

37º Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

Asociación Argentina de Medicina Respiratoria

Trabajos Orales

Epidemiología y tabaco; Rehabilitación; Enfermedades intersticiales

DOMINGO 4 DE OCTUBRE DE 2009
10.30 – 12.00
Salón Álvarez Argüelles

TO1

0113. PREVALENCIA DE EPOC EN ADULTOS DE ARGENTINA

RA Josse G Zabér RM Gómez Méndez A Gandu M Strauss N Salmún W Sánchez de la Vieda Linares S Croc R Baena-Cagnan Yañez M Cuello A Marcial Ardus J C Ivancevic S Fantin CM Patiño

¹Comité de Asma y Enfermedades Respiratorias, Asociación Argentina de Alergia y Asma, Inmunología Clínica, Argentina; ²Asociación Obstructivas, Asociación Argentina de Medicina Respiratoria, Argentina.

Propósito del estudio: El Estudio PLATINO reportó una prevalencia de EPOC de 14.3% en Latinoamérica. Actualmente, no existen datos respecto de sibilancias y diagnóstico médico de EPOC en adultos de Argentina.

Objetivo: Determinar prevalencia de sibilancias, diagnóstico médico de EPOC y su asociación con consumo de tabaco.

Método empleado: Estudio descriptivo transversal utilizando cuestionarios, en población randomizada de 8 ciudades de Argentina, ambos sexos y edad entre 18 y 65 años. La muestra consideró habitantes totales de cada ciudad, divididos de acuerdo a densidad poblacional.

Resumen de los resultados: Se analizaron 3735 cuestionarios de Neuquén, Río Negro, Córdoba, Salta, Mendoza, Rosario, Corrientes y Buenos Aires. Edad promedio: 37 años. 57.8% mujeres.

Prevalencia de sibilancias alguna vez: 26.3%, en últimos 12 meses: 14.3%, sibilancias severas: 3.7%. Prevalencia de consumo de tabaco: fumador actual 31.8%, fumador diario 22.9% y alguna vez 43.9% pero para individuos con sibilancias, el consumo de tabaco alguna vez: 43.7%; a diario: 23.2%, y ocasionalmente 7.1%.

Refirieron diagnóstico médico de EPOC 243 individuos (6.53%), el 40% son hombres y el 36,8% refiere ser fumador activo. Tener diagnóstico de EPOC se asocia significativamente con los años de consumo y cantidad de cigarrillos / día.

Conclusiones: La prevalencia de diagnóstico referido de EPOC entre adultos de Argentina es más baja que la reportada para otras ciudades de Latinoamérica.

No se observa la esperada distribución por genero y categoría de consumo, aunque si en carga de consumo.

Este estudio sugiere que el autorreporte de EPOC subestima la magnitud del problema.

TO2 – Trabajo seleccionado para Premio

0117. REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES DE EPOC POR REHABILITACIÓN RESPIRATORIA: ESTUDIO RE 3

M Sivori

Sección Rehabilitación Respiratoria, AAMR, Argentina.

No existe estudio publicado que como objetivo primario evalúe la reducción de las exacerbaciones de EPOC por la Rehabilitación Respiratoria (RR).

Objetivo: Evaluar el impacto de la RR sobre las exacerbaciones por EPOC en un cohorte de pacientes seguida por dos años, comparando con el año previo al enrolamiento, y determinado el impacto de la RRR entre los que abandonan y continúan con ella.

Materiales y Método: Estudio multicéntrico (13 centros en todo el país), prospectivo, controlado de pacientes con EPOC (definido GOLD) en estabilidad clínica a los que se les indicó RR según criterios del Consenso Argentino de RR, y siguió cada seis por 24 meses determinando impactos funcionales, disnea, calidad de vida, ejercicio y consumo de recursos de salud (visitas ambulatorias y hospitalizaciones por exacerbaciones). Las definiciones usadas para cada una de ellas, son las internacionalmente más referenciadas. Los pacientes fueron enrolados entre Marzo de 2005 y Marzo 2007. Fueron seguidos hasta Marzo de 2009. Se usaron técnicas estadísticas convencionales siendo significativa $p < 0.05$.

Resultados: Se enrolaron 180 pacientes con EPOC (66% hombres; 65.88±9 años; 83.88% ex-fumadores; 52.35±24 paquetes-año; FEV1postBD: 42.85±18.3%; FEV1/FVC: 0.49±0.14). Se obtuvo el 66.67% de seguimiento de los pacientes a dos años. El 48% de los pacientes abandonaron la RR.

	Antes de la RR (N=180)	Continuaron RR por 2 años (N=62)	Abandonaron la RR (N=58)	p
BODE	4,65±2,27	3,11±1,41*	4,29±2,43	0,00323
T6M	314,01±143,89	433,63±102,35*	312±138	0,000003
SGRQ	48,87±17,05	38,11±11,44*	44,78±14,84	0,024
Nºexac.	3,87±4,25	0,95±1,15*	2,4±3,27	0,0022
Nºhosp.	0,72±1,34	0	0,21±0,47	0,00069
Nºdías exac.	27,37±32,26	4,43±5,94*	19,02±35	0,0023
Tiempo 1ra. exac., días		201,64±126	101,06±142,1	0,0252

*Comparación antes y después de RR: $p < 0.01$

La mortalidad global fue del 10%, con una significativa menor mortalidad en el grupo que hizo RR vs. abandono (3.22% vs. 17.24%, $p=0.0000000064$). El número necesario de pacientes a tratar para prevenir una muerte es 7,13, el aumento del riesgo relativo de muerte por abandono es 5,35.

Conclusión: Por primera vez un estudio multicéntrico de RR en nuestro país revela en pacientes con EPOC estable, el impacto beneficioso de la RR a largo plazo sobre el consumo de recursos de salud, vinculado a reducción de las exacerbaciones por EPOC, y secundariamente mejoría en la disnea, tolerancia al ejercicio y calidad de vida, y remarca la importancia que los pacientes continúen haciendo ejercicio.

TO3 – Trabajo seleccionado para Premio

0125. DAÑO POR HUMO DE CIGARRILLO COMPLETO (GASEOSO PARTICULADO) EN CULTIVOS DE UNA LINEA CELULAR DE EPITELIO RESPIRATORIO: EFECTO DE N-ACETILCISTEÍNA
AV Dugour, F Elías, JM Figueroa

Fundación P. Cassará, Argentina.

Introducción: La inhalación del humo del cigarrillo (HC) es la principal causa de patología respiratoria, tanto por sus efectos cancerígenos como por el desarrollo de EPOC. El daño causado por el cigarrillo es fundamentalmente secundario al stress oxidativo que produce en el tejido bronquial. La N-acetilcisteína (NAC) es un potente antioxidante que ha mostrado efectos sobre el daño producido por el HC en estudios in vitro y en modelos animales, aunque no se han descrito efectos relevantes en los ensayos clínicos realizados con su administración por vía oral. El estudio de modelos in vitro permite reproducir en forma aislada y manipulable situaciones biológicas cuyas variables son imposibles de aislar in vivo. Las Calu-3 son una línea de células epiteliales respiratorias de origen humano utilizadas desde hace años en estudios de fisiología, fisiopatología y farmacología. Son células ciliadas secretoras de moco que cultivadas en monocapa, remedan la superficie del epitelio bronquial. En trabajos previos evaluamos el efecto de la adición de un condensado del humo de cigarrillo en el medio de cultivo de esta línea celular. Si bien el condensado del HC es el elemento más usado en experimentación las características físicas y químicas del mismo no son exactamente las del humo completo, con su faz gaseosa y su faz particulada.

Objetivos: 1) evaluar el efecto del HC completo (HCc) en células Calu-3 cultivadas en monocapa. 2) evaluar el efecto de la NAC en este modelo.

Material y Métodos: se cultivaron células Calu-3 en monocapa. Se generó HCc colocando cigarrillos encendidos (2) en el extremo de una tubuladura conectada a una bomba aspiradora. El humo generado fue expelido por otra tubuladura a una cámara cerrada donde se encontraban las células, que permanecieron en este ambiente durante 10 minutos.

Retiradas las células de la cámara se valoró el estrés oxidativo sufrido por las ellas, la viabilidad celular y la inducción de apoptosis. Para evaluar el efecto de la NAC se incubaron las células con dicho antioxidante a diferentes concentraciones mientras eran sometidas al HCc.

Resultados y conclusiones: 1) durante los 15 minutos posteriores al contacto con el HCc las células sufrieron stress oxidativo; la viabilidad celular disminuyó en aproximadamente un 40% luego de las 2 hs. posteriores al contacto con el HCc, asociándose esto con la aparición de apoptosis. 2) la incubación con NAC (5 mM) tuvo un efecto protector del 100% sobre el daño provocado por el HCc.

El HCc produce un rápido y severo daño sobre los cultivos de células respiratorias que puede ser totalmente prevenido con la aplicación simultánea de NAC.

TO4 – Trabajo seleccionado para Premio

0126. EFECTO DEL HUMO DEL CIGARRILLO SOBRE UN MODELO ANIMAL (PALADAR DE SAPO) DEL CLEARANCE MUCOCILIAR
K Hagelin, JM Figueroa

Fundación P. Cassará, Argentina.

Introducción: el clearance mucociliar es el primer mecanismo de defensa del epitelio respiratorio. El humo del cigarrillo (HC) es causante de patología respiratoria crónica. Una de las consecuencias del tabaquismo crónico es el daño ciliar. Existen controversias sobre los efectos agudos del HC en el clearance mucociliar.

La evaluación de la velocidad del transporte del moco en el epitelio del paladar de los anfibios es un modelo animal utilizado en estudios sobre fisiología y farmacología del clearance mucociliar.

Objetivos: estimar el efecto agudo del HC en el clearance mucociliar del paladar de sapo.

Materiales y Métodos: 10 sapos adultos se anestesiaron por frío; se seccionó la cabeza y se reseco el maxilar inferior, de manera que al colocarla sobre su dorso quedara expuesta la mucosa del paladar. Se colocaron en cajas de Petri sobre gasa embebida en solución Ringer Sapo. Se mantuvieron dos horas para equilibrar los tejidos a temperatura ambiente y permitir la formación de moco (se ha descrito que en este modelo las células epiteliales y secretoras de moco permanecen vitales más allá de las 24 hs).

La determinación de la velocidad del clearance mucociliar se realizó mediante la observación bajo microscopio quirúrgico del movimiento en dirección anteroposterior de un anillo plástico de color negro (1.5mm de diámetro y 10.4 mgr) colocado sobre el epitelio inmediatamente detrás de las narinas. En el margen de la zona recorrida por el anillo se colocó una grilla milimetrada. La imagen del microscopio fue digitalizada y grabada en una PC. La velocidad del clearance se determinó a partir del tiempo (medido en el cronómetro del sistema de video) que tardaba el anillo en recorrer 5mm, extrapolándolo a mm/seg. Se promediaron 10 determinaciones para cada tiempo de medición.

La exposición del epitelio al HC se realizó mediante una bomba peristáltica. Se generó HC colocando cigarrillos encendidos (2) en el extremo de una tubuladura conectada a la bomba. El humo generado fue expelido por otra tubuladura a una cámara cerrada de 285 cm³ que contenía la cápsula de Petri con el paladar de sapo. Esta exposición se mantuvo por 10 minutos. La velocidad del clearance mucociliar se determinó antes de la exposición al humo, inmediatamente al final de la misma, y a los 20 minutos de la exposición. A los mismos tiempos de la medición se tomaron muestras de la mucosa palatina para su análisis morfológico y determinación bioquímica de parámetros celulares y metabólicos.

Resultados y conclusiones: la velocidad del clearance mucociliar basal en el modelo estudiado fue de 0.2 ± 0.09 mm/seg. Luego de la exposición aguda al humo esta velocidad se redujo a 0.1 ± 0.04 , recuperándose la velocidad inicial en la medición más tardía. El enlentecimiento del clearance se asoció a signos bioquímicos de daño celular.

El presente modelo se muestra adecuado para el análisis de la correlación funcional, morfológica, y bioquímica del clearance mucociliar en estudios fisiológicos y farmacológicos sobre el daño por humo de cigarrillo.

TO5

0147. FUNCIÓN PULMONAR Y SOBREVIDA A CINCO AÑOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA
M Otaola, N Baillie, R Villagómez, J Molinà, M Corrà, Di Bostio, A Salvaggio, Quadrèlli

Hospital de Clínicas, Argentina; Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina; Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari, Argentina; Rehabilitación Psicológica, Argentina.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) ha emergido como la principal causa de mortalidad de la esclerosis sistémica progresiva (SSc), superando el compromiso re-

nal. Si bien la EPI se define generalmente por alteraciones en la función pulmonar o tomografía de alta resolución (TACAR) con compromiso intersticial hay información controvertida sobre estas variables como predictores de mortalidad en SSc de manera independiente.

Objetivo: Determinar el valor predictivo de la función pulmonar en la mortalidad a 5 años en una población 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, espirometría, volúmenes pulmonares, DLCO y test de marcha de 6 minutos (TM6M). 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 (todos a más de 5 años del diagnóstico) para constatar supervivencia.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes (59 mujeres, edad 54,7 ± 9, años) de los cuales 63 (90%) estaban vivos a los 5 años. Los valores de función pulmonar y del TM6M de las subpoblaciones de vivos y muertos a 5 años se pueden observar en la tabla 1:

	Vivos (n=63)	Muertos (n=7)	p
FVC%	80,0±18,6	60,0±15,0	0,011
FEV1%	83,3±18,7	67,9±17,8	0,65
FEV1/FVC	80,6±8,9	85,1±7,0	0,154
TLC%	82,8±17,8	61,6±6,4	<0,0001
CV%	80,5±19,4	51,5±3,9	<0,0001
DLCO%	62,5±17,7	50,1±15,5	0,086
Sat O2 inicial TM6M %	96,2±3,0	95,0±2,5	0,255
Sat O2 final TM6M %	92,7±5,3	88,9±8,5	0,287
Metros caminados	435,0±98,4	350,0±113,5	0,1

En un modelo de regresión logística una DLCO <35% no fue capaz de predecir mortalidad a 5 años (OR: 0,1818, IC 0,0153 a 2,1541, p = 0,1765) pero una CVF < 50% determinó menor probabilidad de estar vivo a 5 años (OR: 0,0847, IC 0,0098 a 0,7364, p = 0,0253).

Conclusión: Los valores de función pulmonar que fueron significativamente diferentes entre los pacientes con diagnóstico de SSc vivos o muertos a los 5 años fueron FVC, TLC y CV. En nuestra serie de pacientes una CVF < 50% fue el mejor predictor funcional aislado de mortalidad a 5 años.

TO6 – Trabajo seleccionado para Premio

0171. ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN MUJERES EMBARAZADAS EN 15 CENTROS DE SALUD DE ARGENTINA

S Nahabedian, D Pascansky, Inza D Schönfeld, G Svetliza, MA Martinez Cortizas, S Malnis, S Paça, A Alonso, C Gaitán, M Scariño, S Vanóhí, D Carlés, R Ferrer, E Prieto, E Giugno, R Morales, N Varvaf, F Serrano, M Carbone, C Ochoteco, J Scarim, D Masdeu, F Leonel, Precerutti, M Angueira, A Rodríguez, M Olmés, S Humere, E Wainstein, M Las Héras, J Viudez, J Rodríguez Girhenez

¹HIGA Evita, Argentina, ²Ramos Mejía, Argentina, ³Materno Infantil Diego de Azul, Argentina, ⁴Hospital Dr. Isola Puerto Madryn, Argentina, ⁵Hospital Fiorito, Argentina, ⁶Hospital Luis Lagomaggiore de Mendoza, Argentina, ⁷Clinica Independencia, Argentina, ⁸HCA Pte Peron, Argentina, ⁹Inicio de Obstetricia y Ginecología del Sanatorio Francés. Córdoba, ¹⁰HCA Perito de Chaco, Argentina, ¹¹Hospital Aleman, Argentina, ¹²Servicio de Obstetricia y Ginecología del Sanatorio Francés, Argentina.

Introducción: No se conoce con exactitud cuál es el número de mujeres que fuman durante el embarazo y es difícil su evaluación, ya que muchas de ellas niegan ser fumadoras en sus primeras consultas médicas.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de consumo de tabaco en una población de mujeres embarazadas.

Materiales y Métodos: Se realizaron 678 encuestas en 15 centros de salud de la República Argentina, 6 realizaron medición con monóxido de carbono (CO).

Resultados: El promedio de edad: 25,6. De las 678 encuestas, 52,5% refirió haber fumado alguna vez en su vida. Edad promedio de comienzo: 15,3 años.

De 365 embarazadas (53,8%), el 80,8% ha fumado por lo menos 5 paquetes de 20 cigarrillos (100 cigarrillos) en toda su vida, el 56,5% fumaba a diario 6 meses antes de estar embarazada, y 28,2% lo hacía ocasionalmente.

Encuestas con CO: 304 (44,8%) Promedio CO: 4,5ppm.

6 meses antes de estar embarazada (365 pts), el 56,5% fumaba diariamente, y 43,5% ocasionalmente. El 8,3% fumaba el primer cigarrillo a los 5 minutos de levantarse y el 74,7% después de la hora. La cantidad de cigarrillos consumidos por día de 1 a 9 (58,5%) 10 a 19 (26,9) >=20 (14,6).

Cuando quedo embarazada: A la pregunta de fumar cuando supo que estaba embarazada, de las 365 pts fumadoras, el 64,1% respondió que sí, y el 35,8% continuó fumando. El 1,1% fumaba el primer cigarrillo a los 5 minutos de levantarse y el 17,9% después de la hora. La cantidad de cigarrillos consumidos por día de 1 a 9 (18,8%) 10 a 19 (3,6) >=20 (1,1). El 83% no piensa en dejar de fumar antes del parto. El 81,3% refirió no necesitar ayuda para dejar de fumar. Después del parto el 21,6% piensa volver a fumar. El 43,7% esta expuesta al humo ambiental de tabaco en sus casas. A las 678 encuestadas se les preguntó si alguien del equipo de salud les había informado de los efectos dañinos tabaco en su salud y la del bebé, el 65,4% respondió que no. A la pregunta: alguien del equipo de salud le informó sobre los efectos del humo de tabaco de los demás en su salud y la del bebé, el 67,2% respondió que no y si fumar durante el embarazo daña la salud del bebe el 92,7% respondió que si y a la mama el 88,9% respondió que si.

Conclusiones: En las encuestas que contaron con medición de CO se puede evidenciar exposición al humo de tabaco ambiental, y un porcentaje significativo con consumo activo (27,7%). Es de mencionar que no se valoro en la encuesta hora del último cigarrillo consumido, esto puede determinar que tal vez algunas embarazadas con consumo activo tuvieran valores bajos de CO. El porcentaje de cesación espontanea de las que refirieron ser fumadoras fue del 64,1%. El 35,8 que continuaron fumando redujeron considerablemente la cantidad de cigarrillos fumados por día.

Se observa claramente la falta de intervención o consejo breve por parte del obstetra, clínico, partera, otros, lo que determina oportunidades perdidas para tomar medidas eficaces en cesación tabáquica.

Enfermedades infecciosas; Tuberculosis

DOMINGO 4 DE OCTUBRE DE 2009
16.45 – 18.15
Salón Le Frac

TO7

0059. MORBIMORTALIDAD POR TBC EN EL PERÍODO 1997-2008. HOSPITAL F. J. MUÑIZ. DIVISIÓN PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

ML Romano, LG Cusmano, C Falcone, JA Zarra, SM Ruano

Hospital F.J. Muñiz, Argentina.

Introducción: La Tuberculosis (TBC) sigue siendo un problema prioritario de Salud tanto en Argentina como en el mundo. A pesar de contar en la actualidad con tratamientos eficaces para el control de TBC, la Ciudad de Buenos Aires es una de las jurisdicciones junto con el conurbano bonaerense con mayor carga de casos de TBC en el país. El presente estudio tuvo el propósito de caracterizar el perfil epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de TBC, asistidos en este Hospital F.J. Muñiz, centro de referencia de esta patología, durante el período 1997-2008.

Material y métodos: Se analizaron los registros de todos los enfermos que egresaron con diagnóstico de TBC en el Hospital F. J. Muñiz, durante el período 1997-2008. Se realizó un estudio descriptivo, evaluando las variables epidemiológicas; sexo, edad, procedencia, correlación con el HIV-1, letalidad y evolución clínica de los egresos producidos en estos últimos 11 años. Se utilizó para tal fin el formulario de egreso (D 105). En la elaboración de tablas y gráficos se usó el programa Excel 7.0

Resultados: Se evaluaron 10.109 historias clínicas de pacientes con TBC, en el período 1997 – 2008, de los cuales 6.562 fueron varones y 3.547 mujeres, con una relación hombre / mujer de 1,85. Con respecto al lugar de residencia, 67,9% correspondió a la Provincia de Buenos Aires, 32,1 % a la Ciudad de Buenos Aires.

La edad promedio fue de 33 años, siendo el grupo de edad más afectado, el comprendido entre los 22 a 39 años. Al analizar las formas clínicas, se observó que la localización pulmonar resultó ser la más frecuente en el 73,33%, seguida de la diseminada en el 19,07%, y la extrapulmonar en el 10,59% de los casos. De los pacientes egresados con TBC, el 45,65% presentaron coinfección con HIV-1.

Los casos de coinfección con HIV-1 y TBC tuvieron una relación de 2,19 casos +/- en el período 1997-2008.

La letalidad por TBC en estos 11 años fue de 13.21%, con un máximo de 19% en el año 1999, decreciendo hasta el 10% para los años 2006-2007, destacándose el año 2008 con el 7% de tasa de letalidad.

Conclusiones: Los egresos por Tuberculosis registrados en el Hospital Muñiz promediaron 900 pacientes por año. La mayor afluencia de pacientes provinieron de la Provincia de Buenos Aires. El mayor número de casos se concentró en la población económicamente activa. La forma pulmonar fue la más frecuente, con el impacto epidemiológico que esto implica para la comunidad. La letalidad por TBC disminuyó casi a la mitad en el período en estudio. Es importante que el Sistema de Salud asuma el compromiso de un adecuado financiamiento de Programas efectivos y eficientes de control y prevención permitiendo así un desarrollo un trabajo multidisciplinario del Equipo de Salud para el abordaje de esta patología.

TO8 – Trabajo seleccionado para Premio

0078. TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: SU EVOLUCIÓN Y COMPORTAMIENTO EN HOSPITALES GENERALES Y ESPECIALIZADOS
A Echazarreta, C Gaitán, D Añón, I Boyeras, L Campo, G Casado, A Davidovich, J De Sandro, R Estevan, O Fernández, M Ferreyra, M Landea, L Limondi, M Natello, A Poropat, A Putruele, C Salomone, A Sosso, M Tiruzzi, J Viña

Comisión TBC. - AAMR, Argentina.

Objetivos:

- 1) Conocer la incidencia de la TBC. Extrapulmonar.
- 2) Determinar la tendencia de la co-morbilidad HIV/SIDA.
- 3) Registrar el porcentaje de formas puras y mixtas.
- 4) Precisar la cuantía de localización y si existen variaciones en su ordenamiento.
- 5) Consignar los giros porcentuales de género, derivaciones, abandonos y óbitos.
- 6) Relacionar similitudes y diferencias entre hospitales generales y especializados.

7) Reformular una planilla con los datos esenciales y unificada.

Material y método: Trabajo retrospectivo realizado mediante la revisión de historias clínicas. Se conformaron 6 grupos de trabajo en 4 hospitales generales (Pte. Perón de Avellaneda, Clínicas, Gral. San Martín de La Plata, Piñero) y 2 especializados (I. Vacarezza, San Juan de Dios de La Plata).

Período de estudio 2000/2007 con un total de 4119 pacientes TBC. de los cuales 1396 tenían localización extrapulmonar

Resultados: La incidencia fue del 33,89% sin mostrar marcadas diferencias entre ambos tipos de hospitales. Se han mantenido las localizaciones pleural y ganglionar como las más frecuentes con un ascenso de la forma meníngea.

El 26% de los pacientes tenían co-morbilidad con HIV/SIDA.

Sólo en un 35,8% de los pacientes se registraron localizaciones mixtas.

El 43,4% correspondió al sexo femenino y el 56,6% al masculino. Derivados 10,1%; Abandonos 15,2% y Óbitos 10,1%.

La Tarjeta de Control de Tratamiento del Ministerio de Salud de la Nación, con algunas modificaciones sugeridas, debiera ser de uso nacional.

Conclusiones: Existe un avance de la TBC. Extrapulmonar y de la comorbilidad HIV/SIDA. Se destaca el bajo porcentaje de formas mixtas. Llama la atención el cuarto puesto que ocupa la forma meníngea. Nivelación de los porcentuales de TBC extrapulmonar entre Htales. generales y especializados. Se observaron serias dificultades para tabular datos, por lo que se propone la utilización de la Tarjeta Unica.

TO9

0105. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD SEVERA EN PACIENTES MENORES DE 65 AÑOS SIN COMORBILIDADES

M Fernandez Acuña, M Labat, D Marzorati, S Acuña, C Luña

Hospital Cetrangolo, Argentina, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina, Sanatorio 9 de Julio, San Miguel de Tucumán, Argentina.

Introducción: La neumonía adquirida en la comunidad severa (NAC-S) está asociada con alta mortalidad y patógenos específicos requiriendo combinación de antibioticoterapia de amplio espectro.

Métodos: Se realizó un análisis secundario de la base de datos de la red CAPO (Community acquired pneumonia Organization), enfocándolo en el impacto de la edad y de las comorbilidades (enfermedad neoplásica, enfermedad crónica pulmonar, renal o hepática, insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes y/o HIV positivo) en relación a la presentación clínica, etiología y resultados de la NAC-S.

Resultados: de un total de 4952 pacientes con NAC, 419 se admitieron con NAC-S a la UTI (Unidad de Terapia Intensiva) y de ellos 72 sujetos se encontraban en el grupo sin comorbilidades (SCOM). Comparando el grupo SCOM vs el grupo de > 65 años o con comorbilidades, la mortalidad global fue de 2,8% vs. 20.7% (p<0.0001) y la mortalidad debido a NAC fue de 2,8% vs. 13.8% respectivamente (p=0.008). No existieron diferencias en el porcentaje de ventilación mecánica, ni tampoco en el diagnóstico de NAC-S por criterios menores (IDSA/ATS 2001), hipotensión, taquicardia, taquipnea, anemia, hiponatremia, hipoxemia o acidosis. La clase de PSI era menor: 3.2±1.0 vs 4.1±0.8 (p<0.001) mientras que el score de CURB fue prácticamente el mismo: 0.85±0.78 and 0.88±0.82. En cuanto a la etiología la NAC-S fue debida a Streptococcus pneumoniae o Haemophilus influenzae en 43.3% vs. 63.9% de los casos (p=0.04); a Chlamydia pneumoniae o Mycoplasma pneumoniae en 6.7% vs 0% de los casos (p<0.001) y a Bacilos Gram negativos incluyendo P. aeruginosa en 0% vs 15.0% de los casos (p=0.039), respectivamente.

Conclusiones: La NAC-S en pacientes <65 años sin comorbilidades impresiona no ser diferente a la presentada por otros

pacientes; no obstante la mortalidad que ella detenta es marcadamente menor y su etiología más simple. Esto podría indicar que el grupo de NAC-S en pacientes jóvenes sin comorbilidades potencialmente podría ser tratado usando regímenes de antibioticoterapia con un espectro de menor cobertura e inclusive mono terapia.

TO10 – Trabajo seleccionado para Premio

0159. DESCRIPCIÓN DE LAS DETERMINANTES SOCIALES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS INCLUIDOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AMPARO LEY 10.436. CONURBANO NORTE DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

MC Chirico, M Etchevarria, A Kuriger, ML Casamajor

Programa Control Tuberculosis de la Region Sanitaria V. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, sede Hospital Dr. A.A. Cetrangolo. Vicente Lopez, Argentina.

Propósito: analizar el contexto social de los pacientes afectados de tuberculosis (TB), incluidos en el régimen especial de amparo, Ley 10.436, destinado a asegurar la protección socio-económica de los mismos.

Métodos: fueron evaluados 652 casos de TB a quienes se otorgó el subsidio, solicitado por las estructuras de salud de la Región Sanitaria V (RSV), durante el período 1º de enero de 2.004 al 31 de diciembre de 2.007.

Las variables de estudio analizadas fueron: género, grupos de edad, lugar de origen, nivel educacional, vivienda, condición habitacional, grupo familiar, ingresos económicos, ocupación y evaluación final del tratamiento.

La base de datos fue construida empleando software Excel 7.0. De un total de 4.599 de casos de TB notificados en la RSV durante el período de estudio fue requerido y otorgado el subsidio al 14% de los pacientes (652/4.599).

Resultados: El 55% (359/652) fueron hombres y 45% (293/652) mujeres.

Más del 90% de los casos se concentraron en el grupo etáreo económicamente activo de 15 a 59 años: 15-29 años: 40.2% (262/652); 30-44 años: 29.6% (193/652) y 45-59 años: 21.0% (137/652).

En relación al lugar de origen 56.7% (370/652) nació en la Provincia de Buenos Aires; 29.8% (194/652) en otras provincias de la República Argentina; 9.2% (60/652) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 4.3% (28/652) provenían de otros países.

Más del 70% con nivel de instrucción hasta primaria completa: 11.3% (74/652) alfabetos; 2.9% (19/652) analfabetos; 4.9% (32/652) primaria incompleta y 55.8% (364/652) primaria completa.

El 50.2% (327/652) tenían vivienda propia; 39.4% (257/652) cedida; 6.9% (45/652) alquilada; 0.3% (2/652) en situación de calle y 3.2% (21/652) sin datos.

El 48.2% (314/652) eran familias tipo y 51.2% (334/652) constituían familias numerosas. Esta variable relacionada con la condición habitacional determinó un nivel de hacinamiento de 48.7% en ambos grupos: 11.5% (75/652) y 37.2% (242/652) respectivamente.

Con ingresos económicos inestables 38.3% (250/652); insuficientes 27.3% (178/652); plan jefes 15.0% (98/652) y sin ingresos 18.9% (123/652).

Eran desocupados 45.3% (295/652); amas de casa 26.2% (171/652); changas 11.7% (76/652); estudiantes 6.1% (40/652) y con oficios varios 10.7% (70/652).

La evaluación final del tratamiento, cumplió el 92.9% (606/652), abandonó 3.8% (25/652) y fallecieron el 2% (13/652) de los pacientes. Realizó modalidad supervisada 77.3% (504/652).

Conclusiones: A partir del estudio del contexto social, determinamos que el grupo de pacientes subsidiados presentaba condiciones sociales y económicas desfavorables y precarias.

Si bien, el requisito explicitado en la ley de amparo, es la condición de pobreza, logramos describir variables que corroboran

en esta situación y que conforman un ambiente propicio para desarrollar la enfermedad.

Finalmente este subsidio cumplió la función de motivar a los pacientes para completar con éxito el tratamiento.

Palabras clave: Tuberculosis, Ley de Amparo 10 436, Determinantes sociales.

TO11

0168. INFECCIONES PULMONARES FATALES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Delellio, S Quadrelli, E Sobrino, JP Suarez, S Arce, S Lamot, C Alvarez, G Benchetri

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Argentina.

Introducción: Estudios controlados han enfatizado en la especial predilección de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) a desarrollar infecciones.

Nuestros estudios previos han demostrado que la infección es todavía causa importante de muerte en estos pacientes. El objetivo de este estudio es describir las infecciones pulmonares, analizar factores de riesgo y pronósticos de necropsias de pacientes con LES. Materiales y Métodos De una serie de 3.400 autopsias realizadas en el Instituto Lanari entre 1958 y 2006, se buscaron los pacientes con diagnóstico de LES, siguiendo los criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología (ACR). Se analizaron factores de riesgo para desarrollo de infecciones pulmonares y el rol de los mismos como potencial causa de muerte. Resultados Se incluyeron un total de 90 pacientes (79 mujeres), Las características de la población en estudio fue publicada previamente (Quadrelli y col, Lupus in press). No se objetivaron diferencias en el tiempo de evolución de la enfermedad en pacientes con y sin infecciones. En 54 pacientes se atribuyó la infección como causa de muerte; siendo el 93% a nivel pulmonar. En 58 pacientes se evidenció infección pulmonar, siendo la causa bacteriana 55.6% (50 pacientes) y 14.4% (13 pacientes) por agentes oportunistas. En cinco pacientes se evidenció coexistencia de infección pulmonar bacteriana y oportunista. Sólo 5 infecciones oportunistas fueron confirmadas o altamente sospechadas previo a la muerte. Todos habían recibido corticosteroides sistémicos y el 70% ciclofosfamida. En 84,6% la infección oportunista fue considerada como el principal factor de muerte. Utilizando regresión logística ni la presencia de glomerulonefritis, ni de LES, ni la leucopenia, ni el uso de ciclofosfamida predijo la aparición de infección pulmonar. Sin embargo al considerar las infecciones oportunistas, el uso de ciclofosfamida fue altamente predictivo de la presencia de una infección oportunista pulmonar. Conclusión Las infecciones pulmonares en pacientes con LES son todavía importante causa de muerte, Los pacientes con inmunosupresión presentan alto riesgo de infecciones oportunistas y requieren alto nivel de sospecha ya que el diagnóstico frecuentemente no es clínicamente evidente antes de la muerte.

TO12

0162. TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

C Wainstein, C Brian, M Pontino, E Pelaya, A Sancineto

Red de Atención de la Tuberculosis. Ministerio de Salud. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Propósito: La tuberculosis es en nuestro medio la principal enfermedad infecciosa oportunista en el paciente con infección por VIH-Sida. Se muestran los hallazgos más importantes en pacientes asistidos con coinfección TB-HIV (PTBHIV)

Métodos: se analizaron los registros de PTBHIV asistidos en la ciudad de Buenos Aires entre los años 2006 a 2008 inclusive. Los datos recogidos fueron: lugar de residencia, edad, sexo, consumo de sustancias, nacionalidad, localización de la TB,

laboratorio (directo y cultivo), presencia de resistencia y evolución. La información se procesó con el programa EPI 6.02. Resultados: en los años analizados se asistieron 7017 pacientes tuberculosos de los cuales 594 (8%) eran coinfectados con VIH-Sida. La coinfección según año varió entre 7 y 10%. La residencia de los PTBHIV correspondía a la ciudad de Buenos Aires según años al 46%, 51% y 48%. Nacionalidad argentina según año: 89%, 86% y 77%, entre los extranjeros predominio de países vecinos: Bolivia, Perú y Paraguay. Edad promedio entre 34 y 36 años, predominio de sexo masculino: 64%, 70% y 66% según años. El consumo de sustancias más frecuentes fue cocaína, tabaco y alcohol. Escolaridad primaria completa fue la más frecuente en todos los años. La localización pulmonar correspondió según año al 73%, 50% y 60% del total, siendo las localizaciones extrapulmonares más frecuentes: ganglionares, meníngea y diseminada. La baciloscopia directa resultó positiva en 71%, 58% y 71%, la recuperación del germen por cultivo en los pacientes con baciloscopia negativa fue 7/11 (63%), 18/62 (29%) y 19/22 (86%). Tratamiento previo en 20%, 31% y 21% según los años. Presencia de resistencia 10%, 6% y 7% en los años analizados. La evolución de los PTBHIV mostró según años: abandono: 20%, 27% y 20%, fallecidos 30%, 16% y 18%, el resto continúa tratamiento y evaluación. Conclusiones: la coinfección TBHIV se presenta en personas jóvenes, que residen por igual en la ciudad o fuera de la ciudad, con antecedentes de consumos de sustancias legales y no legales, con bajo predominio de formas pulmonares, y entre las extrapulmonares frecuencias de formas ganglionares, con antecedentes de tratamiento previo, y altas frecuencias de abandono y fallecidos. Se deberá fortalecer la búsqueda de infección por VIH en aquellos pacientes que concurren para la atención de la tuberculosis para lograr mejores resultados en el seguimiento y evolución de los mismos.

Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva; Neumonología crítica; Laboratorio pulmonar y fisiopatología

LUNES 5 DE OCTUBRE DE 2009
14.15 – 15.45
Salón Álvarez Argüelles

TO13 – Trabajo seleccionado para Premio 0023. VALORES DE CORTE DE VEF1/VEF6 PARA DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN PARA LAS DISTINTAS ECUACIONES DE REFERENCIA. M. Otaola, L. Rolando, N. Baillía, P. Rodríguez, Jolly

¹Hospital de Clínicas, Argentina, C. M. C., Argentina.

Introducción: Varios estudios sugieren el uso de FEV1/FEV6 como alternativa a la relación FEV1/FVC para el diagnóstico de obstrucción dado que la medición del FEV6 requiere menor esfuerzo por parte del paciente que la FVC. Sin embargo, no se ha determinado el valor de corte de esta relación que mejor correlacione con VEF1/FVC. Para definir obstrucción por FEV1/FVC las guías de ATS y ERS recomiendan determinar el límite inferior normal (LIN) (utilizando ecuaciones de referencia derivadas de una muestra de individuos sanos) pero ecuaciones de referencia para VEF1/VEF6 solo existen para la ecuación de NHANES III y no todos los espirómetros proveen los valores de LIN. El objetivo de nuestro trabajo es determinar el punto de corte de VEF1/VEF6 con mayor sensibilidad-

especificidad para las ecuaciones de referencia más utilizadas en la práctica clínica.

Material y Métodos: Se analizaron un total de 2416 espirometrías (realizadas en adultos desde 01/07 a 06/09) utilizando las siguientes ecuaciones de referencia: Morris, NHANES III, ERS 1993 y Crapo. Se definió como espirometría obstructiva a toda aquella que tuviera una relación VEF1/FVC inferior al LIN. En cada ecuación con la curva de «receiver-operator characteristic» (ROC) se determinó el valor de corte de VEF1/VEF6 que corresponda a la combinación óptima de sensibilidad y especificidad calculadas a partir de una tabla de 2x2. Se determinó el valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) para cada índice.

Resultados: La edad media de la población fue de 57,4 ± 16,3 años; 45% (1087) hombres. La prevalencia de obstrucción por FEV1/FVC, el valor de corte para la relación VEF1/VEF6 con mejor sensibilidad-especificidad y los VPP y VPN para cada ecuación se muestran en la tabla.

	%PrevObs	FEV1/FVC (n)	VEF1/VEF6	6%	Sens. Espec.	VPP	VPN
Morris	26	(631)	69	96,4	92,3	81,5	98,6
NHANES III	44	(1070)	73	91,0	93,0	91,2	92,9
ERS 93	40	(973)	72	93,0	94,8	92,3	95,3
Crapo	51	(1244)	75	90,8	89,4	90,0	90,2

Conclusión: Si se utiliza para cada ecuación de referencia el valor de VEF1/VEF6 determinado por este estudio (con mejor sensibilidad-especificidad) esta relación constituye una alternativa al FEV1/FVC para el diagnóstico de obstrucción.

TO14 – Trabajo seleccionado para Premio 0046. EFICACIA DEL FRASCO HUMIDIFICADOR COMO SISTEMA DE ACONDICIONAMIENTO DEL GAS INSPIRADO. ESTUDIO DE LABORATORIO

NG Roux, F. Feld, E. Gognia, D. Villalba, G. Plotnikoff, M. Ribero, V. A. Sartore, M. Bossó, C. Quiroga, N. Ewdokimoff, M. Leiva, M. Scriglia, A. Scapellato, D. Intifé, F. Planells, D. Nova, P. Buñirio, R. Joffe, E. Diaz, Nielsen

¹Clinica Basilea, Argentina, ²Laboratorio Anchorena, Argentina.

Objetivos: El frasco humidificador (FH) se ha transformado con el transcurso de los años en el Gold Estándar para la humidificación del oxígeno, tanto en pacientes con vía aérea natural como con vía aérea artificial. Este sistema no logra acondicionar el oxígeno en términos de humedad relativa (HR), temperatura (T°) y humedad absoluta (HA) de acuerdo a lo sugerido en la literatura, por lo tanto no está recomendado su uso en pacientes con vía aérea artificial. Sin embargo sigue siendo el método de elección a la hora de poner a un paciente en prueba de «TUBO T». ¿De qué depende el rendimiento de este sistema? ¿del volumen de llenado?, ¿del flujo de oxígeno?, ¿de la T° ambiente?, ¿de la salida del flujímetro?, ¿de la T° ambiente?

El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia del FH, en términos de HR, T° y HA del gas entregado. Materiales y métodos: Estudio laboratorio. Se construyó un circuito de aporte de oxígeno con FH, para pacientes con vía aérea artificial y desvinculados de la ventilación mecánica. Las variables principales de estudio fueron la T° del agua, HR, T° y HA del gas entregado.

Las mediciones se realizaron con 3 niveles de llenado del FH (100, 200 y 300 ml) y a diferentes flujos de entrada al humidificador, 1 a 15 lpm.

Se obtuvieron en total 4095 mediciones y 1350 cálculos entre septiembre y octubre de 2008.

Los materiales utilizados fueron: Termohigrómetro Testo 605-H, Frasco Humidificador Hudson BH-1 Dry Bubble Humidifier 6 PSI, Termómetro Luft-Germany, Flujímetro Praxair, tubuladura cristal tipo T63".

En el análisis estadístico se utilizó el test ANOVA para mediciones repetidas con análisis post-hoc Tukey. Valor significativo $p < 0,05$.

Resultados: Los valores se expresan en media y SD. Se comparó la HA del gas entregado con los tres niveles de llenado y con los 15 niveles de flujo. El modelo ANOVA arrojó diferencia significativa $p < 0,05$ en forma global para la variable HA. El análisis post hoc encontró diferencia significativa en la media de HA a cada uno de los volúmenes estudiados en todos los niveles de flujo ($p = 0,05$).

Los mejores resultados en términos de HA, HR y T° del gas entregado se obtuvieron siempre con un flujo de 1 lpm, ya sea con 100, 200 o 300 ml de agua destilada. Con 300 ml de agua los mejores valores fueron: HA 16,02 mg/l ($\pm 1,86$), HR 74,02% ($\pm 6,53$) y T° 23,92 ($\pm 0,69$). Con 200 ml: HA 15,49 mg/l ($\pm 1,62$), HR 72,56% ($\pm 7,15$) y T° 23,95 ($\pm 0,58$), finalmente con un volumen de 100 ml se logró una HA 12,91 mg/l ($\pm 0,40$), HR 57,01% ($\pm 4,93$) y T° 24,76 ($\pm 1,31$).

La T° del agua tuvo el siguiente comportamiento: a mayor flujo circulante menor T° y a menor volumen de llenado menor T°. El valor más alto de T° del agua, 16,9°C ($\pm 1,73$), se registró con un volumen de 300 ml y un flujo de 1 lpm, mientras que el valor más bajo, 10,4 °C ($\pm 2,01$), se registró con 100 ml y un flujo de 15 lpm.

Conclusiones: El FH no alcanzó los valores mínimos recomendados por la literatura, de HA 30 mg/l, HR 100% y T° 31-35°C, con ninguno de los flujos: 1 a 15 lpm, ni con los diferentes volúmenes de llenado: 100, 200 y 300 ml.

TO15

0065. UTILIDAD DE UN SISTEMA SUPERSIMPLIFICADO (APNEALINK) PARA EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON SOSPECHA CLÍNICA DE SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHOS)

LD Larrateguy Durán-Canfora, M Meresma, A Contin, LI Larrateguy ML Larrateguy País

¹Centro Privado de Medicina Respiratoria de Paraná, Hospital Frigoritxu. Vitoria. País Vasco, España. ²Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, Argentina. ³Universidad Tecnológica Nacional. Santa Fe, Universidad de Concepción del Uruguay. Santa Fe, Argentina. ⁴Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina.

Introducción: El diagnóstico del SAHOS puede hacerse actualmente con métodos simplificados en el domicilio pero aún costosos y de manejo por el especialista. El ApneaLink, es un dispositivo supersimplificado que permite evaluar los eventos respiratorios midiendo el flujo ventilatorio con una cánula nasal conectada a un transductor de presión y con un software que analiza automáticamente el número de eventos.

Objetivos: Establecer la validez diagnóstica y la utilidad en la toma de decisiones terapéuticas de un sistema monocanal experto (Apnealink) comparado con poligrafía respiratoria (SibelHome Plus E), realizado en el domicilio de pacientes con sospecha clínica de SAHOS.

Metodología: Es un estudio prospectivo para analizar la validez del Apnealink, realizado en el domicilio del paciente comparando con un polígrafo Sibelhome Plus E, para el diagnóstico de confirmación de SAHOS grave (IAH > 30) y de exclusión de SAHOS no relevante (IAH < 10). El estudio en el domicilio del paciente se llevó a cabo de manera simultánea (Sibelhome y Apnealink), mediante una conexión en «T» diseñada y probada con éxito por el grupo del Dr. J. Durán (Arch Bronconeumol 2003;39: 537- 543), de forma que la misma señal de la cánula nasal vaya a los dos equipos con igual potencia y sin pérdidas. Esto hace que las señales recibidas en ambos equipos, sean perfectamente comparables.

Resultados: Se han estudiado 32 pacientes -IAH medio de 27 + 24-. Se comparan los resultados del IAH obtenido con la

PR (IAH-PR) con el IAH obtenido con el ApneaLink (IAH-Link) en lectura automática y manual, realizado en el domicilio.

El análisis de validez del IAH automático obtenido con el ApneaLink frente al IAH obtenido con la PR para un punto de corte de IAH ≥ 30 dio una sensibilidad del 100 % (IC 95% 95.8-100.0), una especificidad del 85.0% (IC 95% 66.8-100.0), un valor predictivo positivo del 80.0% (IC 95% 56.4-100.0) y un valor predictivo negativo del 100% (IC 95% 97.1-100.0). Para un punto de corte ≤ 10 también con análisis automático se obtuvo una sensibilidad del 94.1% (IC 95% 80.0-100.0), una especificidad del 66.7% (IC 95% 39.5-93.8), un valor predictivo positivo del 76.2% (IC 95% 55.6-96.8) y un valor predictivo negativo del 90% (IC 95% 9.4-100.0). Con el análisis manual mejoran ligeramente estos resultados. La intención de tratar con CPAP es similar en con ambos equipos, teniendo con el Apnealink tanto automático como manual una sensibilidad del 100% y una especificidad del 85% y del 90% respectivamente. Conclusiones: Tanto el análisis manual como el automático muestran buenos resultados.

La intención de tratar con CPAP a los pacientes es similar con ambos equipos.

Estos resultados sugieren que el ApneaLink es una herramienta útil para el diagnóstico del SAHOS en el domicilio.

TO16

0070. VALIDEZ DE UN SISTEMA SUPERSIMPLIFICADO (APNEALINK) PARA EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON SOSPECHA CLÍNICA DE SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHOS). RESULTADOS PRELIMINARES

LD Larrateguy Durán-Canfora, Aizpuru C Egéa, N Pedraz R, Rubio C González, Martínez N, Canelo J, Jorquera M, Díaz Leuzá M, Larrañaga Leuzá F, Capó E, García M, Sanchez-Armentano M, Mayos F, Ariá JF, Mañá M, Rubio J, Abad F, García-Ruiz M, Montserat R, Ballester M, Del Mar M, González M, Cabello C, Quejido A, Jimenez A, Ferrer M, De la Peña N, González-Marigido, Troncós, Rey de Castiella, Barbé

¹Centro Privado de Medicina Respiratoria de Paraná, Hospital Frigoritxu. Vitoria. País Vasco, España. ²Unidad de Investigación de Álava. País Vasco, España. ³Hospital Virgen del Rocío. Sevilla, España. ⁴Hospital San Pablo. Barcelona, España. ⁵Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres, España. ⁶German's Trials i Pujol. Barcelona, España. ⁷Hospital La Paz. Madrid, España. ⁸Hospital Clínico de Barcelona, España. ⁹Hospital Valdecilla. Cantabria, España. ¹⁰Hospital Sabadell. Barcelona, España. ¹¹Hospital Son Dureta. Mallorca, España. ¹²Hospital Jimenez Diaz. Madrid, España. ¹³CENTRES. Lima, Perú. ¹⁴Hospital Arnau de Vilanova. Lleida, España. ¹⁵Instituto de la Salud Carlos III. Ciber de Respiratorio. CIBERES., España.

Introducción: El diagnóstico del SAHOS requiere pruebas de sueño costosas que generan largas listas de espera, por lo que necesitamos herramientas diagnósticas simplificadas y rápidas. El ApneaLink, es un dispositivo que permite evaluar los eventos respiratorios midiendo el flujo ventilatorio con una cánula nasal conectada a un transductor de presión.

Objetivos: Evaluar la validez del Apnea-Link (en domicilio y en el hospital) para el diagnóstico de pacientes con sospecha clínica de SAHS estudiados en unidades de sueño, comparando sus resultados con los obtenidos con la polisomnografía (PSG).

Metodología: Estudio de validez multicéntrico, prospectivo, randomizado y cruzado. Se realizó a cada paciente un estudio simultáneamente con una PSG y el Apnealink en las Unidades de Sueño, mediante una conexión en «T» diseñada y probada con éxito por el grupo del Dr. J. Durán (Arch Bronconeumol 2003;39: 537- 543), de forma que la misma señal de la cánula nasal vaya a los dos equipos con igual potencia y sin pérdidas. Esto hace que las señales recibidas en ambos equipos, sean perfectamente comparables. Además se realizó un estudio domiciliario con el Apnealink dentro de los siete días antes o después de la PSG en forma aleatoria.

Resultados: Se han estudiado 346 pacientes (50% de la muestra prevista) -IAH medio de 40,4 + 30,9-. Se comparan los resultados del IAH obtenido con la PSG (IAH-PSG) con el IAH obtenido con el ApneaLink (IAH-Link) en lectura automática y manual, realizado en el hospital y en el domicilio. El análisis del coeficiente de correlación intraclass (CCI) para el IAH-Link en el domicilio fue 0,735 (IC 95% 0,681-0,780) para el análisis automático y mejoró levemente a 0,787 (IC 95% 0,742-0,825) con el análisis manual. Estos resultados son discretamente mejores con el IAH-Link realizado en el hospital con un CCI de 0,816 (IC 95% 0,776-0,849) que aún mejoran más con el análisis manual con un CCI de 0,875 (IC 95% 0,847-0,898).

Conclusiones:

1. El análisis manual es discretamente superior al análisis automático pero ambos muestran buenos resultados.
2. Los resultados son mejores en el hospital que en el domicilio.
3. Estos resultados sugieren que el ApneaLink es una herramienta útil para el diagnóstico del SAHOS y que es capaz de clasificar adecuadamente en torno al 82% de los pacientes con sospecha de SAHOS enviados a una unidad de sueño.

TO17 – Trabajo seleccionado para Premio

0175. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POST-OPERATORIAS

V Abrate, A Blua, T Vallone, JP Casas, J Perez, H Abbona, AM Lopez

Hospital Privado, Argentina.

Las complicaciones respiratorias postoperatorias (CRP) son causa común de morbi-mortalidad perioperatoria en cirugía mayor, con una incidencia reportada del 2 al 19%. Presentamos las características de los pacientes (pts) evaluados en nuestra institución para cirugía mayor electiva.

Objetivos: Primario: identificar factores de riesgo asociados a CRP. Secundario: determinar incidencia, tipo, morbi-mortalidad y duración de la internación en relación a las CRP.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo de historias clínicas y fichas de evaluación preoperatoria de 264 pts sometidos a cirugía mayor electiva, con exclusión de trasplantes, entre enero 2005 a diciembre 2008. Se consideró CRP a toda afección pulmonar que produce enfermedad identificable o disfunción clínicamente significativa, en los primeros 30 días postoperatorios. En el preoperatorio, se estratificó a los pts en tres grupos: riesgo quirúrgico normal, aumentado y muy aumentado. En el postoperatorio, se dividió a la población en dos grupos: sin CRP y con CRP. Análisis estadístico: test de χ^2 para dos variables y Test T. Significación estadística: $p < 0,05$.

Resultados: Presentamos 264 pts, masculinos 70%. Edad promedio: 60±12,8. BMI 30,4±5,8. Fueron sometidos a cirugía torácica 14 (5%), cardiovascular 187 (71%), cirugía abdominal superior 37 (14%) y otras localizaciones 26 (10%). Comorbilidades: EPOC 12 (5%), asma bronquial 30 (11%), diagnóstico previo de SAHS 6 (2%), TBC cicatrizal 4 (1,5%), otras 19 (7%). Tabaquistas 170 (64%), activos 52%. Roncadores 138 (52%). Examen físico preoperatorio normal 209 (79%). Espirometría anormal 113 (43%), obstructiva 43 (16%) y restrictiva 70 (27%). Rx tórax normal 90 (36%), signos de enfermedad de base 141 (57%), nuevos hallazgos 18 (7%): 3 nódulo pulmonar, 8 signos sugestivos de enfisema, 3 cardiomegalia, 1 fibrosis pulmonar, 2 secuelas pleurales y 1 parálisis diafragmática idiopática.

Desarrollaron CRP 20/264 (7,6%), de éstos, el 50% tuvo una evaluación de riesgo prequirúrgico normal. En el grupo con CRP, la alteración espirométrica severa (obstructiva o restrictiva) representó el 50% de las evaluaciones funcionales anormales; siendo estas variables estadísticamente significativas ($p = 0,014$ y $p = 0,020$ respectivamente).

Los pts con CRP tuvieron mayor tiempo de internación ($p = 0,002$) (5,35 ± 4,10 días vs 13,65 ± 10,63 días). La CRP más

frecuente fue derrame pleural que requirió toracocentesis (9/20), en 3 pts se asoció a atelectasia. IRA 6 pts, 4 requirieron ARM. Presentaron EA-EPOC 2 pts, uno con derrame pleural. La mortalidad global fue 2,7% (7/264), 5% (1/20) en pts con CRP vs 2% (6/244) en ptes sin CRP ($p = 0,496$).

Conclusiones: La alteración espirométrica severa, fue el único factor de riesgo independiente asociado a CRP. Se presentaron todas las complicaciones, excepto TEPA. La incidencia de las CRP fue de 7,6%, con un impacto significativo en el tiempo de internación y una mortalidad del 5%. Un hallazgo adicional, en la evaluación preoperatoria, fue la detección de nuevas patologías.

TO18

0224. TITULACIÓN DE CPAP EN PACIENTES CON APNEAS DEL SUEÑO CON EQUIPOS AUTOAJUSTABLES EN DOMICILIO ¿1, 3 Ó 6 NOCHES?

JF Nogueira, S Grandval, P Micci

Instituto Argentino de Investigación Neurológica, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los equipos de CPAP autoajutable (ACPAP) permiten titular la presión de CPAP durante varias noches en el domicilio del paciente con Apneas del Sueño (SAHOS), sin control polisomnográfico y bajo determinadas condiciones. El objetivo del procedimiento es detectar el nivel de presión de CPAP que controle la aparición de eventos obstructivos. Los equipos de ACPAP cuantifican el nivel de presión entregada bajo la forma de presión media (PM), máxima y percentilo 95 (P95) de presión. Los requerimientos de presión pueden variar considerablemente noche a noche en cerca de la mitad de los pacientes. No ha sido establecido aun cuantas noches de titulación con ACPAP son suficientes o necesarias para detectar el nivel de presión efectiva.

Objetivo: Determinar cual es la duración adecuada de la titulación domiciliar con ACPAP que permita establecer con mayor exactitud los valores de presión de CPAP promedio que el paciente requiere.

Métodos: Pacientes adultos con clínica y polisomnografía compatibles con SAHOS moderado-severo con indicación de CPAP. Los pacientes fueron sometidos a un programa de educación y entrenamiento en el uso de CPAP y las implicancias del SAHOS, posteriormente utilizaron un equipo de ACPAP en su domicilio durante 6 noches consecutivas. Los datos almacenados por el equipo (PM, P95, fuga y horas de uso) se descargaron luego para su análisis. Se determinaron las PM del día 1 y se las comparó con el promedio de las PM de los primeros 3 y de los 6 días, así como también se compararon las PM de los 3 y 6 días entre sí. Se estableció como punto de corte de tolerancia de la diferencia a 1 cmH₂O y se determinó la cantidad de casos en los que cada una de estas comparaciones superaban este valor. Finalmente se compararon las características de las poblaciones con mayor y menor diferencia en las distintas PM.

Resultados: 170 pacientes, 147 varones; 54,7±13,4 años; IMC 33,8±8,4; IPR 51,6±21,9; horas de uso de CPAP 5,8±1,3. Los niveles promedio de CPAP fueron en la 1er noche 6,56±2,11 cmH₂O; promedio 3 noches 6,71±2,04 y promedio 6 noches 6,70 ± 2,01. Se encontraron diferencias > 1 cmH₂O entre la 1er noche y el promedio de 3 y 6 noches en 42 (24,7%) y 43 (25,3%) pacientes. Solo en 3 pacientes (1,8%) se encontraron diferencias > 1 cmH₂O al comparar los promedios de PM de las 3 y 6 noches. No se hallaron diferencias poblacionales en las distintas comparaciones.

Conclusión: La variabilidad de los requerimientos de CPAP determina que la titulación con ACPAP en domicilio en una sola noche pueda resultar inadecuada en ciertos pacientes. La prolongación de la titulación a 3 noches permite identificar eficazmente valores de presión estables comparables a un período de tiempo de 6 noches de estudio.