------------|------|------|
| Morris | 26 (631) | 98,4 | 89,1 | 76,2 | 99,4 |
| NHANESIII | 44 (1070) | 74,6 | 98,7 | 97,9 | 83 |
| ERS93 | 40 (973) | 81,4 | 98,4 | 97,2 | 88,7 |
| Crapo | 51 (1244) | 65,4 | 99,7 | 99,6 | 48,6 |

Conclusiones: La relación de VEF1/VEF6 <70% ha sido evaluada para diagnóstico de obstrucción. Sin embargo, en este estudio se observó que la sensibilidad y especificidad de la mis-

ma así como la prevalencia de obstrucción por VEF1/FVC es muy dependiente de la ecuación de referencia utilizada.

TL113

0074. ANÁLISIS DE ESPIROMETRÍAS EN UN SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA

M Ferreyra, A Bermúdez, J Olguin Gonzalez, M Foss, E Uribe Echeverría, M Uribe Echeverría

Hospital Italiano Córdoba, Argentina.

La espirometría juega un rol esencial en el diagnóstico y manejo de las enfermedades pulmonares. El objetivo de este trabajo fue analizar las características de las pruebas espirométricas realizadas durante un año en nuestro Servicio de Neumología.

Materiales y métodos: Desde mayo 2008 hasta abril 2009 se realizaron en el servicio de Neumología 2124 espirometrías. De las cuales se analizaron las correspondientes a 1 mes por cada trimestre del año elegidas en forma aleatoria, resultando 676 espirometrías. Se utilizó un espirómetro Vitalograph Compact; valores de referencia ECCS/Polgar y la técnica e interpretación según recomendaciones de la ATS/ERS 2005.

Resultados: Del total analizadas 358 eran mujeres con una altura de 1,61 m (± 0.07) y 318 hombres de 1,71 m (± 0.07) edad promedio 58 años (6-97). El 71% de las espirometrías fueron solicitadas por neumólogos, 9% por clínicos, 5% por cardiólogos, 4% por cirujanos torácicos y otros especialistas 11%. Las indicaciones más frecuentes fueron 31% EPOC, 24% asma bronquial, 7% prequirúrgicos torácicos, 6% tos crónica, 5% disnea, 3% enfermedades del intersticio pulmonar, 3% broncoespasmo y 2% fumadores. El 44% de los EPOC y el 53% de los asmáticos no tenían espirometrías previas con edades promedio de 64 y 45 años respectivamente correspondiendo casi el 50% de los mismos a obstrucciones moderadas-severas. El patrón obstructivo fue el predominante correspondiendo el 65%; 26% fueron espirometrías normales a pesar de los antecedentes patológicos y edad mayor a 60 años; el 9% restante correspondieron a patrones restrictivo y mixto. El 26% de los asmáticos y el 18% de los pacientes con EPOC respondieron al broncodilatador.

Conclusiones: Es una práctica frecuente del neumólogo, sin embargo está subutilizada en el diagnóstico precoz de enfermedades obstructivas prevalentes. La frecuencia del patrón obstructivo y la reversibilidad a los broncodilatadores coinciden con la bibliografía general. El alto porcentaje de espirometrías normales permitirían cuestionar los valores de referencia utilizados en relación a las características demográficas de la población en nuestro país.

TL114

0082. DISNEA Y FATIGA EN LA DISCRIMINACIÓN DE LA LIMITACIÓN AL EJERCICIO: PRUEBAS MÁXIMAS VS. SUBMÁXIMAS

L Bustamante, A Martinez Fraga, M Alonso, D Lavagnino, M Sivori, C Sáenz

Unidad de Neumotisiología Hospital Ramos Mejía Buenos Aires, Argentina.

No existe comunicación sobre el comportamiento que hace el paciente referencia en la limitación al ejercicio (disnea vs. fatiga muscular) valorándolas en pruebas de ejercicio máxima y submáximas comparativamente.

Objetivos: Comparar la clasificación por disnea o fatiga entre una prueba de ejercicio máxima y submáxima en pacientes con EPOC.

Materiales y Métodos: Fueron incluidos pacientes con EPOC moderada y severa (definición GOLD). Se los clasificó como limitados por fatiga si en la respuesta a una cicloergometría máxima tenían una diferencia igual o superior a 2 puntos en la escala de Borg para fatiga de miembros inferiores en compara-

ción a la de disnea. Se los clasificó como limitados por disnea si se daba lo inverso. Se les realizó 45 minutos después con pruebas ergométricas al 75% de la carga máxima. Se los evaluó de la misma manera. Se usaron técnicas estadísticas convencionales ($p < 0.05$)

Resultados: Fueron evaluados 33 pacientes con EPOC: 15 pacientes limitados por disnea y 18 por fatiga de miembros inferiores.

| | Limitados por Fatiga (n= 18) | Limitados por Disnea (n=15) | p |
|------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------|
| Edad | 68.61 \pm 7.41 | 64 \pm 62.6 | NS |
| Hombre/Mujer | 8/10 | 11/4 | 0.034 |
| FEV1 postBD, %pred. | 47 \pm 13.84 | 34.5 \pm 11.13 | 0.047 |
| Indice Peso Talla | 24.08 \pm 3.21 | 26.81 \pm 2.12 | 0.04 |
| PaO2,mmHg | 74.57 \pm 8.04 | 71.26 8.08 | NS |
| PaCO2,mmHg | 39.12 \pm 4.59 | 40.52 \pm 2.14 | NS |
| Fatiga por Borg | | | |
| -máxima | 6.38 \pm 2.19 | 1.36 \pm 1.07 | <0.0000001 |
| -submáxima | 4.85 \pm 2.59 | 2.02 \pm 1.47 | <0.008 |
| Disnea por Borg | | | |
| -máxima | 2.77 \pm 2.04 | 5.73 \pm 2.12 | <0.0003 |
| -submáxima | 2.5 \pm 2.17 | 3.3 \pm 1.56 | NS |
| WRmax, watts | 39.38 \pm 14.15 | 38.87 \pm 14.74 | NS |
| Tiempo resistencia,min | 8.48 \pm 5.61 | 5.51 \pm 4.77 | NS |
| Sensibilidad submax | 44% | 35.7% | — |
| Especificidad submax | 100% | 93.33% | — |

Conclusión: Los pacientes con EPOC limitados por fatiga presentan menor grado de obstrucción bronquial y menor índice peso-talla. Las pruebas submáximas si bien son altamente específicas tiene pobre sensibilidad para clasificar a los pacientes en la causa de limitación.

TL115

0100. EFECTO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA A DOBLE NIVEL DE PRESIÓN POSITIVA (VNI) EN LA PRUEBA DE SHUTTLE

S Delgado, A Martinez Fraga, M Sivori, M Alonso, L Bustamante, D Lavagnino

Unidad de Neumotisiología Hospital Ramos Mejía Buenos Aires, Argentina.

No existe experiencia publicada sobre el impacto de la VNI en la prueba de Shuttle Test (ST) en pacientes con EPOC severa. **Objetivos:** Evaluar el impacto de la VNI a doble nivel de presión positiva en la respuesta al ejercicio de una prueba de ST en pacientes con EPOC severa.

Material y Método: En pacientes con EPOC severa (definición GOLD), se realizó prueba de ST, de acuerdo a protocolo de Singh y col. (Thorax 1999). Se evaluó la distancia caminada al fin de prueba y escala de Borg por disnea y fatiga periférica. Luego de descansar 45 minutos, se realizó un segundo ST, con VNI, usando una máscara nasal, doble nivel de presión positiva (IPAP=15 cmH₂O y EPAP= 4cmH₂O), evaluando los mismos índices. Se usó prueba de T para muestras apareadas, siendo las diferencias significativamente estadísticas si $p < 0.05$.

Resultados: Fueron evaluados 8 pacientes (media edad: 64 \pm 9,2 años, sexo masculino 60%, FEV1: 48 \pm 11%; FEV1/FVC: 47 \pm 8; PaO₂: 71.3 \pm 3.2mmHg; PaCO₂: 40.3 \pm 2 mmHg).

| | Basal | Con VNI (% cambio) | p |
|--------------------|-----------------|---------------------------------|-------|
| Shuttle Test | | | |
| -metros | 316,22 \pm 29 | 413 \pm 23 (Δ 30,6%) | 0.001 |
| -BORG,fatiga final | 3,6 \pm 1,8 | 3,2 \pm 2 | NS |
| -BORG disnea final | 4,5 \pm 2 | 3,1 \pm 2 | NS |
| -Velocidad, m/seg | 1,18 \pm 17 | 1,35 \pm 14 (Δ 14,4%) | 0.001 |

Conclusión: Se observó una significativa mejoría funcional en el ST con la asistencia de VNI en pacientes con EPOC severa. Nuestro grupo el año pasado ya había demostrado similar impacto en otras pruebas de campo submáxima (6 minutos) y máxima (escalera).

TL116

0173. PREDICCIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ESCOLIOSIS TORÁCICA IDIOPÁTICA

V Di Boscio¹, E Jolly², CM Mounier¹, C Legarreta², E Ramirez Calonge¹, J Brea Folco², A Betemps¹, M Busquet¹

¹Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Cdad. de Buenos Aires, Argentina. ²Hospital de Clínicas – UBA, Cdad. de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La escoliosis puede alterar severamente la función ventilatoria, disminuyendo las capacidades vital y pulmonar total por la disminución de la compliance de la caja torácica. El grado de curvatura, el número de vértebras comprometidas, la altura de la escoliosis y la existencia de hipocifosis o lordosis torácica, han sido asociadas con repercusiones en la función respiratoria. Existen valores de curvatura torácica, entre los 40° y 50° según las series, que constituyen un criterio para indicar la cirugía, con el fin de frenar o evitar el deterioro funcional respiratorio. De todos modos, no es claro que la relación existente entre la curvatura y la función respiratoria tenga fuerza suficiente para predecir los valores funcionales en casos individuales. Esto puede demorar la consideración de cirugía en pacientes con curvaturas menores pero ya con alteración respiratoria y/o dificultar la detección de posibles comorbilidades neumonológicas.

Objetivo: 1) Describir las alteraciones de la función respiratoria existentes en un grupo de pacientes con escoliosis torácica idiopática. 2) Establecer si el grado de curvatura permite predecir los valores funcionales hallados.

Métodos: 27 pacientes consecutivos de la consulta externa del servicio cirugía de columna del IREP con escoliosis torácica idiopática y sin otras enfermedades respiratorias, fueron evaluados clínica y funcionalmente. Se investigó la correlación entre la curvatura de su escoliosis medida por el método de Cobb (°cur) y las variables de la espirometría, volúmenes pleiométricos, Dlco y presiones bucales. Los valores teóricos fueron calculados en base a la envergadura.

Resultados: 1) Se encontró a) reducción en los parámetros ventilatorios: FVC 73 ± 3%; FEV1 72 ± 3%; FEF25=75 76 ± 5%; PEFr 78 ± 4%; b) reducción de los volúmenes TLC 76 ± 4%, FRC 85 ± 5%, con conservación del volumen residual, RV 104 ± 6 % y c) reducción del volumen alveolar, AV 64 ± 5%, con DLCO 90 ± 6% y DLCO/VA aumentado, 124 ± 8% ; 2) La curvatura de la escoliosis, no correlacionó con las alteraciones espirométricas (FVC% vs °cur r:-0,40) (FEV1% vs °c r:-0,46), ni con el volumen (TLC vs °cur; r: 0,005) o la DLCO (r: -0,10) y débilmente con el VA (r: -0,57). 3) Si bien los valores absolutos de algunos parámetros se encuentran disminuidos, la relación DLCO/VA para valorar intersticiopatía o FEV1/FVC para valorar obstrucción se encontraron dentro de lo esperable.

Discusión: El grado de curvatura de la escoliosis no guardó proporción con los valores funcionales respiratorios. Estos resultados permiten inferir que se requiere de la evaluación individual de cada paciente con escoliosis torácica para determinar la severidad de la alteración respiratoria. De no ser así, podría estar ocurriendo un subdiagnóstico de un compromiso neumonológico temprano. No es posible identificar a partir de las variables habituales del funcional respiratorio otra patología neumonológica en estos pacientes, aunque las relaciones FEV1/FVC y DLCO/VA conservan su valor diagnóstico para sugerirlas.

TL117

0192. EVALUACIÓN DE EL TEST ACT (ASMA CONTROL TEST) Y LA ESPIROMETRÍA EN PACIENTES ASMÁTICOS

D Schiro, C Toia, J Ciruzzi

Hospital Regional Neuquen, Argentina.

Introducción: Es conocida la utilidad de la espirometría para la clasificación de la severidad de la obstrucción al flujo aéreo, en asma bronquial no siempre esta coincide con la percepción de los síntomas del paciente.

Se realiza una comparación entre la espirometría y el ACT (Asma control test). Síntomas clínicos en la evaluación del control del Asma. Para la Incorporación en forma rutinaria del Scores en la evaluación de pacientes con Asma en la evaluación y seguimiento.

Población en estudio: Pacientes mayores de 14 años hasta 80 años, de ambos sexos no fumadores actuales, con diagnóstico de asma bronquial que concurren para la realización de espirometría al laboratorio pulmonar del Hospital Castro Rendón entre 10 de Septiembre de 2008 a 1 de abril de 2009.

Material y métodos: A todos los pacientes que cumplan criterios de asma (GINA) y que cumplan con los criterios de inclusión se les realizó encuesta ACT antes de la espirometría, la misma fue auto- administrada. La espirometría será realizada de acuerdo a normas ATS considerando la mejor curva post-b2 Los datos de la espirometría y el score ACT fueron cargados en una base de datos para su evaluación.

Resultados: Fueron evaluados 28 pacientes, 8 Hombres(28,5%) y 20 Mujeres(71,5) con un rango de edad desde 20 a 80 años. La espirometría mostró 12 (43%)normales,6 (21%) con obstrucción leve,8 (28%) con obstrucción moderada y 2 ((7%)con obstrucción severa. El ACT presento un valor mínimo de 7 puntos y máximo de 22 puntos.

En la comparación del ACT y la espirometría se observo: Con < 20 puntos 16 obstruc. y 10 normales De 20 a 24 puntos: solo 2 con espirometría Normal.

Conclusiones:

- 1- 12 pacientes con espirometría normal ,16 pacientes con espirometría obstructiva.
- 2- 26 pacientes con ACT de 26 no estaban controlados y solo 2 mostraron buen control y ninguno control total.
- 3- realizar la encuesta ACT con la espirometría brinda información útil sobre el estado funcional y sintomático en los pacientes con asma.

TL118

0193. ESCALA DE EPWORT, Y CURVA FLUJO VOLUMEN. UTILIDAD EN PACIENTES QUE CONCURREN AL LABORATORIO PULMONAR

D Schiro, C Toia, J Ciruzzi

Hospital Regional Neuquen, Argentina.

Introducción: Es conocido el subdiagnóstico de Apnea Obstructiva del sueño, una manera de mejorar la pesquisa de casos de SAOS es la observación de la curva flujo volumen y la escala de Epworth incluyendo como rutina su realización en pacientes con sospecha de SAOS.

Se incluyeron en el estudio pacientes de ambos sexos que concurren al laboratorio pulmonar desde el 10 de setiembre de 2008 a 10 de abril de 2009 mayores de 14 años que al interrogatorio refieren ronquido con o sin apneas, o signos sugestivos en la espirometría (imagen en serrucho).

Material y métodos: En forma sistemática se interrogo a los pacientes que concurrían al laboratorio pulmonar en relación a la presencia o no de ronquido nocturno ,o aquellos que presenten imagen sugestiva en la curva flujo volumen. A todos ellos se le realizo escala de Epworth.

Resultados: Se encuestaron 32 pacientes entre 20 a 80 años de edad de los cuales 6 (19%) fueron mujeres y 26 (81%) hombres. De los 32 pacientes 25(78%) presentaron un EPWORTH > 12 en todos se observó morfología de la curva en forma serrucho. 16 (50%) presentaron espirometrías obstructivas. 9 (28%) normales. En los 7 pacientes que presentaron un EPWORTH < 12 solo en 2 (28%) se observó curva en serrucho.

Conclusiones:

1. Se observa que la presencia de morfología en serrucho de la curva flujo volumen es de importancia en la detección de SAOS.
2. Realizar la escala de Epworth en el laboratorio pulmonar aumenta la pesquisa de pacientes con SAOS.
3. Integrar a la tarea técnica este tipo de encuestas en el laboratorio pulmonar es de utilidad.

TL119

0220. ANÁLISIS DEL APROVECHAMIENTO DEL CURSO TEÓRICO - PRÁCTICO DE ESPIROMETRÍAS AAMR ALAT

OR López Jové, MA Fernández Acquier, YF Wu, B Schaffer

Hospital «Dr. Antonio A. Cetrángolo», Argentina.

Introducción: La capacitación en la realización de las espirometrías por parte del personal técnico y médico es un aspecto fundamental para la obtención de estudios de buena calidad y para estandarizar el estudio en los laboratorios de función pulmonar según lineamientos internacionales.

Objetivo: Describir las características de los alumnos y evaluar los resultados de esta capacitación, medidos por la diferencia entre las evaluaciones escritas Pre y Post. Comparar los resultados según título, realización habitual de espirometrías y con el examen final.

Material y métodos: Se evaluaron alumnos de 4 ediciones del Curso Teórico - Práctico para la Realización de Espirometrías AAMR- ALAT (años 2007-2009). Se utilizaron tres exámenes: Pre (diagnóstico) y Post (para evaluación del aprendizaje) tipo opción múltiple y uno final (Teórico - Práctico) para considerar la aprobación del curso, siendo necesario el 60% de las respuestas correctas. Se correlacionó con el título, antigüedad de la profesión, y realización habitual de espirometrías. Análisis estadístico: Chi cuadrado, Test t, Bonferroni, y Wilcoxon.

Resultados: Se incluyeron 87 alumnos: la media de edad fue de 35.4 años (DS +/-10.3 años). Mujeres 54 (62.1%) y hombres 33 (37.9%). El 69% realizaba habitualmente espirometrías. Tiempo de finalizados sus estudios formales: mediana 7 años, rango 1-39 años.

Según el nivel educativo: Secundario (SEC) 10.1%, Técnicos (TEC) 27.9 %, y Universitarios (médicos y enfermeros profesionales) (UNI) 62.0%.

Los puntajes del examen Pre tuvieron una media de 66.60 DS +/-18.0. El examen Post tuvo una media de 83.43 DS +/-12.5. Las diferencias de las calificaciones previas y posteriores tuvieron una media de 16.83 puntos ($p < 0.0001$ test Wilcoxon). En el examen Pre encontramos que el factor título no fue significativo al analizar las notas de los tres grupos ($p=0.07$). El Análisis de la varianza del aprovechamiento del curso medida como la diferencia entre el rendimiento Pre y Post resultó significativo en los alumnos UNI con una $p < 0.01$. El examen final mostró una media de 75.78 DS +/-11.3. mostrando una diferencia significativa por título en el grupo UNI ($p < 0.0035$). Esto no se reflejó con la experiencia previa en la realización de espirometrías.

Conclusiones: En todos los participantes los cambios después de la instrucción resultaron significativos $p < 0.0001$. El aprovechamiento del curso se vio influido por el factor título $p < 0.02$. El examen final tuvo también una correlación directa con el título $p < 0.0035$. La necesidad de realizar este tipo de cursos se ve reflejada en que aun los alumnos que habitualmente rea-

lizaban espirometrías mostraron un índice de aprovechamiento marcado, calificándolos para brindar estudios de mayor calidad.

Peditría

LUNES 5 DE OCTUBRE DE 2009

15.45 – 16.45

Salón Peralta Ramos S

TL120

0037. TRASPLANTE PULMONAR EN PEDIATRÍA

JM Ossés, R Ahumada, G Wagner, D Absi, J Trentadue, A Bertolotti, R Favalaro

Fundación Favalaro, Argentina.

Introducción: El trasplante pulmonar (TP) es actualmente una opción terapéutica segura y efectiva en el tratamiento de pacientes menores de 18 años con enfermedad respiratoria avanzada. La principal indicación de TP en pediatría es la Fibrosis Quística (FQ), seguida de las enfermedades vasculares y la fibrosis pulmonar.

Objetivo: Reportar la experiencia de TP en menores de 18 años en un único centro.

Material y Métodos: Se consideraron todos los pacientes menores de 18 años receptores de TP y cardiopulmonar (CP) entre 6/1992 y 5/2009. Fueron analizados retrospectivamente datos sobre indicación de trasplante, edad y antropometría del donante y receptor, condición clínica al momento del trasplante, tipo de trasplante, morbilidad y mortalidad temprana, estadía hospitalaria y sobrevida.

Resultados: Durante el período de estudio se trasplantaron 185 pacientes de los cuales 11 (5.9%) fueron pediátricos. Las indicaciones de trasplante incluyeron a 3 pacientes con FQ, 2 con bronquiectasias, 2 con hipertensión pulmonar, 2 con Eisenmenger, uno con fibrosis y un paciente con bronquiolitis obliterante.

Receptor y donante tenían una edad media de 15 ± 2 años y 19 ± 9 , talla 1.49 ± 0.15 m y 1.59 ± 0.19 m, y un IMC 20 ± 4 y 20 ± 5 . 8 (73%) de los trasplantados eran hombres. El trasplante fue realizado en condición electiva en 7 (64%) pacientes, 3 (27%) en urgencia y 1 (9%) en emergencia. 4 (36%) pacientes recibieron trasplante CP, 5 (45%) bipulmonares y 1 (9%) unipulmonar. En el pos operatorio 8 (73%) pacientes presentaron injuria de reperfusión, 5 (45%) neumonía y 3 (27%) rechazo agudo. 3 (27%) pacientes fallecieron en el pos operatorio, 2 por sepsis y 1 por fallo primario del injerto. La estadía hospitalaria fue de 29 ± 30 días. Excluida la mortalidad hospitalaria la sobrevida a 5 años es de 50%.

Conclusiones: Los resultados del TP en pediatría han mejorado sensiblemente en los últimos años, en nuestra experiencia la sobrevida alejada es similar a la de otros centros de trasplante y comparable a la de los adultos.

TL121

0054. PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO PULMONAR EN LA INFANCIA

J Herrero¹, V Palmisciamo¹, S Quintas¹, J Taborda¹, E Mercuri², F Valenzuela²

¹Hospital Especializado Materno Infantil Mar del Plata, Argentina. Servicio de Neumología. ²Hospital Especializado Materno Infantil, Argentina. servicio de Cirugía Infantil

Introducción: El pseudotumor inflamatorio es una patología tumoral benigna, rara, de etiología incierta, con capacidad de

invasión local y rápido crecimiento, que simula un proceso maligno (primario o metastático) y que explica más de la mitad de las masas pulmonares en la infancia. Existen escasas publicaciones en la edad pediátrica.

Caso clínico: Se describe un paciente de 4 años, sexo masculino, con una masa pulmonar persistente, posterior a una Neumonía alveolar aguda, acompañado por un Síndrome genético (Delección del cromosoma 20), Anemia y Desnutrición.

Conclusión: Debe sospecharse la enfermedad ante la presencia de una imagen pulmonar persistente (nódulo o masa solitaria pulmonar) con antecedente de proceso infeccioso. Se plantean diagnósticos diferenciales. El diagnóstico de certeza es histopatológico y el tratamiento es siempre quirúrgico.

- S.B.Patel.IND. J.Radiol. 2006. 16: 1 117-118.

- C.Payá Llorens, J.M. Seudotumor inflamatorio pulmonar de localización intraparenquimatosa. Arch Bronconeumol. 2003. 39 (11): 527-530.

- Vara Prasad, M. Inflammatory pseudotumor of the lung. Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery 3. 2004. 323-325.

TL122

0128. ESPIROMETRÍA Y RESISTENCIA RESPIRATORIA POR INTERRUPTIONES EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS CON SIBILANCIAS RECURRENTES

D Primrose, M Roque, C Aznar, M Genaud, G Donth, JM Figueroa

Hospital de Clínicas, Argentina.

Introducción: La espirometría es el elemento de estudio funcional de referencia en el estudio de la función respiratoria. Su realización requiere colaboración activa del paciente, por lo que tradicionalmente se la ha descartado en el manejo de niños pequeños. En los últimos años se ha reportado en forma creciente la realización de espirometrías en niños pequeños, evaluando zonas de la curva más tempranas que los habituales (VEF 0.5). La medición de la resistencia de la vía aérea por interrupciones (Rint) es una opción que requiere menor colaboración del niño.

Objetivos: realizar espirometrías y medición de Rint en una población de niños con sibilancias recurrentes, evaluando las relaciones entre las mediciones.

Población y Métodos: 22 niños (11 fem) de 3 a 5 años que concurren por presentar sibilancias recurrentes. Se les realizó en primer término medición de Rint, seguida de espirometría. Un médico neumólogo pediatra se encargó de instruir y controlar a los niños durante la espirometría. Luego de las pruebas basales se les administraron 200 mcgr de salbutamol MDI-espaciador, repitiéndose las pruebas a los 15 minutos.

Resultados y conclusiones: todos los niños realizaron la espirometría forzada. En 2 no pudo obtenerse VEF1. La CVF fue de 97% +- 19; el VEF1 de 97% +- 13; el FEF de 117% +- 31; el VEF1/CVF 91% +- 5; el VEF 0.5/CVF 74% +- 9 y el FEF/CVF 143% +- 40. Tres pac. presentaron un aumento del VEF1 post β mayor al 9% y 6 un aumento del Rint mayor al 30%. 3 de los pac. con aumento del Rint coincidieron con aumento del VEF1.

TL123

0130. HIPOVENTILACIÓN ALVEOLAR CENTRAL CONGÉNITA: SEGUIMIENTO DE UN CASO DURANTE 12 AÑOS

JM Figueroa

Hospital de Clínicas y CIRES - Fund. P. Cassará, Argentina.

Introducción: la Hipoventilación Alveolar Central Congénita (HVACC), es un síndrome infrecuente, en el que recientemente se han realizado grandes avances en el conocimiento de sus bases genéticas y su fisiopatología. En nuestro país son aisladas las descripciones de este tipo de pacientes y no conocemos referencias sobre un seguimiento prolongado.

Objetivos: describir la evolución de un niño con HVACC desde su nacimiento hasta la actualidad (12 años).

Caso clínico: RNTPAEG, al nacimiento cianosis, balseo, e intubación y ARM. RX torax sin patología. Ventilación a bajas presiones y con baja FIO₂. Ausencia de eliminación de meconio y distención abdominal; con diagnóstico de enf. de Hirschprung se realiza colostomía. Al fracasar los intentos de deventilación se sospecha HVACC. Se realiza polisomnografía bajo ARM. Se desconecta del ventilador en reiteradas y breves oportunidades, con más rápida y pronunciada caída de la SaO₂tc en Sueño Calmo que en Sueño Activo. Se asume como HVACC y se traqueostomiza para ARM prolongada. Permanece 2 años internado con ARM permanente. Luego comienza a ensayarse deventilación durante la vigilia, con buena tolerancia. A los 4 años se externa con ARM exclusivamente durante el sueño, por traqueostomía, con BIPAP con frecuencia fija y monitoreo nocturno de oximetría, controlado por la madre (estudios primarios, vivienda precaria, luz y agua corriente). Se realiza anualmente polisomnografía para adecuación de ARM. La madre se niega a pasaje a ARM por máscara nasal por habituación a la traqueostomía. A los 7 años comienza adaptación a la máscara. Se consigue ventilación adecuada con traqueostomía cerrada, pero hasta el día de hoy (12 años de edad) se niegan a retiro de traqueostomía por sensación de seguridad. A los 10 y 12 años presentó hipoventilación central diurna en el curso de enfermedad febril con compromiso de VAS. En el primer episodio concurre a una guardia de pediatría donde observan edemas en miembros inf., realizan RX que muestra cardiomegalia y lo derivan a cardiología. La madre concurre a nuestro servicio donde se valora SaO₂tc despierto= 43%. Se interna y se ventila durante una semana. A los 12 años, con nuevo cuadro febril, consulta a nuestro servicio donde se detecta SaO₂tc 84%, se interna y se ventila por 72 hs. La madre nunca controló la oximetría del niño despierto, ya que saturaba correctamente durante el sueño (conectado al BIPAP). En su evolución se realizó corrección quirúrgica de su enf. de Hirschprung. Maduración neurológica normal. A los 11 años episodios convulsivos generalizados, con diagnóstico de epilepsia infantil, se descarta relación con hipoxemia inadvertida y se medica con carbamazepina.

Discusión y conclusiones: la HVACC es un trastorno infrecuente, grave, pero aún con las dificultades de nuestro medio hospitalario puede ser manejado y tratado. Las complicaciones más severas que ha presentado estuvieron más relacionadas con las dificultades socioeconómicas, el desconocimiento médico y las características personales de la madre que con la enfermedad de base.

TL124

0132. RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ÓXIDO NÍTRICO EXHALADO A LOS 4-7 AÑOS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA A LOS 2-4 AÑOS DE LA MEDICIÓN

M Vocos¹, C Velasco suarez¹, M Roque¹, D Primrose², A Marquez², E Piñón², G Donth¹, JM Figueroa¹

¹CIRES-Fund.P.Cassará y Htal. de Clínicas, Argentina. ²Hospital de Clínicas, Argentina.

Introducción: Solo 1/3 de los niños que presentan broncoespasmo (BE) en edades tempranas persiste con síntomas en la edad escolar. En algunos trabajos la existencia de atopía temprana predice la persistencia de BE, pero no hay consenso firme al respecto. En el asma la enzima oxido nítrico sintetiza inducible se ve aumentada dando lugar a una mayor liberación de oxido nítrico (NO), que puede ser medido en el aire exhalado (FeNO). Esta elevación de la FeNO es indicadora de inflamación eosinofílica.

Objetivos: Estimar si el aumento de la FeNO en niños de 4-7 años predice la persistencia de broncoespasmo recurrente a los 7-10 años de edad.

Materiales y métodos: Se realizó una encuesta telefónica a 90 familias a cuyos niños con broncoespamos recurrentes se les había realizado la medición de la FeNO entre los años 2005-2007, todos menores de 7 años al momento de la medición. La encuesta telefónica abarcaba: persistencia de síntomas, uso de salbutamol, internaciones por broncoespamo y el uso de tratamiento preventivo. Para el análisis se definió como broncoespamo recurrente (BR) a todo aquel niño que presentaba 3 o más broncoespamos en el año, internaciones por broncoespamo o aquel que tenía tratamiento con corticoides inhalados indicado por un médico. Como valor de corte de la FeNO se tomó 15 ppb, de acuerdo con las guías internacionales.

Resultados: 90 pacientes cumplían criterios de inclusión. El 61% no pudieron ser contactados. El 39% (35 pac.) se encontraba ubicable, todos aceptaron contestar la encuesta. 17 (48%) de los pacientes fueron definidos como pacientes con BR, 13 de ellos (76%) habían presentado FeNO menor a 15 ppb y 4 (24%) FeNO mayor a 15 ppb. De los 18 niños sin BR, 10 (55%) presentaban FeNO menor a 15 ppb, y 8 (45%) mayor a 15 ppb.

Conclusión: En nuestra muestra no observamos asociación entre valores elevados de FeNO a los 4-7 años y persistencia de broncoespamo recurrente a los 2 o más años de la medición.

TL125

0133. ESTUDIO IN VITRO DEL CRECIMIENTO Y LA FORMACIÓN DE BIOFILM DE CEPAS BACTERIANAS PROVENIENTES DE PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA TRATADAS CON XILITOL

ES Mengoni¹, JM Figueroa¹, AA Vojnov¹

¹Instituto de Ciencia y Tecnología «Dr. Cesar Milstein» -Fund. Cassará Saladillo 2468 (C1440FFX) Bs As, Argentina. ²CIRES-Fundación P. Cassará, Argentina.

Introducción: El xilitol es un alcohol de azúcar de cinco carbonos presente en pequeñas cantidades en vegetales y frutos. Es también un producto intermediario en el metabolismo de la glucosa en el hombre. Se ha observado que este compuesto inhibe el crecimiento de *S. pneumoniae*, *S. mutans* principal factor cariogénico. Actualmente es utilizado en topicaciones, dentríficos y goma de mascar para la prevención de caries. En algunos trabajos experimentales se ha descrito que inhibe la adhesión de *B. cepacia* al epitelio de explantes provenientes de trasplante pulmonar de pacientes con Fibrosis Quística (FQ). Sin embargo hasta el momento no se han realizado estudios sobre la eficacia del xilitol sobre aislados clínicos de pacientes con FQ.

Objetivos: Evaluar el crecimiento y la formación de biofilm de aislados clínicos de pacientes con FQ, cuando se agrega xilitol al medio de cultivo. Comprobar si el xilitol potencia la acción de la tobramicina luego de formar el biofilm.

Metodología: Se emplearon 6 aislados clínicos de *Pseudomonas aeruginosa* (PA) de pacientes con FQ, PA de banco (ATCC 27853), *S. aureus* (ATCC 27923), *B. cepacia* I y PAO1, a las cuales se determinó su susceptibilidad a antibiótico. Se empleó medio LB, xilitol al 1% y 5% y tobramicina 100 ug/ml. El crecimiento fue determinado por densidad óptica a 570 nm, la formación de biofilm por cristal violeta normalizándose con el crecimiento y se visualizó por microscopía óptica (MO).

Resultados: Se observó que el xilitol ejerce un efecto dosis dependiente en *S. aureus*. En los aislados, el 1% disminuía la viabilidad, mientras que en otros la aumentaba. En todos los casos la formación de biofilm fue fuertemente inhibido aun donde el xilitol promovió el crecimiento. Esto se confirmó por MO. Este compuesto potenció la acción de la tobramicina en todas las cepas.

Conclusiones: El xilitol mostró actividad antibacteriana frente a algunos gérmenes típicos de la FQ disminuyó la formación de biofilm y aumentó la acción de la tobramicina luego de for-

marse el biofilm. Estos resultados alientan a continuar estudios dirigidos a la eventual aplicación del xilitol al tratamiento de la enfermedad fibroquística.

TL126

0138. MONITOREO GRABADO DE OXIMETRÍA DE PULSO EN NIÑOS CON HIPERTROFIA ADENOIDEA/ AMIGDALINA: SU UTILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

CT Velasco Suárez¹, E Mansilla², JM Figueroa Turienzo¹, F Len²

¹Servicio de Neumonología Infantil. Hospital de Clínicas Jose de San Martín. UBA, Argentina. ²Servicio de Otorrinolaringología Infantil. Hospital de Clínicas Jose de San Martín. UBA, Argentina. ³Centro de Investigaciones Respiratorias y del Sueño (CIRES). Fundación P. Cassará, Argentina.

Introducción: el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) es la consecuencia más severa de la hipertrofia adenoidea/amigdalina (HAA). El método diagnóstico de referencia es la Polisomnografía Nocturna con Oximetría (PSG) y requiere un equipamiento costoso, gran consumo de tiempo y un técnico y un médico especializados, lo que dificulta su realización. En adultos se utiliza la grabación del monitoreo de oximetría durante el sueño como método de aproximación diagnóstica. En pediatría se han publicado aislados trabajos, y con resultados contradictorios.

Objetivos: estimar el valor diagnóstico del análisis visual de la grabación del monitoreo de oximetría nocturna en relación a la PSG.

Población: niños con sospecha clínica de SAOS secundario a HAA derivados para realización de PSG entre el 1/05/05 y 1/05/09. Se excluyeron los niños con otro diagnóstico asociado (miopatía, malformación craneofacial, etc.).

Métodos: 1) se realizó análisis visual (según un algoritmo propio) de la oximetría grabada simultáneamente con la realización de la PSG y se estimó el valor diagnóstico de la misma comparada con la PSG. Los análisis de los dos tipos de registro fueron realizados a ciegas y en orden aleatorio por dos médicos diferentes.

Resultados: 167 PSG de 175 cumplían con los criterios de inclusión. 75 niños presentaban SAOS en la PSG y 92 ronquido simple. 65 oximetrías fueron asumidas como patológicas y coincidieron con SAOS en la PSG; 9 niños con SAOS leve en la PSG presentaron una oximetría normal. Un solo paciente presentó una oximetría asumida como patológica y tuvo un PSG normal. La oximetría mostró una sensibilidad del 86.6% para detectar SAOS y una especificidad del 98.9%.

Conclusiones: el análisis del monitoreo grabado de oximetría durante el sueño resulta un elemento de gran utilidad para el diagnóstico y manejo de este tipo de pacientes.

TL127

0225. ETIOLOGÍA VIRAL DE IRAB EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO INTERNADOS ENTRE 2003 Y 2008

E Barboza Bango, A Villalba, A Caría, Z Roman Jara, D Pozzan, A Braggio

Servicio de Pediatría. Hospital Narciso López. Lanús, Pcia. de Bs.As., Argentina.

Introducción: La Infección Respiratoria Aguda Baja es una importante causa de morbilidad, motivo de internación y mortalidad en niños menores de un año. La etiología viral es un motivo preponderante de la misma.

Objetivo: Establecer la estacionalidad anual y mensual de la etiología viral de niños menores de un año internados por IRAB en una sala de Clínica Pediátrica.

Material y método: Se estudió en forma retrospectiva los registros de internación de una Sala de Clínica Pediátrica cuyo diagnóstico de egreso correspondía a IRAB en menores de un año (1090) y se comparó con los registros de estudios virológicos (IFI) solicitados en el mismo período a ese grupo de niños (664).

Resultados: Se internaron entre 2003 y 2008 a 1090 niños menores de un año con diagnóstico de egreso correspondiente a IRAB, de los cuales a 664 se les realizó IFI de secreciones nasofaríngeas (60.9%). De los niños analizados 209 (31.4%) fueron positivos para Virus Sicial Respiratorio (VSR), 16 (2.4%) para Adenovirus, 22 (3.3%) para Parainfluenza, 9 (1.35%) para Influenza A, 5 (0.75%) para influenza B y 402 (60.5%) fueron negativos. El porcentaje de virológicos positivos fue de 39.5% en todo el período con un mínimo de 23.4% en 2004 y un máximo de 53.4% en 2006. Se observó que si bien VSR en todos los años fue el virus más aislado con un promedio del 31.4% hubo fuertes variaciones en su porcentaje, desde 20 (18.5%) en 2004 a 60 (46.8%) en 2008, lo mismo sucedió con Adenovirus con 11 casos (7.97%) en 2003 y 0 en 2005 y 2008. El VSR presentó la mayor tendencia a la concentración de casos en los meses de Mayo, Junio, Julio y Agosto en todos los años estudiados (99.5%).

Conclusiones: El estudio virológico de rutina para los niños menores de un año que se internan con diagnóstico de IRAB, y a pesar de sus dificultades prácticas para los centros que no cuentan con laboratorio virológico propio, es de gran importancia clínica y epidemiológica. Permite tomar conductas diferenciadas de aislamiento y clínicas.

Dado que alrededor de un 60% quedan sin diagnóstico con el espectro actual del IFI sería deseable la incorporación de métodos diagnósticos que amplíen su efectividad.

Gripe A (H1N1) I

MARTES 6 DE OCTUBRE DE 2009
9.30 – 10.30
Salón Álvarez Argüelles

TL128

0227. ENFERMEDAD RESPIRATORIA GRAVE EN PACIENTES INTERNADOS EN UCI DURANTE PANDEMIA DE GRIPE A

Figueroa, S., Mancilla C., Raya M., Marzoratti L.

Tucumán

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de pacientes que fueron internados por enfermedad respiratoria grave en UCI en 2 hospitales de Tucumán.

Métodos: se recolectaron datos de historias clínicas en forma retrospectiva de pacientes internados en UCI. La infección por virus H1N1 fue confirmada por (RT-PCR) de muestras de hisopado faríngeo evaluadas en el Instituto Malbrán y técnica de inmunofluorescencia para detectar virus (IFI) en la Universidad Nacional de Tucumán.

Resultados: Desde 29 de Junio 2009 al 10 de agosto de 2009 se registro un ingreso de 50 pacientes con diagnóstico de enfermedad respiratoria grave en UCI 10 ptes (20%) fueron diagnósticos confirmados H1N1 y 9 (18%) altamente sospechoso. La edad promedio de los pacientes fue 40 años (17 – 58), el 60% sexo femenino y 40% masculino. El 99% de los pacientes presentaron tos, fiebre, mialgias, disnea y diarrea al comienzo de la enfermedad. Ocho pacientes (42.1%) tenían enfermedades preexistentes (EP), 4 (21%) fueron obesos. mórbidos. EPOC 1 inmunosuprimido 1. Diabetes 1. Asma 1. Presentaron Neumonía bilateral 14 pacientes, 16 necesitaron ARM. Los hallazgos de laboratorio más frecuentes fueron: elevación de LDH, CPK y linfopenia (1). De los 19 pacientes, murieron el 63%, obesos mórbidos 4 (33%), embarazadas 3 (15.7%), EPOC,

inmunosuprimido, diabetes, y asma (3.2%). El 14,2% restante no presentaban EP. La media de comienzo de tratamiento desde la aparición de los síntomas fue de 4,2 días. Todos los pacientes recibieron tratamiento ATB más oseltamivir al ingreso a UCI.

Conclusión: La infección por Virus H1N1 puede causar enfermedad grave en pacientes jóvenes edad media sin EP (1), Observamos en nuestro pacientes un demora en comienzo de tratamiento debido a retraso en consulta desde aparición de los primeros síntomas.

1. Pneumonia and Respiratory Failure from Swine-Origin Influenza A (H1N1) in Mexico Rogelio Perez-Padilla, et al N Engl J Med 361: 680, August 13, 2009.

TL129

228. NEUMONÍA GRAVE POR VIRUS DE INFLUENZA H1N1-2009: DESCRIPCIÓN DE PACIENTES CON REQUERIMIENTOS DE VENTILACIÓN MECÁNICA

Aquino Esperanza J, Raimondi A, Boughen S, Attie S, Setten M, Maskin P, Bonelli I, Rodriguez P, Valentini R.

Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), Buenos Aires

Objetivo: describir los casos de neumonía sugestivos de influenza con VM que ingresaron a la Terapia Intensiva (TI) de la Institución durante la epidemia de influenza H1N1-2009 en el país.

Material y Métodos: revisión de pacientes (pt) con neumonías con clínica de influenza ingresados a TI del 1/6/09-15/08/09. Registros: edad, sexo, comorbilidades, cuadro clínico, Rx tórax, laboratorio, tiempo (t) de síntomas pre-TI, uso de antiviral pre-hospital, resultados de estudios virológicos y bacteriológicos, Apache II y SOFA (día1-7), balance acumulado de fluidos al día 7, necesidad de hemodiálisis (HDL), mecánica ventilatoria, t en VM y en TI, presencia de Síndrome de Distres Respiratorio Agudo (SDRA) y SDRA grave definido por PaO₂/FiO₂ < 150. Se evaluó mortalidad a 30 días (d). Datos expresados como media y desviación estándar, o mediana y percentilos 25-75.

Resultados: ingresaron a TI 29 pt, con PCR-H1N1 (+) en 23. Requirieron VM 23 pt (79%), uno, sólo con VM no invasiva. Las características de los pts en VM: edad 51 ± 20 años, varones 56%, Apache II 21 ± 7, SOFA d 1 6,4 ± 1,7. Tenían asma 3 (1 con obesidad mórbida), EPOC 2 (1 con obesidad mórbida), embarazo 1, Down 1, inmunosupresión 9 (SIDA, cáncer avanzado, trasplante renal) Tuvieron PCRH1N1 (+) 19 (82%), Rx con infiltrado localizado 4 y difuso 15. La LDH estuvo ↑ en 66% y CPK > a 1000 U/L en 3 pt; linfopenia en 95% con < 500/mm³ en 33%. El t de síntomas pre TI: 3 d (IQ2-6,5), ninguno recibió antiviral pre-internación. Los pt H1N1 (+) tuvieron co-infección bacteriana en 6 casos (2 neumococo, 3 enterobacterias y 1 estafilococo oxa-S); exámenes bacteriológicos (-) en los H1N1 (-). Se obtuvo IgM (+) para micoplasma en 9 pt, 8 con H1N1 (+). La VCV con flujo constante fue el modo ventilatorio usual con Volumen tidal 6,3 ml ± 0,5/k predictivo.

| | PaO ₂ / FiO ₂ | PaCO ₂ (mmHg) | pH | Pmeseta (cmH ₂ O) | Cstat (ml/cmH ₂ O) | PEEP (cmH ₂ O) |
|-------|--|-----------------------------|-------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Día 1 | 187 ± 82 | 48 ± 15 | 7,27 ± 0,09 | 25 ± 5 | 30 ± 9 | 12 ± 5 |
| Día 3 | 235 ± 76 | 44 ± 7 | 7,36 ± 0,06 | 24 ± 4 | 37 ± 13 | 12 ± 4 |
| Día 7 | 229 ± 78 | 44 ± 7 | 7,36 ± 0,06 | 24 ± 5 | 41 ± 10 | 12 ± 5 |

Evolución a SRDA 78%, con SDRA grave: 44%. La PEEP 1^{ra} d en pt con SDRA: 16 ± 4,7 y en SDRA grave: 20 ± 2 cmH₂O. Se usó en 4 pts ventilación prona y en 5 óxido nítrico. Muertos 5 pt (22%), 4 con cáncer avanzado o inmunosupresión y 1 un pt 78 años con coronariopatía. Balance fluidos al d 7: 10.100 ml

(IQ 3.150-18.100); en pt ARDS vivos: 9.000 ml (IQ 425-18.150). Requiritieron HDL sólo 4 pt. Los d de VM en los vivos fueron de 27 (IQ 7-40) y de 13 (IQ 10,14) en los muertos.

Conclusión: la neumonía por H1N1-2009 tuvo expresión grave con requerimiento de VM y SDRA, aún en pt previamente sanos. La mortalidad en VM fue menor que la reportada para neumonía grave por influenza estacional, ocurriendo casi exclusivamente en pt inmunosuprimidos

TL130

0229. INFLUENZA A H1N1 EN TERAPIA INTENSIVA CASOS SOSPECHOSOS. NUESTRA EXPERIENCIA

Cañete González A., Romano P., Belotto P.

Hospital Campaña de Formosa

Se observaron características comunes que presentaron los pacientes al ingreso en Terapia Intensiva, manejo terapéutico, y resultados obtenidos durante la VM Invasiva y no invasiva en el Hospital de Campaña Influenza A H1 N1 de la Ciudad de Formosa.

Se procedió a la recopilación de datos de las Historias Clínicas desde el 30 de Junio al 21 de Agosto de 2009. Ingresaron a UTI 21 pacientes, 10 recibieron VM invasiva, se produjo el óbito de 6, en dos se intentó VNI sin éxito, y 11 recibieron oxigenoterapia. Del total de pacientes 9 fueron mujeres y 12 varones, con edad de entre 28 a 55 años. Los pacientes que ingresaron presentaban factores de riesgo tales como: diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad mórbida, hacinamiento, alcoholismo, hipotiroidismo, embarazo, hipertensión arterial.

Al ingreso presentaban síntomas como: fiebre, tos, disnea, taquipnea, saturación periférica de 75% por oxímetro de pulso, mialgia, laboratorio con LDH y CPK elevadas; leucopenia, Ionograma alterado con hipokalemia, natremia variable e hipocalcemia, Rx de Tórax con infiltrados bilaterales a predominio de bases y campo medio de 48 hs de evolución.

En el estado ácido base de ingreso se observó: hipoxemia refractaria en todos los casos, PO₂ menor de 60 mmHg, con Sat O₂ menor de 80%, pH variable, HCO₃ normal y Co₂ variable. Ningún paciente necesitó aporte de drogas inotrópicas, y como esquema antibiótico se utilizó Ceftriaxona 4g/día, claritromicina 4g/día; Oseltamivir en dosis de 300 mg/d durante 10 días según protocolos y en pacientes no ventilados 150 mg/d por cinco días. El esquema de antibiótico se rotó según antibiograma en todos los casos a Imipenen 2gr/día y Vancomicina 2gr/d, se utilizó sedación y relajación muscular en infusión continua. Con respecto a la VM se tuvieron en cuenta las recomendaciones para insuficiencia respiratoria aguda con criterios de SDRA y fue fundamental el permanente soporte kinesico.

Dentro de los coadyuvantes de la ventilación mecánica se realizaron maniobras de reclutamiento alveolar, sin desencadenar trastornos hemodinámicos. No se realizó decubito prono. Se utilizaron sistemas de humidificación activa y sistemas de aspiración cerrada en algunos casos.

El 15% de los pacientes en ARM presentaron Neumotórax.

Del total de pacientes 15 fueron dados de alta, 3 derivados, 6 obitaron y 2 permanecen aun internados.

Se tomaron en todos los casos hisopado nasofaríngeo quedando pendiente su confirmación.

Conclusión: La mortalidad asociada a esta nueva entidad que nos acecha esta íntimamente relacionada con los factores de riesgo o de comorbilidad de los pacientes afectados por el virus Influenza A H1N1. La aparición de SDRA tienen un pronóstico de elevar la mortalidad en estos pacientes y se debe considerar con suma responsabilidad el manejo de los pacientes respetando las medidas de bioseguridad debido a la potencialidad de incrementar el contagio por las gotas del virus.

TL131

0230. ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA Y NEUMONIAS EN SALA DE AISLAMIENTO DE HOSPITAL SAN ROQUE – SAN SALVADOR DE JUJUY

Chavez R., Alaniz A., Elias E

Propósito: Analizar características de pacientes internados en una sala de aislamiento que presentaron Enfermedad Tipo Influenza (ETI) y Neumonía.

Método: se revisaron 92 Historias Clínicas con sus respectivas Rx de tórax de pacientes internados por ETI desde el 29.06.09 al 02.08.09, discriminándose aquellos que presentaron Neumonías. La evaluación de cada historia clínica fue realizada por tres especialistas. Las variables seleccionadas para el análisis fueron: edad, género, hallazgos clínicos, radiológicos, de laboratorio y asociación con comorbilidades. También se cotejaron estadísticas con neumonías de 2008 en el mismo período.

Resumen: en el período de cinco semanas se internaron 49 pacientes con ETI y Neumonía, 20 (40.1%) fueron hombres y 29 (59.1%) mujeres. El promedio de días de internación fue de 4.2 días. 11 (22.4%) pacientes presentaron asociación con comorbilidades (Obesidad=2, Asma=2, Artritis Reumatoide=1, Etilismos=1, Cardipatías=2, TBC=3). Hallazgos Clínicos: roncus y sibilancias=15 (30.6%) y sin considerar los dos pacientes asmáticos 13 (26.5%), Sopro tubario =6 (12.2%), Crepitantes unilaterales 9 y bilaterales 11, total 20 (40.8%), Hipoventilación =4 (8.1%), Exámen Normal 5 (10.2%); T° ≥ 38°C = 33 (67.3%), T° ≥ 37.9°C = 14 (28.6%), T° ≤ 36.9°C = 2 (4.1%); SaO₂ (0.21) por oximetría de pulso ≥ 91% = 22 (44.9%), ≤ 90% = 27 (55.1%). Hallazgos Radiológicos: Unilateral 31 (63.3%) correspondiendo 11 (35.5%) de presentación izquierda en hombres y 8 (25.8%) de presentación derecha en mujeres; Bilateral 18 (36.7%) correspondiendo 15 (83.3%) a mujeres; no se evidenciaron derrames pleurales. Hallazgos de Laboratorio: Glóbulos Blancos ≥ 9.000 = 27 (55.1%), ≤ 8900 = 22 (44.9%), Linfocitos ≥ 21% = 20 (46.5%), ≤ 20% = 23 (53.4%). Se estudiaron datos del Servicio de Estadística del Hospital San Roque, provenientes del Servicio de Neumonología del mes de Julio de 2008, donde se registraron 27 altas con diagnóstico de Neumonía.

Conclusiones: se presentaron Neumonías con clínica y radiología no convencionales, casi un cuarto presentó roncus y/o sibilancias sin tener antecedentes de hiperreactividad bronquial; el compromiso radiológico bilateral fue más frecuente de lo habitual y no se evidenció derrame pleural en ningún caso. La asociación de ETI con Neumonía no prolongó los días de internación, predominó en el grupo etario de mediana edad y la asociación con comorbilidades fue baja. Finalmente la incidencia de Neumonía sólo en la sala de aislamiento duplicó a los casos del año pasado en el mismo período en todo el Servicio de Neumonología del Htal San Roque.

TL132

0231. SITUACION DE PACIENTES INTERNADOS CON ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA EN SALA DE AISLAMIENTO DE HOSPITAL SAN ROQUE – SAN SALVADOR DE JUJUY

Chavez R., Alaniz A., Elias E.

Servicio de Neumonología. Hospital San Roque. San Salvador de Jujuy.

Propósito: analizar características de pacientes internados por Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en una sala de aislamiento.

Método: se revisaron 92 Historias Clínicas de pacientes internados por ETI desde el 29.06.09 al 02.08.09. Las variables seleccionadas para el análisis fueron: edad, días de internación, diagnóstico único o asociado a neumonía, internación/derivación y evolución o resolución de la enfermedad.

Resumen: se implementaron protocolos de ingreso a sala de aislamiento según definición de ETI, consecutivamente se agre-

gó al tratamiento antiviral (oseltamivir 75 mg c/12 hs) esquema de antibiótico según guías NAC. En el período de cinco semanas se internaron 92 pacientes de entre 15 y 84 años, 44 hombres (47.8%) y 48 mujeres (52.2%), el promedio de edad global fue de 42.7 años, siendo de 39.6 años en hombres y 46.2 años en mujeres, en cuanto a la distribución por décadas: 15-24 años = 13 (14.1%), 25-34 años = 19 (20.7%), 35-44 años = 21 (22.8%), 45-54 años = 13 (14.1%), 55-64 años = 15 (16.3%), > 65 años = 11 (12.0%). El promedio de días de internación global fue de 3.8 días, 4.4 días en el hombre y 3.3 días en la mujer. Presentaron Neumonía 49 pacientes (53.3%), en el grupo de hombres 20 (45.4%) y en el de las mujeres 29 (60.4%). En cuanto a la internación 89 (96.7%) pacientes evolucionaron en Sala y 3 (3.3%) en UTI. Se registraron 91 altas (98.9%) y un óbito (1.1%).

Conclusiones: la internación según sexos fue equitativa, comprometiendo mayoritariamente al grupo de entre 25 a 45 años. Fue apenas más prolongada en hombres que en mujeres, sin embargo el sexo femenino fue mayormente comprometido con neumonía. Consideramos que la mortalidad es coincidente con las estadísticas publicadas.

TL133

0232. EL SHOCK, LA DISFUNCIÓN VENTRÍCULAR IZQUIERDA Y LA HIPERTENSION PULMONAR FUERON EVENTOS DE FRECUENTE OBSERVACION EN PACIENTES CON SDRA POR INFLUENZA A H1N1

Fariña O, Pistillo N, García MA, Dorfman B.

Hospital El Cruce. Pca Bs. As. Argentina

Introducción: El compromiso cardiopulmonar por influenza A H1N1 es poco conocido. Comprender como es afectada la hemodinamia pulmonar y sistémica en esta situación podría ayudar a formular mejores estrategias terapéuticas.

Objetivo: Determinar el comportamiento hemodinámico de los pacientes con SDRA por influenza A H1N1.

Pacientes y método: Se incluyeron prospectivamente pacientes con sospecha de infección por influenza A H1N1 y SDRA, en quienes se descartó infección coexistente por gérmenes comunes. Los pacientes fueron ventilados de forma invasiva, con una estrategia protectora, se utilizó bajo volúmen tidal (Vt: 6 ml/Kg) y PEEP ajustada según protocolo Network intentando mantener una presión meseta menor a 30 cm H₂O. De ser necesario se implementaron maniobras de reclutamiento y decúbito prono. Se realizó monitoreo hemodinámico invasivo dentro de las 24 hs de iniciada la AVM y seguimiento ecocardiográfico BD con efecto Doppler al ingreso y semanalmente para obtener información hemodinámica adicional. Se midieron BNP y troponina T como expresión de insuficiencia cardíaca e injuria miocárdica respectivamente, las determinaciones se realizaron tanto al ingreso y en forma programada cuando se verificaron valores basales elevados, disfunción hemodinámica y/o compromiso cardíaco. Se realizó TC de tórax al ingreso y según criterio médico. Se implementó biopsia de pulmón en los pacientes fallecidos. Los datos se expresaron como media entre mínimo y máximo.

Resultados: 1) Aspectos generales: Se estudiaron: 5 pacientes con SDRA y cuadro compatible con influenza A HN1. Femenino 3/5, puerperio: 3/3, edad: 34 (23-54 años), mortalidad: 1/5, antecedentes de tabaquismo: 1/5. Al ingreso presentaron: SIRS 5/5, APACHE II: 18 (14-22), SOFA: 7.2 (4-9), Score de Murray: 3.3 (3-3.5), Pa/FiO₂: 77.2 (153-54) y complacencia estática: 31 ml/cmH₂O (25-36 ml/cmH₂O). La TAC de tórax mostró en todos los casos compromiso intersticio-alveolar bilateral. La causa de muerte fue hipoxia refractaria. 2) Perfil hemodinámico: La mayoría de los pacientes (4/5) requirieron transitoriamente algún grado de apoyo farmacológico para sostener la tensión arterial. Los parámetros objetivados en este contexto revela-

ron un índice cardíaco lindante al límite inferior de la normalidad: 2.3 L/min/m² (1.8 y 2.7 L/min/m²) y un IRVS normatizado: 2161 entre 1491-2722 dinas. seg. cm⁵/m². Solo una paciente presentó deterioro severo y transitorio de la función sistólica del ventrículo izquierdo (la fracción de eyección fue: día 0: 30%, día 7: 48% y día 14: 55%). En cuatro pacientes fue necesario implementar restricción hídrica y furosemida para optimizar la precarga. Los niveles de BNP estuvieron sensiblemente elevados 567.5 pg/ml entre 157-1573 pg/ml, (VN: < 100 pg/ml). Dos pacientes tuvieron troponina T por encima del límite normal. Los niveles de lactato fueron normales. Cuatro de los pacientes tuvieron hipertensión pulmonar (HP). La PMAP fue de 35 mmHg (30-41 mmHg) y el IRVP fue de 465 entre 388-672 dinas. seg. cm⁵/m². Una paciente con HP severa recibió tratamiento con sildenafil a partir del día 14 (la PSAP evaluada por EC fue: día 0: 87 mmHg, día 14: 89 mmHg y día 30: 50 mmHg). Si bien todos los pacientes presentaron un estado de hipercoagulabilidad (DD: 10095 ng/ml entre 15720- 2515 ng/ml, VN: <255 ng/ml, en ningún paciente se evidenció evento tromboembólico (TAC helicoidal con protocolo para TEP: negativo). 3) Anatomía patológica: El pulmón presentó daño alveolar difuso membrana hialina, hemorragia y fibrosis intersticial con compromiso del lecho capilar. Se constató distensión alveolar.

Conclusiones: 1) Los pacientes presentaron hipotensión arterial y grados variables de disfunción miocárdica. Dichos eventos fueron reversibles. 2) El comportamiento hemodinámico no fue concordante con el descrito para shock séptico 3) La HP fue frecuente, posiblemente asociado con aumento de la RVP por disminución del lecho capilar total.

TL134

0233. INFLUENZA A H1N1 CASO CLÍNICO

Feldman A, Gonzalez S., Valdez M, Salazan M, Plitt A, Rolando M

Hospital Pirovano, Servicio de Terapia Intensiva, Argentina

Se presenta una paciente de 58 años de edad sexo femenino, proveniente de la provincia de Santa Fe, presentando cuatro días previos a la guardia del hospital Pirovano astenia, tos con expectoración y fiebre.

Se realiza laboratorio completo, radiografía de torax que evidencia infiltrados intersticioalveolares en cuatro cuadrantes por lo cual se decide realizar Tomografía de torax que muestra consolidación bilateral a predominio izquierdo, áreas de vidrio esmerilado, y adenopatías pre aórticas, subaórticas y precarinales.

El día 21/08/09 ingresa al servicio de Terapia intensiva en insuficiencia respiratoria tipo 1, insuficiencia renal, mala mecánica respiratoria, hipoxemia severa, taquicardia, taquipnea, acidosis metabólica se decide intubación orotraqueal y conexión a asistencia respiratoria mecánica. Evoluciona con hipotensión arterial no respondiendo a expansores por lo cual se inician vasopresores. Realizándose hemocultivos y urocultivo.

Se realiza interconsulta con el Servicio de Neumonología realizándose Fibrobroncoscopia que informa Cuerdas vocales finas y normales, Traquea normal, Arbol bronquial derecho e izquierdo hasta bronquios de cuarto orden sin lesiones endoluminales se realiza BAL en BL (lígula) se envía material para gérmenes comunes, Koch, hongos y virus incluyendo H1N1.

Se indica tratamiento antibiótico vancomicina, Imipenem, claritromicina, oseltamivir.

Se realiza frotis por hematología que informó granulaciones tóxicas y marcada desviación a la izquierda. La paciente presenta paro cardiorrespiratorio respondiendo a las maniobras de reanimación cardiopulmonar. Evoluciona oligúrica no respondiendo al tratamiento médico por lo cual requirió diálisis.

Se recibe resultado de BAL a las 48hs positivo para Influenza A H1N1.

Persiste febril, hemodinámicamente inestable con mayor requerimiento de inotrópicos, saturación venosa mixta 56%, evoluciona en fallo orgánico múltiple y fallece el 2/08/09.

Conclusión: La infección por Influenza AH1N1 puede causar enfermedad grave y muerte en jóvenes previamente sanos. Los pacientes que presentan neumonía, cumplen los criterios de síndrome de distress respiratorio. En el laboratorio las características más consistentes es el aumento del nivel de urea y creatinina, de lactato deshidrogenasa, leucocitos dentro de los límites normales, linfopenia y el aumento de la creatinina cinasa muy probablemente debido a la miosisitis.

Los estudios futuros deben determinar factores predictivos de enfermedad grave y, especialmente, la eficacia del tratamiento con oseltamivir y protección ofrecida por la vacunación contra la gripe.

TL135

0234. GRIPE H1N1. EXPERIENCIA EN UNA SALA DE NEUMONOLOGIA DESDE 19/06/09 al 24/08/09

Ferreira M, Languer R, Marquez S, Gasteneguy R, Estagnaro J, Cuccheti A, Larroude N, Botetano P

H.I.E.A y C «San Juan de Dios» de La Plata. Pcia de Bs As

Propósito: Compartir la experiencia clínica vivida desde una sala de neumonología de un hospital especializado.

Materiales y métodos: Se internaron los pacientes en una sala de Neumonología eligiendo condiciones de aislamiento por cohorte, con 6 camas habilitadas a tal fin, con una distancia de 1,5 mts entre sí, oxígeno central, dos baños con sus duchas, biombos para mantener cierta privacidad entre los enfermos puesto que la internación fue mixta. Se elaboró una historia clínica abreviada, que utilizaron en conjunto los servicios de Neumonología e Infectología. Se solicitaron al ingreso análisis de rutina en sangre y orina, estudio de los gases en sangre, par radiológico de tórax, hemocultivos x3, estudio bacteriológico de esputo para gérmenes comunes y Koch, serología HIV, serología M. Pneumoniae y Chlamydia Pneumoniae, hisopado nasal para H1N1 que se envió al ANLIS/MALBRAN y otro hisopado nasal realizado en nuestro hospital para virus respiratorios no H1N1. Se tabuló en planilla de Excel.

Resultados: Se asistieron 29 pacientes. 15 V y 14 M. Promedio: 43 años. La mayor cantidad se concentró entre los 16-36 años. Ingresaron la mayoría desde consultorio de Gripe. Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre (15) tos productiva (12) mialgias (10) cefalea (7). 20 pacientes ingresaron con Sat de O₂ > de 96%. 6 enfermos consultaron previamente a la internación: 4 tuvieron tratamiento sintomático y 2 oseltamivir + antitérmicos. 14 internaciones fueron de primera consulta. Las formas radiológicas más frecuentes fueron: intersticiales 14, neumonías lobares 8. Factores de riesgo: EPOC 8, asma 5, tabaquismo 5. 21 tuvieron alguna alteración enzimática al ingreso a predominio de LDH y TGO, seguida por hipoalbuminemia. Hasta el momento de esta notificación solo se recibió como confirmación del Inst. Malbrán 1 caso positivo para el virus que origina esta pandemia. 3 casos de Influenza A y 1 Parainfluenza desde el laboratorio de nuestra institución. Se recuperaron por hemocultivo 3 casos: de Pneumococo Pneumoniae y 1 Klebsiella Pneumoniae. Esputos positivos 6: 4 Pneumococo y 2 H. Influenzae BL(+). Ningún paciente fue positivo para Koch ni HIV. Serología IgM para M. Pneumoniae 8, serología IgM para Chlamydia Pneumoniae: 3. Todos los enfermos realizaron tratamiento combinado con Oseltamivir 75 mg c/12 hs + AMS 1,5 mg c/6 hs + Claritromicina 500 mg c/ 12 hs. Debó suspenderse el antiviral en una enferma cuyas enzimas hepáticas subieron x 100 del normal. El resto comple-

to tratamiento sin inconvenientes, con apoyo de bloqueantes gástricos y antieméticos 3 pacientes. Continuaron su tratamiento en salas de neumonología general: 17 y en domicilio 8. Uno falleció en la sala en las primeras 24 Hs, 2 pasaron a UTI donde fallecieron luego.

Conclusión: Frente a la situación inédita que vivimos, queremos destacar la importancia del trabajo multi e interdisciplinario que hizo seleccionar adecuadamente el ingreso de los enfermos a nuestra área y tratarlos oportunamente. Esto redundó en una baja mortalidad de los mismos y frente a la provisión adecuada de insumos, más algo de ingenio frente a las carencias edilicias que padecemos es que al momento del cierre de esta comunicación, nadie del equipo de salud se notificó enfermo.

Tuberculosis II

MARTES 6 DE OCTUBRE DE 2009

9.30 – 10.30

SALÓN REAL S

TL136

0185. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: ESTUDIO DE FOCO DE UN CASO DE TUBERCULOSIS EN UNA ESCUELA TÉCNICA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA DE ALUMNOS ADOLESCENTES FRENTE A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE QUIMIOPROFILAXIS

J. Sameghini, AM Bou Perez, ME Guevara, LP Mir Candal, S Hernandez

Htal. Gral. de Agudos Dr. J.M. Ramos Mejía, Argentina.

Introducción: El programa de vigilancia epidemiológica toma contacto en terreno con los casos en las escuelas del área programática de los hospitales. el equipo de epidemiología concurre a las mismas para realizar estudios de foco. Las acciones implican registros de los contactos, PPD, RX torax, derivación a neumotisiología y seguimiento a los 3 meses en la escuela.

Objetivos: Describimos la conducta observada por los alumnos adolescentes frente a la adherencia al tratamiento de quimioprofilaxis (QP) indicado.

Material y Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo cualitativo de la indicación de QP en 30 alumnos de una escuela técnica y su seguimiento a los 3 meses a partir de la notificación de 1 caso de TBC en 2008 en la División Área programática del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.

Resultados: Estudio de 30 alumnos con indicación de QP de los cuales 5 eran femeninos y 25 masculinos. Con respecto a la edad de 13 años fueron 15, de 14 años 5, de 15 años 3; de 16 años 1 y sin dato fueron 6. Se indicó la QP con isoniazida a 30 alumnos de los cuales 8 retiraron la medicación y de ellos solo 2 finalizaron el tto QP completo. 10 alumnos no retiraron la medicación del servicio de Neumotisiología y 12 se desconoce los datos. De los 10 alumnos sin datos 3 repitieron, 5 no concurren en el año 2009 a la escuela y 2 cambiaron su turno y no concurren. Estos datos motivaron el análisis de la actitud de los alumnos frente al abandono de la medicación QP indicada. Dicha indagación arrojó las siguientes respuestas de los 13 alumnos que no finalizaron la QP luego de una entrevista de seguimiento en el establecimiento educativo. Gusto desagradable y dejaron de tomarlo 2, luego de un mes desgano a retirar la medicación nuevamente 9 y luego de 3 meses de tto desinteresó a realizar la visita de seguimiento 2. Luego de la segunda derivación al servicio de Neumotisiología y la entrevista in-

dividual con cada alumno en la escuela realizada para reforzar el seguimiento, sólo concurrió un alumno al especialista.

Conclusiones: Conocer las actitudes que asumirán los alumnos adolescentes frente a la QP permitirá al equipo de salud modificar las estrategias de abordaje para una mejor adherencia a la medicación que implicará fortalecer, entre otras cosas, la comunicación entre alumnos, padres, autoridades escolares y equipo de salud para disminuir la prevalencia de TB en la ciudad.

TL137

0196. TUBERCULOSIS ÓSEA MÚLTIPLE CON ABSCESO DE LA PARED TORÁCICA

I Bazzino¹, E Quintana¹; G Bruno²; J Bozzola³; L Piñeyro⁴

¹Asistente del Instituto del Tórax. ²Prof. Adj. de Cirugía de Tórax. ³Prof. Adj. del Instituto del Tórax. ⁴Prof. Dr. del Instituto del Tórax, Uruguay.

Introducción: La tuberculosis ósea (TBO) es la segunda manifestación extrapulmonar más frecuente, afectando entre un 3-5% de los pacientes, siendo el compromiso espinal el más frecuente. Esta forma clínica de TBC está relacionada con una elevada morbi-mortalidad, siendo el retraso en su diagnóstico la causa de la severidad de las complicaciones. Una forma rara de TBO es aquella que involucra la pared torácica, representando el 1 a 5% del total de las TBO y el 1-2% de las formas de TB extrapulmonar. Se describe el caso clínico de un paciente sexo masculino, recluso, raza negra, de 31 años, HIV negativo, con una historia de lumbalgia de 1 año de evolución que agrega, 1 mes antes del ingreso, una tumoración dolorosa preesternal. La TAC toraco-abdomino-pelvica mostró abscesos múltiples en relación a los cuerpos vertebrales torácicos y lumbares, como también a nivel retroperitoneal comprometiéndolo ambos músculos psoas. Presentaba lesiones líticas en los cuerpos vertebrales, pedículos y apófisis transversas de las vertebrales dorsales y lumbares, con extensión al canal. Se constataron erosiones de múltiples arcos costales. No se encontraron nódulos pulmonares, focos de consolidación pulmonar, ni adenopatías mediastinales ni hiliares. Las baciloscopías y cultivos de expectoración fueron negativos para bacilo tuberculoso. El cultivo del material de la punción del absceso preesternal fue positivo para *Mycobacterium Tuberculosis*. Se inició tratamiento médico con drogas antituberculosas Isoniacida, Rifampicina y Pirazinamida, y quirúrgico con drenaje del absceso dorsal mediante toraco-freno-neumotomía derecha por noveno espacio intercostal y drenaje de los abscesos lumbares, a derecha abordado por retroperitoneo, y a izquierda por lumbotomía. La evolución fue buena, en apirexia, con mejoría del estado general y retroceso de los abscesos.

Conclusión: el interés de este caso clínico es la muy baja incidencia de esta forma clínica, con compromiso óseo múltiple. Se destaca la participación esternal con absceso de pared torácica y la buena respuesta al tratamiento combinado médico-quirúrgico.

TL138

0198. TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR Y PLEURAL EN PACIENTES NO HIV, EN UN HOSPITAL GENERAL: TRES AÑOS DE REVISIÓN

P. Di Fonzo, B Pereyra, A Leoni

Hospital San Roque - Córdoba, Argentina.

Introducción: Las localizaciones extrapulmonares de Tuberculosis oscilan entre el 15 y 20%. Excluyendo las pleurales, las formas más comunes son ganglionares. Las formas extrapleuropulmonares (TEPP) en pacientes HIV negativos, son infrecuentes y difíciles de diagnosticar, porque se localizan en sitios inaccesibles y poseen bajas poblaciones bacterianas.

Objetivo: Informar nuestra experiencia en la incidencia, clínica, métodos diagnósticos, tiempo de internación, y mortalidad de TEPP en pacientes HIV negativos, internados en un hospital general.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional de 3 años. Se revisaron 44 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de TBC, no HIV, y se analizaron 7 que presentaban TEPP.

Resultados: La incidencia de TEPP fue del 0.035% del total de las admisiones y 0.08% de las internaciones clínicas. Cuatro femeninos, tres masculinos (edad media 44). En 3 pacientes, la localización fue ganglionar, el resto: meningia, laringia, vertebral y urogenital. Presentaron compromiso pulmonar concomitantemente 3 pacientes. El tiempo requerido para efectuar el diagnóstico o inicio de la terapia empírica fue de 16 días de media, y el de internación 44. Cuatro recibieron tratamiento empírico. La histopatología fue de utilidad diagnóstica en 6 casos y la microbiología en 3. Las manifestaciones clínicas fueron: decaimiento, astenia, y signos propios del sitio de localización. La mortalidad correspondió al 57%.

Conclusiones: Esta casuística no demuestra la situación epidemiológica, incidencia o padecimiento de TEPP en nuestro medio. Su reconocimiento es tardío, por su manifestación plurívoca; lo que no ayuda en la orientación diagnóstica. El conocimiento de las formas de presentación y la utilidad diagnóstica de la histopatología, podrían servir en la práctica futura para reconocer esta entidad. El compromiso pulmonar simultáneo debería considerarse como elemento facilitador en la presunción diagnóstica o para el inicio de la terapia empírica. El diagnóstico se estableció fundamentalmente a través de la histopatología. La incidencia de TEPP, en pacientes HIV negativos, es baja: un caso cada 1000 internaciones clínicas, o cada 2833 admisiones hospitalarias, siendo la forma ganglionar la más frecuente. La estancia hospitalaria es prolongada y por ende su costo. La TEPP se asoció en nuestro hospital a una mortalidad elevada. La escasa casuística no nos permite establecer factores de riesgo.

TL139

0207. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DESCRIPTIVO DE PREVALENCIA DE PRUEBA DE SENSIBILIDAD TUBERCULÍNICA POSITIVA, EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

ME Guevara, AM Bou Perez, J Sameghini, LP Mir Candal, S Hernandez, M De Mola

Área programática Htal. Gral. de Agudos Dr. J.M. Ramos Mejía., Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) es una enfermedad que representa un grave problema de salud pública mundial no resuelto aún, especialmente en los países más pobres. En la Ciudad de Buenos Aires es una patología prevalente que requiere su notificación inmediata y obligatoria. Dentro del Programa de Vigilancia epidemiológica se realiza estudio de foco que incluye la prueba de sensibilidad tuberculínica (PPD), para detectar la infección por el bacilo. Para elaborar estrategias de salud, el conocimiento de la prevalencia de PPD positiva en una población no expuesta resulta útil.

Objetivos: Describir la prevalencia de la PPD positiva en una escuela técnica del área programática de un Hospital de Agudos del GABA.

Material y métodos: Estudio epidemiológico descriptivo de prevalencia de PPD positiva, realizado en noviembre de 2008, en 519 personas (alumnos, docentes y personal administrativo) de una Escuela Técnica del área programática de un hospital público del GABA. Se consideró para el presente estudio la positividad de la prueba en un valor igual o mayor a 10 mm. (según consenso argentino de tuberculosis 2009).

Resultados: N:519

| PPD | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL | % |
|-----------------------------|----------|-----------|-------|-------|
| NEGATIVO (menor de 5 mm) | 63 | 265 | 328 | 63.2% |
| DUDOSO (5-9 mm) | 17 | 89 | 106 | 20.4% |
| POSITIVO (10 mm o más) | 11 | 74 | 85 | 16.4% |
| TOTAL | 91 | 428 | 519 | 100% |

Conclusiones: La prevalencia de PPD positiva en 519 personas integrantes de una escuela del GABA es del 16.4%. Conocer esta prevalencia tiene importancia para la elaboración de programas de salud y estrategias para el despliegue de acciones de prevención comunitaria.

TL140

O210. RIFAMPICINA: REACCIONES ADVERSAS RARAS Y POTENCIALMENTE FATALES DURANTE EL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS. TROMBOCITOPENIA E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

JP Castagnino, RM Musella, C Trela, M Grassetto, G De Stefano, L Ciallella, C Mosca, A Brea

División Neumotisiología. Hospital Muñiz, Argentina.

28 a, boliviana, tuberculosis (TB) pulmonar avanzada. Sin antecedentes patológicos. Desnutrición y anemia severa. HIV: no reactivo. Tratamiento: isoniacida (H), rifampicina (R), etambutol (E), pirazinamida (Z). A los 85 d presentó epistaxis, petequias en miembros y tórax y trombocitopenia severa (plaquetas: 2.000/ml). Hematología: púrpura trombocitopénica por R. PMO: hiperplasia severa megacariocítica. Tratamiento: suspensión drogas anti TB, dexametasona y 12 U de concentrados plaquetarios. Las plaquetas se normalizaron a los 21 d de suspendidos los fármacos. Siguió con E y H sin complicaciones.

Caso 2: 22 a, boliviana, TB pulmonar. Sin antecedentes patológicos. Tratamiento: H, R, E, Z. A los 2 m continuó con H, R. A los 120 d presentó hematomas en MI y tórax, petequias en boca, gingivorragias y epistaxis. Plaquetas: 45.000/ml, HIV: no reactivo, FAN: negativo. Hematología: púrpura con afectación cutánea y mucosa por R. PMO: hiperplasia megacariocítica. Tratamiento: suspensión de drogas, prednisona: 40 mg/d. A los 5 d se normalizaron las plaquetas. Siguió con H y E sin complicaciones.

Caso 3: 24 a, boliviano, TB pulmonar avanzada. Desnutrido. Sin antecedentes patológicos. A los 31 d de H, R, E, Z presentó insuficiencia renal aguda (IRA), asintomático. Urea 83, Creatinina 3,94 mg/dl, clearance 40 ml/min. FAN: positivo 1/160 moteado fino, ANCA, anti MbG, anti DNAn y Coombs indirecta: negativos. C4 bajo. Proteinuria 1,9 g/24 h, cilindros hialinos, leucocituria y microhematuria. Ecografía: riñones con aumento de tamaño y de ecogenicidad. Nefrología: nefritis por R. Se suspendieron las drogas. A los 48 d normalizó la función renal y siguió con H, E y Z sin complicaciones.

Caso 4: 23 a, boliviano, TB pulmonar. Sin antecedentes patológicos. HIV: no reactivo. Comenzó con H, R, E, Z. A los 35 d presentó IRA, asintomático. Urea 78 mg, creatinina 2,61 mg/dl. Cl de creatinina: 34,7 ml/min. Proteinuria: 1,74 g/24 h, cilindros granulados. ANCA: negativo. Colagenograma y ecografía renal: normal. Suspendió el tratamiento y normalizó la función renal en 19 d. Diagnóstico: nefritis por R. Continuó con H, E y Z sin complicaciones.

Comentario: La trombocitopenia e IRA son poco frecuentes. Ocurren especialmente con dosis altas de R y en tratamiento

intermitente pero también con tratamiento diario, como en los casos descriptos. El diagnóstico se hizo por el antecedente de administración de R, la mejoría luego de suspensión de la misma y por exclusión de otras causas.

Su mecanismo se desconoce. Podría deberse a anticuerpos anti R: IgG e IgM que fijan complemento sobre el epitelio tubular renal y las plaquetas produciendo destrucción de las mismas y nefritis intersticial aguda.

Estas reacciones adversas (RA) ocurrieron luego de un tiempo prolongado de tratamiento diario (31 a 120 d) y se resolvieron lentamente luego de suspensión de R (5 a 48 d).

Conclusión: Es importante estar alerta porque la plaquetopenia e IRA son RA por R, severas y potencialmente fatales que pueden producirse durante el tratamiento diario de la TB y en cualquier momento del mismo.

TL141

O215. ¿CUÁL ES EL APORTE DE LOS MÉTODOS CONVENCIONALES EN EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR?. EXPERIENCIA DE UNA DÉCADA EN UN HOSPITAL GENERAL

AR Aguirre, I Palma, L Rolando, V Giovanni, N Kempf, P Vujacich, L Limongi, A Putruele

Hospital de Clínicas Jose de San Martin, Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) es una de las enfermedades más prevalente en el mundo. El diagnóstico precoz es necesario para cortar la cadena de transmisión. La broncoscopia (BC) ha demostrado ser útil en pacientes (pac.) que no expectoran o tienen baciloscopias (B) negativas.

Objetivos: Evaluar la utilidad de métodos convencionales en pacientes con sospecha de TB pulmonar y el aporte de la BC. **Materiales y Métodos:** Se analizaron pac. con sospecha de TB pulmonar evaluados Hospital de Clínicas «José de San Martín» en el lapso de Abril de 1997 a Marzo del 2009. Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se utilizó el programa SPSS 15 para el análisis estadístico.

Resultados: Durante este período, 617 pac. fueron tratados por TB, 477 presentaron TB pulmonar, 80% localización pulmonar estrictamente, 17,2% asociada a formas extrapulmonares, 2,8% miliares. La edad promedio fue 40, 52 años \pm 17. La B fue positiva (+) en 48,8% (233 pac.), negativa (-) en 40,3% y 10,9% no tenían expectoración espontánea. La sensibilidad de la B del esputo fue 54%. De los que tuvieron B +, el 97,9% de los cultivos fue +, siendo en las B -, el cultivo + en 64,6% (κ 0,52, $p < 0,001$). La sensibilidad del cultivo del esputo fue 83%. En aquellos con B - o incapaces de expectorar (n=244), en 159 se realizó BC, 54 pac. tuvieron directos del BAL +, con una sensibilidad del 34%, contribuyendo al diagnóstico precoz. El BAL contribuyó en el rendimiento diagnóstico en 21 pac. con cultivo de esputo - y 12 sin expectoración. En las B del BAL - (n=48) la realización del cultivo contribuyó en 58,4% al diagnóstico, con una sensibilidad del 88% (κ 0,64; $p < 0,001$). Sólo en 3 pac. el lavado bronquial posibilitó el diagnóstico. En 54 pac. no se obtuvo confirmación bacteriológica. Se recurrió a la histología, a través de la biopsia transbronquial en 10 casos (rédito 47%), y 3 biopsias pulmonares; en el resto el diagnóstico se obtuvo por biopsia de la localización extrapulmonar (n=27), siendo las pleurales y ganglionares las más frecuentes. Sólo 16 pac. recibieron tratamiento empírico. No se realizó esputo inducido dado que en nuestro hospital no se disponen de las medidas de bioseguridad para realizar este método.

Conclusiones: La primera herramienta en el estudio de pac. con síntomas respiratorios sugestivos de TB sigue siendo el directo y cultivo de esputo, basado en la sensibilidad de estos métodos. EL BAL, en nuestra experiencia, fue un método de diagnóstico útil y eficaz en aquellos pac. con imposibilidad para expectorar o baciloscopia negativa, con una sensibilidad del directo del 34% y del cultivo del 88%. Se destaca la utilidad de

BTB como otro método alternativo para el diagnóstico. Este es el primer trabajo en evaluar el valor del BAL en TB en nuestro medio.

TL142

0216. TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: UNA ENTIDAD DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO EN EL SIGLO XXI. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y FORMAS DE PRESENTACIÓN EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

L.Rolando, AR Aguirre, I Palma, V Giovini, M Nastro, L Limongi, A Putruel

Hospital de Clínicas Jose de San Martin, Argentina.

Introducción: La tuberculosis extrapulmonar (TBE) supone el 10-20% del total de TB que padecen los enfermos inmunocompetentes (IC), esta presentación se incrementa notablemente en pacientes (pac.) con inmunodeficiencia. El patrón de la enfermedad ha ido cambiando con un aumento de la incidencia de formas diseminadas y extrapulmonares.

Objetivos: Determinar y comparar la utilidad de los métodos diagnósticos en las formas TBE y TBMix. Evaluar la relación con comorbilidades y establecer la demora en el diagnóstico.

Materiales y Métodos: Se analizaron pac. con TB evaluados en nuestro hospital en el lapso de Abril de 1997 a Marzo del 2009. Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se utilizó el programa SSPS 15 para el análisis estadístico. Clasificamos las formas de presentación en extrapulmonar (TBE), definida por localización extrapulmonar; mixta (TBMix) por localización pulmonar (TBP) y extrapulmonar, y diseminadas (TBD), dos o más localizaciones extrapulmonares, o TB miliares.

Resultados: Durante este período de tiempo, 617 pac. fueron tratados por TB, 61.7% fueron TBP, 21,5% TBE, 13,5% TBMix y 3,3% TBD. Comparando TBE+ TBMix vs. TBP, se presentó en hombres 54,6% vs. 45,7% ($p=0,043$), la edad promedio fue $44,4 \pm 19$ vs. $40,2 \pm 17$ ($p=0,007$). Las localizaciones extrapulmonares más frecuentes fueron pleural 34.4%, ganglionar 30.2%, laríngea 10.4%, ósea 8.9%, urogenital 7% y otras 8,8%. En las TBMix contribuyeron los métodos convencionales de diagnóstico a nivel pulmonar en 71% de los casos. En el resto ($n=24$) se realizó por biopsia (histología 54,2% o cultivo 45,8%). No se realizó tratamiento empírico. En las TBE, la biopsia de los órganos comprometidos contribuyó 54,5% y el cultivo 42,4%. Sólo el 3% recibió tratamiento empírico en TBE ($n=4$). Se destaca que en 13 TBE (46% ganglionares) tuvieron rescate en el cultivo de esputo con radiología normal. El enolismo, las neoplasias, la diabetes, el fallo renal crónico, y las enf. pulmonares obstructivas se presentaron con frecuencias similares en TBE y TBP; sin embargo las enfermedades hematológicas (1,9%), autoinmunes (4,6%) y HIV (4,6%) se hallaron significativamente asociadas a TBE ($p=0,017$; 0,002; 0,004, respectivamente). La demora diagnóstica fue significativamente mayor en la TBE, destacándose las formas óseas (435 días), con respecto localizaciones pulmonares (272 días y 238 respectivamente) ($p=0,001$).

Conclusión: Coincidiendo con otros autores, las formas más frecuentemente observadas fueron: pleural, ganglionar y laríngea. En las TBMix la confirmación diagnóstica se realizó en su mayoría por métodos convencionales de muestras pulmonares. Se llegó al diagnóstico en las TBE por biopsia y cultivo en la mayoría de los pacientes, lo que contribuyó a indicar escasos tratamientos empíricos. La asociación TBE con comorbilidades se evidenció con mayor frecuencia en pac. con compromiso de su inmunidad. Dada la demora diagnóstica mayor en TBE, consideramos necesario utilizar todas las herramientas disponibles para arribar a un diagnóstico precoz y conducta terapéutica apropiada.

Varios: Cirugía torácica; Endoscopia; Imágenes

MARTES 6 DE OCTUBRE DE 2009

9.30 – 10.30

Salón Peralta Ramos N

TL143

0026. MENINGOCELE TORÁCICO

FJ Santini, M Guevara, JL Nazar, RH Re

CEMIC, Argentina.

Meningocele torácico lateral. Paciente de 62 años de edad, ex fumadora de 30 pack year, con antecedentes de hipertensión arterial esencial, colecistectomizada, dislipidémica, y migrañosa.

Medicación usual: atenolol, ibuprofeno a demanda, bromazepam, y diazepam.

Enfermedad actual: por una cirugía de lipoaspiración en el abdomen, le fue solicitada una Rx de tórax que mostró un nódulo en vértice derecho. Luego se realizó una TAC de tórax que mostró: imagen nodular hipodensa de bordes definidos de 30 por 20 mm que no refuerza con contraste endovenoso. Pequeños ganglios mediastínicos menores a 10 mm de diámetro. La resonancia magnética nuclear de tórax mostró: formación de 27 mm de diámetro en vértice de hemitórax derecho. La misma es hiperintensa en secuencias que ponderan T2 e hipointensa en T1, isointensa con el líquido cefaloraquídeo y en relación con el agujero de conjunción C7-D1. Se observa una imagen similar de 20 mm de diámetro en el vértice del hemitórax izquierdo. Por sus características las mismas parecen corresponder a quistes aracnoideos o meningoceles torácicos.

Comentario: el meningocele torácico es una herniación de las meninges a través del agujero de conjunción vertebral. La mayoría de las veces es asintomático y su diagnóstico suele ser incidental como en este caso. Pueden ser múltiples (1) Algunas veces están asociados a neurofibromatosis cutánea tipo I. (2)

En algunos casos descriptos pueden ser gigantes y producir hidrotórax (3).

Su etiología es controversial (4).

La mayoría de las publicaciones versan sobre casos aislados o pequeña serie de casos.

El diagnóstico se basa fundamentalmente en la imagen de la resonancia que permite observar las características de la señal del líquido cefalorraquídeo que son idénticas entre el meningocele y el canal espinal, así como su relación anatómica con el agujero de conjunción permitiendo hacer el diagnóstico.

1. Multiple asymptomatic lateral thoracic meningocele Rui Haddad Eur J Cardiothorac Surg 2008; 33: 113.
2. Intrathoracic giant meningocele associated with neurofibromatosis Sakamoto H y otros. Intern Med. 2003 Aug; 42 (8): 767-8.
3. Intrathoracic giant meningocele developing hydrothorax: a case report Mizuno J y otros. J Spinal Disord Tech, 2002 Dec; 15(6): 529-32.
4. Lateral thoracic meningocele. Maiuri y otros. Surg Neurol. 1986 Oct; 26 (4): 409-12.

TL144

0041. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (BMI) Y SU CORRELACIÓN CON ÁREAS DE BAJA ATENUACIÓN TOMOGRÁFICA PARA DEFINIR EL FENOTIPO ENFISEMA EN EPOC

GA Raimondi, L Falcón, L Urrutia

FLENI - Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Observar la utilidad de la TAC de tórax en la cuantificación y caracterización del fenotipo enfisema en EPOC (Pink Puffer, tipo A) y su relación con el índice de masa corporal (BMI).

Métodos: en 30 pacientes con EPOC se realizaron determinaciones espirométricas, volúmenes pulmonares pletismográficos y difusión de monóxido de carbono (DLCO). Mediante reconstrucción tridimensional y mediciones densitométricas con atenuación a <950H se estimó el porcentaje de volumen de enfisema pulmonar (%vol<950H). Se realizaron determinaciones de dimensiones bronquiales en el segmento apical del bronquio del LSD y cálculo del grosor de la pared de la vía aérea/área luminal (%WA) mediante la técnica de Nakano. Se determinó el BMI de los pacientes. Se utilizó el cálculo de correlación de Pearson aceptándose como diferencia significativamente estadística $p < 0.05$.

Resultados: Se encontraron correlaciones significativas entre %vol<950H vs DLCO expresado en porcentaje del teórico (%DLCO) ($r = -0.61$, $p < 0.001$), %DLCO vs BMI ($r = 0.54$, $p < 0.005$), %vol<950H vs BMI ($r = -0.37$, $p < 0.05$), FEV₁ vs BMI ($r = 0.47$, $p < 0.01$), %FEV₁ vs BMI ($r = 0.54$, $p < 0.005$). El %WA correlacionó significativamente con el FEV₁ ($r = -0.44$, $p < 0.02$) y el RAW ($r = 0.48$, $p < 0.01$). No se encontró correlación significativa entre %WA vs BMI ($r = 0.25$, $p = 0.19$). Respecto a los volúmenes pulmonares no se encontraron correlaciones significativas entre BMI vs TLC, %TLC, RV y RV/TLC. Solo el BMI vs %RV correlacionó significativamente ($r = -0.37$, $p < 0.05$).

Conclusiones: en pacientes con EPOC se demuestra que cuanto más bajo es el BMI más alta es la presencia de enfisema cuantificada con métodos volumétricos tomográficos. Aparte de ayudar a caracterizar el fenotipo enfisema, estas técnicas permiten confirmar la hipótesis clásica que los pacientes con enfisema predominante presentan un bajo peso magro y BMI.

TL145

0064. BIOPSIA PULMONAR QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD PULMONAR DIFUSA EN PACIENTES TRASPLANTADOS CON ÓRGANOS SÓLIDOS

S Defranchi, A Bertolotti, R Favaloro, J Caneva, JM Osses, C Vigliano

Fundación Favaloro, Argentina.

Objetivo: La presencia de enfermedad pulmonar difusa (EPD) en pacientes con trasplantes de órganos trasplantados es una condición grave. Poca información existe en la literatura acerca del valor de la biopsia pulmonar quirúrgica (BPQ) en este grupo de pacientes. El objetivo de nuestro trabajo es describir los resultados de las BPQ en pacientes trasplantados y en qué medida altera el manejo terapéutico de los mismos.

Métodos: Revisión retrospectiva de todos los pacientes trasplantados a los que se les realizó BPQ entre Marzo del 2004 y Marzo del 2009 por presentar EPD.

Resultados: Treinta y cuatro pacientes tuvieron BPQ por EPD. El promedio de edad fue de 48,5 años \pm 16,7. 17/34 (50%) pacientes fueron masculinos. El hallazgo tomográfico más frecuente fue la presencia de infiltrados pulmonares difusos (16/34 o 47%). En 18/34 (53%) pacientes la búsqueda de un diagnóstico fue la indicación de la BPQ. Al momento de la BPQ, 12 pacientes (35%) se encontraban en asistencia respiratoria mecánica. En 19 pacientes la BPQ fue por toracotomía (56%). El tratamiento post BPQ se alteró en 10/34 pacientes (29%), todos ellos con hallazgos específicos en el estudio anatomopatológico o microbiológico. En ningún paciente con hallazgos inespecíficos (14/34), la BPQ aportó elementos para alterar la terapéutica. Se registraron complicaciones en 10 pacientes (29%). La mortalidad operatoria fue del 6% (2/34). Once pacientes (32%) fallecieron durante la misma internación por causas no relacionadas con la BPQ.

Conclusiones: La presencia de EPD en pacientes con trasplantes de órganos sólidos es una situación de gravedad. La BPQ altera el manejo de estos pacientes en un tercio de los casos, especialmente en aquellos con un hallazgo anatomopatológico o microbiológico específico. La mortalidad a corto plazo de estos pacientes es alta y la decisión de realizar una BPQ debe hacerse luego de haber evaluado detalladamente los beneficios que podrían obtenerse con la realización de la misma.

TL146

0097. MANEJO DEL NÓDULO PULMONAR SOLITARIO POR CIRUGÍA VIDEOTORACOSCÓPICA

P Jordán, S Quadrelli, G Lyons, D Chimondeguy, L Pankl, J Braga Menendez

Centro de Oncología Torácica – Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Propósitos del estudio: Determinar las distintas etiologías de los nódulos pulmonares solitarios (NPS) resecaados quirúrgicamente; y establecer la rentabilidad diagnóstica y la tasa de complicaciones de la resección videotoracoscópica del NPS.

Métodos empleados: Se evaluaron 483 pacientes operados de NPS en el Hospital Británico de Buenos Aires entre el período 1987-2008. Los criterios de inclusión para NPS fueron: lesión intrapulmonar menor de 3 cm., rodeada de parénquima sano, no asociada a atelectasia, neumonía y/o adenomegalias.

Resumen de resultados: El examen patológico de los nódulos resecaados mostró 342 (70,8%) lesiones malignas y 141 (29,2%) lesiones benignas. Entre las lesiones benignas los hamartomas (19,8%), granulomas inespecíficos (7,2%), tuberculosis pulmonar (15,6%) y fibrosis pulmonar inespecífica resultaron ser las principales causas.

Cuándo se compararon los pacientes con NPS malignos y benignos se observó que los NPS malignos fueron de mayores de edad (edad media de 55,4 \pm 19,3 vs. 51,4 \pm 17,81 años; $p = 0,035$) y de tamaño (1,04 \pm 1,65 vs 0,59 \pm 0,82 cm, $p = < 0,001$). Sin embargo no fueron diferentes en cuanto a antecedente de tabaquismo ($p = 0,981$) y de neoplasia previa ($p = 0,918$).

La conversión a toracotomía se realizó en 7 casos (5%) de los nódulos benignos siendo los motivos principales: la imposibilidad de localizar la lesión, la necesidad de ampliación de la resección, o la presencia de lesiones de gran tamaño.

Se presentaron complicaciones vinculadas a la cirugía videotoracoscópica (VATS) en 8 casos (3,36 %) de la población total, 6 eran NPS benignos (5%) y 2 NPS malignos (1,6%), no registrándose casos de mortalidad coincidiendo con datos similares publicados.

Conclusión: La VATS es un procedimiento de muy baja morbimortalidad en la resección de nódulos benignos.

La edad del paciente y el tamaño del nódulo pulmonar resultaron ser factores confiables para predecir la histología maligna. En cambio la ausencia de tabaquismo no permite sugerir que un nódulo sea benigno; ni el antecedente de neoplasia previa descarta que un nuevo nódulo sea benigno.

TL147

0199. BRONCOSCOPIA INTERVENCIONISTA: UTILIDAD TERAPÉUTICA EN LESIONES TRAQUEALES

M Las Heras, J Rodríguez Gimenez, C Dubra, J Prececutti, G Svetliza, J Viudes, D Smith, E Wainstein, H Benito, J Villaroel, A De La Canal

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La endoscopia intervencionista es un campo de la neumonología que ha tenido un gran avance en los últimos años. Esta disciplina reúne una serie de técnicas invasivas que actúan sobre la vía aérea y que es útil para el manejo de pacientes respiratorios especialmente graves como son aquellos con patología traqueal en estado crítico.

Objetivos: Describir las características de una serie de pacientes que fueron sometidos a broncoscopia rígida por patología de la tráquea tanto benigna como maligna en un hospital de comunidad.

Materiales y métodos: Análisis retrospectivo de los registros de broncoscopia rígida realizadas en pacientes con patología traqueal entre 1998 y 2008.

Todos los procedimientos fueron realizados bajo anestesia general. Se utilizó broncoscopio rígido tipo Dumon, LASER (Yag laser) y balón de dilatación.

Resultados: Se realizaron 283 procedimientos en 155 pacientes, 61% (95) eran hombres. El promedio de edad fue de 50 años (18 – 86 años).

El 21% de los pacientes requirieron dos procedimientos, el 4% tres y el 12% cuatro o más.

Los antecedentes de los pacientes fueron: intubación prolongada en 46 pacientes (32%), ventilación prolongada más traqueotomía en 43 pacientes (29%), tumores que afectaban la vía aérea en 18 (12%), traqueotomía en no ventilados en 13 (9%), ventilación no prolongada (definida como aquella menos a 7 días) en 12 pacientes (8%) fistula traqueoesofágica 7 (5%) y otro tipo de patologías en 7 pacientes (5%).

La localización de las lesiones traqueales fueron en un 29% en el 1/3 proximal, un 30% en el tercio medio, 8% en el tercio distal y el 33% lesiones de localización combinadas.

Se realizaron 93 dilataciones de lesiones estenóticas con broncoscopio rígido, 8 dilataciones con balón. Del total de las resecciones 81 de las mismas fueron realizadas con LASER y 8 resecciones con pinza.

De los procedimientos realizados los más frecuente fueron las maniobras combinadas (se definieron a aquellas en que se realizaban tres o más acciones en el mismo procedimiento). Estas fueron el 21%, y comprendían dilatación, laser, colocación de prótesis, extracción de prótesis, resecciones de granulomas, etc. Las dilataciones con colocación de prótesis se realizaron en un 17% de los pacientes. Extracción de prótesis y recolocación de las mismas en un 11%. Extracción de prótesis 11%, laser más dilatación 9%, colocación de prótesis en el 9% de los pacientes, dilatación con broncoscopia 8%, resección de granulomas 5%, laser 4%. En el 4% no se realizaron maniobras adicionales.

De los pacientes que requirieron nuevos procedimientos broncoscopicos el 58% fue por nueva estenosis, el 36% por desplazamiento de la prótesis requiriendo recolocación de la misma y el 26% se realizó para retirar prótesis endotraqueales colocadas previamente.

Conclusiones: La broncoscopia rígida es un medio útil terapéutico en las lesiones de la tráquea ya sea benignas o malignas permitiendo evitar procedimientos más cruentos y con mayor morbimortalidad en un grupo seleccionado de pacientes.

TL148

0203. ACTUALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN POR IMÁGENES EN EPOC

SE Rossi, A Montes, MC Acuña, E Martínez, V Rubio

Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi, Argentina.

Introducción: Se define como EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) a una enfermedad prevenible y tratable caracterizada por la limitación del flujo aéreo que no es totalmente reversible. Esta limitación es generalmente progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a diferentes noxas, principalmente gases como el humo del tabaco. En ésta categoría se incluye al enfisema y la bronquitis crónica.

Dado que la prevalencia y la importancia global del EPOC como un problema de salud está en aumento, consideramos impor-

tante el conocimiento de los avances en el área de las imágenes para este tipo de patologías.

Objetivo: Mediante el presente ensayo iconográfico se ilustran los avances en las técnicas de imagen y sus aplicaciones, con especial énfasis en Tomografía Multicorte y sus distintas herramientas de software. Estas incluyen densitometría pulmonar, medición del grosor bronquial, miP (mínima intensidad de Proyección), MIP (Máxima Intensidad de Proyección) entre otros.

Materiales y métodos: Se aplicaron las diferentes técnicas, como parte del protocolo habitual de estudio de las Tomografías de tórax de pacientes con EPOC realizadas en nuestro centro. Se analizaron los estudios desde junio de 2008 a junio de 2009. Se utilizaron dos Tomógrafos Multicorte, de 16 y 64 filas de detectores.

Conclusión: Actualmente la Tomografía Multicorte permite no sólo la evaluación morfológica sino también la obtención de datos correlacionables con las alteraciones funcionales. Esto nos brinda una nueva herramienta en la evaluación de pacientes con EPOC.

TL149

0214. TUMORES BENIGNOS DE LA VÍA AÉREA: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

TG Núñez, H Esteva, T Portas, JL Alsinet

Hospital de Clínicas, Argentina.

Introducción: Los tumores benignos de la vía aérea en adultos representan menos del 10% del total. Los más frecuentes son los papilomas, condromas y otros originados en el mesénquima de la pared traqueal.

Tipo de trabajo: Retrospectivo/observacional. Presentación de casos.

Material y métodos: Se revisó la base de datos de la sección Broncoscopia Intervencionista de la División Cirugía Torácica del Hospital de Clínicas. entre febrero de 1990 y octubre de 2008

Resultados: En 1250 broncofibroscopias y 113 resecciones endoscópicas se hallaron 5 casos de tumores benignos de la vía aérea que fueron tratados por vía endoscópica al inicio. Se describen los casos hallados.

Caso 1: Varón de 63 años que consulta por varios episodios de neumonía en lóbulo inferior izquierdo. Se realiza FBC que muestra lesión blanco-nacarada obstructiva de los bronquios basales izquierdos. Se reseca endoscópicamente utilizando electrocauterio. Debido a recidiva local se decide la lobectomía inferior izquierda. La biopsia informa hamartoma. Buena evolución luego de 5 años de seguimiento.

Caso 2: Varón de 31 años derivado por ORL por papilomatosis laringotraqueal difusa. Se trató con resecciones endoscópicas entre 2003 y 2006, realizándosele 16 resecciones endoscópicas para desobstruir la vía aérea (9 con láser, 7 con electrocauterio) y colocándosele 2 stents tipo Dumon. En 2005 adquirió SIDA y falleció por complicaciones derivadas de la enfermedad en 2006.

Caso 3: Varón de 69 años, tabaquista, que consulta por tos crónica y disnea progresiva hasta CF III. En la FBC se constata masa endotraqueal 4 cm por debajo de las cuerdas vocales. Se reseca la masa con electrocauterio en forma ambulatoria, sin recidiva en 2 años de seguimiento. Biopsia: hamartoma.

Caso 4: Varón de 23 años derivado por ORL en 2004 por papilomatosis laringotraqueal difusa. Se trató hasta la actualidad con resecciones endoscópicas realizándosele 26 resecciones endoscópicas para desobstruir la vía aérea con electrocauterio, con buena evolución. Actualmente en plan de terapia fotodinámica.

Caso 5: Mujer diabética de 41 años que consulta por neumonía a repetición en lóbulo inferior izquierdo, se realiza FBC obser-

vando masa blanquecina que obstruye parcialmente el bronquio fuente. Se reseca endoscópicamente con electrocauterio. Biopsia: leiomioma. Sin recidiva luego de un año de seguimiento.

Conclusiones y discusión: los tumores benignos de la vía aérea en adultos son extremadamente raros, en contraposición de lo que sucede en pacientes pediátricos. La mayoría puede ser tratado por vía endoscópica, lo cual requiere un estricto seguimiento posterior ya que en algunos casos puede ser necesaria la resección pulmonar. El tratamiento endoscópico paliativo es la única alternativa segura para el manejo de la papilomatosis traqueal difusa.

TL150

0226. BRONCOSCOPÍA RÍGIDA COMO APLICACIÓN TERAPÉUTICA

J Rodríguez Giménez, JC Roller, M Las Heras, A Abritta

Ciudad de Buenos Aires, Sanatorio de la Trinidad, Argentina.

Presentamos la utilidad de la broncoscopia rígida en lesiones obstructivas de la vía aérea.

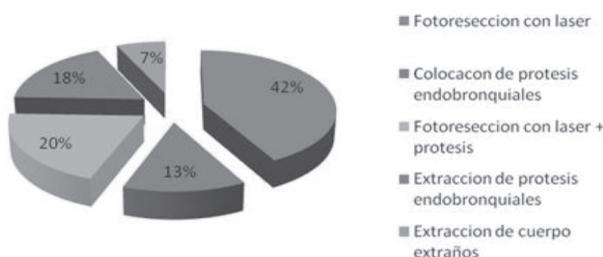
Si bien la primera intervención data del año 1897 cuando Gustav Killian utilizó este procedimiento para retirar un hueso de cerdo de vía aérea recién en la década de 1980, recuperó popularidad debido en gran parte al aumento de las aplicaciones de la broncoscopia terapéutica y al trabajo pionero de Jean-Francois Dumon autor de gran parte de los primeros estudios relativos tanto a broncoscopia terapéutica para la eliminación de tumores traqueobronquial y de la aplicación del láser para la paliación de la obstrucción de la vía aérea.

Objetivos: Describir las características del procedimiento, indicaciones y sus aplicaciones como fotoresección con láser, colocación y extracción de prótesis endobronquiales y cuerpos extraños en pacientes con lesiones de la vía aérea.

Material y métodos: Cohorte retrospectivo en registro de broncoscopia rígidas del año 2005 al 2008 en pacientes adultos sometidos ha dicho procedimiento en la ciudad de Buenos Aires. Se utilizó láser de dióxido de fibra de contacto (12 watts) en estenosis benignas y con fibra refrigerada (18 watts) para los tumores endobronquiales. Todos los procedimientos fueron realizados bajo anestesia general.

Resultados: Durante el periodo mencionado se realizaron 45 broncoscopias rígidas en 19 (42%) de las cuales se realizó fotoresección con láser por tumores endobronquiales, 9 (20%) por fotoresección con láser mas colocación de prótesis endobronquiales, 8 (18%) extracción de prótesis endobronquiales, 6 (13%) por colocación de prótesis endobronquiales, y 3 (7 %) extracción de cuerpo extraño en la vía aérea.

Conclusiones: La Broncoscopia rígida es un método diagnóstico y terapéutico útil en la actualidad para lesiones de vía aérea ya sea por patología benigna o bien como tratamiento paliativo en estadios avanzados por enfermedad maligna con la finalidad de mejorar la calidad de vida en este grupo de pacientes.



Varios: Enfermedades infecciosas; Laboratorio pulmonar y fisiopatología; Enfermedades intersticiales

MARTES 6 DE OCTUBRE DE 2009

9.30 – 10.30

Salón Real N

TL151

0170. MEDICIONES DE FLUJO PICO EN LA ALTURA

AE Ortiz Naretto¹, MP Pereiro², JM Figueroa³, CN Artana², RM Duré¹, JL Moretti⁴, M Korsunsky⁴

¹Hospital Muñiz, Argentina. ²Hospital Fiorito, Argentina. ³Centro de investigaciones respiratorias y del Sueño, Fundación Pablo Cassará, Argentina. ⁴Consultorio de Neumonología. Sitio de Montevideo 1083 3 «D», Lanús, Argentina.

Introducción: El flujo expiratorio máximo aumenta con la altura en personas sanas a medida que ascienden sobre el nivel del mar, esto se fundamenta en la ecuación de Poiseuille, donde el valor de la densidad del aire está en el denominador. Algunos autores han reportado en estudios realizados en cámara hipobárica que podría utilizarse un factor de corrección para la utilización de los medidores de flujo pico (FP) (ecuación de Thomas).

Objetivo: Evaluar los cambios del FP en la altura en un grupo de andinistas sanos.

Materiales y métodos: Se evaluó un grupo de andinistas residentes a nivel del mar que realizaron una salida corta (5 días) a una montaña de 5300 msnm en la ciudad de Uspallata, Mendoza. La presión barométrica se midió con un reloj Casio pro trek triple sensor®. Se midió el valor de FP con un equipo Peak Flow Meter Respirationics® en reposo: en lugar de residencia, en el campamento 1 a 2650 msnm y en el campamento 2 a 3.600 msnm. Los resultados se expresan como promedio y desvío estándar.

Resultados: Se evaluaron 7 andinistas, 4 hombres, con una edad promedio de $37,2 \pm 5,74$ años. La presión atmosférica medida a nivel del mar fue de 764 mmHg, en campamento 1: 555 mmHg y en el campamento 2: 488 mmHg. Los sujetos estudiados solo tuvieron síntomas de al agudo de montaña (MAM) leves (menor a 3 puntos en la escala de LL) en el campamento 2.

El FP promedio a nivel del mar en relación al teórico fue: $109,5 \pm 9,5\%$, en el 1° campamento: $99,1 \pm 8,9\%$ y en el 2: $102,3 \pm 11,1\%$. Las disminuciones fueron significativas para el campamento 1 y el 2 respecto al valor en el llano. En relación a los valores basales se encontró una disminución del FP para el 1° campamento de 4,6% cada 100 mmHg de cambio de presión el primer día y de 2,3 en el 2° campamento al día siguiente.

Discusión: La disminución del FP podría estar afectada por la exposición aguda a la altura que se pone en marcha en las primeras horas con el aumento de la frecuencia respiratoria y cardiaca. Esto se ve reflejado en una menor adaptación el primer día, observándose una recuperación al segundo día aún cuando estamos a una menor presión atmosférica.

La falta de aclimatación podría implicar que el esfuerzo muscular invertido en el trabajo respiratorio limite la energía necesaria para la realización de la espiración forzada.

Conclusión: la disminución del valor del FP en el primer día es el doble que el siguiente lo cual se relaciona con la falta de compensación aguda.

TL152

O187. EXPERIENCIA DE SÍNDROME GRIPAL EN SALA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE TÓRAX DR. ANTONIO A. CETRÁNGOLO

N. Itcovici, I. Zabert, D. Lancellotti, R. Torres, R. Rodríguez Casso, V. Gallardo, O. Paladini, R. Giosso, L. Castillo

Hospital de Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo, Servicio de Emergencias, Argentina.

Introducción: En el primer semestre de 2009 se reportó un brote epidemiológico de enfermedad respiratoria asociado al virus de influenza (H1N1) en los países de EEUU y México afectando no solo a la población de pacientes con comorbilidades, sino también a un subgrupo de pacientes jóvenes sanos. Debido a las características de transmisión interhumana, el virus se propagó de forma masiva en varios países, obligando a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a elevar el nivel de alerta (pandemia). A partir del mes de Mayo se comenzaron a reportar los primeros casos en nuestro país, generando un aumento del nivel de alerta sanitaria y multiplicando las consultas a salas de emergencia.

Objetivos: Determinar la incidencia de Consultas por síndrome Gripal a Sala de Emergencia de Hospital Especializado en Enfermedades Respiratorias. Determinar características demográficas, comorbilidades y tipo de tratamiento instaurado. **Materiales y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo y observacional de las consultas, analizando el libro de la Guardia Externa de los meses Junio y Julio del 2009. Se estudio la población que consultó a la Sala de Emergencia de Hospital Especializado en Enfermedades Respiratorias. Se consideraron como casos de GRIPE aquellos pacientes que presentaban diagnóstico clínico del mismo y se registraron en C2 con los términos: síndrome gripal, gripe, gripe A y la asociación de síntomas: fiebre, cefalea y tos.

Resultados: Durante los meses de junio y julio consultaron a la guardia externa de Hospital Especializado en Enfermedades Respiratorias 5751 pacientes. De estas consultas, 392 (6.8%) fueron por Gripe. De estos 392 pacientes, 230 (58.6%) fueron mujeres y el restante 162 (41.4%) hombres. La edad promedio fue de 39.54 años (rango 13 a 82). Se observaron 92 pacientes con comorbilidades; Asma Bronquial (45 casos 11.5%); Diabetes Mellitus (10 casos 2.5%) EPOC (8 casos 2.0%) Bronquiectasias (5 casos 1.2%), Obesidad 4 casos, secuela de TBC 4, Trastornos Psiquiátricos 4, VIH 4. Solo una paciente cursando un embarazo consultó en nuestro hospital con síntomas de gripe. Los restantes 7 pacientes presentaban otras comorbilidades. (leiomiomasarcoma, 2 HTA, dermatomiositis, fibrilación auricular, linfoma, hipotiroidismo). De los caso de gripe 69 (17.6%) presentaron neumonía, 48 (12.2%) requirieron internación, 10 (2.6%) cuidados intensivos y 2 (0.51%) de ellos fallecieron. Sobre el total de los síndromes gripales evaluados, 199 (50.7%) recibieron oseltamivir. Con respecto a los pacientes internados, todos recibieron tratamiento antiviral así como 208 pacientes ambulatorios. La disponibilidad del antiviral fue del 100% durante el desarrollo del estudio. En el mismo periodo del año 2008, las consultas se elevaron a 4717 arribándose al diagnóstico de Gripe en 92 (1.95%) pacientes.

Conclusiones: En el marco de la pandemia por virus influenza (H1N1), este estudio evidenció un marcado aumento de consultas en sala de emergencia a expensas de síndrome gripal, comparado con el mismo periodo del año 2008.

TL153

O188. COMPROMISO PULMONAR EN PACIENTES FALLECIDOS CON ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA

L. Molinari, S. Lamot, CL Alvarez, SA Quadrelli

Instituto de Investigaciones médicas Alfredo Lanari, Argentina.

Introducción: La esclerosis sistémica progresiva (SSc) es una enfermedad crónica del tejido conectivo caracterizada por causar la fibrosis progresiva de la piel y órganos internos así como afectar al endotelio vascular. El objetivo de este estudio fue analizar el compromiso pulmonar de los pacientes fallecidos con SSc y su impacto como causa de muerte.

Material y métodos: Se analizaron las historias clínicas y el informe de la autopsias de todos los pacientes fallecidos con diagnóstico de SSc entre 1970 y 2008.

Resultado: Se evaluaron las autopsias de 12 pacientes (8 mujeres: 66%, edad promedio 53.1 ± 10.9 años). El tiempo de evolución de la enfermedad en años hasta el momento de la muerte fue de 5.75 ± 4.30. El 58% de los casos (7/12) presentaron enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en la anatomía patológica, de las cuales 4 fueron UIP (57.7%), 2 NSIP (28.5%), 1 DAD (14.2%) mientras que 1 presentó hemorragia alveolar difusa y 1 TEP. Tres pacientes (25%) presentaron infecciones: 1 TBC pulmonar y 2 bronconeumonias. Cinco pacientes (41.6%) presentaban hipertensión pulmonar.

En dos pacientes la insuficiencia respiratoria secundaria a enfermedad pulmonar intersticial fue considerada la principal causa de muerte. La infección con shock séptico en 7 pacientes (58.33%) (seis con foco pulmonar, una TBC miliar y uno con foco endovascular) fue la causa de muerte más común. Todos los pacientes se encontraban con tratamiento inmunosupresor al momento de cursar el evento final que desencadenó el fallecimiento.

Conclusión: La prevalencia de EPI en nuestra serie es inferior a otras de la literatura en concordancia con nuestras series clínicas. En pacientes fallecidos con SSc la UIP es mucho más prevalente que en las series clínicas. La infección es una causa frecuente de muerte en estas pacientes.

TL154

O189. EXPERIENCIA EN PACIENTES CON SJOGREN PRIMARIO Y COMPROMISO PULMONAR

ME Uribe¹, V Moyano², M Langer³, M Yorio¹, A Babin¹, A Uribe Echevarria¹

¹Italiano de cordoba, Argentina. ²Italiano Córdoba, Argentina. ³Instituto Lázaro Langer, Argentina.

Objetivo: Mostrar la experiencia en pacientes con Sjogren Primario (SSp) y compromiso pulmonar.

| Pte | Sexo | Síntomas | Tabaqo | TACAR | Serología | Bu i | Serología | TTO i | Enf | Evolución | TTO f |
|-----|------|-----------------|--------|----------------|-----------|----------|------------|-------------------|----------|------------------|-------------------|
| | Edad | iniciales | | inicial | | | definitiva | | asociada | | |
| 1 | M | 1 año Tos | - | Infiltrado | NEG | DAD + | ANA + | afé | CD4<100 | Desfavorable | Metilprednisona + |
| | 30 a | productiva, | | alveolares | | Fibrosis | Anti Ro y | | Fibrosis | Fallece postRA | micofenolato |
| | | Disnea, | | | | | La + | | | | |
| | | Hipoxemia | | | | | | | | | |
| 2 | F | 2 años Tos | - | Patrón NSIP | ANA | No | Idem i | Metilprednisona y | sicca | favorable | Idem |
| | 70 a | infecciones | | | Anti Ro | | | azatioprina | | | |
| | | respiratorias a | | | Anti La | | | | | | |
| | | repetición. | | | | | | | | | |
| 3 | F | 3 años Tos | - | Patrón NSIP | ANA+ | No | Idem i | Prednisona y | "sarna | favorable | Idem |
| | 65 a | seca | | | Anti Ro y | | | azatioprina | desde | | |
| | | | | | La + | | | | joven" | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 4 | F | 3 años Tos | + | Patrón NSIP y | ANA+ | No | Idem i | Prednisona y | sicca | favorable | Prednisona y |
| | 65 a | seca | | esquema | Anti Ro | | | azatioprina | EGE | | hidrocortisona |
| | | | | lob. sup. | La + | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 5 | F | 5 años Disnea, | - | Patrón UIP | NEG | Tipo | ANA + | Prednisona y | sicca | Desfavorable | Transplante |
| | 48 a | Hipoxemia | | | | UIP | Anti Ro y | azatioprina | tandio | Fallece 2 a post | unipulmonar |
| | | | | | | | La + | | EGE | TX | |
| | | | | | | | | | | | |
| 6 | M | 1 año Disnea | + | 1) Patrón en | NEG | Tipo | ANA + | Prednisona | EGE | desfavorable | Prednisona y |
| | 53 a | Hipoxemia | | mosaico | | NSIP | Anti Ro y | | | | micofenolato |
| | | | | 2) Tipo NSIP | | | La + | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 7 | F | 2 años Tos, | - | Tipo BOOP | NEG | No | ANA Anti | Prednisona y | Obesidad | favorable | Idem |
| | 65 a | Broncoesparmo, | | | | | Ro y La + | azatioprina | hipovent | | |
| | | Neumonías | | | | | | | Artitis | | |
| | | recurrentes | | | | | | | | | |
| 8 | F | 3 años Tos y | - | 1) Patrón BOOP | ANA + | Tipo | Anti Ro y | esteroides | sicca | Desfavorable | Esteroides y |
| | 63 a | Disnea | | 2) Patrón NSIP | | NSIP | La + | | | | azatioprina |
| | | | | | | | | | | | |

En esta serie de 8 pacientes (ptes) predomina sexo femenino (6F/2M) y edad en rango de 30 a 70 años.

Los síntomas de presentación son tos crónica y disnea desde 1 año hasta 10 años antes del diagnóstico (DX) de SSp. Las asociaciones más frecuentes son Síndrome Sicca (sicca) y reflujo gastro esofágico (RGE). El patrón tomográfico más común es de NSIP.

Todos se trataron con esteroides e inmunosupresores. Una pte. recibió Transplante (TX) unipulmonar. El 50% tuvo buena evolución. Fallecieron 2 pacientes: uno de IRA y el otro por sepsis (2 años post TX). Se observó un caso con depleción de CD4 (caso 1).

Conclusiones: Los 8 ptes. tenían síntomas respiratorios de larga duración. El SSp es un DX diferencial en enfermedad intersticial pulmonar que debe buscarse por serología específica (anticuerpos, anti Ro y anti La) aún sin sicca. El SSp con compromiso pulmonar puede causar insuficiencia respiratoria grave e irreversible (pte. 1 y pte. 5).

TL155

0190. MUCORMICOSIS BRONCOPULMONAR

V Vincenz, HP Barragán, A Pattin, G Botte, D Martínez, S Magno, J Pavón, O Gómez, A Abritta

Complejo Médico Policial Churrucua-Visca, Argentina.

Se presenta un paciente de 33 años de edad con antecedentes de diabetes insulino-requiriente con mala adherencia al tratamiento. Comienza 15 días previo a la consulta con tos húmeda, productiva, herrumbrosa, asociado a fiebre y dolor en hemitórax izquierdo. Al ingreso paciente en mal estado general, adelgazado, palidez cutaneomucosa, taquicárdico y taquipneico, con rales crepitantes en base de hemitórax izquierdo. Laboratorio: Hematocrito: 32%; Leucocitos 23.800 con desviación a la izquierda; VSG: 115; PCR: 20.3; glucemia: 1.54; PO2: 70 mmHg. Albúmina: 2.10. Rx de Tórax: opacidad redondeada con nivel hidroaéreo basal izquierda. TAC de Tórax: lesión pulmonar cavitada en lóbulo inferior izquierdo. PPD negativa. Inicia tratamiento con ceftriaxona + clindamicina. Evolución febril persistente e hiperglucémico. Se realiza fibrobroncoscopia que revela una lesión endobronquial que obstruye parcialmente el bronquio segmentario posterior de lóbulo inferior izquierdo, de coloración blanquecina, amarillenta, filamentosa y adherente. BAL: BAAR, micológico y bacteriológico negativos. El estudio histopatológico demostró necrosis con infiltrado inflamatorio con neutrófilos y elementos micológicos caracterizados por hifas anchas bifurcadas, compatibles tras su tinción con mucormicosis. Inicia tratamiento con anfotericina complejos liposomales. Se realiza angiografía de Tórax que evidencia cavidades multiloculadas sin vaso aferentes a la misma. Se programa conducta quirúrgica.

TL156

0200. INFECCIONES PULMONARES EN ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO (ETC)

SB Lamot¹, S Quadrelli², L Molinari¹, C Alvarez¹, SC Arce¹, M Hernandez¹, L Delisio¹

¹Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Argentina. ²Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Se considera que los pacientes con ETC tienen mayor riesgo de infecciones pulmonares (IP) pero hay pocos estudios sistemáticos al respecto. El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de IP en pacientes con distintas ETC que fallecieron en el Instituto de Investigaciones Médicas desde 1958 hasta el 2006, la prevalencia relativa de infecciones por gérmenes comunes y oportunistas y los factores de riesgo para el desarrollo de IP

Materiales y métodos: De una serie completa de 3.400 autopsias realizadas en el Instituto Lanari entre 1958 y 2006, se buscaron los pacientes con diagnóstico de ETC, siguiendo los criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología (ACR). Se analizaron las historias clínicas en busca de datos clínicos, radiológicos y de laboratorio; así como factores de riesgo para desarrollo de infecciones pulmonares y el rol de las mismas como potencial causa de muerte.

Resultados: Se incluyeron 119 pacientes con ETC: 90 (75.6%) correspondían a Lupus Eritematoso Sistémico (LES) (previamente reportadas) y 29 (24.3%) otras ETC. Cuando se compararon los pacientes con LES y no LES la edad promedio al fallecimiento para el grupo de LES fue significativamente me-

nor (32.2 ± 12.5 vs 50.8 ± 13.3 p = < 0.0001) y el tiempo de evolución de la enfermedad fue más corto (5.4 ± 6.5 vs 12.0 ± 9.9 , p = 0.014). La prevalencia de infecciones pulmonares fue mayor para los pacientes con LES (64%) que en el grupo con ETC no LES (40%) (p=0.038), al igual que la de las infecciones bacterianas 55% vs 32%, p=0.044). Hubo 13 infecciones oportunistas en 90 pacientes con LES (14%) incluyendo Aspergilosis, CMV y PCP. La única infección oportunista en el grupo no LES fue una TBC miliar (4%) (RR=3.6 IC 0.5-26.3). La infección fue considerada causa de muerte más frecuentemente en el grupo de LES (64%) que en el no LES (28%) (p=0.002). En el grupo no LES no hubo diferencias de prevalencia de infección entre las distintas ETC (esclerodermia 33.3%, AR 42.8%, otras: 83.3%, p = 0.126). En un modelo de regresión logística en el grupo no LES ni la presencia de AR, ni de Esclerodermia, ni de Sjogren, ni de esclerosis renal o hipertensión pulmonar predijeron la presencia de IP.

Conclusión: El riesgo de infecciones oportunistas en ETC no LES fallecidos es significativamente menor que en el LES. De todas maneras la infección pulmonar bacteriana sigue siendo una causa frecuente de muerte aunque en menor proporción que en los pacientes con LES.

TL157

0205. CASO CLÍNICO: ENFERMEDAD INTERSTICIAL QUÍSTICA EN MUJER JOVEN

J Ciruzzi

AAMR, Argentina.

Mujer de 33 años, único antecedente tabaquista de 20 cigarrillos/día en los últimos 10 años y prótesis mamaria de siliconas. Comienza en septiembre 2008 con tos seca y disnea a esfuerzos moderados, progresiva asociado a dos o tres registros febriles de 38^o nocturnos semanales. Niega pérdida de peso o algún otro síntoma acompañante. Refiere que cedió la fiebre en diciembre del 2008 pero persistió la tos seca y la disnea.

Al examen físico, buen estado general, TA110/70 80 FC saturación reposo 98%. Buena entrada de aire bilateral sin ruidos agregados. Ritmo regular sin soplos ni edemas. Abdomen sin visceromegalias. No se palparon adenomegalias.

Rx Torax: infiltrado intersticio alveolar bilateral.

Espirometría: restricción grado moderado severo. FVC53%; FEV1 58%; FEV/FVC 108%; FEF 25% 88; FEF 25-75% 80% MVV 71%.

Test de marcha: recorrió 420 mts puntuación máxima de 3 en la percepción del esfuerzo. La saturación osciló entre 95 y 96%. Ecocardiograma: normal. Sin hipertensión pulmonar.

TAC tórax: a nivel de ambos campos imágenes quísticas de paredes moderadamente engrosadas, las mayores de 6 mm.

Múltiples imágenes nodulares algunas de localización subpleural entre 1 y 5 mm. Los hallazgos predominan en lóbulos superiores. Algunas imágenes nodulares compatibles con ganglios a nivel retrocavo pretraqueal, ventana aortopulmonar y espacio prevascular, la mayor de 1,8cm. PPD 20mm. Baciloscopías y cultivo de esputo negativos. Lisis centrifugación para micosis y bacilo tbc negativo. Eritrosedimentación 46mm. 11300GB (77% seg/16 L/4.1 mono/E1.5/0.4). C3 y C4 normales, LDH normal; Hepatograma normal; FAN neg ANCA neg. Anticuerpos para histoplasma neg.

Biopsia de pulmón: fragmentos de 3,7 por 2,3 cm. Parénquima pulmonar con sectores de atelectasia y áreas de hiperinsuflación alveolar. Hay congestión alveolar y aislados hemosiderofagos en su luz. Leve infiltrado inflamatorio linfomonocitario a predominio peribronquial. Leve fibrosis subpleural. Elementos vasculares conservados.

Rx huesos largos: normales.

Se envía este caso para discutir diagnósticos diferenciales ya que no se ha llegado al diagnóstico final aún.

TL158

0209. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN ÉPOCA DE PANDEMIA

AJ Videla, MM Rojas, KT Chung, P Pratesi, A Campos, I Suarez Anzorena, D Perez Chada

Hospital Universitario Austral, Argentina.

Introducción: En el mes de mayo de 2009 aparecieron casos de gripe H1N1 pandémica en la comunidad de Pilar. En el mes de junio se produjo el primer caso de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) con diagnóstico etiológico por PCR de gripe A H1N1. Se informa la aparición sucesiva de una serie de casos de neumonía que requirieron internación en nuestra institución.

Material y métodos: Cohorte prospectiva de casos de neumonía comunitaria con sospecha de infección por gripe H1N1 tratadas con oseltamivir. Se recabaron los datos de demografía, factores de riesgo, evolución clínica y etiología.

Resultados: Entre el 12/6/09 y el 8/7/09 se internaron 33 casos de NAC, de las cuales 17 (48%) requirieron terapia intensiva. Edad media: 40 años (DS: 13,34 rango: 17 – 69). Sexo: mujeres 51%. El 57% de los casos correspondió a menores de 40 años. El 56% presentaron otras patologías (HTA 34%, embarazo o puerperio 18%, asma 18%, DBT 9%). El 63% recibía algún antibiótico previo a internarse. 9 casos (27%) requirieron ARM al ingreso y 1 caso requirió VNI. El 28% presentó shock o sepsis severa al ingreso. El 63% de los casos tuvieron scores de CURB - 65 de 0 a 1. El 78% de los casos presentó compromiso radio-lógico difuso. La mediana de días de internación fue de 4 días (rango: 1 a 23 días). El 32% de los pacientes con score de riesgo de CURB - 65 de 0 o 1 requirió internación en UTI. Se efectuó hisopado en 32 casos. En 18 casos el diagnóstico de gripe H1N1 se confirmó por PCR (54%). La única muerte se produjo en una paciente embarazada con fallecimiento del feto y gripe A confirmada por PCR. La media de saturación inicial de O₂ fue significativamente menor en los pacientes con PCR (+) (92,93 ± 15 vs. 94,00 ± 4,2, p = 0,01) No se hallaron diferencias estadísticas significativas en las restantes variables clínicas iniciales. En el periodo descripto se internaron 18 NACs por gripe H1N1 confirmada. La mortalidad fue baja a pesar de la severidad inicial. El score de CURB-65 no fue adecuado para decidir internación en UTI. La Saturación de O₂ fue menor en los casos con PCR (+).

Varios: Enfermedades obstructivas; Rehabilitación; Enfermedades ocupacionales y ambientales; Neumonología clínica; Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva

MARTES 6 DE OCTUBRE DE 2009
9.30 – 10.30
Salón Peralta Ramos S

TL159

0057. MARCHA AERÓBICA 2009: UN LOGRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA DEL HOSPITAL CETRÁNGOLO

C Boim, F Monti, M Cortiñaz, M Storni, S Chiervo

Hospital Cetranagolo, Argentina.

Objetivo: mostrar y difundir nuestra experiencia.

Introducción: la rehabilitación respiratoria es una intervención necesaria en el tratamiento no farmacológico de los pa-

cientes con enfermedad respiratoria crónica; utiliza cómo herramienta fundamental «la actividad física» la cual aplicada según los principios de entrenamiento genera una serie de adaptaciones que benefician al paciente en su esfera física, psíquica y social. Sin embargo, los programas de rehabilitación respiratoria no están suficientemente desarrollados en nuestro país y de los existentes poco se conoce. Dado lo anterior creemos necesario comunicar nuestra experiencia.

Material y Método: el sábado 9 de mayo de 2009 organizamos una marcha aeróbica en un predio al aire libre; se trazó un circuito oval de 120mts, el objetivo era recorrer un total de 1200mts (10 vueltas) con un tiempo límite de 30 minutos; se colocaron sillas cada 30 metros, los pacientes portaban sus mochilas de oxígeno; se contaba con servicio médico en el lugar. Se avisó a un total de 24 pacientes telefónicamente con 15 días de antelación. Del total 23 eran EPOC (95,8%), 1 (4,16%) bronquiectasias; 16 varones (66,6%), 8 mujeres (33,3%); 5 cumplían OCD (20,8%); 13 pacientes (54%) habían cumplido o cumplían un programa bisemanal en el hospital, 11 pacientes (45,8%) cumplían plan domiciliario; la edad promedio 63 años; VEF1 0,79lts. Del total 14 pacientes vivían a más de 1 hora del lugar.

Resultados: del total de 24 pacientes, asistieron a la prueba 12 (50%), 7 (29,16%) no concurren por distancia al lugar y 5 (20,8%) por reagudización. Los 12 restantes (50%), 7 (58,33%) completaron las 10 vueltas, 3 (25%) completaron 11 vueltas, y 2 (16,66%) completaron 7 vueltas. Todos finalizaron antes de los 30 minutos. Al finalizar se entregaron diplomas, medallas alusivas y se realizó un juego de integración.

Conclusión: la distancia al lugar de realización de la rehabilitación continúa siendo un factor de no adherencia. Se deberían procurar planes de actividad física para estos pacientes cercanos a sus domicilios y acordes a su situación. Se puede lograr cierto mantenimiento de lo alcanzado durante un programa de rehabilitación si se plantean nuevos objetivos a corto y mediano plazo que generen la adherencia a la actividad física.

TL160

0084. VENTILACIÓN NO INVASIVA EN TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Y CRÓNICA. NUESTRA EXPERIENCIA

MA Coronel¹, MF Gomez¹, P Bueno¹, N Destefani Villafañe¹, A Perez Renfiges², J Avila¹

¹Servicio de Unidad Respiratoria - Hospital A.C. Padilla, Argentina. ²Departamento Estadísticas-Universidad Nacional de Tucumán, Argentina.

Introducción: La ventilación no invasiva con presión positiva es un método seguro y efectivo para reclutar alvéolos y mejorar la ventilación en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) y Crónica (IRC). La selección de los pacientes y de las interfaces son esenciales para lograr buenos resultados terapéuticos y evitar complicaciones. Los objetivos de nuestro trabajo son 1. Conocer porcentaje de éxito de VNI en pacientes con IRA e IRC que ingresaron a U.C.I. 2. Conocer las causas del fracaso de la VNI. 3. Conocer las complicaciones más frecuentes con el uso de VNI.

Material y Métodos: estudio descriptivo y analítico de corte transversal realizado por evaluación de 46 historias clínicas de pacientes internados en Unidad Respiratoria del Hospital Padilla desde abril de 2005 hasta abril de 2009, con diagnóstico de Insuficiencia Respiratoria Aguda y Crónica que requirieron VNI.

Resultados: Se estudiaron 46 pacientes entre 15 y 72 años. El 50% de los pacientes eran de sexo femenino. Etiologías: EPOC 15,3% (7), Neuromusculares 58% (27), Síndrome de Hipoventilación asociado a obesidad 19,5% (9), Otros 6,5% (3). Del total de pacientes estudiados, el 91% (42) presentó IRA y el 9% (4) IRC. El 67% (31) presentó éxito y el 33% (15) fracaso. Del

33% de los pacientes en los que fracasó la VNI el 20% fue debido a intolerancia a la máscara, 20% por mal manejo de secreciones y 7% por escara facial. El 50% de los pacientes presentó complicaciones y de éstos el 52% (12) relacionadas con la interfase y el 22% (5) relacionadas con la ventilación.

Conclusiones: a partir de nuestra experiencia podemos concluir que la VNI fue una modalidad terapéutica exitosa en nuestros pacientes, siendo la complicación más frecuente la relacionada con la interfase.

El fracaso de la VNI estuvo relacionado con intolerancia a la máscara y el mal manejo de secreciones.

TL161

0158. ASPEGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA

A De La Canal, G Svetliza, J Rodríguez Gimenez, J Precerutti, C Dubra, J Viudes, E Wainstein, M Las Heras, J Villaroel

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), se caracteriza por una respuesta inmunológica exagerada a la colonización de la vía aérea por alguna de las especies de *aspergillus*, dicha respuesta inmunológica es predominantemente de hipersensibilidad inmediata o por formación de complejos inmunes. La ABPA se presenta en pacientes atópicos y está asociada a asma, se considera una incidencia que va del 7 al 14% de los pacientes asmáticos corticodependientes y hasta un 10% de los pacientes con fibrosis quística. La ABPA se confirma cuando están presentes 7 criterios mayores (ó 6 mayores y uno menor). Los criterios mayores incluyen: asma, infiltrados pulmonares, bronquiectasias proximales, eosinofilia sanguínea, incremento de IgE en suero, pruebas dérmicas positivas al *Aspergillus fumigatus* a partir de lectura inmediata, y la presencia de precipitinas (IgG) contra los antígenos de *Aspergillus*. Los criterios menores incluyen expectoración de flemas mucosas que contienen *Aspergillus fumigatus*, y pruebas dérmicas positivas de lectura retrasada al *Aspergillus fumigatus*. Los taponos mucosos recurrentes son probablemente la causa de las bronquiectasias y pueden observarse fácilmente en la TAC, apareciendo como grandes quistes u opacidades lineales predominantemente en los lóbulos pulmonares superiores. Los pacientes son tratados con esteroides durante las fases agudas, y posteriormente las dosis se disminuyen de forma gradual. El tratamiento con itraconazol puede ser beneficioso. El asma puede convertirse en corticodependiente.

El motivo de esta comunicación es presentar un paciente con ABPA.

Presentación de caso: Paciente de 70 años de sexo femenino que consulta por presentar broncoespasmo y disnea intermitente de varios años de evolución. Al examen físico taquipneica con roncus y sibilancias en ambos hemitórax. Rx de tórax: infiltrados bilaterales en ambos lóbulos superiores y lóbulo inferior derecho. TC de tórax: bronquiectasias centrales. IGE: 460 UI Eosinofilia. CV: 63% VEF1: 42% Tifenaud: 66% FEMF: 13% DLCO: 82% Sat de O2 basal: 94 A los 6': 91 Test cutáneo + para *Aspergillus*. FBC: *Aspergillus Fumigatum* Serología para *Aspergillus* negativa. TE: pequeña hernia hiatal y reflujo gas-troesofágico. Se inicia tratamiento con 40 mg de Meprednisona. Paciente mejora. Sin disnea. Sin broncoespasmo. CV: 107% VEF1: 117% Tifenaud: 109% FEMF: 77%. Sat de O2 basal: 98 A los 6': 95 IGE: 115. TC de tórax: zonas de bronquiectasias en base derecha, el resto mejoró. En dos oportunidades se intentó reducir a 8 mg de meprednisona pero reapareció el broncoespasmo. Se agrega 400 mg de Itraconazol. Con este agregado tampoco fue posi-

ble reducir la dosis de corticoides por debajo de 12 mg/día con lo que permanece actualmente.

TL162

0167. A PROPÓSITO DE UN CASO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

I Zabert, N Itcovici, R Giosso, V Gallardo, O Paladini, R Rodríguez Casso, V Morandi, P Malamud

Hospital Cetrangolo, Argentina.

Paciente de 30 años de edad, masculino, consulta en Hospital de J. C. Paz por adinamia, astenia, artralgias, fiebre, pérdida de peso, toracodinia, otalgia y cefalea; de un mes de evolución. Presentaba en la radiografía de tórax opacidades bilaterales a predominio campo superior. Se realizó: 1) TC de torax: que evidenciaba, nódulo en LSD y masa paramediastinal izquierda y derecha; 2) TC oído: celdillas mastoideas izquierdas parcialmente veladas. Baciloscopia de esputo: Positiva. Iniciándose tratamiento con 4 drogas (HRZE). Alta hospitalaria.

Paciente se Re-interna a los 10 días en otro nosocomio (Pilar), por persistencia sintomática mas hemoptisis. Solicitándose la derivación a nuestro hospital. Al ingreso, se encontraba febril; con otalgia, toracodinia, cefalea; hemoptisis y epistaxis, asociado a congestión conjuntival. En Rx de Tórax, se evidenciaba progresión lesional de las opacidades más cavitación de las mismas; y en el Laboratorio se encontraba anémico (Hto: 30%), aumento de Reactantes de fase Aguda (Plaquetas 562000/ul, VSG 140mm y LDH 690 U/l), insuficiencia renal Aguda (Creatinina: 1.8mg/dl), pO2 90 y hematuria mas cilindros granulosos en sedimento urinario.

Se replantea el diagnostico de tuberculosis, dada la clínica y la radiología, con la impresión diagnostica de vasculitis. Se solicita Colagenograma (ANCA), Fibrobroncoscopia (FBC), TC de tórax y Baciloscopia. FBC: Cornetes engrosados con lesión granulomatosa sangrante. Igual lesión en septum derecho. Tráquea 1* anillos lesión sobreelevada amarillenta. Árbol derercho: B1 lesión granulomatosa. Árbol izquierdo: lesión granulomatosa en espólón de división entre LSI y LII. TC Tórax: mismas lesiones de tomografía previa, pero cavitadas. Baciloscopia: negativa.

Con sospecha clínica de Granulomatosis de Wegener Generalizada, se inicio el tratamiento a la espera del resultado de Anatomía Patológica y Colagenograma; debido a la persistencia de síntomas previamente mencionados (intratratamiento con 4 drogas), cavitación de masas pulmonares, con la presencia de Insuficiencia Renal (creatinina <5,7mg/dl), Hematuria y Reactantes de Fase Aguda. Comenzando con ciclofosfamida y meprednisona.

Colagenograma: PCR: 48mg/l; FR: negativo; ANA: negativo; Anti-DNA: negativo; C3: 142mg/dl; C4: 38mg/dl; ANCA-c: positivo (1/160); ANCA-p: negativo.

Anatomía-Patologica: Ganulomatosis de Wegener (necrosis mas inflamación granulomatosa. No signo de vasculitis).

Evoluciona con mejoría clínica, disminución de valores de Creatinina y Reactantes Fase Aguda. Disminución del tamaño de las cavidades. Alta Hospitalaria.

Actualmente encontrándose Asintomático, en tratamiento de remisión de forma Ambulatoria. En seguimiento por Reumatología y Neumonología

Conclusión: La Tuberculosis Pulmonar, patología infecciosa causada por el Bacilo de Koch, endémica en Argentina, y está caracterizada por fiebre, síndrome de impregnación mas masas pulmonares cavitadas, y su tratamiento es antibiótico. Nosotros concluimos, que no toda cavitación pulmonar es sinónimo de Tuberculosis.

TL163

0202. DAÑO PULMONAR ASOCIADO AL CONSUMO DE PACO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

E Wainstein, F Vidal, M Las Heras, J Viudes, G Svetliza, C Dubra, J Rodríguez Gimenez, J Precerutti, A de la Canal

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El *paco* es una droga obtenida durante la elaboración de clorhidrato de cocaína, en un paso previo a la síntesis de esta última. Se consume por vía inhalatoria en pipas o en forma de cigarrillo.

No conocemos descripciones en la literatura de daño pulmonar asociado al consumo de *paco*, aunque las complicaciones pulmonares de la cocaína fumada –crack– han sido descriptas e incluyen la injuria de la vía aérea por calor, el neumotórax, la exacerbación del asma, la bronquiolitis obliterante con neumonía organizativa, la eosinofilia pulmonar y la hemorragia alveolar, entre otras.

Presentación de caso: Paciente de sexo masculino de 60 años que consultó por disnea progresiva hasta clase funcional III de 2 meses de evolución. Refería tabaquismo de 20 cigarrillos día y, en coincidencia con el inicio de los síntomas, consumo de *paco* a razón de 5 dosis diarias hasta 10 días previos a la consulta.

El examen físico no mostró particularidades. Se evidenció en la radiografía de tórax infiltrado intersticial bilateral y en la TC de tórax, infiltrado en vidrio esmerilado distribuido irregularmente en ambos pulmones. El examen funcional respiratorio inicial arrojó: CVF 88% VEF1 65% Tiffenau 72% DLCO 49%. Saturación basal de 94% con caída a 90% a los 6 minutos recorriendo 360 m.

Se realizó FBC con BAL y BTB. El cultivo del BAL resultó negativo. La anatomía patológica reveló hallazgos inespecíficos: septos engrosados, escaso infiltrado mononuclear de disposición perivascular y aislados neutrófilos y eosinófilos en algunos septos.

Se decidió iniciar tratamiento con 40 mg de meprednisona en dosis decrecientes.

Evolucionó con mejoría sintomática hasta desaparición de la disnea al mes de iniciado el tratamiento. Se completaron 3 meses de tratamiento. Examen funcional respiratorio al final del mismo: CVF 90% VEF1 92% Tiffenau 73% DLCO 79%. Saturación basal de 97% sin caída durante la marcha recorriendo 360 m. La TC de tórax de control evidenció desaparición de los infiltrados.

Discusión: Presentamos este caso ante la ausencia de descripciones conocidas por nosotros de daño pulmonar relacionado con el consumo de *paco* y por la buena respuesta clínica, funcional y radiológica al tratamiento corticoideo.

TL164

0204. CAUSAS DE INTERNACIÓN EN PACIENTES CON Distrofia MUSCULAR DE DUCHENNE (DMD) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

SB Lamot, SC Arce, FA Pessolano, SG Monteiro, EL De Vito

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los pacientes con DMD tienen mayor riesgo de internación por eventos respiratorios agudos o crónicos. El objetivo de este trabajo es describir las causas de internación en una cohorte retrospectiva de pacientes con DMD.

Materiales y métodos: Se revisó la base de datos del Laboratorio Pulmonar (148 pacientes, 392 consultas) y el archivo de historias clínicas del Instituto en busca de pacientes con DMD internados en los últimos 10 años.

Resultados: Se hallaron 10 pacientes (21,84±5,39 años, rango 13-32) con 17 internaciones (1 a 4 por paciente, todas en sala

general). Se reconocieron 3 grupos: A) infección de vía aérea alta/baja con insuficiencia respiratoria aguda, 41,2%, CVF 0,91 litros (rango 0,75-2,00); B) insuficiencia respiratoria crónica que requirió inicio o ajuste de ventilación no invasiva (VNI), 17,6%, CVF 0,44 litros (rango 0,21-1,14); C) Causas no respiratorias (impactación fecal, hipokalemia y cólico renal), 37,5%, CVF 0,40 litros (rango 0,25-2,00).

Grupo A) 3/5 usaban VNI al internarse. Gases al ingreso: PaO₂ (mmHg) 48,8±4,8; SatO₂ (%) 86,5±5,5; a/A 0,62±0,14; pH 7,41±0,4; HCO₃⁻ (mEq/l) 33,3±5,3; PaCO₂ (mmHg) 54,5±11,7. El 57% tenían leucocitosis al ingreso. Todos fueron satisfactoriamente tratados con antibióticos, VNI y asistencia pasiva de la tos. Tiempo de internación 7,5±2,7 días. Gases al alta: PaO₂ 67,8±8,7; SatO₂ 92,3±3,2; a/A 0,7±0,07; pH 7,46±0,07; HCO₃⁻ 32,2±3,8; PaCO₂ 46,2±8,2.

Grupo B) 1/3 usaban VNI. Gases al ingreso: PaO₂ 54,0±4,2; SatO₂ 90,3±8,0; a/A 0,87±0,03; pH 7,32±0,02; HCO₃⁻ 36,0±0,1; PaCO₂ 72,3±3,5. Tiempo de internación 6,6±0,6 días. Gases al alta: PaO₂ 84±16,8; SatO₂ 94,7±2,5; a/A 0,91±7,37; pH 7,37±0,03; HCO₃⁻ 32,2±2,6; PaCO₂ 56,7±8,2. Al alta todos usaban VNI.

TL165

0213. DETERMINANTES DE LAS INTERNACIONES EN PACIENTES CON EPOC

M Hernandez, E Sobrino, L Molinari, S Arce, SB Lamot, L Delisio, S Quadrelli

Instituto de Investigaciones Medicas Alfredo Lanari. UBA, Argentina.

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una patología prevalente y una causa importante de hospitalizaciones. Por lo tanto resulta necesario estudiar en nuestro medio los factores predictivos de las mismas.

Objetivos: Determinar los factores que influyen en el numero de internaciones de los pacientes con EPOC

Población y métodos: Fueron estudiados en forma prospectiva 38 pacientes con EPOC en quienes se determinaron variables espirométricas, calidad de vida medida por test de St George, caminata de 6 min (PC6m) y el numero de internaciones durante el último año.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes (29 varones). El VEF1 promedio absoluto fue (1,10 lts +/-0,46), en % del predicho (47,30 +/- 17,21), la CVF absoluta (2,2 +/- 0,53), en % del predicho (66,4 +/- 18,44), los m caminados (366,00 +/- 124,19), la SaO2 basal (94,8 +/-1,83), la SaO2 final (91,6 +/- 4,02) y el BMI (24,81 +/- 7,41). El numero de internaciones en el ultimo año fue en promedio 0,97 (rango 0 a 4) 15 pacientes no presentaron ninguna internación y 1 paciente presentó más de 3 internaciones en el año. El número de internaciones (medida por coeficiente rho de Spearman) no correlacionó con la CVF en valor absoluto (r = -0,149 p = 0,372) o en % del predicho (r = -0,083. p=0,621), la PO2 (r = -0,315 p=0,054), los m recorridos PC6m (r = 0,003 p= 0,985) o la SaO2 basal (r=0,042, p= 0,801) pero sí con VEF en % del predicho (r=-0,348 p=,032).

Conclusiones: El VEF1 es una variable predictiva importante para determinar el riesgo de internaciones en los pacientes con EPOC.

TL166

0223. NEUMOCONIOSIS: ENFERMEDAD DEL SIGLO XXI

F Vidal¹, E Beveraggi¹, G Svetliza¹, L Dalurzo¹, R Pacheco¹, A De la Canal¹

¹Hospital Italiano de Bs As, Argentina. ²Cirugía de Tórax - Transplante de Pulmón, Argentina. ³Neumonología, Argentina. ⁴Anatomía Patológica, Argentina. ⁵Toxicología, Argentina.

Introducción: La enfermedad pulmonar ocupacional se debe a la inhalación de partículas nocivas, niebla, vapores o gases en el lugar de trabajo. El tipo de enfermedad dependerá del tama-

ño, cantidad, solubilidad, forma, flotabilidad, toxicidad, concentración, duración de la exposición y efectividad de los mecanismos de limpieza. Las Neumoconiosis se clasifican en a) simples: sin respuesta inflamatoria crónica y 2) complicada: respuesta inflamatoria y de reparación celular (fibrosis) que en su grado máximo se denomina Fibrosis Masiva Progresiva (FMP) y según el tiempo de aparición: aguda, acelerada y crónica.

Las enfermedades laborales de vías respiratorias declaradas en el periodo 1997-2004 por la Superintendencia de Riesgo de trabajo (SRT) representan el 12% de las Enfermedades Profesionales. De estas las del tracto Inferior fueron 1.983 (33%). Desde la era industrial, los países desarrollados han descripto, prevenido y tratado las enfermedades laborales. En países como el nuestro, en vías de desarrollo, el trabajo realizado en negro, sin asistencia médica profesional y la temprana edad de comienzo laboral, han atentado contra la salud de los trabajadores.

Objetivos: Alertar la presencia y subestimación de la severidad de enfermedad respiratoria en trabajadores, su tórpida evolución y su mal pronóstico. Comunicar la alternativa de trasplante en la fase terminal de la enfermedad.

Material y métodos: Se presentan 11 casos de Neumoconiosis con fibrosis pulmonar grave por exposición laboral incluidos en Lista de Espera en el Programa de Trasplante Pulmonar de nuestra Institución en el período 1992 - 2009. Todos con diagnóstico histológico.

Variables:

Pacientes n = 11

Edad = 39 (R = 24 - 63)

Hombres = 90 %

Tiempo en Lista de espera = 8 meses (R = 1 - 24)

% de pacientes en Lista de espera = 14 %

% de los Transplantados = 14 %

Neumoconiosis:

Silicosis = 9

Talcosis = 1

Silicosis/asbestosis = 1

Tiempo de exposición - años:

< 5 = 2

5 - 9 = 4

10 - 15 = 2

16 - 20 = 1

Sin Datos = 2

Tipo de trabajo:

Arenador = 8

Fabrica Talco = 1

Cementera = 1

Metalurgico = 1

Síntomas:

Disnea 100 %

Dolor Torácico

Tos

Neumotorax

Transplantados = 7

Vivos = 4

Muertos = 3

No transplantados = 4

Vivos = 2.

- Por adherencias = 1

- Por descompensación CV = 1

Muertos = 2

Comentario: El control de las normas de trabajo y su cumplimiento, como cantidad de producción de polvo, concentración en el aire inspirado, medidas de protección, ventilación, y el control médico y radiológico, entre otras, previene la enfermedad pulmonar o la diagnóstica en etapas tempranas para to-

mar una conducta activa. Utilizar máscaras, que suministren aire o que filtren completamente las partículas tiene un costo de 100 peso, un Trasplante de 63.000 pesos.

Ramazzini (1633-1714): «Hay seres humanos que contraen las enfermedades mas graves allí donde esperan obtener sostén de su vida y de su familia, y que mueren maldiciendo su ingrata profesión».

Gripe A (H1N1) II

MARTES 6 DE OCTUBRE DE 2009

13.15 - 14.15

Salón Álvarez Argüelles

TL167

0235. NEUMONÍAS REQUIRIENDO VENTILACIÓN MECÁNICA, COINCIDENTE CON LA PANDEMIA DE INFLUENZA H1N1 2009, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Giovini VS, Castillo DJ, Fescina P, Boyeras I, Sarquis S, Sosa C, Luna CM.

Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires

A partir del 24 de mayo de 2009, semana epidemiológica 21, se incrementó la circulación de influenza pandémica (H1N1) en Buenos Aires, concomitantemente se atendió un número inusitado de neumonías con distrés respiratorio agudo en la unidad de terapia intensiva (UTI) en nuestro hospital.

Objetivos: analizar características clínicas al ingreso, métodos complementarios de diagnóstico y evolución de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad que requirieron ventilación mecánica (VM) durante la pandemia de H1N1 2009.

Métodos: estudio retrospectivo del periodo referido hasta el 10 de julio. Criterios de inclusión: edad \geq 18 años; cuadro clínico compatible (fiebre \geq 38,5°C + 3 o mas de los siguientes: mialgias, cefalea, tos, rinitis, odinofagia, nauseas/diarrea o leucopenia) + radiografía de tórax mostrando infiltrados multilobares bilaterales + requerimiento de VM. Se calculó el CURB-65 al ingreso e inmediatamente antes de la internación en UTI. Se definió según Body Mass Index (BMI) normopeso < 25, sobrepeso \geq 25 y < 30 y obesidad \geq 30.

Resultados: se reclutaron 12 pacientes, 5 eran varones; al ingreso tenían fiebre > 38,5°C axilar (100%); disnea (83,3%) y tos (83,3%). La edad era 44,7 \pm 12,6 (rango 29 - 67) años; el tiempo desde comienzo de síntomas hasta primera consulta fue 3,3 \pm 2,4 días, hasta la internación 4,7 \pm 2,6 días y hasta la intubación traqueal 5,9 \pm 1,9 días. El CURB-65 inmediatamente antes de internarse en UTI fue de 2,0 \pm 0,95; en 9 (75,0%) era <3. Cuatro pacientes (33,3%) fueron internados antes en sala. La saturación arterial de oxígeno inicial fue 88,0 \pm 3,2 % (rango 80 - 92) y la PaO₂/FIO₂ al momento de la intubación 88,1 \pm 4,6 (rango 52-196) mmHg. Todos tenían comorbilidades: 5 (41,7%) tenían un BMI estimado > 30 (34, 3 \pm 2,1), 3 (25,0%) tenían neoplasia (1 con obesidad), 4 (33,3%) recibían crónicamente corticoides o inmunosupresores (2 con neoplasia y 1 obeso), 1 (8,3%) paciente estaba embarazada y 1 paciente tenía EPOC (también recibía corticoesteroides). Todos tenían infiltrados multilobares y 4 (33,3%) imágenes en parches. Solo uno había recibido vacuna contra influenza. Se confirmó influenza A en 4 pacientes (33,3%). La mortalidad fue 58% siendo 100% en los pacientes con neoplasia. La VM se realizó con bajos volúmenes corrientes y PEEP elevada, en sobrevivientes duró 8,2 \pm 2,1 (rango 5-11) días. Las complicaciones más frecuentes fueron requerimiento sostenido de inotrópicos en 9 (75%), insuficiencia renal en 1 (8,3%) y neumonía intrahos-

pitalaria en 1 (8,3%) pacientes. Todos recibieron oseltamivir en su estadía en VM durante $8,16 \pm 1,9$ días, el mismo fue iniciado $6,1 \pm 1,8$ días (rango 2 – 9 días) luego del comienzo de los síntomas.

Conclusiones: todos los pacientes presentaron comorbilidades, la mortalidad elevada, la obesidad fue frecuente y el índice de CURB-65 no sirvió para predecir la gravedad en un hospital que atiende predominantemente ancianos o con comorbilidades complejas.

TL168

0236. PATRONES RADIOLÓGICOS DEL COMPROMISO PULMONAR POR INFLUENZA A H1N1.

Guichet N, Alsina F, Alberini N, Fernández J, Jubany G, Videla AJ., Yamil D, Perez- Chada D,

Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires

Introducción: Durante la pandemia de influenza, la neumonía viral fue una de las mayores complicaciones. La decisión de inicio de tratamiento antiviral se tomó en muchas ocasiones de forma empírica. La descripción de los hallazgos radiológicos puede ser útil en orientar la toma de decisiones.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todas las imágenes disponibles de pacientes con diagnóstico confirmado de influenza A H1N1 en una institución. Se evaluaron las imágenes patológicas de 27 pacientes (17 adultos y 10 pediátricos). **Resultados:** En las 10 radiografías disponibles de pacientes pediátricos el patrón más frecuente fue intersticial $n = 9$ (90%), de los cuales en 5 casos (55%), se asoció a componente alveolar. La presentación fue bilateral en el 90% de los casos. En un único caso la presentación fue consolidación bilateral. Se apreció derrame pleural en 4 casos. En las 14 radiografías de pacientes adultos también fue más frecuente el patrón intersticial $n = 14$. (100%), que se presentó asociado a opacidades alveolares en el 78% de los casos ($n = 11$) y predominio basal en el 64% ($n = 9$). Se observó derrame pleural en 3 casos. La consolidación fue más frecuente en adultos que en pediátricos (57 vs. 40%, $p = NS$) En adultos las opacidades predominaron en bases (64%) mientras que en pediátricos la presentación fue difusa (70%).

En las 17 tomografías disponibles, 16 casos presentaban compromiso intersticial asociado a imágenes alveolares en 14. Un caso presentaba consolidación unilateral. El compromiso fue basal en 52% de los casos. Se encontraron imágenes aéreas en 5 casos (29%). En 3 de estos casos se constató sobreinfección bacteriana. Se encontró derrame pleural en 4 casos (23%).

Conclusiones:

El patrón más frecuente fue intersticio alveolar bilateral tanto en tomografía como en radiología convencional. La presencia de imágenes aéreas y derrame fue infrecuente. La TAC permitió el hallazgo de imágenes aéreas. Estas características podrían ser tenidas en cuenta al momento de iniciar el tratamiento empírico de pacientes con neumonía en el escenario de pandemia.

TL169

0237. COMPARACIÓN ENTRE UNA POBLACIÓN INTERNADA Y UNA AMBULATORIA AFECTADA POR GRIPE.

Ortiz Naretto AE, Pereiro MP, Alicia L, Audagna CW, Cornejo N, Levatti T.

Sanatorio 15 de diciembre II. Avellaneda. Pcia de Buenos Aires

La pandemia desencadenada en México y Estados Unidos en los meses de marzo y abril de este año, hizo su pico máximo en Argentina durante los meses de Junio y Julio. A diferencia de los países del norte, en el nuestro, se produjo en forma simultánea con la gripe estacional y las exacerbaciones neurológicas propias del invierno.

Objetivo: Es nuestro propósito describir si esas características se observan en nuestra población y las diferencias clínico epidemiológicas de los pacientes que fueron atendidos por consulta externa de aquellos que requirieron internación.

Materiales y Métodos: Se realizó un relevamiento de historias clínicas de los pacientes atendido en el Sanatorio 15 de diciembre II de Avellaneda, durante los meses de Junio y Julio de 2008, se consideraron los siguientes datos: la evaluación clínica, tiempo que se demoró la consulta desde el inicio de los síntomas, grado de vacunación para gripe estacional, factores de riesgo, Rx de tórax, tratamiento instaurado, y criterios de internación, en este subgrupo de pacientes se analizó el grado de complicaciones y el compromiso orgánico a través del laboratorio, evaluando gases en sangre, función renal y hepática.

Resultados: Se estudiaron 63 pacientes, 35% de sexo femenino, requirieron internación el 30%. En los pacientes que no requirieron internación entre el momento de la consulta y el inicio de los síntomas habían transcurrido 1,87 días, a diferencia de aquellos que fueron internados donde el promedio de días de aparición de los primeros síntomas fue de 7,2. En general los pacientes presentaron un 73,68% de comorbilidades, entre las cuales las más frecuentes fueron: Diabetes 8%, inmunosupresiones incluido el HIV: 4,4%, enfermedades obstructivas (asma y EBOC) 11,9%, siendo más frecuentes entre los internados (73% vs 11%). La fiebre estuvo presente en todos los pacientes. Otros que se encontraron en alto porcentaje fueron: Cefalea, mialgia, dolor de garganta y tos. Se evaluaron 18 Rx de los pacientes internados. Cuatro eran normales y 14 patológicas, siendo 10 con infiltrados intersticiales y 4 neumónicos. El promedio de días de internación fue de 6,45%. El 15,78% requirió asistencia en UTI. Falleció 1 paciente (1,4%). El porcentaje de vacunados para la gripe estacional fue bajo (6%), aún teniendo en cuenta que algunas de las comorbilidades asociadas eran indicación de vacunación. Además de la hipoxemia el compromiso hepático fue el más frecuente. No se observó una prevalencia de co infecciones durante la internación, pero en todos los casos se realizó una cobertura con ATB de amplio espectro. En los pacientes donde existió la sospecha de gripe se los cubrió con Tamiflú® Roche®.

Conclusiones: El predominio en la edad media de la vida característico de esta pandemia se observa claramente en nuestra población.

La consulta y el tratamiento precoz disminuyó las complicaciones, por el contrario la demora en la consulta fue la característica más relevante de los pacientes que requirieron internación

TL170

0238. EVALUACIÓN DE LA NAC DURANTE LA EPIDEMIA DE INFLUENZA H1N1

Pereiro M; Gaitán C; Martínez Cortizas MA; Falasco V; Falasco S; Artana C; Sosso A; Morales R; Outon E; Trinidad M

HIGA P. Fiorito, HIGA Perón. Avellaneda. Argentina.

Introducción: Desde el inicio de la pandemia de Gripe A (H1N1), las comunicaciones científicas alertaron sobre la mayor agresividad de las características clínico-radiológicas y curso evolutivo de la NAC en la población. Resultó llamativo el elevado número de consultas por patología respiratoria severa, de aparición súbita, con compromiso ventilatorio en grado variable y el descenso del promedio de edad de los pacientes afectados comparativamente con lo sucedido en igual período de años anteriores.

Objetivos: Describir las características clínicas y radiológicas, las comorbilidades, el grado de confirmación de Gripe A (H1N1), el rescate de gérmenes asociados, el requerimiento de internación, días de estada y cobertura con vacuna antigripal.

Materiales y métodos: Se evaluaron 168 pacientes adultos, de dos Hospitales Interzonales Generales de Agudos de la Ciudad de Avellaneda, a los que se les realizó historia clínica, Rx. Tórax, gases en sangre arterial o saturometría digital y laboratorio: Serología para Mycoplasma pn., pancultivos y estudios virológicos.

Resultados: Edad: $44,9 \pm 17,8$ años, sexo femenino 54,5%, porcentaje de vacunados 6,5%. El 85,6% fueron internados con un promedio de $9,6 \pm 6,5$ días. El 72,5% de los pacientes presentaba comorbilidades: HIV: 5,4%, otras inmunosupresiones 18,6%, enfermedades pulmonares obstructivas (EPOC y Asma): 24,6%, tabaquismo 22,8%, diabetes 13%, embarazo 11,4%, obesidad 9%, alcoholismo 3,6%. Personal de salud: 10,7%. Fallecieron 7,8%. Al 59,0% de los enfermos se les realizó estudio virológico, confirmándose hasta la fecha para Gripe A el 16,5% de los mismos. El rescate bacteriológico de gérmenes comunes fue del 6%. Sobre 53 pacientes estudiados para Mycoplasma pn. el 67,9% dio IgM positivo. El grado de compromiso ventilatorio según la valoración gasométrica fue: normal 25,5%, hipoxemia 34,6% e insuficiencia respiratoria 39,8%, requiriendo ARM 8%. El patrón radiológico observado fue: normales 6,7%, formas intersticiales uni o bilaterales 42,3%, condensaciones unilaterales 19,9% y bilaterales 31,1%.

Conclusiones:

- Mayor incidencia en la edad media, con comorbilidades y baja cobertura de vacuna antigripal.
- Bajo rescate bacteriológico con significativo porcentaje de serología IgM positiva para Mycoplasma pn.
- Severo deterioro de la función ventilatoria con extensas lesiones parenquimatosas.

TL171

0239. EXPERIENCIA EN INTERNACIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA DE GRIPE A (H1N1) EN UN HOSPITAL REGIONAL

Robles de Fleming AM; Alvero C; Gómez M; Toma O.

Hospital San Bernardo. Salta Argentina

Introducción: Con motivo de la reciente pandemia, se habilitó en el hospital San Bernardo un sistema de atención que incluyó la internación de pacientes sin requerimientos de terapia intensiva. El siguiente trabajo refleja esta experiencia.

Objetivo: describir las características clínicas, bioquímicas y de imágenes de los pacientes internados.

Método: Análisis retrospectivo de datos considerados relevantes recopilados de historia clínica.

Resultados: 58 pacientes internados desde el 15 de Julio hasta el 25 de agosto de 2009; varones 28(48%), mujeres 30 (52%). Edad promedio 39.46, rango 16 – 83. Comorbilidades: obesidad 24%; tabaquismo 15%, hipertensión arterial 14%, asma y etilismo 7% cada uno. Síntomas de presentación: disnea 91%, fiebre y tos 90%, mialgias artralgias 82%, diarrea y/o vómitos 19%. El 33% hizo una consulta previa y el 26% de estos recibía oseltamivir al momento de internación. Promedio de días de evolución 4.08. Recuento de blancos promedio: $9.296/mm^3$. Las siguientes enzimas estuvieron alteradas: GOT en el 52%; GPT 23%; LDH 53% y CPK 17%. El 55% presentó una $SaO_2 \leq 91\%$ al ingreso. El 24% no presentó infiltrado en Rx de Tórax; el 64% presentó infiltrado alveolar y/o alvéolo intersticial. De estos el 38% fue bilateral. El 12% presentó un patrón intersticial. El 44% presentó broncoespasmo clínico. Evolución: promedio de internación: 5.89 días con resolución de los síntomas y sin requerimientos de oxígeno. 2 pacientes requirieron pase a terapia intensiva por progresión de insuficiencia respiratoria. Ningún paciente falleció.

Conclusión: Edad promedio de 39 años, sin predominio de sexo, la comorbilidad mas frecuente fue la obesidad, el 90% requirió internación por presentar tos, disnea y fiebre. Solo el 19%

manifestó síntomas abdominales. Un 33% había consultado previamente. El broncoespasmo clínico fue mas frecuente de lo esperado. Un 55% presentó insuficiencia respiratoria. Internación aproximada de 6 días con resolución clínica al alta. Ausencia de mortalidad.

TL172

0240. PANDEMIA H1N1 2009. PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES ASISTIDOS EN HOSPITAL F. J. MUÑIZ

Ruano S M¹; Romano M L¹; Cusmano L G¹; Falcone C¹; Zarra J A¹; Noguera M²; Cunto E²; Gutiérrez, J C¹; Rivero J¹; Salinas R¹; Gonzalez M¹; San Juan J².

¹División Promoción y Protección de la Salud D.A.I.P.I.C. ²Hospital F. J. Muñiz. Ciudad de Buenos Aires

Introducción: En nuestro país como en el resto del mundo, la influenza y sus complicaciones constituyen un problema de Salud Pública con importantes repercusiones socioeconómicas. En el año 2009, ante el incremento de casos de Enfermedad tipo Influenza (ETI) en México, la detección de la circulación de un nuevo virus A/H1N1 dió el alerta sanitario al mundo. En Argentina, desde la semana epidemiológica 16 se registró un incremento de casos estacionales de ETI, que puso en vigencia el Alerta Epidemiológico Nacional. El Hospital Muñiz, como centro de referencia de enfermedades infecciosas, asistió un importante número de los pacientes del area metropolitana (AMBA), con esta patología. Con el objetivo de caracterizar el perfil epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de ETI, la División Promoción y Protección de la Salud analizó con un enfoque epidemiológico la población asistida en esta institución.

Material y métodos: Se evaluaron las historias clínicas de los pacientes con ETI asistidos en el Hospital F. J. Muñiz, desde la semana 16 a 30 del año 2009. Se tabularon datos demográficos, asistencia ambulatoria/ internación, días de estada, detección genética de virus, comorbilidad y evolución. Se usó como base de datos el programa Excel 2003.

Resultados: La División Promoción y Protección de la Salud recibió 2045 notificaciones de ETI durante el año 2009 999 casos con residencia en CABA, y 1046 en Provincia de Buenos Aires. El grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre los 25 y 34 años (26% del total). De los 2045 pacientes con ETI, 102 requirieron internación (5%). Las características epidemiológicas de los pacientes internados con ETI fueron: relación Hombre/ Mujer 1,17; mediana de edad de 37,5 años; el 40% presentaban comorbilidad (VIH/SIDA, como más frecuente). De los 102 paciente internados, el 20,5% se asistieron en Terapia Intensiva, 19,6% en Terapia Intermedia y el resto en sala Internación general, con un promedio de 10 días de estada. El 24,5 % de todos los pacientes con ETI tuvieron confirmación virológica del nuevo virus A/H1N1. Del total de internados, 12 fallecieron de los cuales 9 presentaron comorbilidades y confirmación de nuevo virus de Influenza A/H1N1. La letalidad de los pacientes notificados con ETI fue de 0,5% (12/2045) y la de los pacientes internados con Enfermedad Tipo Influenza fue de 11,7%.

Conclusiones: La población asistida en el Hospital F. J. Muñiz fue en su mayoría adultos jóvenes. La mitad de los internados presentaron comorbilidades. Del total de las defunciones, más del 70% presentaron patología concomitante. Las actividades de la Vigilancia Epidemiológica son de vital importancia en esta pandemia, dado que permite identificar los grupos de riesgo, a fin de implementar normas para futuras campañas de inmunización en nuestra población.

TL173

0241. EXPERIENCIA DE H1N1 CON REQUERIMIENTOS DE TERAPIA INTENSIVA

Saldarini F, Vazquez JA, Borello S, Carqueijeda G.

Servicio de Terapia Intensiva. Hospital D. F. Santojanni. Pilar 950. CABA. Argentina.

Introducción: A comienzos de este año se reportó desde México la irrupción de un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda provocada por el surgimiento de una variedad de virus de influenza A, El virus H1N1. En nuestra unidad de terapia intensiva tuvimos los primeros casos a principios de Junio.

Objetivo: 1.- Cuantificar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes (p) internados en UTI con insuficiencia respiratoria grave por el virus H1N1.

Material y métodos: Se realizó estudio observacional, retrospectivo (revisión de HC), descriptivo de todos los (p) ingresados en forma consecutiva a la UTI desde el 10/06/09 al 31/07/2009 con sospecha gripe porcina. Se excluyeron del análisis los (p) portadores de cuadros respiratorios no gripe H1N1 confirmada por IFI/PCR. Se informan los datos cuantitativos como media \pm error estándar (ES) y entre paréntesis el IC95%. Los datos cualitativos se expresan como número entero y entre paréntesis la proporción con su ES. Cuando las proporciones se repitan no se repetirá el ES. El tratamiento estadístico se realizó con el programa Primer of Biostatistics. Mc Graw Hill version 4.0.0.0.

Resultados: De los (p) ingresados se diagnosticaron 9 como portadores de H1N1. Los datos son: N:9, Edad: 33 ± 2.37 (27.5-38.4), Sexo masculino: 5 p (0.55 \pm 0.17), presentaron comorbilidades un total de 6 p (0.66 \pm 0.16), correspondiendo a obesidad: 3 (p) (0.33 \pm 0.16), embarazo 2 (0.22 \pm 0.14), alcohol: 1 (p) asma 1 (p) (0.11 \pm 0.10), no presentaron comorbilidades 3 (p) (0.33 \pm 0.16). Días de síntomas previos al ingreso: 3.66 ± 0.41 (2.72-4.61). Al ingreso los (p) presentaron:

APACHE II: 19.2 ± 0.66 (17.7-20.7), PAFI: 124.7 ± 21 (76.3-173.2), todos los (p) presentaron anomalías radioopacas de tipo parenquimatoso en la Rx. 3 (p) (0.33) tenían ocupados 2 cuadrantes, 5 (p) tenían ocupados 3 cuadrantes, 1 (p) ocupó 4 cuadrantes. Durante la internación todos los pacientes requirieron ARM. Las características operativas de la misma fue: FR: 23.2 ± 1.14 (20.6-25.8), PEEP: 13.1 ± 1.38 (9.93-16.3) Ppl: 38.3 ± 1.68 (34.4-42.2), Volumen corriente (VT): 366 ± 20.4 (319.7-413.4). Se realizó decúbito prono en 5 p (0.55). Todos los p tuvieron balance positivo diario, En promedio/día: 1969.9 ± 221.5 (1459-2480). Todos los p sufrieron falla multiorgánica: Dos órganos: 2 p (0.22), Tres órganos: 6 p (0.67), Cuatro órganos: 1 p (0.11). Los p que tuvieron dos fallas correspondieron a falla respiratoria y renal: 9 p (1), solo dos requirieron hemodialisis, los que tuvieron 3 fallas se les agregó la falla cardiovascular: 8 (p) (0.88) y al (p) con cuatro fallas se le agregó falla hematológica (0.11). La mortalidad fue de 9 p (1) y los días de internación 9.66 ± 2.47 (3.95-15.4) Se diagnosticó infección intrahospitalaria en 5 oportunidades, de las cuales 4 correspondieron a NAV 3 por *Acinetobacter Baumanni* y 1 por *Stafilococo aureus*. El *Stafilococo aureus* provocó 2 bacteriemias, y un urocultivo fue positivo para *Klebsiella Pneumoniae*.

Conclusiones:

- 1- Alta mortalidad al ingresar a VM.
- 2- Apache de ingreso elevado.
- 3- Alta incidencia de falla renal.
- 4- Edad promedio joven.