

38° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

Asociación Argentina de Medicina Respiratoria

Trabajos Orales

OR01 - Trabajos Libres Orales 01 "Neumonología clínica y crítica"

DOMINGO 10 DE OCTUBRE DE 2010
17.30 – 18.30
Salón Atlántico A

T001

O020. TRASPLANTE PULMONAR EN FIBROSIS QUÍSTICA: 18 AÑOS DE EXPERIENCIA

JM Osse, R Ahumada, G Wagner, J Vasquez, S Moscoloni, L Martínez, D Absi, T Ibañez, J Cáneva, A Bertolotti, RR Favalaro
Hospital Universitario - Fundación Favalaro, 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 junio de 1992 y abril de 2010. 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 57 pacientes con FQ para TP, de los cuales 22 (38%) recibieron trasplante bipulmonar, 12 (54%) masculinos y con una edad media de 25 años \pm 7 (13-37 años Hg). La clase funcional al momento de la evaluación fue II en 2 (9%) pacientes, III en 13 (59%) y IV en 7 (32%). El FEV1 fue de $22\% \pm 8$ del predicho (14-37%), la PaO₂ de 58 ± 9 mm Hg (43-81 mm Hg) y la PaCO₂ 47 ± 7 mm Hg (33-70 mm Hg). Requiritieron intervenciones terapéuticas por hemoptisis 7 (32%) pacientes y 3 (13%) por neumotórax. Todos los pacientes tenían insuficiencia pancreática y sinusitis crónica, 6 (27%) diabetes, 9 (40%) hipertensión pulmonar con una media de 36 ± 6 mm Hg (26-45 mm Hg). 22 (100%) pacientes estaban colonizados con Pseudomonas aeruginosa, 15 (68%) con S. aureus, 6 (27%) con hongos y 3 (13%) con Burkholderia cepacia. El trasplante fue realizado en condición electiva en 12 (54%) pacientes, 5 (23%) fueron trasplantados en urgencia y 5 (23%) en emergencia. Cinco (23%) pacientes fallecieron en el post operatorio, 3 por sépsis y 2 por falla primaria del injerto. La estadía hospitalaria para los sobrevivientes fue de 19 \pm 15 días (7-64 días). La inmunosupresión incluyó triple esquema (ciclosporina/tacrolimus, azatioprina/micofenolato y prednisona) en 9 pacientes y doble esquema (tacrolimus y prednisona) en 8 pacientes. Incluida la mortalidad hospitalaria la sobrevida a 3 meses fue de 74%, al año 63% y a 5 años 53%.

El 90% de los pacientes al término del 1º año pos trasplante se encontraban en clase funcional I y no requieren ningún tipo de asistencia en sus actividades cotidianas.

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.

T002

O166. UTILIDAD DE LA PROCALCITONINA EN LA IDENTIFICACIÓN DE ETIOLOGÍA INFECCIOSA. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS AÑOS 2007 Y 2009

MP Pereiro¹, C Gaitán², V Falasco¹, S Falasco¹, CN Artana¹, MA Martínez Cortizas¹
¹Hospital Fiorito, Argentina. ²Hospital Presidente Perón, Argentina.

La procalcitonina (PCT) ha demostrado tener utilidad como marcador de infección bacteriana, permitiendo diferenciar a las bacterias de otros agentes etiológicos en las neumonías.

El **objetivo** de este trabajo es evaluar en forma retrospectiva su utilidad en la pandemia de Influenza A (H1N1) durante el 2009, comparándola con los datos obtenidos en similares pacientes del año 2007, en relación con el rescate microbiológico obtenido en enfermos internados con neumonía aguda de la comunidad (NAC).

Materiales y Métodos: Se recolectaron datos de los pacientes internados por NAC durante junio y julio de 2009 y del año 2007 en igual período. En el año 2009, la terapéutica instituida fue Amoxicilina- Acido Clavulánico o Ceftriaxona más Claritromicina y Oseltamivir, a dosis convencionales. En el año 2007 sólo se utilizó tratamiento antibiótico (igual esquema).

Resultados: En el año 2007 se internaron 113 pacientes por NAC de los cuales 26 fueron evaluados con PCT y proteína C reactiva (PCR). Masculinos: 56,8%, con un promedio de edad de 57,8 años. De los 131 pacientes internados en el 2009, 28 se estudiaron con PCT y PCR, 53,6% masculinos, con un promedio de edad de 46,7 años (p: NS). En 2009, el porcentaje de serología IgM positiva para Mycoplasma pn. en el grupo de 28 pacientes, en que se estudió PCT y PCR fue de 32.14% (9 casos), mientras que en el de 26 enfermos de NAC del 2007 fue sólo el 11.53% (3 casos). Se observó un bajo porcentaje de rescate bacteriano tanto en el grupo del 2007 como en el del 2009. Los valores de PCT se encontraron más elevados en las NAC del 2007 que en las del 2009 (2,75 ng/ml vs. 0,25 ng/ml p < 0,05). Las cifras de PCR fueron elevadas en ambas poblaciones estudiadas, mostrando valores levemente superiores en el año 2007 en relación a las halladas durante la pandemia del 2009 (10,73 mg% vs. 7,54 mg%, p=0,28). Los valores de PCR no mostraron diferencias significativas entre los diferentes grupos de rescate microbiológico, mientras que los valores de PCT fueron significativamente más elevados en el de aislamiento bacteriano confirmado vs. el de Mycoplasma pn. positivo y el grupo de cultivos negativos.

Discusión: Es sabido que la PCT es un buen marcador de infección bacteriana. Al comparar los datos obtenidos en los enfermos estudiados en el 2009, las cifras de PCT fueron significativamente inferiores en la mayoría de ellos, en relación a las del 2007, permitiendo fortalecer el diagnóstico de la etiología viral de las NAC durante la pandemia de Influenza A (H1N1).

La PCR mostró cifras altas, similares entre los pacientes evaluados tanto en el 2007, como en el 2009, pero sin diferencias significativas que permitieran considerarla como un elemento útil para discriminar entre etiología bacteriana, viral o por *Mycoplasma* pn.

Conclusiones: Se obtuvo bajo rescate bacteriológico con significativo porcentaje de serología IgM positiva para *Mycoplasma* pn. en las NAC durante el 2009. La PCR no mostró diferencias significativas entre grupos. La PCT permitió diferenciar la etiología viral de la bacteriana.

T003

0219. EVALUACION DE LA ACTIVIDAD DE DIFERENTES ANTIMICROBIANOS FRENTE A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS EN ADULTOS

BS Weyland¹, MO Losada¹, M Mollerach², L Bonofiglio², CH Rodriguez¹, C De Mier¹, C Vay¹, A Famiglietti¹

¹ Laboratorio de Bacteriología, Facultad de Farmacia y Bioquímica. Hospital de Clínicas "José de San Martín", Argentina. ² Cátedra de Microbiología, FFyB. UBA, Argentina.

Introducción: *Streptococcus pneumoniae* es el principal agente etiológico de infecciones del tracto respiratorio como también de meningitis, otitis media aguda y sinusitis. La emergencia de múltiples resistencias ha condicionado la actitud terapéutica de las infecciones neumocócicas.

Objetivos: Evaluar la actividad de nuevos y viejos antimicrobianos frente a *Streptococcus pneumoniae* en infecciones respiratorias bajas.

Materiales y Métodos: Durante los años 2008 y 2009 se estudiaron 59 aislamientos de *S. pneumoniae* de las siguientes muestras clínicas: hemocultivos: 30 (51%), materiales respiratorios: 29 (49%) (esputos 19, lavados broncoalveolares 4, aspirados traqueales 5, líquido pleural 1). Se determinó la concentración inhibitoria mínima (CIM) por el método de dilución según las recomendaciones del CLSI del año 2009. Los ATM ensayados fueron: penicilina (PEN), amoxicilina (AMX), ceftriaxona (CRO), cefuroxima (CFU), imipenem (IMI), meropenem (MER), doripenem (DOR), levofloxacina (LEV), moxifloxacina (MOX), gatifloxacina (GAT), eritromicina (ERI), clindamicina (CLD), tetraciclina (TET), tigeciclina (TIG), doxiciclina (DOX), minociclina (MIN), linezolid (LZD), rifampicina (RIF), vancomicina (VAN) y trimetoprima-sulfametoxazol (TMS).

Resultados: No se observó resistencia a PEN (parenteral), AMX, CRO, IMI, MER ni DOR y la CIM90 fue < 0.125 µg/ml para cada uno ellos, mientras que para CFU la resistencia fue 3.2% (oral) y 4.8% (parenteral). El 14.7% de los aislamientos presentaron sensibilidad intermedia a PEN (oral) con CIM entre 0.125 y 1 µg/ml. Las fluorquinolonas más activas fueron GAT, seguida de MOX y LEV con CIM90: 0,063, 0.125 y 1 µg/ml respectivamente. Un solo aislamiento presentó resistencia a LEV (CIM: 8 µg/ml), pero no a MOX ni GAT. La resistencia a ERI fue 19.2% y el fenotipo predominante fue el M (83%) confirmado por la presencia del gen *mef*. La resistencia a TET fue 6.4% (CIM: 4-16 µg/ml) y no se acompañó de resistencia TIG (CIM90: 0.5 µg/ml) pero se observó un aumento de la CIM de DOX y MIN con respecto a la CIM poblacional. No se observó resistencia a VAN, LZD ni RIF (CIM90: 0,25, 2 y 0.016 µg/ml respectivamente) mientras que a TMS la resistencia fue 21,4% (CIM90 : 4 µg/ml).

Conclusiones: La PEN parenteral o AMX, independientemente de la vía de administración, continúan siendo los BLM más adecuados en las infecciones no meningéas, mientras que los ma-

crólidos deberían utilizarse con precaución ya que la resistencia ascendió en el último bienio. La resistencia a LEV continúa baja 1.6% y aunque GAT y MOX continúan sensibles debería desestimarse su uso en aquellos aislamientos resistentes a LEV para prevenir la selección de resistencia.

T004

0032. EVOLUCIÓN DE PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES INTERNADOS EN UTI

JM Osses, F Klein, P Klein, J Diaz, A Bertolotti, RR Favaloro Hospital Universitario - Fundación Favaloro, Argentina.

Introducción: El trasplante pulmonar (TXP) es una opción terapéutica aceptable para pacientes (p.) portadores de enfermedad pulmonar terminal. La sobrevida a corto plazo ha mejorado en los últimos años, pero los receptores de TXP permanecen con riesgo elevado de presentar una variedad de complicaciones que potencialmente pueden requerir internación en UTI.

Objetivos: Estudiar la epidemiología, evolución clínica y factores de riesgo para la sobrevida en receptores de TXP ingresados en UTI.

Material y Métodos: Todos los receptores de TXP en una única institución dados de alta del hospital luego de su trasplante y posteriormente ingresados a UTI desde el 20/02/1996 fueron seguidos hasta su muerte o 29/05/2006.

Los datos demográficos recolectados incluyeron tipo y fecha del TXP, mejor VEF1 postransplante y último preingreso, diagnóstico de ingreso, uso de ARM, episodios de rechazo e infecciones oportunistas.

Resultados: Sobre un total de 103p., 41p (39.8%) ingresaron a UTI durante el período de estudio. Un 53.6% (22/41 p) fueron de sexo masculino, edad media de 42 años (entre 15-66). El diagnóstico pre TXP correspondió a Enfisema (E) en 13p (31.7%); Fibrosis pulmonar idiopática en 8p (19.5%); Bronquiectasias 8 p (19.5%); Fibrosis quística en 5 p (12.2%) y otros en 7 (17%). La principal causa de ingreso a UTI correspondió a Insuficiencia respiratoria (IR) (28p; 68.3%), seguida por convulsiones (3p; 7%), sepsis (2p; 4.8%), siendo el resto de las causas abdomen agudo, fibrilación auricular, fibroncoscopia de alto riesgo, neumotórax post biopsia transbronquial, síncope y tratamiento del rechazo celular agudo.

Treinta y cinco (35 p) (85.3%) requirieron ARM durante su internación en UTI.

Veintiocho (28p) fallecieron durante su internación en UTI (68.3%).

La sobrevida a 1; 3 y 5 años de los p. que requirieron internación en UTI fue de 67.3%; 62.9% y 47.4% respectivamente, con una mediana de sobrevida de 1761 días (1134 - 2388 d). En los p. que requirieron ARM durante la primera internación en UTI fue de 63.1%; 58.9% y 44.2% respectivamente, con una mediana de sobrevida de 1618 d (132 - 3104 d).

Los p que fallecieron requirieron ARM en la primera internación en UTI (71.4% vs 38.5%; p= 0.044 por X2; OR 4,0; IC 95% 1- 15,99). Entre los p. que fallecieron no se halló una mayor prevalencia de E como enfermedad de base (32.1% vs 30.8%; p= 1 por Test de Fisher); VEF1 < 2000 ml pre ingreso (54.2% vs 33.3%; p= 0.238 por test de X2) así como tampoco presencia de infecciones oportunistas (39.3% vs 38.5%; p= 0.96).

Se halló una correlación directa entre el desarrollo de rechazo celular agudo corticorresistente (RCA CR) y mortalidad, sin registro de episodios en los sobrevivientes.

Conclusión: El ingreso a UTI es común en receptores de TXP. La indicación de internación en UTI se debió fundamentalmente a IR en primera instancia. La necesidad de ARM está asociada con mal pronóstico en receptores de TXP, al igual que el desarrollo de RCA CR en el transcurso del primer año post TXP.

OR02 - Trabajos Libres Orales 02

"Enfermedades obstructivas e inmunología I"

DOMINGO 10 DE OCTUBRE DE 2010

17:30 - 18:30

Salón Atlántico B

T005 – Trabajo postulado para Premio

O210. DESARROLLO DE UN MODELO MURINO DE ASMA BRONQUIAL

F. Elías^{1,2}, AV Dugour^{1,2}, I Stella³, JM Figueroa¹

¹Fundación Pablo Cassara, Argentina. ²TimeDNA, Argentina. ³Centro CEBBAD Universidad Maimonides, Argentina.

Introducción: el asma es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente. Pese a los enormes progresos logrados en su control a partir de la *Introducción* de los corticoides inhalados aún es necesario profundizar en el conocimiento de su fisiopatología y en el desarrollo de nuevas drogas. Si bien el último objetivo es la patología humana el desarrollo de modelos experimentales de la enfermedad tanto in-vitro como in-vivo constituyen herramientas fundamentales para estos objetivos.

Objetivos: desarrollar un modelo in-vivo de asma en ratones Balb/c y evaluar en este el efecto del tratamiento con Budesonide (bud) inhalado en aerosol-MDI.

Material y Métodos: el desarrollo de asma en ratones Balb/c se obtuvo mediante la generación de alergia a la albúmina. Se los inoculó con 20 µg de ovoalbúmina (ova) emulsificada en 2.25 mg de Hidróxido de Aluminio los días 1 y 7 del experimento por vía intraperitoneal (i.p). Luego recibieron estímulos repetidos con 40 ml de solución de ova 1% por vía intranasal (i.n.). Los controles fueron tratados con soluciones placebo, con el adyuvante pero sin el agregado de ova. A los 3 días de la última dosis i.n. los animales fueron sacrificados con una solución de ketamina/xilacina y se obtuvieron diferentes muestras para su estudio: se determinó el perfil de la respuesta T (Th1/Th2) en el suero de los animales inmunizados mediante un Elisa indirecto (IgG, IgG1 e IgG2a) y se evaluó la inflamación bronquial por observación histológica de cortes de pulmón de cada animal. Los preparados fueron teñidos con Hematoxilina-Eosina (HE), PAS, y Tricrómico de Masson y analizados bajo microscopio óptico. La observación histológica de animales tratados y controles fue realizada por un médico patólogo (IS), a ciegas del tratamiento que habían recibido. En un experimento posterior un grupo de animales recibió durante la última semana de estimulación, previo a su sacrificio, tratamiento con bud en aerosol (1200 mcgr/d). Para ello se adaptó un espaciador al cuello del animal de manera que la cabeza quedara libre dentro del mismo y se le aplicaron 3 puff de 400 mcgr de bud en aerosol cada 24 hs. Luego de la semana de tratamiento los animales fueron estimulados con ova i.n. y sacrificados y procesados según el protocolo descripto.

Resultados y conclusiones: en los ratones inmunizados con ova observamos un perfil compatible con inflamación alérgica en las muestras sistémicas y alteraciones histológicas similares a las del asma humano (infiltración por inmunocitos, hiperplasia epitelial y de células CLARA, engrosamiento de la basal y fibrosis peribronquial). No se observaron dichas alteraciones en el grupo control.

T006 – Trabajo postulado para Premio

O211. DESARROLLO DE UN MODELO IN-VITRO DE INFLAMACIÓN EN UNA LÍNEA DE CÉLULAS DE EPITELIO RESPIRATORIO HUMANO.

AV Dugour¹, F Elías^{1,2}, JM Figueroa¹

¹Fundación Pablo Cassara, Argentina. ²Bio-Advisory S.A, Argentina.

Introducción: el epitelio respiratorio ha sido tradicionalmente considerado una barrera protectora, con participación activa en la secreción y transporte del moco, y con posibilidad de transporte e intercambio de sustancias y agua con el medio externo. En los últimos años esta visión ha cambiado, al reconocerse

otras actividades biológicas de las células epiteliales. Una de ellas, que parece jugar un papel fundamental en el asma, es la de participar en la cascada inflamatoria. Los modelos de células aisladas, si bien difieren del contexto fisiológico normal, permiten analizar estos mecanismos y evaluar las posibilidades de modificarlos farmacológicamente.

Objetivo: desarrollar un modelo de inflamación de epitelio respiratorio in-vitro utilizando una línea de células de epitelio respiratorio humano (Calu-3) en monocapa, y evaluar la acción antiinflamatoria del bud en él.

Materiales y métodos: las células Calu-3 fueron cultivadas en placas en forma de monocapa en interfase medio-aire, simulando la disposición del epitelio respiratorio humano. Se las inflamó agregándoles IL-1 (50 ng/ml) y H₂O₂ (100 mM) durante 1 hora en el medio de cultivo. Posteriormente fueron tratadas con bud 30 mM durante 24 hs. La actividad inflamatoria se estimó cuantificando la producción de IL-8, que es uno de los mediadores liberados por las células al activarse la cascada inflamatoria (método Elisa de captura).

Resultados y conclusiones: 1) la adición de IL-1 y H₂O₂ indujo la producción de IL-8 por los cultivos de células Calu-3. 2) BUD 30 mM disminuyó esta inflamación.

Hemos desarrollado un modelo in-vitro para el estudio de la inflamación del epitelio respiratorio humano. La adición de bud en este modelo disminuye la inflamación, tal cual ocurre en el asma in-vivo.

T007

O214. EFECTO DE INDACATEROL UNA VEZ AL DÍA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA, SÍNTOMAS Y USO DE MEDICACIÓN DE RESCATE EN EPOC MODERADA A SEVERA: ANÁLISIS DE DATOS DE SEIS MESES EN 4088 PACIENTES.

R del Olmo¹, D Colodenco², E Giugno³, C Peraltta⁴

¹Hospital María Ferrer/Fundación CIDEA, Argentina. ²Hospital María Ferrer/CERI, Argentina. ³Hospital Cetrángolo, Argentina. ⁴Novartis Pharma AG, Argentina.

Propósito del estudio

- Analizar resultados en conjunto de 6 meses de uso, en 3 ensayos de indacaterol a largo plazo, y obtener información sobre su efecto en la calidad de vida en pacientes con EPOC moderada/severa (GOLD 2005).

- Indacaterol es un β-2 agonista de acción ultra prolongada, que a través de la inhalación de una única dosis diaria de polvo seco, proporciona una rápida y eficaz broncodilatación.

Métodos. Se combinaron los datos de 3 ensayos clínicos (B2335S, B2336 y B2334) multicéntricos, randomizados, controlados por placebo, de grupos paralelos para evaluar la eficacia, seguridad y tolerabilidad de indacaterol y se analizaron los primeros 6 meses de tratamiento. Todos los tratamientos fueron a doble ciego, con la excepción de tiotropio 18 µg una vez al día, administrado de manera abierta.

Variables analizadas

- Puntaje total según Cuestionario Respiratorio de St. George (SGRQ)
- Utilización de medicación de rescate (salbutamol), registrado en los diarios de los pacientes
- Puntaje total mediante el Índice Transicional de Disnea (TDI)

Resultados. Características de la población analizada

Los grupos paralelos analizados tuvieron características similares y balanceadas en cuanto a edad, sexo, VEF₁ (% previsto) pre y post-broncodilatador, reversibilidad de VEF₁ post-salbutamol, tabaquismo y tiempo de diagnóstico de EPOC.

Cuestionario Respiratorio de St George

Los pacientes que recibieron indacaterol informaron mejor estado de salud con ambas dosis, en la puntuación total media del SGRQ (≤ 4 unidades, cambio mínimo clínicamente importante).

Puntaje total del TDI

El porcentaje de pacientes con mejoría en el puntaje TDI de ≥ 1 (mínimo cambio clínicamente importante) fue mayor con ambas dosis de indacaterol.

Uso de medicamentos de rescate

El porcentaje de días sin usar medicación de rescate se incrementó en todos los grupos de tratamiento.

– ambas dosis de indacaterol lo aumentaron significativamente en comparación con tiotropio ($p < 0,001$)

– indacaterol 300 μg lo aumentó significativamente en comparación con salmeterol ($p < 0,01$)

Conclusiones

- En 6 meses de tratamiento, indacaterol 150 μg y 300 μg ofreció mejoras significativas respecto de placebo en parámetros de calidad de vida incluyendo puntaje total del SGRQ, puntaje total de TDI ≥ 1 y más días sin usar medicación de rescate.
- Indacaterol 300 μg fue significativamente superior a formoterol en mejorar la puntuación total de TDI y a salmeterol respecto al porcentaje de días sin uso de medicación de rescate.
- Ambas dosis de indacaterol fueron significativamente superiores en porcentaje de días sin medicación de rescate en comparación con tiotropio.
- Los resultados observados con indacaterol 150 μg y 300 μg una vez al día se comparan favorablemente con formoterol dos veces al día, tiotropio una vez al día y salmeterol dos veces al día.

TO08

0237. SUBDIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN LA SEMANA DEL EPOC: ANÁLISIS DE 3 AÑOS

G. Martínez, G. Lonegro, C. Franco, G. Saenz, M. Aramayo, R. Claros Arispe, L. Gauna, I. Palma, D. Antuni, R. Gené

Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

La EPOC debe sospecharse por la presencia de síntomas como disnea, tos y expectoración en pacientes tabaquistas actuales o pasados. El 15-20% de los fumadores pueden desarrollar la enfermedad. La espirometría, examen sencillo y de bajo costo, permite realizar el diagnóstico y su severidad. *Objetivos:* Evaluar el uso de espirometrías y otros exámenes complementarios en una población tabaquista de más de 10 paquetes años (p/a) y mayores de 40 años.

Métodos: Se convocó a personas mayores de 40 años, con historia de tabaquismo actual o pasado de 10 años de evolución y de más de 10 p/a, a través de medios de comunicación durante una semana en el mes de Noviembre de los años 2005/2007/2009, en el Hospital de Clínicas. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de asma desde la niñez o portadores de otra enfermedad pulmonar. Se realizó un cuestionario sobre sintomatología respiratoria, datos demográficos y espirometría a todos los pacientes. Se definió EPOC por la presencia de FEV1/FVC $< 70\%$ postbroncodilatador asociado al hábito tabáquico; los síntomas respiratorios crónicos se definieron por tos y expectoración más de 3 meses consecutivos. La disnea se evaluó según la escala de Medical Research Council. *Resultados:* Del total de 1626 pacientes encuestados durante los 3 años, se descartaron 136 pac por cumplir criterios de exclusión. 1490 pac. eran fumadores actuales o pasados de más de 10 años, con una carga tabáquica mayor a 10 p/a., mayores de 40 años. Edad media era $58,4 \pm 10,4$ años; 54% fueron hombres. Carga tabáquica: 33 ± 10 p/a. Al interrogarse la presencia de síntomas crónicos, el 46% presentó tos, expectoración 40%, 49% disnea de esfuerzo (predominio MRC 1: 44%) y 33% sibidos. De éstos pacientes, 312 (20%) presentaron patrón obstructivo en la espirometría post-broncodilatador. De ellos, sólo el 36% (113p.) tenían diagnóstico previo de EPOC y sólo el 58% había realizado una espirometría alguna vez en su vida. (ver tabla). *Conclusión:* El subdiagnóstico de EPOC puede ser debido, entre otras razones, a la baja realización de espirometrías en pacientes tabaquistas sintomáticos. Debería hacerse hincapié en uso sistemático de la espirometría en la atención primaria para lograr un diagnóstico precoz e intensificar las campañas de prevención

Exámenes complementarios previos	SI	Número	Síntomas en pac. EPOC con diagnóstico previo	%	Número
Radio en tórax	91%	0.062	Tos	64	0.011
Espirometría	58%	0.000	Expectoración	51	0.023
TAC tórax	18%	0.000	Disnea	72	0.000
Camino b	6%	0.000	Sibidos	50	0.091

OR03 - Trabajos Libres Orales 03 "Enfermedades infecciosas"

DOMINGO 10 DE OCTUBRE DE 2010

17:30 - 18:30

Salón Quebracho A

TO09

0113. APLICACIÓN DE LOS SCORES DE SEVERIDAD PARA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN INFECCIÓN RESPIRATORIA BAJA EN PACIENTES INTERNADOS EN CONTEXTO DE PANDEMIA INFLUENZA H1N1 2009

G. Tabaj, N. Itcovici, E. Giugno, M. Fernández Acquier, D. Lancellotti, MV Gallardo, O. Caberlotto

Hospital del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo, Argentina.

Introducción: Según las guías BTS estaría indicada la evaluación de la severidad en la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) mediante la utilización del juicio clínico y el score CURB 65. Definir cuál es el mejor sitio para tratar al paciente es la primera decisión importante en el manejo global de la NAC. Reconocer aquellos pacientes con bajo riesgo de complicaciones y por lo tanto con posibilidad de manejo ambulatorio, tiene el potencial de reducir las internaciones inapropiadas y por consiguiente, reducir la morbilidad y los costos. El PSI (Pneumonia Severity Index) es el modelo predictivo más ampliamente utilizado en el manejo de la NAC. Se desarrolló para identificar pacientes con bajo riesgo de mortalidad que se podrían manejar en forma ambulatoria. En este contexto es en el que esta validado.

Objetivos: Evaluar la aplicación de los scores de severidad y mortalidad utilizados en la neumonía adquirida en la comunidad (NAC): PSI y CURB 65 en aquellos pacientes con infección respiratoria baja internados en contexto de pandemia influenza H1N1 2009.

Materiales y métodos: Se recolectaron de manera retrospectiva, datos de las historias clínicas de los pacientes internados por infección respiratoria baja en el hospital del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo, en el contexto de pandemia de influenza por H1N1. Se calcularon los scores de mortalidad PSI y CURB 65.

Resultados: Entre el 21 de junio y el 24 de julio de 2009, se internaron en total 48 pacientes con sospecha de infección respiratoria baja por virus de influenza H1N1, 21 (43.7%) hombres y 27 (56.2%) mujeres. La edad promedio fue 41 años ± 14.5 . Del total, 10 pacientes (20.8%), requirieron ingreso a unidad de cuidados intensivos, 6 (12%) asistencia ventilatoria mecánica y 5 (10.4%) fallecieron.

El 83.3% de los pacientes presentaron un score CURB 65 de 0 y 1 punto

De los 10 pacientes que fueron admitidos en UTI, 4 (40%) presentaron un score CURB 65 de 0 puntos, 4 (40%) de 1 punto y 2 (20%) de 2 puntos.

Con respecto al PSI, 24 pacientes fueron categorizados como clase I, 16 como clase II, 4 como clase III y 3 como clase IV. No hubo pacientes categorizados como clase V. De los 10 pacientes que requirieron UTI, 7 (70%) fueron categorizados como clase I y II, 2 (20%) como clase III y 1 como clase IV.

Conclusiones: la infección por el virus de la influenza H1N1 se puede asociar con neumonía severa de la comunidad pudiendo afectar a pacientes de mediana edad. Un porcentaje significativo de los pacientes puede requerir internación aunque no se vea reflejado en los scores de severidad. No existe a la fecha, ningún modelo predictivo que permita la categorización inequívoca de los pacientes en determinado grupo de riesgo. Por lo tanto, estos scores siempre deben ser utilizados en conjunto con el juicio clínico.

T010

O116. COMPROMISO PULMONAR POR NOCARDIA EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES

V Moyano, M Uribe Echevarría
ospital Italiano, Argentina.

Objetivo: presentar 6 pacientes inmunocompetentes, con síntomas respiratorios crónicos y diagnóstico de Nocardia.

Resultados: 6 pacientes con compromiso respiratorio crónico y hallazgo bacteriológico de Nocardia, sin alteraciones inmunológicas previas. (Ver Tabla de resultados). Predomina el antecedente de bronquiectasias como alteración estructural. En 2 casos el diagnóstico se obtuvo de pieza quirúrgica. Todos tuvieron resonancia magnética cerebral negativa. Todos respondieron a tratamiento antibiótico.

Tabla de Resultados

*Bactrim :sulfametoxazol-trimetoprima

Caso	Enfermedad de base	Edad	Sexo	Síntomas	Hx.	Diagnóstico microbiológico	Tratamiento	Evolución
1	Neumonía reactiva. Sin antecedentes	58a	M	Fiebre, prostración	Infección de lóbulo inferior	Por cultivo	Bactrim* 8 meses	Favorecible
2	EPOC	68a	F	Exacerbación	Extrapulm. En pie	Cultivo	Bactrim* 8 meses	Favorecible
3	Asma	50a	F	Fiebre, prostración	Infección de lóbulo inferior	Por cultivo	Bactrim* 8 meses	Favorecible
4	EPOC	58a	F	Dorso, disnea	Disparidad de lóbulos	Cultivo	Bactrim* 8 meses	Favorecible
5	EPOC	58a	F	Neumonía	Disparidad de lóbulos	Extrapulm. En pie	Bactrim* 8 meses	Favorecible
6	EPOC	78a	M	Dorso, disnea	Extrapulm. En pie	Cultivo	Bactrim* 8 meses	Favorecible

Conclusiones: considerar infección por Nocardia en pacientes inmunocompetentes con síntomas respiratorios crónicos, especialmente si tienen bronquiectasias.

T011

O202. ETIOLOGÍA DE LA NEUMONIA AGUDA DE LA COMUNIDAD (NAC)

A Ceccato, A Salcedo, F Navarro, A Gonzalez, M Heres, A Santos, G Peluffo, G Cabral, A Monteverde

Hospital Nacional A Posadas, Argentina.

Introducción: Los métodos microbiológicos son de variable sensibilidad y especificidad para poder establecer el agente etiológico de la NAC y existen demoras en conocer sus resultados. Conocer la etiología en nuestro medio es de utilidad para poder iniciar un tratamiento empírico temprano.

Objetivo: analizar la etiología de la NAC en un hospital general del conurbano bonaerense.

Material y Métodos: Estudio preliminar, se incluyeron en forma prospectiva 81 pacientes adultos con diagnóstico de NAC que se internaron en sala general, en un período de observación del 1 de Diciembre del 2009 al 31 de Mayo del 2010.

Se excluyeron pacientes con neumonía asociada al cuidado de la salud, pacientes con serología positiva para HIV y neutropénicos.

A todos los pacientes se les realizó dos muestras de hemocultivos, esputo, antígeno urinario para neumococo y legionella, serología para determinación de IgM e IgG para Chlamydia y Mycoplasma pneumoniae. Se realizó búsqueda de antígeno de neumococo y legionella en orina en 31 pacientes. En los casos restantes no se pudo realizar por falta de reactivo. No se realizó PCR en hisopado nasal ni segunda muestra para valorar títulos de IgG.

Resultados Se incluyeron 81 pacientes, fueron excluidos 8 pacientes por no haberse tomado la totalidad de las muestras previas al inicio del antibiótico. El promedio de edad fue de 50.5 años, el PSI promedio fue de 88 y 27 pacientes eran de sexo femenino. Las comorbilidades más frecuentes fueron las respiratorias: 12 pacientes con asma y 8 con EPOC, seguidas por enfermedades cardíacas: 8 pacientes con enfermedad coronaria, 6 con insuficiencia cardíaca y 23 con HTA. Se identi-

ficó neumococo en 10 pacientes: 1 en hemocultivo, 5 en esputo y 4 por antígeno urinario. Staphilococo aureus meticilino-sensible en 2 pacientes (en hemocultivos) Staphilococo aureus meticilino-resistente en un paciente (en esputo). Klebsiella pneumoniae en otro (en esputo) y Streptococo grupo C en otro (hemocultivo).

La IgM para micoplasma fue positiva en 16 pacientes y la Ig G, en 39 pacientes. No se detectó Ig M positiva para Clamydia en ningún paciente. Sólo en 3 pacientes se halló IgM positiva para micoplasma y otro germen: 1 Streptococo en hemocultivo, 2 neumococos (1 por antígeno urinario y 1 en esputo).

Conclusión: El aislamiento en nuestra serie fue del 37%, el neumococo es el germen más aislado y la incidencia de casos atribuibles a micoplasma es elevada comparado con lo reportado en la literatura. Sin embargo, el método usado para detección de micoplasma no brinda certeza diagnóstica, por lo que su hallazgo como agente etiológico de NAC podría ser menor al encontrado.

T012

O231. EL IMPACTO DE LA EDAD Y LAS COMORBILIDADES EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON NEUMONÍA AGUDA DE LA COMUNIDAD

I Palma¹, G Martínez¹, M Esteve¹, L Carnevale¹, M Fernández Acquier², M Labato¹, P Peyrani³, C Regazzoni¹, J Ramírez², CM Luna¹

¹ Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina. ² Hospital Cetrángolo, Argentina. ³ Universidad de Louisville, Estados Unidos.

Neumonía aguda de la comunidad (NAC) es una de las principales causa de muerte en los ancianos. La mayor incidencia y mortalidad de neumonía en pacientes (pac.) de mayor edad son bien conocidos, pero la controversia continúa sobre si éstas son una consecuencia del envejecimiento por sí mismo o el resultado de las enfermedades comórbidas, que se presentan cada vez más frecuentes en el envejecimiento de la población.

Objetivos y Métodos: Se realizó un análisis secundario de la base de datos de CAPO (Estudio Internacional observacional para evaluar el manejo de los pacientes hospitalizados con NAC) de pacientes hospitalizados con NAC para identificar el impacto de la edad y las comorbilidades (como neoplasias, enfermedades crónicas del pulmón, enfermedad hepática o renal, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes, VIH/SIDA) en la mortalidad. Para evaluar el impacto de la edad se consideraron los siguientes grupos: < 65; 65-69; 70-74; 75-79; 80-84; 85-89; 90-94; and > 94 años (a.) de edad.

Resultados: Del total de 3273 pac. hospitalizados con diagnóstico de NAC, 1903 pac. eran ≥ 65 a. El número de comorbilidades por pacientes fueron 0.79; 1.14; 1.15; 1.22; 1.16; 1.02; 0.93 y 0.79 para cada grupo. Pac. ≥ 65 a. tenían más comorbilidades que los <65 a. (p = 0.001). El número de comorbilidades se incrementó a partir de los 65 a. en cada grupo hasta los 80 a., donde el número de comorbilidades disminuyó. La tasa de mortalidad fue más alta en ≥ 65 a.; sin embargo aquellos con <2 comorbilidades la mortalidad fue entre 4 y 5% para los grupos < 65; 65-69; 70-74 y 75-79 años (p = NS). Los centenarios (> 90 a.) tuvieron la mayor mortalidad, no obstante, aquellos con > 94 a. mostraron una tendencia a más baja mortalidad que los pac. del grupo de 90-94 (p = NS).

Conclusiones: La edad y las comorbilidades se asocian con peor evolución de la NAC, pero la incidencia de comorbilidades disminuyó después de los 80 a. El impacto de las comorbilidades en NAC en los pac. < 80 a. aparece cuando el número de comorbilidades es de 2 o más. Los pacientes centenarios, especialmente > 94 años de edad pueden representar a la supervivencia de una población seleccionada saludable que se refleja en un menor número de comorbilidades y una tendencia a una menor mortalidad a la esperada para su edad. Los avances en el cuidado de la salud se acompañan de un envejecimiento de la población. La prevención y el diagnóstico temprano de las enfermedades comórbidas en los > 65 años de edad puede ser importante para mejorar la atención en estos pacientes.

OR04 - Trabajos Libres Orales 04 "Enfermedades intersticiales"

DOMINGO 10 DE OCTUBRE DE 2010

17:30 - 18:30

Salón Quebracho B

T013

0074. HISTIOCIITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS PULMONAR: ANÁLISIS CLÍNICO, IMAGENOLÓGICO Y FUNCIONAL DE 12 CASOS

SJ Auterí, FM Caro, ME Fernandez, C Poleri, D Lombardi
Hospital María Ferrer, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La mayoría de los pacientes con Histiocitosis de células de Langerhans pulmonar (HCLP) son fumadores con un rango de edad entre 30 a 40 años. Los principales síntomas son disnea, tos seca, dolor torácico, pérdida de peso y febrícula. La tomografía computada de alta resolución (TCAR) permite visualizar nódulos, que pueden cavitarse y quistes abigarrados, que suelen respetar los senos costofrénicos. El tratamiento inicial recomendado es la cesación tabáquica con casos descriptos de remisión completa posterior.

Metodología: Análisis retrospectivo de las historias clínicas desde el año 1990 hasta la actualidad revisando las bases de datos de los servicios de neumonología clínica, laboratorio pulmonar y anatomía patológica.

Resultados: Se hallaron 12 casos clínicos, 7 de sexo femenino y 5 masculino, de los cuales 7 fueron confirmados por anatomía patológica y 5 por presentar clínica compatible, hallazgos típicos en TCAR y haberse descartado otras etiologías. Todos los pacientes eran fumadores y al momento del diagnóstico presentaban una mediana de 7 del índice paquetes/año (mínimo 1 máximo 46). La TCAR mostró nódulos/nodulillos en el 82% de los casos, los cuales estaban cavitados y presentaban una distribución perilinfática con predominio en lóbulos medio y superior, sin afectar los senos costofrénicos. En todos los pacientes se encontraron quistes (figura 1), con presencia de formas abigarradas en el 91% de los casos. Se observó una alteración en el examen funcional respiratorio en el 72% de los pacientes: 2 con patrón obstructivo y 5 restrictivo. La DLCO inicial fue de $59 \pm 21.97\%$. El 25% presentó neumotórax en su evolución, siendo en 2 de ellos recidivante con requerimiento de pleurodesis. El 70% de los pacientes dejó de fumar luego del diagnóstico. Solo uno de los pacientes presentaba enfermedad multisistémica, incluso con diabetes insípida, por lo que recibió tratamiento con corticoides y otros inmunosupresores.

Conclusión: Los hallazgos son compatibles con los de la literatura. Se destaca la mayor prevalencia en mujeres y el bajo índice paquetes/año al momento del diagnóstico. El examen funcional respiratorio no mostró un patrón predominante. La DLCO se encontró disminuida en todos los pacientes.

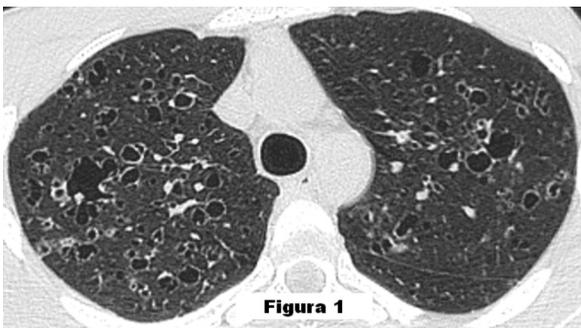


Figura 1

T014

0117. SUPERVIVENCIA A 4 AÑOS EN PACIENTES CON NEUMONÍA INTERSTICIAL USUAL (UIP) SECUNDARIA A FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA Y A ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

M Otaola¹, S Quadrelli¹, G Tabaj¹, L Molinari¹, V Di Boscio²

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

Introducción: La UIP es un patrón histológico que conlleva mal pronóstico. Sin embargo, en los últimos años ha sido sugerido que la UIP asociada a las enfermedades del tejido conectivo (ETC) puede tener un comportamiento diferente a la asociada a la fibrosis pulmonar idiopática (FPI).

Objetivos: Comparar la supervivencia a 5 años de pacientes con UIP asociada a FPI vs UIP asociada a ETC.

Población y métodos: Evaluación retrospectiva de los registros clínicos estandarizados de 108 pacientes con UIP. En 95 existió follow-up confiable para determinar la supervivencia a 4 años.

Resultados: Se analizaron 108 pacientes (66 varones, 65.4 ± 10.9 años) con diagnóstico de UIP (37 con confirmación histopatológica, 71 por TAC definitiva de UIP). Ochenta y ocho pacientes (81.5%) tenían diagnóstico de FPI y 20 ETC (18 artritis reumatoidea (AR), 1 esclerodermia, 1 dermatomiositis (DM)). La edad (66.1 ± 9.8 vs 62.1 ± 14.4 , $p = 0,254$), el VEF1 en % del teórico al diagnóstico (74.7 ± 20.2 vs 73.2 ± 29.7 , $p = 0,851$), la CVF % (66.9 ± 18.4 vs 64.3 ± 23.2 , $p = 0,663$) y la DLCO en % (49.8 ± 20.7 vs 50.8 ± 18.5 , $p = 0,856$) no fueron diferentes en los pacientes con FPI vs ETC. La cantidad de pacientes con disnea en el momento del diagnóstico (18/18 vs 65/79, $p = 0,115$), el tiempo previo de síntomas (14.8 ± 13.7 vs 16.9 ± 2.3 meses, $p = 0,731$) y el porcentaje de pacientes con disnea III-IV al inicio (40.0 vs 26.1% , $p = 0,274$) no fueron diferentes. La supervivencia a 4 años fue mayor en el grupo de pacientes con ETC (89.5 vs 61.8%, $p = 0,028$).

Conclusiones: Los pacientes con UIP asociada enfermedad del tejido conectivo tienen mejor supervivencia a 4 años a pesar de presentar la misma severidad de enfermedad al momento del diagnóstico.

T015

0196. NEUMONITIS INTERSTICIAL POR DROGAS: NUESTRA EXPERIENCIA

V Abate, M Elias, A Blua, A López
Hospital Privado Córdoba, Argentina.

Las Neumonitis intersticiales por drogas (NID) deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial de las Enfermedades Pulmonares Intersticiales. Para su diagnóstico se requiere un enfoque multidisciplinario entre neumonólogos, especialistas en imágenes y anatomopatólogos. Se ha reportado que más de 350 drogas pueden ser potencialmente neumotóxicas y la lista continúa incrementándose.

El diagnóstico es de exclusión por:

- 1) Falta de criterios diagnósticos.
- 2) Manifestaciones clínicas, radiológicas y anatomopatológicas (AP) inespecíficas.

Objetivos: 1. Determinar la prevalencia de las manifestaciones clínicas, patrones tomográficos (HRCT) y AP producidos por diferentes drogas.

2. Definir utilidad de métodos diagnósticos.

3. Evaluar evolución de NIH.

Resultados: análisis retrospectivo de historias clínicas de 17 pacientes con diagnóstico de NID, evaluados en el Hospital Privado (5/11/05 a 16/02/10).

Edad promedio: 58 años (rango 31-85), 10 varones y 7 mujeres. Drogas neumotóxicas: Amiodarona (9/17), Nitrofurantoína (2/17), drogas inmunosupresoras (6/17): Metotrexate 2, Rapamicina 1, Tacrolimus 1, Bleomicina 1 y Azatioprina 1.

Síntomas: todos tenían disnea y tos, astenia 5, fiebre 4, pérdida de peso 2 y hemoptisis 1.

Espirometría normal 5 ptes, patrón restrictivo 8 y patrón obstructivo 1 (asma).

Patrones HRCT: 1- Fibrosis pulmonar (7/17): Amiodarona 5 ptes, drogas inmunosupresoras 2 (Bleomicina, Azatioprina). 2-

COP (6/17): Amiodarona 3, Nitrofurantoina 2 y Metotrexate 1. 3- Neumonitis por Hipersensibilidad (NH) (3/17): Amiodarona 1, Rapamicina 1 y Metotrexate 1. 4- Eosinofilia pulmonar: Metotrexate 1 pte.

Diagnóstico sugerido y/o confirmado por biopsia transbronquial (BTB) y lavado broncoalveolar: (BAL) en 76% (13/17) y por biopsia a cielo abierto en 12% (2/17).

Hallazgos del BAL: macrófagos vacuolados (7/9) en toxicidad pulmonar por Amiodarona, linfocitos con aumento de CD8 29% (5/17) en toxicidad por: Nitrofurantoina 2, Amiodarona 1, Rapamicina 1 y Azatioprina 1. BAL con neutrofilia en 1 pte (Amiodarona) y un caso con eosinofilia por Metotrexate.

Diferentes diagnósticos AP en toxicidad por Amiodarona: COP (3/9), NH (1/9) y Fibrosis pulmonar (5/9).

Todos recibieron esteroides sistémicos con mejoría clínica inicial. Recurrencia en 4 pacientes al suspender o reducir esteroides. Un paciente falleció por Fibrosis pulmonar por Amiodarona.

Comentario: 1) La Amiodarona fue la droga que con más frecuencia produjo NID. Las manifestaciones clínicas más comunes fueron disnea y tos. Los patrones HRCT y AP en orden decreciente fueron: Fibrosis Pulmonar, COP, NH y Eosinofilia pulmonar.

2) La BTB y el BAL fueron de utilidad en sugerir NID y excluir infección pulmonar.

3) Evolución favorable con esteroides sistémicos y suspensión de la droga, excepto en un pte.

Se debe sospechar toxicidad pulmonar por drogas potencialmente neumotóxicas, aunque no hayan sido reportadas, ante la aparición de nuevas o progresivas manifestaciones respiratorias clínicas y/o tomográficas, excluyendo previamente otras causas.

OR05 - Trabajos Orales 05 "Laboratorio pulmonar y Fisiopatología I"

DOMINGO 10 DE OCTUBRE DE 2010
17:30 - 18:30
Salón Pacará A

T016

0105. DISFUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA Y ANOMALÍAS DEL CONTROL VENTILATORIO EN LA ENFERMEDAD DE POMPE

EL De Vito, SG Monteiro, PK Aruj, AA Suárez, FA Pessolano
Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Argentina.

Introducción: La enfermedad de Pompe (EP), comparte aspectos clínicos con otras miopatías. La caracterización de anomalías respiratorias puede contribuir a aumentar la sospecha diagnóstica y dirigir estudios específicos.

Objetivos: Caracterizar la función diafragmática y el control ventilatorio en la EP del adulto.

Material y Método: Se presentan 3 pacientes ambulatorios con CVF sentados y acostados, Pimax, Pemax (cmH₂O), gases arteriales y evaluación del control ventilatorio (curva P01/PCO₂).

Resultados: Paciente 1: 27 años, debilidad muscular inespecífica. 30 años: neumonía aguda con insuficiencia ventilatoria y paresia diafragmática bilateral; se diagnosticó una "miopatía".

Paciente 2: 25 años, debilidad de miembros inferiores. 36 años: hipersomnia diurna, cefaleas matinales e inicio ventilación no invasiva (VNI).

Paciente 3: 27 años: caídas frecuentes. 37 años: ortopnea, hipersomnia diurna, cefaleas matinales e inicio VNI.

Paciente	CVF sentado (l%)	CVF acostado (l)	Pimax (cm H ₂ O)	Pemax (cm H ₂ O)	PCO ₂ (mm Hg)	P0.1/PCO ₂ (cm H ₂ O/mm Hg)
1	1.7 (33)	1.0	-5.0	11.0	58	0.04
2	2.7 (53)	2.7	-4.0	7.5	71	0.016
3	2.3 (50)	1.7	-5.0	5.0	50	0.118

Paciente 1: la enfermedad se hizo evidente con una neumonía aguda; pacientes 1 y 3 con parálisis diafragmática bilateral, y pacientes 1 y 2 con respuesta plana de P0.1/PCO₂.

Conclusión: La evaluación de la función del diafragma en pacientes con EP puede ser de valor, ya sea cuando se la sospecha o cuando aparecen síntomas compatibles con su compromiso. Hasta nuestro conocimiento no hay estudios que reporten anomalías del control central de la ventilación en estos pacientes.

T017

0109. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE ECUACIONES DE PREDICCIÓN PARA ESPIROMETRÍA EN LOS LABORATORIOS DE FUNCIÓN PULMONAR DEL PAÍS

SC Arce, EL De Vito

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: existen variables demográficas y antropométricas que influyen sobre los valores espirométricos. Las ecuaciones de predicción calculan esos valores basadas en estudios sobre diferentes poblaciones de sujetos normales. La elección de la ecuación utilizada tiene influencia sobre los valores hallados y la ATS recomienda seleccionar la ecuación que mejor se ajuste a la población de cada laboratorio.

Objetivos: 1) describir el uso de ecuaciones de predicción para espirometría inter e intralaboratorio. 2) Demostrar la repercusión clínica de este hallazgo.

Métodos: 1) se relevaron 35 laboratorios de función pulmonar de todo el país. Se recabaron ecuaciones utilizadas para espirometría en adultos en cada uno de sus equipos. Se excluyeron 3 laboratorios pediátricos y uno que no reportó datos. 2) Se tomaron espirometrías de dos pacientes y se los comparó contra los valores teóricos de cada ecuación, determinando el diagnóstico según cada ecuación, siguiendo el algoritmo diagnóstico de ATS.

Resultados: 1) se conocen las ecuaciones utilizadas en adultos por 84/96 equipos en uso en 31 laboratorios pulmonares. Se utilizan 6 ecuaciones diferentes (Nhanes III: 21 equipos; Morris: 19; Crapo: 16; ECCS: 16; Knudson: 11; Roca: 1). La media de ecuaciones por centro es de 1,55 (rango 1-3). Quince centros tienen unificadas las ecuaciones de sus equipos, de los cuales 10 usan más de un equipo. 2) Los sujetos comparados fueron diagnosticados como normales, obstructivos o restrictivos, con severidades variables, según la ecuación utilizada.

Discusión: 1) no existe consenso sobre la ecuación de predicción que debe ser usada en espirometría en nuestro medio. Desde el punto de vista estricto del informe espirométrico un mismo paciente puede ser diagnosticado de manera diferente según el laboratorio donde sea estudiado o según el equipo utilizado dentro de un mismo laboratorio. Este estudio sólo incluyó laboratorios de mediana a alta complejidad, por lo que la dispersión de ecuaciones puede ser mayor si se tomaran en cuenta los espirómetros individuales en uso fuera de este ámbito.

Conclusiones: es necesario realizar un estudio multicéntrico que determine una ecuación para su uso en Argentina.

T018 - Trabajo postulado para Premio

0129. ESTUDIO DE LA FUNCIÓN DEL DIAFRAGMA DURANTE LA COLOCACIÓN DE CARGAS SOBRE EL ABDOMEN EN SUJETOS NORMALES

SG Monteiro, FA Pessolano, AA Suárez, EL De Vito
Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Argentina.

Introducción. Los efectos de las cargas en el abdomen con el objeto de producir entrenamiento del diafragma, no han sido suficientemente evaluados.

Objetivo: Estudiar la función del diafragma durante la colocación de cargas sobre el abdomen y luego de cambios en el patrón respiratorio.

Material y Método: 6 voluntarios normales. Mediciones: flujo en la boca, presión gástrica (Pga), presión esofágica (Pes), movimiento torácico (TX) y abdominal (AB), presión inspiratoria máxima (Pimax) y presión transdiafragmática máxima (Pdimax). Cálculos: Pdi/Pdimax, índice tensión-tiempo del

diafragma (TTdi). Etapas: patrón normal (PN), patrón gástrico (PG) y carga de 1, 2, 4 y 6 kg con PN y PG.

Resultados: 1) El PG fue facilitado por las cargas sobre el abdomen, 2) solo con 6 kg (PN y PG) la Pga a CRF aumentó significativamente ($p < 0.01$), 3) la Pdi siguió a las variaciones de la Pga y aumentó con todos los PG ($p < 0.001$), 4) con los PG (con y sin carga) la relación Pdi/Pdimax y el TTdi aumentaron leve pero significativamente ($p < 0.001$). Las cargas no aumentaron estos índices más de lo que hizo el PG solo.

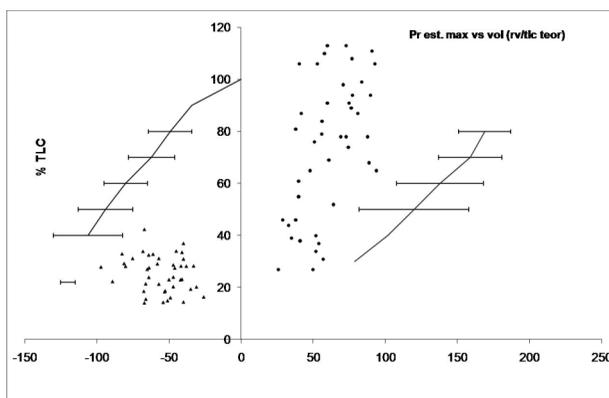
Discusión: Las cargas producen cambios en la mecánica respiratoria que afectan la función del diafragma. Nuestros hallazgos sugieren que las cargas sobre el abdomen aumentan la propiocepción relacionada con los movimientos respiratorios y descenso del diafragma. Sin embargo, debido a la poca magnitud, esos cambios parecen ser insuficientes para producir entrenamiento de los músculos respiratorios.

T019 – Trabajo postulado para Premio

O154. ANÁLISIS DE LA DEBILIDAD MUSCULAR RESPIRATORIA EN PACIENTES CON DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

EM Sobrino, FA Pessolano, SG Monteiro, AA Suarez, EL De Vito
Instituto de Investigaciones Medicas Alfredo Lanari, Argentina.

Introducción. El compromiso respiratorio de la distrofia muscular de Duchenne (DMD) se caracteriza por debilidad muscular respiratoria progresiva y alteraciones secundarias de la caja torácica. Se acepta que esa debilidad es el resultado de una alteración intrínseca de los músculos respiratorios. Sin embargo, la CPT y el VR están característicamente reducidos y aumentados respectivamente, y esto aleja a los músculos espiratorios e inspiratorios de su posición óptima (CPT y VR respectivamente) para generar presión mediante las maniobras de Pemax y Pimax. **Objetivos.** Analizar la debilidad muscular respiratoria en pacientes con DMD en relación al volumen pulmonar (VR y CPT) en el cual se efectúan las maniobras de Pimax y Pemax respectivamente. **Material y Métodos.** 51 pacientes consecutivos con DMD en evaluación rutinaria El rango de edades era de 7 a 29 (media 15.07 ± 5.33). Presiones estáticas máximas fueron medidas por un traductor de presión. La capacidad residual funcional (CRF) fue medida por el método de dilución de Helio (Collins). Los valores son expresados en valores absolutos y en porcentaje de los predichos. **Análisis estadístico** Se utilizó la técnica de regresión lineal simple y múltiple para el análisis de las variables. **Conclusión:** Un sustancial número de nuestros pacientes con DMD tiene debilidad muscular respiratoria. Tanto la debilidad inspiratoria y la deformidad torácica llevan a reducción de la CPT, así los músculos espiratorios se encuentran en desventaja para desarrollar adecuada PEmax. De manera similar la debilidad espiratoria lleva aumento del VR, así los músculos inspiratorios no pueden desarrollar adecuada Pimax. Sin embargo, la amplia mayoría de las presiones se encuentra por dentro del marco normal para el volumen pulmonar, esto habla de la debilidad intrínseca del músculo distrofico. De manera que tanto debilidad intrínseca de los músculos respiratorios y la desventaja mecánica contribuyen a inadecuada generación de presiones estáticas máximas.



OR06 - Trabajos Libres Orales 06

“Oxigenoterapia, sueño y ventilación no invasiva - Misceláneas”

DOMINGO 10 DE OCTUBRE DE 2010

17:30 - 18:30

Salón Pacará B

T020

O015. EFECTOS DEL TRATAMIENTO CON CPAP SOBRE LA MICROESTRUCTURA DEL SUEÑO NO REM EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEAS - HIPOAPNEAS DE GRADO SEVERO

M Smurra, S Blanco, C Leroise, V Eguiguren, C DiRisio
Hospital E. Tornú, CONICET, UB, Argentina.

Objetivos. En este trabajo, estudiamos el índice de incremento de husos en Fase II y de potencia de ondas lentas, en pacientes con síndrome de apneas de sueño severo, una vez estabilizado el patrón respiratorio.

Material y Métodos. Se realizó el análisis de la macroestructura del sueño en las polisomnografías de 10 pacientes en situación basal y post – calibración de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), para estadificar de acuerdo a las normas de Rechtschaffen and Kales.

Sobre estos mismos trazados se contaron eventos compatibles con husos de sueño a partir del diseño de un filtro wavelet y del análisis de la potencia de la señal filtrada.

Resultados. Se observó un crecimiento porcentual promedio del índice de husos por minuto de un 39%, y un aumento en la potencia de las ondas lentas respecto de la actividad rápida. Solamente en dos pacientes no se detectaron variaciones en la potencia de ondas lentas, aún habiendo modificado el patrón de husos.

Conclusiones. El efecto neuroprotector descrito en trabajos previos respecto de la densidad de husos de sueño parece confirmarse en pacientes que mejoran su calidad de sueño luego de la corrección del síndrome de apneas-hipoapneas con ventilación por presión positiva.

Paciente	Índice pre	Índice post	Crecimiento porcentual	SWP/FWP
1	1.2	1.5	0.25	13.1
2	1.2	1.9	0.58	25.2
3	0.87	1.6	0.83	15.7
4	1.18	1.30	0.1	20.6
5	1.61	1.74	0.08	15.4
6	1.18	2.14	0.81	5.2
7	2	2.16	0.08	17.2
8	1.74	1.89	0.30	7.3
9	1.56	2.6	0.6	1.2
10	2.1	2.7	0.28	2.1

T021

O041. VALORACION DE LA PRESENCIA DE DISTURBIOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

M Smurra¹, C Calvar², V Eguiguren¹, C Bruno¹, C Leroise¹

¹Hospital E. Tornú, Argentina. ²Hospital J Fernández, Argentina.

Objetivo: Evaluar el riesgo de presentar desordenes respiratorios del sueño en pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP).

Comparar patrones polisomnográficos entre pacientes y mujeres con ciclos regulares que concurren al laboratorio del sueño por percepción de alteraciones del sueño.

Material y Métodos: Se estudiaron 21 pacientes con diagnóstico de SOP, diagnosticadas por los criterios AES 2006 y 22 controles sin referencia clínica de trastornos menstruales, realizando

fichas clínicas y polisomnografías en ambos grupos, que fueron apareados por edad e índice de masa corporal (IMC).

Resultados: La media de edad de pacientes fue de 32,05 vs. controles 27,3 años. El IMC de pacientes/controles fue 28,7/31,7 respectivamente. 8 de 22 pacientes (36,3%) y 3 de 21 controles (14%) presentaron disturbios respiratorios asociados al sueño (DRS). Aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas en el índice de apneas-hipopneas, el riesgo de padecer DRS fue 2,9 veces mayor en mujeres con SOP que en controles (odds ratio 2,94. 95% de intervalo de confianza, 0,73-11,71). No se observaron diferencias significativas en la saturación de O₂. El Tiempo Total de Sueño fue significativamente mayor en controles. El riesgo de presentar ronquido fue igual en ambos grupos, aunque las pacientes tienen significativa asociación con incremento de resistencia de vía aérea superior.

En el grupo de pacientes con SOP las pacientes con apneas eran mayores (diferencia no significativa) que aquellas sin apneas 30,8 vs. 24,8 años, con un IMC comparable.

Los registros de tensión arterial sistólica, diastólica y media fueron significativamente más altos en pacientes con DRS (p=0,04, p=0,001 y p=0,001) respectivamente.

Conclusiones: Las pacientes con SOP presentan mayor riesgo de padecer DRS, que se manifestó significativamente con incremento de resistencia de vía aérea superior, y menor tiempo de sueño.

Las pacientes con SOP presentan mayor riesgo de hipertensión arterial, asociada a la presencia de DRS.

T022

O061. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA GRIPE H1N1 EN UNA COMUNIDAD CON UN FOCO CONFIRMADO EN CERDOS POR VIRUS HUMANO EN PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

CM Ling, MA Ruffer

Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Propósitos: Durante el curso del pico de la pandemia de gripe H1N1 en la Argentina, se detectó circulación viral del nuevo virus de influenza A H1N1 en un criadero de cerdos, de población cerrada, que presentó síntomas leves de influenza ante un control de salud. Los empleados de la granja realizan sus actividades en la ciudad de San Andrés de Giles, con residencia en el mismo en su mayoría y un grupo reducido en el criadero. Esta situación dio inicio a una pesquisa del brote animal que permitió identificar por extensión anticuerpos a H1N1, sin título protector en un niño que vivía en la granja y cuatro empleados con residencia urbana. Con posterioridad a este hallazgo se decide realizar una investigación retrospectiva para describir clínicamente casos y la eventual circulación viral en esa comunidad.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo para caracterizar los casos mediante una revisión de los registros del hospital local y de los registros del ausentismo laboral del Municipio de San Andrés de Giles, en el periodo comprendido entre el 10 de mayo al 4 de julio de 2009 (Semanas Epidemiológicas 19-27).

Definición de caso sospechoso: Toda persona con evolución febril aguda (> 38 °C) acompañado por lo menos con dos de los siguientes de los síntomas: rinitis, coriza, dolor de garganta, tos, mialgia, dolor de cabeza y disnea.

Resultados: Se hallaron 382 casos sospechosos en total. De ellos, 84 pacientes (21.9%) fueron hospitalizados, 11 fallecieron (2.8%), de los cuales 2 casos fueron confirmados por virología (ambos mujeres de 10 y 17 años de edad). Entre los casos sospechosos el 2.3% (9) eran menores de un año de edad y el 34% residía en área rural. No se hallaron diferencias estadísticamente por edad o género. El diagnóstico más frecuente (el 66%) era neumonía con características hipoxémicas el 38% y el 60% permitió identificar radiológicamente un patrón de neumonía bilateral. El síntoma principal fue fiebre (86%), disnea (54%) y tos (23%). El ausentismo laboral compatible con la definición de caso sospechoso se incrementó un 181.5% en relación a los últimos dos años (83.7% en 2009 y 18.5% de 2008).

Conclusiones: Existió un brote de gripe clínicamente compatible con H1N1, el Servicio de Sanidad Animal fue altamente sensible al detectar el brote, y la enfermedad fue transmitida probablemente a los cerdos ubicados peri urbanamente por sus cuidadores, residentes en su mayoría del área urbana. La población animal fue útil como centinela de la salud humana. La recomendación realizada consistió en incrementar la calidad de la vigilancia de las Enfermedades Tipo Influenza, en la comunidad y con especial énfasis en trabajadores relacionados con la población de cerdos y apoyar la integración de la vigilancia en las poblaciones animales para mejorar la sensibilidad en la detección de brotes.

T023 – Trabajo postulado para Premio

O139. EFECTO DEL EJERCICIO A ALTURA MODERADA SOBRE IGA SECRETORIA Y CORTISOL SALIVAL

MP Pereiro¹, R Duré², CN Artana¹, JM Figueroa³, AE Ortiz Naretto^{1,2}

¹ Hospital Fiorito, Argentina. ² Hospital Muñoz, Argentina. ³ CIRCES - Fundación Pablo Cassará, Argentina.

La medición del cortisol en saliva, ha demostrado tener alta correlación con el cortisol libre plasmático, lo cual permite evaluar el comportamiento de esta hormona utilizando una muestra de fácil acceso reduciendo el estrés de una extracción sanguínea, acción de difícil ejecución en la altura. Se ha demostrado en deportistas profesionales que el ejercicio intenso puede producir una supresión de los niveles de IgA secretoria (Igas) aumentando el riesgo de infecciones y que esto podría deberse a los efectos inmunosupresores del cortisol.

Objetivo: Evaluar la respuesta de los escaladores al test de Luise Lake, los niveles de cortisol en saliva matutinos y nocturnos y las concentraciones de Igas para determinar si hay correlación entre la respuesta endocrina e inmune con la hipoxia y el mal agudo de montaña (MAM).

Materiales y métodos: Se evaluaron 4 montañistas, masculinos que realizaron un entrenamiento previo de característica supraeróbica. Se realizaron extracciones de sangre previas y posteriores a la travesía. Durante la misma se tomaron muestras de saliva matutinas y nocturnas, recolectando la muestra en tubos estériles conservados a temperatura menor a 10°C, el cortisol sérico y salival fue procesado en autoanalizador Cobas® con reactivos marca Roche® y las determinaciones de IgA e Igas se realizaron por inmunonefelometría en equipo automatizado de Beckman Coulter®. El MAM se evaluó por la escala de Luise Lake. Los resultados se presentan como promedio y (DS).

Resultados: El ascenso duró 5 días alcanzando una altura máxima de 4270 msnm. Ninguno de los participantes mostró déficit previo de cortisol 14,7 (3,45) µg/dl y todos conservaron el ritmo circadiano del mismo (Mañana: 0,804 (0,357) µg/dl vs noche: 0,281 (0,198) µg/dl (p<0,01), independientemente de presentar 2 de ellos MAM moderado de 4 y 5 puntos que se normalizaron con la aclimatación. El cortisol matinal mostró valores más altos a mayor altura (r:0,27) Ninguno de los participantes tenía déficit previo de IgA o Igas: 162 mg% (DS: 52,3) y 17,9 mg% (DS: 8,64) respectivamente. Los valores de Igas matutinos fueron mayores que los nocturnos. (21,03 mg% (DS: 18,9) vs 9,88 mg% (DS 7,50) p:0.03. El coeficiente de correlación entre Igas y cortisol fue positivo, r: 0,35.

Discusión: El efecto del ejercicio intenso a una altura moderada no afectó la producción de IgA s a pesar de los aumentos de cortisol libre. En estudios hechos con altitudes simuladas y ejercicio intenso se encontraron datos que sugieren fuertemente un efecto negativo de la hipoxia y el ejercicio sobre el sistema inmune pero el efecto hedónico y emocional de estar en un ámbito deseado pueden contribuir a contrarrestar ese efecto. Nuestro estudio muestra esa tendencia a una respuesta favorable de los mecanismos homeostáticos. Debido a que estas expediciones son realizadas con un número limitado de personas no podemos dar conclusiones categóricas, pero nuestras observaciones son un aporte significativo para mostrar que la psiconeuroinmunoendocrinología tiene una participación importante en esta actividad recreativa

OR07 - Trabajos Libres Orales 07 "Enfermedades obstructivas e inmunología II"

LUNES 11 DE OCTUBRE DE 2010

17:30 - 18:30

Salón Atlántico B

T024

0058. DIA MUNDIAL DE LA EPOC 2009: ¿SON ESTAS ACTIVIDADES ÚTILES PARA DETECTAR SUBDIAGNÓSTICO Y SUBTRATAMIENTO?

JC Figueroa Casas, R Gene, G Zabert, L Larrateguy, F Barone, J Herscovich, M Bergna, G García

Sección de Inmunología y Enfermedades Obstructivas - AAMR, Argentina.

El objetivo del siguiente estudio fue determinar si las actividades desarrolladas durante el día mundial de la EPOC (WCOPDD) pueden ser una herramienta útil para detectar enfermedad temprana, carencia del diagnóstico y subtratamiento de esta enfermedad. La Sección de Inmunología y Enfermedades Obstructivas de la AAMRR organizó el WCOPDD del año 2009 en 37 ciudades en el país. La función pulmonar, el hábito tabáquico, los síntomas clínicos, la escala de MRC, el diagnóstico y el tratamiento fueron evaluados mediante una encuesta a personas quienes concurren voluntariamente al WCOPDD. Presentamos los datos recogidos de 8 ciudades (Neuquén, Rosario, La Plata, Vicente López, Morón, Paraná y Buenos Aires).

Resultados: De los 1265 participantes., 335 eran fumadores de más de 10 paquetes/año, más de 40 años de edad y presentaban obstrucción de la vía aérea de acuerdo con los criterios del GOLD. La edad media fue 67 ± 9 , 42% eran mujeres y VEF1% de 68 ± 26 . Durante el pasado año, 110 (32%) padecieron exacerbaciones, 41 (12%) fueron hospitalizados, y 108 (32.3%) visitaron una sala de urgencias. 203 pacientes (60.1%) no recibían asistencia médica mientras que 216 (el 64.5%) no tenían tratamiento al momento de la encuesta. En el grupo que recibía tratamiento la droga lo más frecuentemente usada fue el salbutamol.

Conclusión: Las actividades realizadas durante el WCOPDD contribuyen a la sociedad a aumentar el conocimiento de la enfermedad, promueven su detección temprana e intentan conocer el tratamiento. Nuestro grupo alerta que la mayoría de los pacientes con EPOC en nuestro país no tienen asistencia médica ni tratamiento.

T025

0072. COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS TOMOGRÁFICAS Y FUNCIONALES ENTRE PACIENTES CON EPOC Y ASMA CRÓNICA PERSISTENTE

GA Raimondi, L Falcón, L Urrutia

FLENI, Argentina.

Objetivo: Observar las diferencias en estructura y función entre pacientes con EPOC y Asma Crónica Persistente (ACP).

Métodos: Se compararon 9 pacientes de sexo femenino con diagnóstico de EPOC (no deficientes de α_1 antitripsina) vs 9 pacientes con ACP, jamás fumadoras, con FEV1 < 70% teórico. Se realizaron determinaciones espirométricas, volúmenes pulmonares pletismográficos, resistencia de la vía aérea (RAW) y difusión de monóxido de carbono (DLCO). Se observó la respuesta a broncodilatadores (BD) con Salbutamol 400 μ grs. Se estimó el porcentaje de volumen de enfisema pulmonar (%vol<950H) mediante reconstrucción tridimensional y mediciones densitométricas con cálculo de atenuación a <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 test de "t" para datos no apareados y el cálculo de correlación de Pearson aceptándose como diferencia significativamente estadística $p < 0.05$

Resultados: Las pacientes con EPOC presentaban una historia de 38.9 ± 12.0 años de tabaquismo (40.9 ± 9.9 pack/years). La historia de asma era de 52.4 ± 12.6 años. Comparando EPOC vs ACP ($X \pm SD$), las edades de las pacientes fueron 63.7 ± 9.3 vs 65.7 ± 6.4 años (NS); FEV1 post BD 0.96 ± 0.25 vs 1.34 ± 0.26 L ($p < 0.05$); FEV1 % teórico post BD 42.9 ± 11.5 vs 63.7 ± 10.0 % ($p < 0.0008$); respuesta FEV1 a BD 4.3 ± 4.2 vs 4.7 ± 5.3 % (NS); TLC 151 ± 28.1 vs 125.8 ± 11.1 % ($p < 0.04$); RV 222 ± 45.5 vs 173 ± 23.4 % ($p < 0.04$); RAW 4.93 ± 1.44 vs 5.38 ± 1.50 mL/min/mmHg (NS); RAW BD 4.43 ± 1.68 vs 4.55 ± 1.56 mL/min/mmHg (NS); disminución RAW post BD -10.7 ± 19.2 vs -15.9 ± 14.6 % (NS); %DLCO 46.9 ± 10.8 vs 73.2 ± 11.7 % ($p < 0.0001$); %DLCO/VA 58.2 ± 14.6 vs 85.5 ± 9.7 % ($p < 0.0003$); %vol<950H 13.9 ± 10.2 vs 0.23 ± 0.7 % ($p < 0.001$); %WA 68.0 ± 4.6 vs 73.8 ± 6.5 % ($p < 0.04$); BMI 22.7 ± 2.9 vs 27.1 ± 4.2 ($p = 0.05$). En las pacientes con EPOC el BMI correlacionó significativamente con el %DLCO/VA ($r = 0.87$, $p < 0.01$). Esta correlación en el caso del ACP fue NS.

Conclusiones: En esta comparación entre pacientes con EPOC y ACP se demuestra una similar y pequeña respuesta a los broncodilatadores inhalados. Asimismo, las pacientes con EPOC comparadas con las de ACP presentan más altos niveles de enfisema cuantificada mediante TAC o indirectamente por el DLCO, como así también mayor hiperinflación pulmonar con valores más elevados de TLC y RV. Llamativamente las pacientes con ACP, a pesar de tener menor obstrucción de la vía aérea, presentan mayor engrosamiento bronquial, producido por remodelación bronquial, que explicaría el aumento de la resistencia de la vía aérea. El hallazgo, en las pacientes con EPOC, que al bajar el BMI es mayor la presencia de enfisema cuantificada con DLCO, confirma la hipótesis clásica que los pacientes con enfisema predominante representan el fenotipo "tipo A" o "pink puffer".

T026

0102. CUANTIFICACIÓN TOMOGRÁFICA DE ENFISEMA PULMONAR Y ENGROSAMIENTO BRONQUIAL EN PACIENTES CON EPOC. CORRELACIÓN CON PARÁMETROS FUNCIONALES Y SU UTILIDAD PARA RECONOCER FENOTIPOS

GA Raimondi, L Falcón, L Urrutia

FLENI, Argentina.

Objetivo: Observar en pacientes con EPOC si la cuantificación tomográfica de volumen de enfisema pulmonar y engrosamiento bronquial correlacionan con variables funcionales y es de utilidad para caracterizar fenotipos.

Métodos: Se estudiaron 54 pacientes con diagnóstico de EPOC (no deficientes de α_1 antitripsina) (22 de sexo femenino). Se realizaron determinaciones espirométricas, volúmenes pulmonares pletismográficos, resistencia de la vía aérea (RAW) y difusión de monóxido de carbono (DLCO). Los volúmenes pulmonares tomográficos (inspiratorios y espiratorios) se estimaron por medio de reconstrucción tridimensional y mediciones densitométricas con cálculo de atenuación a <600H y el porcentaje de volumen de enfisema pulmonar con una atenuación de <950H (%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 ($n = 38$). Se determinó el BMI de los pacientes. Se utilizó el cálculo de correlación de Pearson aceptándose como diferencia significativamente estadística $p < 0.05$ (NS).

Resultados: Las edades de los pacientes fueron 62.9 ± 8.9 años. Todos presentaban historia de tabaquismo de 39.8 ± 9.7 pack/years. Se encontraron correlaciones significativas entre volúmenes inspiratorios vs TLC ($r = 0.81$, $p < 0.0001$), volúmenes espiratorios vs RV ($r = 0.66$, $p < 0.0001$), %vol<950H vs DLCO expresado en porcentaje del teórico (%DLCO) ($r = -0.59$, $p < 0.01$), %WA vs RAW ($r = 0.39$, $p < 0.001$), BMI vs %DLCO ($r = 0.40$, $p < 0.002$) y BMI vs WA ($r = 0.41$, $p < 0.01$).

Conclusiones: Las reconstrucciones tridimensionales volumétricas tomográficas permiten estimar adecuadamente el TLC y el RV en estos pacientes. Asimismo, la correlación existente entre atenuación tomográfica y DLCO demuestra la capacidad de los métodos densitométricos tomográficos para cuantificar

el enfisema pulmonar. A mayor engrosamiento bronquial se observó mayor resistencia de la vía aérea. La correlación entre el BMI y difusión y engrosamiento bronquial demuestran, por un lado, que al bajar el BMI es mayor la presencia de enfisema, y por otro, que al aumentar el BMI es mayor el componente obstructivo correspondiente a la bronquitis crónica. Estos últimos hallazgos ayudan a caracterizar a los pacientes con EPOC y enfisema predominante como fenotipo "tipo A" o "pink puffer" mientras los que tienen mayor componente bronquial como fenotipo "tipo B" o "blue bloater".

OR08 - Trabajos Libres Orales 08 "Tuberculosis"

LUNES 11 DE OCTUBRE DE 2010

17:30 - 18:30

Salón Quebracho A

T027

0023. DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS: UNA EXPERIENCIA DE 30 AÑOS

CD Gonzalez¹, CB Saenz¹, AP Meo¹, ME Lopez¹, AB Tarzia¹, PS Villaverde¹, MI Salinas¹, DS Ballester²

¹Hospital Jose M. Ramos Mejia, GCABA, Argentina. ²Hospital P. Piñero, GCABA, Argentina.

A pesar de contar con los recursos materiales necesarios para lograr el diagnóstico precoz de la Tuberculosis (TB), en el área metropolitana se continúa observando una alta prevalencia de formas pulmonares contagiantes.

Objetivos: describir una experiencia en el diagnóstico de TB en un hospital general de agudos de la ciudad de Buenos Aires.

Material y método: en un hospital con 60 egresos anuales por TB, entre el 1-1-1979 y 31-12-2009 fueron notificados 3389 casos. Se consideró como diagnóstico de TB a: dos muestras con baciloscopías positivas o una muestra de cultivo positiva o bien pretest clínico compatible más dos muestras respiratorias positivas a técnicas de amplificación; pretest clínico compatible más biopsia sugestiva de TB o pretest clínico más estudios complementarios positivos (Adenosin Deaminasa, ADA y/o PPD). Se empleó la técnica de Z. Neelsen para baciloscopías y la de Galanti-Giusti para dosaje de ADA. Para cultivos, tipificación y antibiogramas se utilizaron los equipos BACTEC 460 y MGIT 960. La tipificación de micobacterias no tuberculosas (MNT) y las pruebas de sensibilidad a drogas de segunda línea fueron realizadas en el Instituto C. Malbrán (ANLIS). Se emplearon métodos estadísticos convencionales, chi cuadrado para variables categóricas y test de Student para variables continuas; se consideró p significativa al valor $d^{*}.05$.

Resultados: un 63.5% de los pacientes perteneció al sexo masculino, con una media de edad de 36 ± 16.6 años. Un 71.9% eran de nacionalidad argentina, 8.4% peruana, 7.2% boliviana y 12.5% de otras procedencias. Uno de cada cuatro pacientes registró comorbilidades, siendo la más frecuente la asociación con el VIH: 14.8% (502/3389). Tuvieron confirmación bacteriológica el 63% de los casos (2135/3389), que alcanzó 74.3% entre pacientes VIH reactivos ($p=0.000$ frente a VIH seronegativos). El diagnóstico bacteriológico de las formas pulmonares fue del 85.2% ($p=0.000$ con respecto a confirmación global); 72% en formas diseminadas, 33.1% en ganglionares, 32.3% del SNC, 30.4% en piel y 10.4% en formas pleurales. Uno de cada cuatro pacientes requirió estudios complementarios de diagnóstico (878/3389). Se practicaron 579 biopsias con un 17.4% de confirmación bacteriológica, la que fue mayor en biopsias óseas, de piel y ganglionares con respecto a pleurales ($p=0.000$, $p=0.004$ y $p=0.000$, respectivamente). La media de ADA en líquido pleural fue de 92.1 ± 44.1 U/l ($p=0.000$, con respecto a derrames no TB). Un 19.4% de las cepas tipificadas como *M. tuberculosis* (66/340) fueron resistentes a drogas, casi la mitad de ellos multidrogoresistentes. Se tipificaron 3.4% de MNT, con

valor de 5% en pacientes VIH reactivos ($p=0.000$ con respecto a seronegativos).

Conclusiones: observamos valores de confirmación bacteriológica similares a otras series, alta prevalencia de formas pulmonares y diseminadas bacilíferas y fuerte presencia de la comorbilidad VIH-TB; prevalencia de MNT y tasas de resistencias bacterianas semejantes a otros centros y bajo rescate bacteriológico en formas clínicas pleurales.

T028

0026. COMORBILIDAD VIH-TUBERCULOSIS. UNA EXPERIENCIA DE VEINTE AÑOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

CD Gonzalez, MP Jajati, ML Sivori, NG Hofmann, VD Pascansky, CB Saenz, PJ Kaplan, ML Losso, JM Bruguera, J Toibaro, AO Garcia, MA Barth, AM Martinez Fraga, M Alonso, FS Delgadillo, LM Bustamante, DN Lavagnino

Hospital Jose M. Ramos Mejia, GCABA, Argentina.

La asociación del VIH a la Tuberculosis (TB) genera formas clínicas más severas, mayor mortalidad, puede limitar la aplicación de algunos esquemas antivirales y generar mayor intolerancia a drogas.

Objetivos: el objetivo primario fue describir una experiencia en el tratamiento de la TB en pacientes portadores del VIH y el objetivo secundario comparar dichos resultados con los obtenidos en pacientes VIH No reactivos (VIHNR) tratados en el mismo período.

Material y método: en un hospital con 450 camas y 60 egresos anuales por TB, entre el 1/1/1989 y el 31/12/2009 1993 pacientes VIHNR y 502 pacientes VIH reactivos (VIHR) iniciaron tratamiento para TB. Se consideró VIHR al paciente con serología por ELISA y Western Blot positivas y se definió como TB al hallazgo de: dos baciloscopías positivas o una muestra de cultivo o dos muestras respiratorias positivas para técnicas de amplificación de ácidos nucleicos más pretest clínico alto para TB; pretest clínico y biopsia compatible y/o resultados sugestivos de respuesta inmune contra el bacilo. Los pacientes recibieron tratamiento para TB de acuerdo a las normas del Programa Nacional. El momento de inicio de la terapia antiviral se ajustó a la condición clínica e inmunológica del paciente, incluyendo inhibidores nucleósidos y no nucleósidos de la transcriptasa reversa con o sin inhibidores de proteasas. Se emplearon métodos estadísticos convencionales, chi cuadrado para variables categóricas y test de Student para variables continuas; se consideró p significativa al valor < 0.05 .

Resultados: 71.1% de la muestra VIHR fueron varones vs. 60.8% en VIHNR ($p=0.001$), con una media de edad de 34.7 ± 9.6 años para VIHR ($p=0.000$). Un 60.9% provenían de la Capital Federal. Eran de nacionalidad argentina el 85.6% vs. 65.3% de pacientes VIHNR ($p=0.003$) y 15.8% tenían tratamiento previo por TB. La media del conteo de LTCD4+ en VIHR fue de 92.6 ± 119.3 cel/ μ l. y casi la mitad tenían enfermedades previas asociadas. Los pacientes VIHR tuvieron mayor prevalencia de formas clínicas diseminadas: 12.3%, y del SNC: 5.1% ($p=0.000$ y $p=0.002$, respectivamente) y predominio de formas pulmonares no cavitadas: 20.2% vs. 57.7% frente a VIHNR ($p=0.000$). El diagnóstico bacteriológico fue del 74% en VIHR vs. 65% ($p=0.000$). Se tipificaron 5% de MNT en VIHR (predominio CMAI) vs. 2% ($p=0.000$). Un 19.5% de las cepas tipificadas como *M. tuberculosis* (26/133) fueron resistentes a drogas, en especial multidrogoresistentes, frente a 18.8% en VIHNR. Ingresaron a la modalidad de TDO 8.5% de los pacientes VIHR vs. 19.6% ($p=0.000$). La prevalencia de efectos adversos fue de 6.8% vs. 15.8 ($p=0.003$). Un 37.3% de los pacientes VIHR habían fallecido al finalizar el estudio, 15.5% abandonaron el tratamiento y 18.3% lo finalizaron ($p=0.000$ en todas las relaciones frente a VIHNR). En 18.7% de ellos se desconoció su evolución.

Conclusiones: observamos alta prevalencia de formas clínicas graves en pacientes VIHR, deterioro inmunológico severo en ellos, mayor frecuencia de MNT que en VIHNR y elevada tasa de mortalidad en comparación con estos.

T029

0028. TASAS DE CONVERSIONES TUBERCULINICAS ENTRE TRABAJADORES DE LA SALUD

CD Gonzalez, GC Araujo, SM Hernandez, SR Ibaló, CJ D'Agostino, YH Negreti, MA Barth, FS Delgado
Hospital Jose Maria Ramos Mejia, GCABA, Argentina.

Entre los trabajadores de la salud (TS), las tasas de incidencia de tuberculosis (TB) pueden llegar a ser hasta diez veces mayores a las de la población general. Esta diferencia puede atribuirse al mayor nivel de exposición en un contexto con medidas de bioseguridad inadecuadas. Las tasas de conversiones tuberculínicas (TCT) permiten detectar nuevos infectados por TB entre los TS e implementar precozmente medidas de control sobre ellos. Se considera aceptable una tasa igual ó menor al 5% de nuevos infectados por TB por año.

Objetivos: monitorear el comportamiento de la infección por *M. tuberculosis* en una población con diferentes niveles de exposición.

Material y método: en el marco de un Programa para la Prevención y Tratamiento de la TB en TS de un hospital general de agudos de 450 camas y 60 egresos anuales por TB, entre el 1-1-2009 y 31-12-2009 544 trabajadores con reacciones negativas al PPD durante el año previo fueron invitados a recibir una dosis de 2 UT de PPD aplicada según la técnica de Mantoux. Se evaluaron enfermeras, médicos, técnicos, administrativos, bioquímicos, trabajadores sociales, kinesiólogos, instrumentadoras, fonoaudiólogas, farmacéuticas, psicólogos, personal de mantenimiento, estudiantes, odontólogos y biólogos. Los TS provenían de los Departamentos de Medicina, Urgencia, Cirugía, Diagnóstico, Promoción y Protección de la Salud, Administración Central y Servicios Generales. Se consideró convertidor tuberculínico (CT) a aquel TS con reacción al PPD ≥ 10 mm. Todo CT fue evaluado con radiografía de tórax y control clínico, indicándosele isoniazida a razón de 5 mg/kg. al menos durante 6 meses una vez descartada la posibilidad de tuberculosis en actividad.

Resultados: 275 TS adhirieron al relevamiento (50.5%, rango 32-83%). La media de edad fue de 45.6 ± 11.3 años. El sexo femenino constituyó el 76.3% de la muestra (210/275). Un 36.7% de la misma la integraron enfermeras (101/275), 17.7% fueron médicos (49/275), 14.9% técnicos (41/275), 10.9% correspondió a administrativos (30/275), 5.1% bioquímicos (14/275) y otros (14.5%). La tasa de conversión tuberculínica global fue de 8.4%, con valores de 11.8% en enfermeras, 10% en empleados administrativos, 7.3% en técnicos, 7.1% en bioquímicos y 2% en médicos ($p=NS$). La media de las reacciones al PPD en enfermería fue 3.2 ± 4.5 mm vs. 2.1 ± 3.7 mm. en otros TS ($p=0.04$). Se indicó isoniazida en 23 TS, con un cumplimiento del 50%. En el año de observación se denunciaron 8 casos nuevos de tuberculosis entre TS de nuestro hospital (tasa de incidencia: 420/100.000 TS). Ninguno de estos TS había participado en el estudio.

Conclusiones: la TCT en nuestro hospital es mayor a la recomendada por los organismos de control, siendo la actividad enfermería el grupo con mayor porcentaje de nuevos infectados. Se considera ineludible la adopción de medidas de bioseguridad adecuadas a los fines de evitar nuevos casos de tuberculosis entre TS.

T030

0080. DROGAS ANTITUBERCULOSAS: FACTORES ASOCIADOS A RESISTENCIA

P. Fescina¹, I Palma¹, G Saenz¹, G Martínez¹, M Nastro², N Kempf², L Limongi³, A Putruel³

¹ Residentes de Neumología. División Neumología Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires, Argentina. ² Departamento de Bacteriología Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires, Argentina. ³ Sección Tuberculosis. División Neumología Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La resistencia a drogas antituberculosas de primera línea está ampliamente aceptada como una amenaza para el control de la tuberculosis (TB) en diferentes lugares del mundo. Esto se genera por la pobre adherencia al tratamiento, regímenes terapéuticos inadecuados, drogas de escasa calidad o

suministro errático de las mismas, ó por ausencia de medidas de control de la infección. Como consecuencia hay bajos porcentajes de curación con altos porcentajes de mortalidad, sobre todo en pacientes con HIV.

Objetivos: determinar la frecuencia de casos con resistencia a drogas antituberculosas, los tipos de resistencias, evaluar la evolución de la enfermedad y los factores de riesgo asociados. **Materiales y Métodos:** Se analizaron pac. con diagnóstico de TB evaluados en nuestro hospital en el lapso de Abril de 1997 a Marzo del 2010. Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se utilizó el programa SSPS 15 para el análisis estadístico. Se definió como monoresistencia (MO) a la resistencia a un solo fármaco; poliresistencia (POLI) involucra dos fármacos, que no comprendan H y R; multiresistencia (MDR) comprende H y R y otros fármacos; TB extensivamente resistente (XDR): MDR más resistencia a quinolonas y a una droga inyectable de segunda línea.

Resultados: Durante este período, 687 pac. fueron tratados por TB, se detectaron 47 p. (6.8%) con resistencias, las cuales fueron: MO 2.9% (más frecuente a H y S), MDR 2,6%; POLI 1%; XDR 0.3%. No se observó aumento del número de casos a lo largo de 12 años ($p=0.535$). En los últimos 4 años se detectaron 2 casos de XDR. El 75% de los pac. recibió tratamiento original ($p=0.735$), y el 25% retratamiento, sin diferencias estadísticas según el tipo de resistencia. Los pacientes fueron dados de alta en su mayoría (65%) o derivados. Sólo se registró un óbito en un paciente con XDR. La presencia de tratamiento previo ($p=0.001$) y las formas bacilíferas ($p=0.016$) fueron los factores asociados a un incremento de la resistencia. No se encontró asociación significativa con la presencia de comorbilidades y con antecedentes de inmigración de países de alta endemia.

Conclusión: Nuestros datos coinciden con los reportes epidemiológicos de los últimos años en la Argentina. Se destaca la aparición reciente de casos XDR. Los pacientes que presentaron mayor resistencia fueron aquellos con formas bacilíferas y con antecedentes de tratamiento previo. Deberíamos aumentar los esfuerzos para prevenir la resistencia a las drogas y tratar efectivamente a los pacientes para la protección de la salud pública y del control de la TB.

OR09 - Trabajos Libres Orales 09 "Rehabilitación"

LUNES 11 DE OCTUBRE DE 2010

17:30 - 18:30

Salón Quebracho B

T031

0030. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN LA EPOC SEGÚN LA ADHERENCIA A LARGO PLAZO

J Podesta, A Graz, M Sivori, M Almeida, C Saenz
Hospital "Dr.J.M.Ramos Mejia", Argentina.

Existen pocas publicaciones que evalúen el impacto sobre la adherencia a la actividad física de un programa de Rehabilitación Respiratoria (RR) a largo plazo en pacientes con EPOC.

Objetivos: Comparar el impacto en el BODE, mortalidad, calidad de vida y consumo de recursos de salud de los pacientes con EPOC que después de un programa de RR hayan continuado con actividad física liviana vs. intensa.

Material y Métodos: Se evaluaron a Enero de 2010 los pacientes con EPOC (definición GOLD) que realizaron un programa de RR entre los años 1997 a 2009. Se les determinó evaluaciones funcionales, BODE, calidad de vida (SGRQ), consumo de recursos de salud y sobrevida. Se dividió a los pacientes según el cuestionario de García Aymerich (Thorax 2006) en aquellos con actividad física liviana (menos de 2 horas/semana) y moderada-intensa (más de 2 horas/semana). Se usaron técnicas estadísticas convencionales y para el cálculo de sobrevida la prueba de Kaplan-Meier.

Resultados: De 160 pacientes con EPOC, no se pudieron localizar a 61 pacientes (38.12%). Del resto, 99 pacientes (61.88%), estaban vivos 66 pacientes (66.66%) y fallecieron 33 pacientes (33.33%).

Al Ingreso de la RR	Ejercicio Liviano (N=71)	Ejercicio Intenso (N=28)	p
Edad	68,77±3,4	66,53±6,48	0,042
Sexo F/M (%)	20,51 (40,60%)	17,11 (60,40%)	0,0004
FEV1, % pred.	38,33±13,19	40,58±6,67	NS
BODE	6,03±1,41	5,92±1,92	NS
VO2 pico, ml/kg/min	11,18±2,38	11,56±4,68	NS

Impacto a largo plazo	Ejercicio Liviano	Ejercicio Intenso	p
Meses seguimiento	52,27±29,97	44,53±33,21	NS
BODE	6,66±1,49	4,56±2,04	0,00007
SGRQ, unidades	59,36±17,72	50,26±17,61	0,00003
N exacerbaciones	2,03±1,01	0,79±0,77	0,00001
N Consultas guardia	0,54±0,56	0,08±0,28	0,00052
Sobrevida (meses)	4,171 (58%)	25/28 (89%)	p<0,000001
	52,27 ± 29,97	44,53 ± 33,21	

Conclusión: Sólo el 30% de los pacientes que terminaron un programa de RR continuaron realizando actividad física intensa a largo plazo, generando un impacto beneficioso en la mortalidad, BODE, calidad de vida y consumo de recursos de salud.

T032

0082. COMPARACION ENTRE DIFERENTES METODOS PARA EVALUAR TEST MAXIMOS EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA

MA Saadia Otero, J Steimberg, I Capparelli, M Brassesco, E Natal HRRMF, Argentina.

Propósito del estudio: Comparar diferentes métodos para realizar pruebas de ejercicio máximas en un plan de Rehabilitación Respiratoria (RR).

Métodos: Se reclutaron 14 pacientes con EPOC (GOLD, II, III, IV) cuyas características fueron: 7 Hombres y 7 mujeres, VEF1%: 1,0L (37,3%), IMC: 25,3 ± 5,8; BODE: 3,7 ± 2,1; MRC: 2,1 ± 0,9; PO2: 68,6 mmHg ± 11,5; T6M: 446,5 mts ± 85,9; SGRQ (T): 38,9 ± 17,8.

Se evaluaron tres pruebas de ejercicio máximo: 1. Test de Shuttle (SH. T); 2. Test incremental en cinta deslizante (Treadmil), tomado de la cinta (T. INC C/A); y 3. Test incremental en cinta deslizante, sin tomarse de la cinta, realizando el balanceo normal de miembros superiores (T. INC S/A). Se utilizó para las tres metodologías propuestas el protocolo incremental propuesto para el test de Shuttle.

Resultados: Se obtuvieron los siguientes velocidades máximas: T. INC C/A: 6,5 ± 1 Km/h;

T. INC S/A: 5,5 ± 1,1 Km/h; SH. T: 5,1 ± 0,9 Km/h. Las diferencias entre los métodos fueron: Entre T. INC C/A y SH. T: 27,6% y una correlación de 0,83; entre T. INC S/A y SH. T: 7% y una correlación de 0,93; entre T. INC C/A y T. INC S/A: 19,2% y una correlación de 0,86.

Conclusión: Los pacientes lograron velocidades más elevadas cuando realizaron la prueba incremental tomados de la cinta. La menor diferencia entre métodos se encontró entre el Shuttle Test y el T. INC S/A (7%) comparado con la mayor diferencia entre el Shuttle Test y el T. INC C/A (27,6%). Esto puede ser explicado por: 1. Cuando los pacientes realizan el TINC C/A los músculos inspiratorios accesorios toman punto fijo en su inserción extratorácica, por lo que facilitan el trabajo ventilatorio y así tolerarían una intensidad de marcha mayor. 2. Los pacientes tomados de la cinta, sienten mayor seguridad, y pueden descargar parte de su peso sobre los miembros superiores, y así disminuir el esfuerzo en los miembros inferiores.

T033

0215. EVALUACION SOBRE CONOCIMIENTO DE EPOC A PACIENTES EN REHABILITACION RESPIRATORIA PREVIO Y POSTERIOR A UN PROGRAMA EDUCATIVO

MA Saadia Otero, J Steimberg, IA Capparelli, ME Brassesco, E Natal Garcia Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento sobre EPOC en un grupo de pacientes y su respuesta luego de la implementación de un programa educativo.

Material y Método: Se incluyeron 38 pacientes con diagnóstico de EPOC, de los cuales 26 eran de sexo masculino, que seguían un programa de Rehabilitación Respiratoria y no habían recibido clases educativas previamente. Las características demográficas del grupo eran las siguientes: edad promedio: 63,9 ± 7 y VEF1: 41% ± 15.

Se administró el Bristol COPD Knowledge Questionnaire (BCKQ), traducido al español, para evaluar el nivel de conocimiento. El cuestionario consta de 65 preguntas, divididas en 13 áreas temáticas con 5 frases cada área, donde el paciente debía responder "verdadero", "falso" o "no sé". Luego, los pacientes debían asistir a 7 clases educativas, de 1 hora y media de duración.

Al finalizar el período de clases, se administró nuevamente el cuestionario. Se consideró grupo intervención (GI) a aquellos pacientes que asistieron al menos a una clase, y el grupo control (GC) a aquellos que no concurren a ninguna clase.

Resultados: El promedio de respuestas correctas del primer cuestionario realizado por los 38 pacientes fue de 51,2%. Con respecto al cumplimiento del programa educativo, el 73,7% asistió a las clases, mientras que el 26,3% no asistió. Del análisis del grupo que participó de las clases podemos dividirlo según su asistencia en: Grupo 1 (G1), asistieron a 1 o 2 clases (25%), grupo 2 (G2), asistieron a 3 o 4 (28,6%), y grupo 3 (G3), asistieron a más de 5 clases (46,4%).

Porcentaje de respuestas correctas según grupos (respuestas correctas de un total de 65)

N	BCKQ INICIAL		BCKQ Segundo cuestionario	% DE CAMBIO
	Porcentaje y promedio de respuestas correctas			
G1	7	50,04% (35,43)	60,26% (39,17)	4,04
G2	8	54,23% (35,11)	65,40% (39,85)	9,23
G3	13	55,61% (34,17)	64,14 (41)	10,53
GC	10	47,58% (31,10)	52,46% (34,10)	4,82

El promedio de respuestas correctas del segundo cuestionario realizado por los 38 pacientes fue de 60,3%.

La distribución de las respuestas correctas en el primer y segundo cuestionario se muestra a continuación:

% Respuestas correctas	0%-39%	40%-69%	70%-100%
Correctas 1 (% pacientes)	15,5%	78%	6,5%
Correctas 2 (% pacientes)	5,2%	71%	23,6%

Conclusiones: El conocimiento inicial del grupo en estudio coincide con la bibliografía internacional, donde el promedio de respuestas correctas es de 55,5%.

Se observó que del grupo que participó del programa educativo, sólo tuvo una mejora en la cantidad de respuestas correctas, aquel grupo de pacientes que asistió a más de 3 clases.

Entre el primer y segundo cuestionario, aumentó el porcentaje de pacientes que respondieron más del 70% de respuestas correctas y disminuyó el porcentaje de pacientes que contestaron menos del 39%.

T034

0241. TEST A CARGA CONSTANTE. SU IMPLMETACION EN REHABILITACION RESPIRATORIA. INFORME PRELIMINAR

MA Saadia Otero, IA Capparelli, J Steimberg, ME Brassesco, E Natal Garcia Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

Objetivos: Evaluar la respuesta del Test de Carga Constante (TCC), en un programa de Rehabilitación Respiratoria (RR) y comparar dicha respuesta con otras herramientas de evaluación de capacidad de ejercicio.

Materiales y Métodos: Criterio de inclusión: Pacientes con EPOC (GOLD II, III, IV), con P/Y > 20, con estabilidad clínica de 2 meses previos al ingreso, y que no hubieran realizado RR.

Hasta el momento se evaluaron 11 pacientes, 7 de sexo masculino, que completaron 4 meses de RR.

Las características de los pacientes enrolados hasta el momento fueron: Edad 67,2 ± 7,59; VEF1 (L) 1,1 ± 0,36; VEF1%: 38,09 ± 9,02; PaO₂: 70,17 ± 8,12; PCO₂: 42,55 ± 5,2; T6M: 394,55 ± 91,27; MRC: 2,18 ± 1,17; BMI: 26,1 ± 5,1; BODE: 4 ± 2,05; SGRQ (T): 46,98 ± 14,5.

Las evaluaciones y el plan de entrenamiento aeróbico se llevaron a cabo en cinta deslizante.

Se evaluó la carga máxima (100%) a través de un Test Incremental (T Inc) evaluado luego de 2 sesiones de adaptación técnica, con un protocolo escalonado comenzando a 3 Km/h y aumentando la velocidad 0,5 Km/h cada un minuto. Establecida la carga máxima, se realizaron TCC al 70%, 80%, 90% y 100%. Comenzando al 70% y pasando a la siguiente carga solo si el paciente toleraba 30 minutos. La carga que se utilizó para reevaluar los TCC fue aquella carga a la cual los pacientes claudicaban antes de los 30 minutos.

Además fueron reevaluados a los 4 meses, el T Inc, T6M, MRC, BMI, BODE, SGRQ (T), Disnea y Fatiga Muscular de MMII con escala de Borg a Iso-Tiempo.

Resultados: El 27,2 % de los pacientes claudicaron al 70% de la carga máxima, el 18,2 % al 80%, el 18,2 % al 90% y el 36,4 % al 100%.

Los valores promedio de las evaluaciones de tolerancia al ejercicio, previos y posteriores a los 4 meses de RR se muestran en la tabla 1.

	Pre	Post	% cambio	P
T6M (metros)	394,5 ± 91,2	469 ± 87	18,81 %	0,0044505
T Inc (h/h)	5,9 ± 1,3	6,36 ± 1,3	7,69 %	0,04286
TCC (T Lm) (minutos)	9,6 ± 6,6	20,6 ± 12,1	115,7%	0,00214

Tabla 1: Valores expresados en media ± 1SD. p < 0.05

Las demás variables reevaluadas mostraron los siguientes valores y porcentajes de cambio post RR: MRC: 1,55 ± 0,52 (-29,17%); BODE: 3,36 ± 1,12 (-15,19 %); SGRQ (T): 34,67 ± 9,41 (-12,31). La disnea promedio pasó de 5,1 al inicio a 1,4 a iso-tiempo luego de los 4 meses, y la fatiga de MMI pasó de 4,4 a 1,5.

Conclusiones preliminares: En nuestra muestra encontramos que los pacientes claudicaron a intensidades diferentes en el TCC. Encontrando que aún sin haber realizado un programa de RR, los pacientes toleran altas cargas de ejercicio (volumen e intensidad). Los porcentajes de cambio del TCC se corresponden con la bibliografía internacional, demostrando que esta prueba es más sensible que otras pruebas de evaluación de ejercicio como T6M y T Inc.

OR10 - Trabajos Libres Orales 10 "Laboratorio pulmonar y Fisiopatología II - Kinesiología"

LUNES 11 DE OCTUBRE DE 2010
17:30 - 18:30
Salón Pacará A

T035

0098. EL TEST DE SHUNT PULMONAR A 3510 M

G Zubieta-Calleja, L Zubieta-Calleja, G Zubieta-Castillo
High Altitude Pathology Institute (IPPA), Zubieta University, AltitudeClinic.com, Bolivia.

La prueba de hiperoxia para la determinación del shunt pulmonar a nivel del mar difiere de la practicada en la altura. A 3510 m la presión barométrica es de 2/3 del nivel mar (495 mmHg). Se estudiaron 14 sujetos normales, respirando primero aire ambiente durante 6 minutos en la posición de sentado. Se midió la ventilación, gasometría arterial, ET_{O2}, ET_{CO2}, pulso oximetría y presión arterial. Se repitió el procedimiento con una FIO₂ de 89% durante 6 minutos. Esta técnica permite una evaluación precisa de los parámetros cardio-respiratorios y la posibilidad de observar cuando se equilibra totalmente la Presión inspirada de oxígeno (PIO₂), a nivel alveolar. La PIO₂ promedio fue de 421.7 mmHg. A 3510 m de altura en nuestro laboratorio en la ciudad de La Paz, los resultados fueron:

	SpO2 in %	UE E P S	ETCO2 mmHg	ETD2 mmHg	PiO2 mmHg	PiCO2 mmHg	pH
Aire ambiente	91.5 ± 1.45	9.8 ± 2.3	36.85 ± 19	66.42 ± 4.15	39.3 ± 5.92	31.1 ± 2.12	7.46 ± 0.02
89%O ₂	96.15 ± 1.12	6.36 ± 2.16	36.11 ± 2.2	321.59 ± 14.1	321 ± 25.6	31.35 ± 2.6	7.46 ± 0.02
p =	<0.0001	NS	<0.0001	<0.0001	<0.0001	NS	NS

Esta prueba permite evaluar el shunt intra-pulmonar, independiente de la ventilación no uniforme. En conclusión, la determinación de los shunts intra-pulmonares es esencial para la evaluación de pacientes con enfermedades respiratorias en la altura.

T036 – Trabajo postulado para Premio

0157. CARACTERÍSTICAS DE LOS LABORATORIOS DE FUNCIÓN PULMONAR EN ARGENTINA: ANÁLISIS CUALITATIVO

SC Arce, EL De Vito

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: se desconoce la cantidad, distribución y características de los laboratorios de función pulmonar del país. El relevamiento de estos datos es esencial para facilitar su interrelación y para la elaboración de políticas tendientes a homogeneizar su funcionamiento. El presente trabajo puede despejar algunas de estas incógnitas.

Objetivos: conocer las características de los laboratorios de función pulmonar (LFP) de la Argentina. Determinar similitudes y diferencias de acuerdo a ubicación geográfica y origen de los recursos.

Métodos: se relevaron 35 LFP (que tuvieran la capacidad de hacer como mínimo espirometría, volúmenes pulmonares y DLCO), agrupados en A) Área Metropolitana, y B) Interior del país. El grupo A fue relevado mediante entrevistas personales con los respectivos jefes. El grupo B, mediante formularios electrónicos. A su vez, fueron divididos en de gestión pública y de gestión privada. Se recabaron datos referidos a recurso físico, recurso humano, recurso técnico, seguridad, control de calidad y gestión.

Resultados: la dispersión, antigüedad y experiencia de los centros es variable. La mayoría cuenta con acceso para sillas de ruedas y camillas. Emplean 118 médicos y 73 técnicos. Estos últimos tienen niveles de capacitación dispar. Los LFP relevados prestan una media de 9,9 estudios diferentes. Quince centros realizan pruebas de ejercicio cardiopulmonar y 2 tienen analizador de gases en sangre. No existe uniformidad en el uso de filtros antibacterianos. Todos los LFP tienen jeringas de calibración. Más del 90% acuerda en la necesidad de implementar programas de control de calidad y aceptaría participar en ellos. El 94% refiere basar su práctica en las guías ATS/ERS.

Discusión: la falta de uniformidad en los aspectos relevados responde a múltiples causas: a) ausencia de normativas, b) LFP ubicados en espacios no diseñados para ese propósito, c) falta de programas de capacitación, d) costo de insumos y accesorios, e) ausencia de políticas nacionales de acceso al recurso.

Conclusión: a diferencia de otras prácticas médicas, no existen normas que regulen el funcionamiento de LFP. Es necesaria la unificación de criterios en forma consensuada entre los participantes y las autoridades sanitarias, a fin de mejorar la seguridad de empleados y pacientes y garantizar un acceso uniforme y de alta calidad para pacientes, médicos y financiadores.

T037

0203. UTILIDAD DE LA RELACIÓN FVC%/DLCO% EN EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN ESCLERODERMIA Y EPOC

J Segovia, A Fernández, A Gonzalez, M Fernández Casares, S Guardia, H Sala
Hospital Nacional A Posadas, Argentina.

Introducción: Distintos estudios han propuesto valorar la capacidad de los métodos de diagnóstico no invasivos para determinar la presencia de hipertensión pulmonar (HTP) en pacientes con patología pulmonar. Estudios recientes han dado

relevancia a la relación FVC%/DLCO% como indicador de HTP en pacientes con esclerodermia. No hay estudios que evalúen esta relación en pacientes con EPOC.

Objetivo: Evaluar la utilidad de las pruebas de función pulmonar (PFP) como indicadores de hipertensión pulmonar en pacientes con EPOC y esclerodermia.

Material y Métodos: Fueron incluidos en forma retrospectiva 28 pacientes con diagnóstico de EPOC y 20 pacientes con esclerodermia que tenían PFP (espirometría y DLCO) y ecocardiograma con doppler con una diferencia no mayor a 6 meses entre ambos estudios.

Las variables analizadas en % del valor de referencia fueron: FVC, DLCO, KCO y la relación FVC/DLCO y presión sistólica de arteria pulmonar. Los pacientes fueron agrupados de acuerdo a la presencia o no de HTP. Este agrupamiento se realizó para el total de los casos como para el subgrupo EPOC y esclerodermia. Se definió HTP como la presencia de una presión sistólica de la arteria pulmonar mayor o igual a 40mmHg. Se utilizó test de t y pruebas no paramétricas en la comparación de las variables según su distribución. Se consideró significativa un valor de $p < 0.05$. Curvas ROC fueron realizadas para evaluar la capacidad de la relación FVC/DLCO como prueba diagnóstica de HTP. Todos los análisis estadísticos fueron realizados con programa SPSS.

Resultados: En el grupo total 16/48 tenían HTP. Los valores obtenidos fueron DLCO (45.19 ± 16.9 vs 68.35 ± 31 $p=0.008$), KCO (58.81 ± 23 vs 74.7 ± 28 $p=0.05$) y FVC/DLCO (2.04 ± 1.17 vs 1.34 ± 0.57 $p=0.06$).

En el grupo EPOC 8/28 pacientes tenían HTP DLCO (44.25 ± 14.4 vs 69.85 ± 28 $p=0.02$), KCO (53.13 ± 20 vs 75.1 ± 34 $p=0.13$) y FVC/DLCO (1.82 ± 0.90 vs 1.29 ± 0.63 $p=0.14$). En el grupo esclerodermia 8/20: ninguno de los parámetros evaluados fue significativo. DLCO (46.13 ± 20 vs 66 ± 34 $p=0.1$), KCO (64.5 ± 26 vs 74.4 ± 21 $p=0.3$), FVC/DLCO (2.27 ± 1.42 vs 1.42 ± 0.45 $p=0.06$).

Utilizando un punto de corte de 1.4 la sensibilidad (S) y especificidad (E) en el grupo total fue de 56% y 61% respectivamente. En el grupo EPOC S 50% y E 65% y en el grupo esclerodermia S 62% y E 59%. Se obtuvo una especificidad mayor a 90% con un punto de corte de 2.2 en todos los grupos.

Conclusión: Los puntos de corte establecidos en la literatura, aplicados a nuestra muestra demostraron baja sensibilidad y especificidad.

La especificidad fue superior al 90% para la relación FVC/DLCO superior a 2.2.

T038

0047. FIBROBRONCOSCOPÍA ASISTIDA CON VENTILACIÓN NO INVASIVA: EXPERIENCIA EN UN ÚNICO CENTRO

S Di Yelsi, JM Osses, J Lardies, G Wagner, R Ahumada
Hospital Universitario - Fundación Favalaro, Argentina.

Introducción: La realización de fibrobroncoscopia (FBC) en pacientes con insuficiencia respiratoria (IR), no intubados, suele ser un procedimiento de riesgo debido a potenciales complicaciones como arritmias o deterioro ventilatorio.

La utilización de Ventilación no Invasiva (VNI) como soporte respiratorio durante la FBC en pacientes con IR ha sido aceptada en recientes trabajos como un procedimiento seguro y efectivo, evitando la intubación traqueal.

Objetivo: Evaluar la seguridad de la FBC asistida con VNI y su utilidad en el rescate bacteriológico utilizando lavado broncoalveolar (BAL).

Material y Métodos: Fueron evaluados prospectivamente pacientes internados en unidad de cuidados intensivos, con IR, no intubados que requerían FBC con BAL por sospecha clínica de neumonía nosocomial. El procedimiento se realizó utilizando máscara facial, conectado a un generador de doble nivel de presión (BiPAP), con suplementos de oxígeno de tal manera de mantener una saturación arterial de oxígeno (SO_2) igual o superior a 90%. Durante el procedimiento se evaluó tolerancia, SO_2 , frecuencia respiratoria (FR) y volumen corriente (VT). Fueron recabados los cultivos definitivos para gérmenes comunes de todos los BAL.

Resultados: Veintitrés procedimientos fueron realizados en 22 pacientes (10 mujeres), la edad media fue de 55 años (rango 13-82), 7 pacientes trasplantados pulmonares, 2 con trasplante cardíaco, 7 post quirúrgico de cirugía cardíaca y 1 de bariátrica, y 5 internados por motivos clínicos. Se utilizaron niveles de IPAP y EPAP entre 10 - 22 y 4-10 cm de H_2O respectivamente. La FiO_2 utilizada fue entre 35 y 40%. El VT medio fue de 492 ml (rango 130-760 ml), la FR inicial fue de 25 (rango 14-33) y la final de 17 (rango 8-39). La SO_2 media inicial fue de 94% (rango 90-100%) y al final del estudio 95% (rango 90-100%).

La adaptación y tolerancia durante el estudio fue buena en 16 estudios (70%), 4 pacientes presentaron taquipnea y 3 desaturación sin necesidad de suspender el procedimiento. Ningún paciente desarrolló arritmias ni requirió intubación posterior a la FBC.

En 17 de los 23 BAL realizados se aislaron gérmenes en recuentos significativos (104 ufc), 17% Pseudomonas aeruginosa, 57% bacilos Gram negativos, 12% Staphylococcus aureus y 12% flora polimicrobiana.

Conclusiones: La utilización de FBC asistida con VNI en nuestro estudio resultó una alternativa segura, sin complicaciones cardiovasculares y/o ventilatorias en pacientes con IR, permitiendo a su vez a través del rescate bacteriológico, la confirmación clínica de neumonía nosocomial y adecuación del tratamiento antibiótico.

OR11 - Trabajos Libres Orales 11

"Oncología - Cirugía torácica - Endoscopia"

LUNES 11 DE OCTUBRE DE 2010

17:30 - 18:30

Salón Pacará B

T039

0153. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL CARCINOMA DE PULMÓN EN LA MUJER

SB Lamot, I Palma, L Delisio, P Jordan, G Lyons, S Quadrelli
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El carcinoma de pulmón en la mujer es crecientemente reconocido como una entidad con importantes diferencias fenotípicas potenciales que probablemente revelen diferencias genotípicas y/o ambientales y hormonales.

Objetivo: Analizar las características clínicas de pacientes con carcinoma de pulmón.

Población y métodos: Fueron analizados retrospectivamente los registros clínicos estandarizados de 752 pacientes (edad 61.1 ± 10.2 años, rango 23 a 94 años) diagnosticados con carcinoma de pulmón y sometidos a algún procedimiento quirúrgico (con intenciones curativas, diagnósticas o paliativas) en un centro único entre enero de 1986 y enero de 2010.

Resultados: Doscientos treinta y un pacientes (30.7%) fueron mujeres sin diferencias significativas en la edad de presentación (61.6 ± 9.5 vs 60.1 ± 11.5 , $p=0.068$). Comparadas con los varones las mujeres fueron más frecuentemente no fumadoras (28.5% vs 7.6%, $p < 0,0001$), estuvieron asintomáticas en el momento del diagnóstico (61.3 vs 57.4 %, $p < 0,0001$) y fueron cN0 (96.1 vs 91.9 %, $p=0.040$). La frecuencia de presentación como NPI (34.5 vs 27.5 %, $p=0.064$) o el requerimiento de neumectomía en los pacientes resecaados (8.7 vs 12.5 %, $p=0.136$) no fueron diferentes. La frecuencia de tumores del lado derecho (57.3 vs 59.9 %, $p=0.545$), de invasión locoregional en la cirugía (32.5 vs 35.5 %, $p=0.582$) o de pN2 (23.8 vs 20.6 %, $p=0.493$) no tuvo diferencias. Ambos grupos presentaron porcentajes similares de adenocarcinomas (41.1 vs 44.6 %, $p=0.407$) y la distribución por estadios patológicos fue similar ($p=0.0604$). No hubo diferencias en la proporción de pacientes con tumores mayores de 3 cm (52.4 vs 63.4 %, $p=0.062$) con embolias linfáticas (13.3 vs 15.4 %, $p=0.751$) o con embolias vasculares (12.4 vs 16.0 %, $p=0.431$). En 397 pacientes hubo

seguimiento por más de cinco años y la supervivencia a 5 años no fue diferente (21,6% vs 19,3%, $p = 0,666$).

Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes las diferencias clínicas y de supervivencia a 5 años no difirieron en mujeres al ser comparadas con los hombres. Diferencias regionales relacionadas con factores genéticos o ambientales pueden explicar las diferencias entre series de distintas regiones del mundo.

T040 – Trabajo postulado para Premio

0173. CARCINOMA DE PULMÓN EN NO FUMADORES

I Palma, SB Lamot, M Hernandez, L Dellisio, G Lyons, S Quadrelli
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Pese a que el tabaquismo es el principal factor de riesgo para el desarrollo del carcinoma de pulmón, en la última década se ha prestado creciente atención a la presencia probablemente en aumento de carcinoma de pulmón en no fumadores que podría tener características clínicas específicas.

Objetivo: Analizar las características clínicas y de supervivencia a 5 años de pacientes con carcinoma de pulmón que nunca fumaron.

Población y métodos: Fueron analizados retrospectivamente los registros clínicos estandarizados de 752 pacientes (edad 61.1 ± 10.2 años, rango 23 a 94 años) diagnosticados con carcinoma de pulmón y sometidos a algún procedimiento quirúrgico (con intenciones curativas, diagnósticas o paliativas) en un centro único entre enero 1986 y enero 2010.

Resultados: En 571 pacientes se encontraron datos fehacientes sobre el hábito de fumar, 78 pacientes (13.7%) eran no fumadores (NF). La edad de los NF no fue diferente (60.59 ± 9.870 vs 62.48 ± 10.955 , $p = 0,162$), pero fueron más frecuentemente mujeres (60.3% vs 23.9%, $p < 0.001$). Los NF fueron más frecuentemente asintomáticos (72.5 vs 58.5%, $p = 0.045$) y tuvieron una mayor prevalencia de neoplasias previas (18.0% vs 7.0%, $p = 0.024$). La prevalencia de EPOC (1.3% vs 8.1%, $p = 0.030$) fue menor en NF, pero la tasa de complicaciones post-operatorias (24.0% vs 24.7%, $p = 1.000$) o la mortalidad operatoria (6.0% vs 4.8%, $p = 0.724$) no fueron diferentes. La frecuencia de presentación como NPI (38.7% vs 31.7%, $p = 0.235$), del lado derecho (57.1% vs 58.5%, $p = 0.901$) o en el LSD (43.1% vs 38.5%, $p = 0.542$) no fue diferente pero los NF tuvieron significativamente menor frecuencia de N2 clínico (2.6% vs 9.2%, $p = 0.047$). La distribución por estadios clínicos ($p = 0,302$) o patológicos ($p = 0,182$) no fue diferente. La prevalencia de tumores mayores de 3cm (54.0% vs 66.6%, $p = 0.084$, de localización central (26.9% vs 28.9%, $p = 0.870$) o con invasión locoregional durante la cirugía (42.1% vs 33.9%, $p = 0.237$) no fue diferente. Ambos grupos presentaron la misma proporción de adenocarcinomas (55.4% vs 54.6%, $p = 1.0$) pero los NF tuvieron una menor prevalencia de epidermoides (7.0% vs 19.7%, $p = 0.008$). En los pacientes resecados quirúrgicamente la cirugía fue curativa en similar porcentaje (91.5% vs 84.8%, $p = 0.23$) y con la misma frecuencia de pN2 (16.0% vs 22.5%, $p = 0.362$). En 392 pacientes hubo un tiempo de seguimiento superior a 5 años, la supervivencia a 5 años no fue diferente (25.5% vs 18.8%, $p = 0.327$). El análisis de Kaplan-Meier no mostró diferencias entre ambos grupos (mediana de supervivencia 87.967 vs 71.508, $p = 0,295$).

Conclusiones: Los pacientes no fumadores en nuestro centro tuvieron más frecuentemente historia de neoplasias previas y menor prevalencia de carcinomas epidermoides. La distribución por estadios al momento de la presentación no fue diferente y tampoco la supervivencia a 5 años.

T041

0006. PLÁSTICAS BRONQUIALES COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN LESIONES CENTRALES: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NUESTRA EXPERIENCIA ASISTENCIAL

AK Patané¹, A Rosales¹, P Grynblat², O Rojas², M Rosenberg¹

¹ Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer / Instituto médico especializado Alexander Fleming, Argentina. ² Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

Antecedentes: las plásticas bronquiales son un procedimiento quirúrgico de utilidad para lesiones centrales.

Objetivos: describir la serie de plásticas bronquiales realizadas en dos centros especializados de Argentina.

Material y métodos: un total de 54 plásticas bronquiales realizadas desde enero de 1978 hasta diciembre del 2009 fueron analizadas retrospectivamente. Las variables continuas se analizaron con el test de Student o el test de Wilcoxon, las categóricas con test de χ^2 y la supervivencia con curvas de Kaplan Meyer y log rang test, para un nivel de significancia estadística < 0.05 .

Resultados: 25 hombres (46%) y 29 mujeres (54%), con un promedio de edad de 38 años (rango 10–70) fueron analizados. Los diagnósticos histológicos fueron: carcinoma típico 29 (54.72%), carcinoma atípico 4 (7.4%), carcinoma adenoquistico 3 (5.56%), carcinoma mucoepidermoide 4 (7.4%), carcinoma epidermoide de pulmón 8 (14.81%), adenoma pleomorfo 1 (1.85%) y ruptura bronquial traumática 5 (9.26%). El promedio de seguimiento fue de 5.8 años (5 meses-30 años). Se debieron practicar 7 procedimientos broncoscópicos desobstruc-tivos, todos como puente a la cirugía y con el objeto de permeabilizar la vía aérea y obtener diagnóstico histológico previo al tratamiento quirúrgico. Se presentaron dos complicaciones postoperatorias inmediatas: re-estenosis y neumonía post-obstruc-tiva (1) y distress respiratorio (1), causando la muerte en ambos casos (0.038%). Excluyendo las lesiones benignas, el promedio de edad de los pacientes con lesiones de bajo grado de malignidad es significativamente menor (38 ± 14 vs 55 ± 7.7 , $p = 0.0025$), mientras que la prevalencia del sexo masculino (37.5% vs 75%, $p = 0.051$), el antecedente de tabaquismo (31% vs 100%, $p = 0.002$), el número de broncoplastias asociadas a plásticas vasculares (2.5% vs 25%, $p = 0.013$), y el promedio de tamaño tumoral fue mayor entre los carcinomas (2.7 ± 1.33 vs 4.4 ± 1.7 cm $p = 0.022$). Si bien el diagnóstico de carcinoma elevó el riesgo de muerte casi 9 veces (HR 8.64, IC 95% 1.6-47.7, mediana 2.7 vs 4 años, $p = 0.013$), y la asociación de plásticas arteriales 78 veces (HR 77.9, IC 95% 6.17-984.17, $p = 0.001$), no se hallaron diferencias significativas en la supervivencia a 5 años entre los dos grupos (38% vs 55%, $p = 0.44$).

Conclusiones: los procedimientos broncoplásticos en centros de referencia permiten una resección oncológica con preservación de parénquima pulmonar con bajo índice de complicaciones y sin afectar la supervivencia alejada.

T042

0090. IMPACTO DEL BAL EN EL CAMBIO TERAPÉUTICO EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS NO-HIV CON INFILTRADOS PULMONARES

NA Baillieu, M Otaola, ML Rolando, R Berenguer, P Vujacich
Hospital de Clínicas "Jose de San Martín", Argentina.

Introducción: Los pacientes inmunocomprometidos no HIV son susceptibles a infecciones por microorganismos diferentes que los pacientes HIV positivos. La fibrobroncoscopia (FBC) es un método simple, rápido y accesible en la mayoría de los hospitales que tratan a estos pacientes y ha sido demostrada su utilidad tanto en el diagnóstico de neumonía como en la identificación de etiologías no infecciosas.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la FBC como indicador de cambio en la terapéutica en este subgrupo de pacientes inmunocomprometidos con nuevos infiltrados pulmonares.

Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva todos los pacientes mayores a 15 años inmunocomprometidos no-HIV con infiltrados pulmonares nuevos, que fueron sometidos a procedimientos por FBC entre Octubre del 2009 y Abril del 2010 en dos centros de la ciudad de Buenos Aires: Hospital de Clínicas "José de San Martín" y Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC). La FBC fue realizada según normas internacionales. Todas las muestras broncoscópicas se procesaron microbiológicamente en directos y cultivos además de recuento celular. Durante las 24 horas posteriores al estudio endoscópico se registraron complicaciones asociadas al mismo, a los 10 días siguientes al procedimiento se evaluó el tratamiento antibiótico y a los 14 días mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes, edad media de 55,72 años $\pm 20,20$ (rango 17-84) que fueron sometidos a 18 procedi-

mientos endoscópicos. Todos los pacientes estaban recibiendo o habían completado la quimioterapia antineoplásica. Solo dos (11,7%) presentaban neutropenia al momento del procedimiento y en 11 casos (61,1%) se detectaron alteraciones de la coagulación antes de realizar el procedimiento. Se realizó BAL en la totalidad de los pacientes y en un paciente biopsia transbronquial (BTB). En 12 casos (66,6%) se identificó una etiología específica: bacteriana en 7 casos (38,8%), fúngica en 5 (27,7%), micobacteriana en 1 (5,5%) y viral en 1 (5,5%). De los 18 estudios fibrobroncoscópicos, 11 (61,1%) generaron modificaciones en el esquema de tratamiento debido a los hallazgos. En 6 pacientes se provocó desescalado del tratamiento y en 5

escalado. No se evidenciaron diferencias significativas en la mortalidad entre los casos con aislamiento de microorganismos y los que no se obtuvo aislamiento (25% vs 0%, $p = 0,71$)

Conclusiones: La realización de procedimientos broncoscópicos permitió modificar la terapéutica en un importante porcentaje de casos (61,1%), principalmente debido al aislamiento de microorganismos (81,8%) y menos frecuentemente secundario a la ausencia de crecimiento de gérmenes en las muestras respiratorias (18,8%). Las modificaciones en el tratamiento permitieron la rápida adecuación terapéutica, de gran utilidad en el manejo de estos pacientes, así como también evitaron la utilización de amplios esquemas terapéuticos muchas veces innecesarios.